

RESUMEN ANUAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA BIZKAIA - 2004

Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia



Subdirección de Salud Pública
Dirección Territorial de Sanidad de Bizkaia

PERSONAL DE LA UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE BIZKAIA DURANTE EL AÑO 2004

Administrativos

Juan José Aranburu Rojas, Rafael Hurtado de Mendoza Elorduy, Mateo Presa Urarte, Inmaculada Prieto López, Agustín Virumbrales Santibañez

ATS / DUE

Inmaculada Aspiritxaga Gamarra, Begoña Fraile Cura, José Luis Rodríguez Murua, Teresa Sarobe Santesteban, Rosaura Santamaría Zuazua.

Médicos epidemiólogos

Eva Alonso Fustel, Joseba Bidaurrezaga Van-Dierdonck, Concha Castells Carrillo, Visitación de Castro Laiz, Marilo Goiri Zabala, Nerea Muniozguren Agirre, Engartze Ortueta Errasti

Traducción: Alfredo Hurtado de Saratxo y Amaia Aranzabal Olea

María Díaz de Haro, 58-60, 48010 Bilbao

Teléfono 94 4031590 -Fax 94 4031568

epidebi-san@ej-gv.es

Índice

RESUMEN EJECUTIVO	1
INTRODUCCIÓN	3
I. DATOS DE VIGILANCIA Y TENDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	5
TENDENCIAS (EDO) 2003.....	5
DATOS DE VIGILANCIA (EDO) 2003.....	6
Botulismo.....	7
Brucelosis.....	7
Campylobacteriosis.....	8
Cólera.....	8
Creutzfeld-Jacob (ECJ).....	8
Difteria.....	9
Disentería / Shigelosis.....	10
Escabiosis (Sarna, acariasis).....	10
Fiebre amarilla.....	11
Fiebre del Nilo Occidental.....	11
Fiebre Q.....	12
Fiebre tifo-paratífica.....	13
Gonocócica, Infección (Gonococia).....	13
Gripe (<i>Influenza</i>).....	13
Gripe humana y aviar por el virus A (H5N1).....	15
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.....	16
Hepatitis A.....	16
Hepatitis B.....	17
Hepatitis C.....	17
Hepatitis Delta.....	17
Legionelosis.....	18
Leptospirosis.....	19
Listeriosis.....	19
Lyme. Enfermedad de.....	19
Meningocócica, Enfermedad.....	20
Meningitis víricas.....	21
Micobacterias no tuberculosas.....	21
Neumocócica, enfermedad.....	22
Paludismo / Malaria.....	23
Parotiditis vírica (Paperas).....	25
Peste.....	25
Poliomielitis.....	26
Rabia.....	27
Rotavirus.....	27
Rubéola.....	28
Salmonelosis.....	29
Sarampión.....	29
SARM (Stafilococo Aureo Resistente a Meticilina).....	30
SRAG (Síndrome Respiratorio Agudo Grave).....	30
SIDA y VIH.....	31
Sífilis.....	33
Tifus Exantemático.....	33
Tos ferina / <i>Pertussis</i>	33
Toxiinfecciones de origen alimentario.....	34
Tuberculosis.....	35
Varicela.....	37

Yersiniosis	38
II. INMUNIZACIONES	39
III. DATOS DE VIGILANCIA Y TENDENCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.	43
A- CÁNCER.....	43
TODAS LAS LOCALIZACIONES	43
CÁNCER DE PULMÓN.....	47
CÁNCER DE MAMA.....	49
CÁNCER DE COLON Y RECTO	50
B- DIABETES MELLITUS.....	51
IV. DATOS DEL MORBILIDAD HOSPITALARIA	55
V. DATOS DEL REGISTRO DE MORTALIDAD EN BIZKAIA	60
VI. INSTRUMENTOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	
SISTEMAS DE INFORMACION SANITARIA	70
ANEXOS	72
ANEXO 1: POBLACIONES.....	72
ANEXO 2: EDO INDIVIDUAL.....	73
ANEXO 3: SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA	79
ANEXO 4: TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS.....	85
ANEXO 5: CÁNCER	86

ABREVIATURAS UTILIZADAS:

Ac.	_____	Anticuerpo
Ag.	_____	Antígeno
AMR	_____	Región Americana (OMS)
APVP	_____	Años Potenciales de Vida Perdidos
BCG	_____	Bacilo bovino de Calmette-Guerin (vacuna tuberculosis)
CA	_____	Comunidad Autónoma
CAPV	_____	Comunidad Autónoma del País Vasco
CCAA	_____	Comunidades Autónomas
CIE	_____	Clasificación Internacional de Enfermedades
CMBD	_____	Conjunto Mínimo Básico de Datos (Altas)
CNE	_____	Centro Nacional de Epidemiología
DTP	_____	Difteria Tétanos Pertussis (vacuna)
EEB	_____	Encefalopatía Espongiforme Bovina
ECJ	_____	Enfermedad de Creutzfeld-Jacob
EDO	_____	Enfermedades de Declaración Obligatoria
EMR	_____	<i>East Mediterranean Región</i> / Región del Este Mediterraneo (OMS)
ETS	_____	Enfermedad de Transmisión Sexual
EUR	_____	<i>European Region</i> / Región Europea (OMS)
HB	_____	Hepatitis B
Hib	_____	<i>Haemophilus influenza</i> tipo b (vacuna)
IE1	_____	Índice Epidémico 1
IE2	_____	Índice Epidémico 2
IgG	_____	Inmunoglobulina G
IgM	_____	Inmunoglobulina M
OMS	_____	Organización Mundial de la Salud
PCR	_____	<i>Polimerase Chain Reaction</i> (Reacción en cadena de la polimerasa)
RCEME	_____	Registro de Cáncer de Euskadi – <i>Euskadiko Minbizi Erregistroa</i>
SARM	_____	Stafilococo Aureo Resistente a Meticilina
SRAG	_____	Síndrome Respiratorio Agudo Grave
SIM	_____	Sistema de Información Microbiológica
TIA	_____	Toxiinfección Alimentaria
TH	_____	Territorio Histórico
TV	_____	Triple Vírica (vacuna)
UCI	_____	Unidad de Cuidados Intensivos
UDVP	_____	Usuarios de drogas por Vía Parenteral
UVE	_____	Unidad de Vigilancia Epidemiológica
VIH	_____	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VHB	_____	Virus de la Hepatitis B
VHC	_____	Virus de la Hepatitis C
VPI	_____	Virus de la Polio Intramuscular
VPO	_____	Virus de la Polio Oral
WNV	_____	<i>West Nile Virus</i>

RESUMEN EJECUTIVO

Este informe pretende ser una revisión concisa en clave de epidemiología descriptiva sobre las principales enfermedades bajo vigilancia de Salud Pública en Bizkaia. Se centra en eventos y tendencias observadas durante el año 2004. Los hechos más reseñables fueron:

- La tasa de enfermedad meningocócica en Bizkaia continúa siendo alta, aumentando 1 punto con respecto a 2003.
- A finales de 2004 el Departamento de Sanidad decide realizar una campaña extraordinaria de vacunación frente a meningococo C de los nacidos entre 1984 y 1993, ambos inclusive, que fueron vacunados en el año 1997 con la vacuna de polisacáridos pero que no fueron después vacunados con la vacuna conjugada.
- La distribución temporal de los casos del pico gripal 2004-2005 se desplazó a principios del año 2005, por lo que fueron pocos los casos de finales de 2004. Circuló principalmente el virus tipo A subtipo H3N2 y, más tardíamente el B.
- Se confirma el estancamiento de la tasa de incidencia de tuberculosis que se viene observando desde el año 2002.
- En el año 2004 se sustituyó la vacunación antipoliomielitis con vacuna atenuada por vacuna con virus inactivados y se quitó del calendario vacunal, por no necesaria, la 5ª dosis frente a polio.
- Las enfermedades vacunables infantiles continúan en cifras de muy baja incidencia y las coberturas vacunales se mantienen muy altas como en los últimos años.
- Tanto el número de toxi-infecciones alimentarias por *Salmonella* como el número de aislamientos recogidos por el SIM han experimentado una acusada disminución durante el año 2004.
- Siete de los 18 brotes de toxi-infección alimentaria declarados se han producido en residencias de personas mayores. En cuatro de estos brotes el agente etiológico ha sido vírico.
- La esperanza de vida al nacimiento desciende en 2002 (último año con datos disponibles) por primera vez en los últimos 12 años, tanto en hombres como en mujeres de Bizkaia.
- Los accidentes de tráfico son la primera causa de años potenciales de vida perdidos en Bizkaia.
- Uno de cada 4 varones y una de cada 7 mujeres de Bizkaia es diagnosticado de cáncer antes de los 75 años de edad.
- Sigue, de forma cada vez más evidente, la tendencia ascendente del cáncer de pulmón en mujeres. No obstante los adenocarcinomas sigue siendo la morfología más frecuente en esta localización en mujeres; y en los hombres el carcinoma epidermoide.
- Se ha finalizado el trabajo de campo de la encuesta de nutrición en la CAPV.
- En diciembre de 2003 comenzó una epidemia de gripe aviar debida a una cepa de virus de la gripe A (H5N1) que afecta a varios países del sureste asiático; aunque en un principio se consideró que no había evidencia de transmisión de persona a persona, en este momento se está valorando esta posibilidad.

INTRODUCCIÓN

La vigilancia epidemiológica se ocupa de la recogida sistemática, análisis e interpretación de datos de salud. Estos resultan esenciales para la planificación, aplicación y evaluación de las actividades realizadas en Salud Pública y deben ser oportunamente difundidos entre aquéllos que deben conocerlos. El fin último de la vigilancia es la aplicación de estos datos en la prevención y control de los problemas de salud.

Este informe trata de difundir los datos de la vigilancia entre aquéllos que "deben saberlo", que en última instancia son el primer eslabón de la cadena de esa vigilancia. Se describe la distribución de enfermedades relevantes para la Salud Pública en el Territorio Histórico de Bizkaia con datos de 2004, con datos históricos de tendencia.

Como el año anterior, ofrecemos un informe menos centrado en actividades de registro y más enfocado a datos relevantes de Salud. Se comienza describiendo la situación de las enfermedades transmisibles —ordenadas de forma alfabética— añadiendo al final de éstas un capítulo sobre inmunizaciones; se continúa con la vigilancia de las enfermedades no transmisibles, después con la mortalidad, un capítulo de análisis de Altas hospitalarias y, al final, se añaden los anexos.

Para la elaboración de este informe los datos utilizados son los obtenidos mediante los sistemas de registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), sistema de vigilancia de médicos vigías, sistema de información microbiológica (SIM), registro de mortalidad, registro de altas hospitalarias (CMBD) y registro de cáncer (RCEME).

Para una mejora en la calidad de la información a partir del año 2002 se viene realizando sistemáticamente la recaptura de casos EDO a partir de la información del SIM. Esto tiene su reflejo en los datos de las enfermedades donde participan los dos sistemas de información. Este año se han recogido nuevos microorganismos en el SIM, y ya 4 de los 5 laboratorios han enviado la declaración de forma individual por lo que se ha podido hacer control de duplicados.

Excepto cuando se especifica explícitamente otro denominador, los denominadores de población empleados son los correspondientes al censo del año 2001, del cual se han realizado las siguientes adaptaciones a fin de disponer de grupos de edad más acordes a la vigilancia epidemiológica: se ha extrapolado la edad de la población a final de 2001 y se han incorporado los datos de los nacidos en el 2001 para los menores de un año (anexo 1).

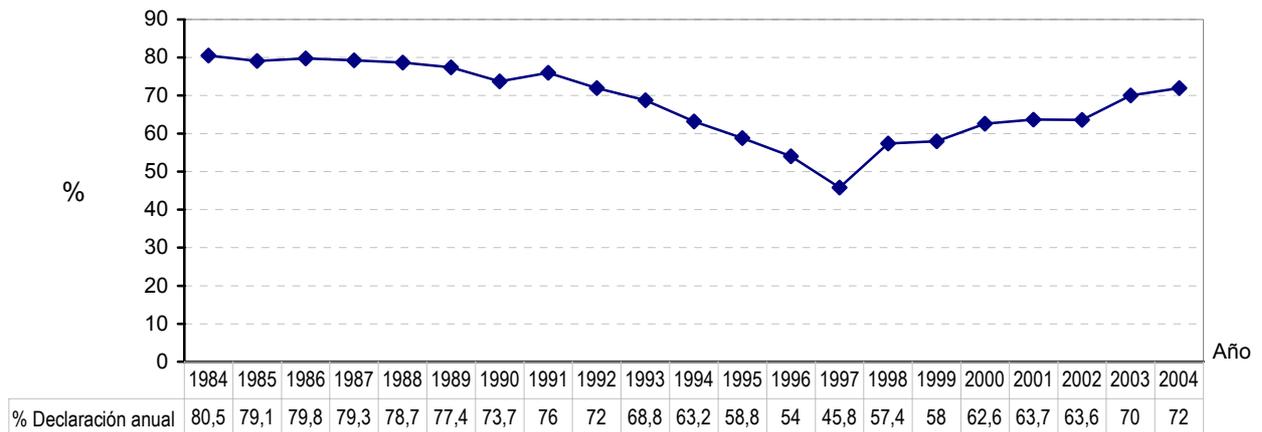
La comarcalización sanitaria utilizada es la vigente en la Comunidad Autónoma Vasca, con cuatro comarcas para Bizkaia: Bilbao, Uribe, Ezkerraldea-Enkarterri e Interior (excluyendo los municipios que pertenecen al Territorio Histórico de Alava: Llodio, Amurrio y Valle de Aiala.). Como en años anteriores, las enfermedades declaradas por los municipios incluidos en el Area Sanitaria de Alava (Ubidea y Otxandio) o de Guipúzcoa Oeste (Ermua y Mallabia) pero que pertenecen al Territorio Histórico de Bizkaia, están contabilizadas en el total de Bizkaia pero no aparecen en ninguna Comarca. Se ha producido el cambio de comarca del municipio de Alonsotegi que pasa de pertenecer a la comarca Ezkerraldea-Enkarterri a la comarca Bilbao.

Este informe ve la luz gracias al trabajo continuo de centros de salud, laboratorios clínicos, hospitales y en general de todos los médicos declarantes. La labor de todos ellos es esencial para la mejora en la vigilancia. Puesto que una parte de los datos aquí descritos son los enviados por los médicos que hacen el diagnóstico de los casos, presentamos a continuación las coberturas de declaración.

En el año 2004 la declaración en el sistema EDO en Bizkaia ha sido del 72%. Continúa ascendiendo (ver gráfica adjunta).

Entre las cuatro comarcas los porcentajes de declaración son parecidos y cercanos a la media territorial, han ascendido la comarca de Uribe (74%), Interior (71%) Bilbao (75 %), y la comarca Ezkerraldea-Enkarterri es la única en que disminuye el porcentaje de declaración (69%).

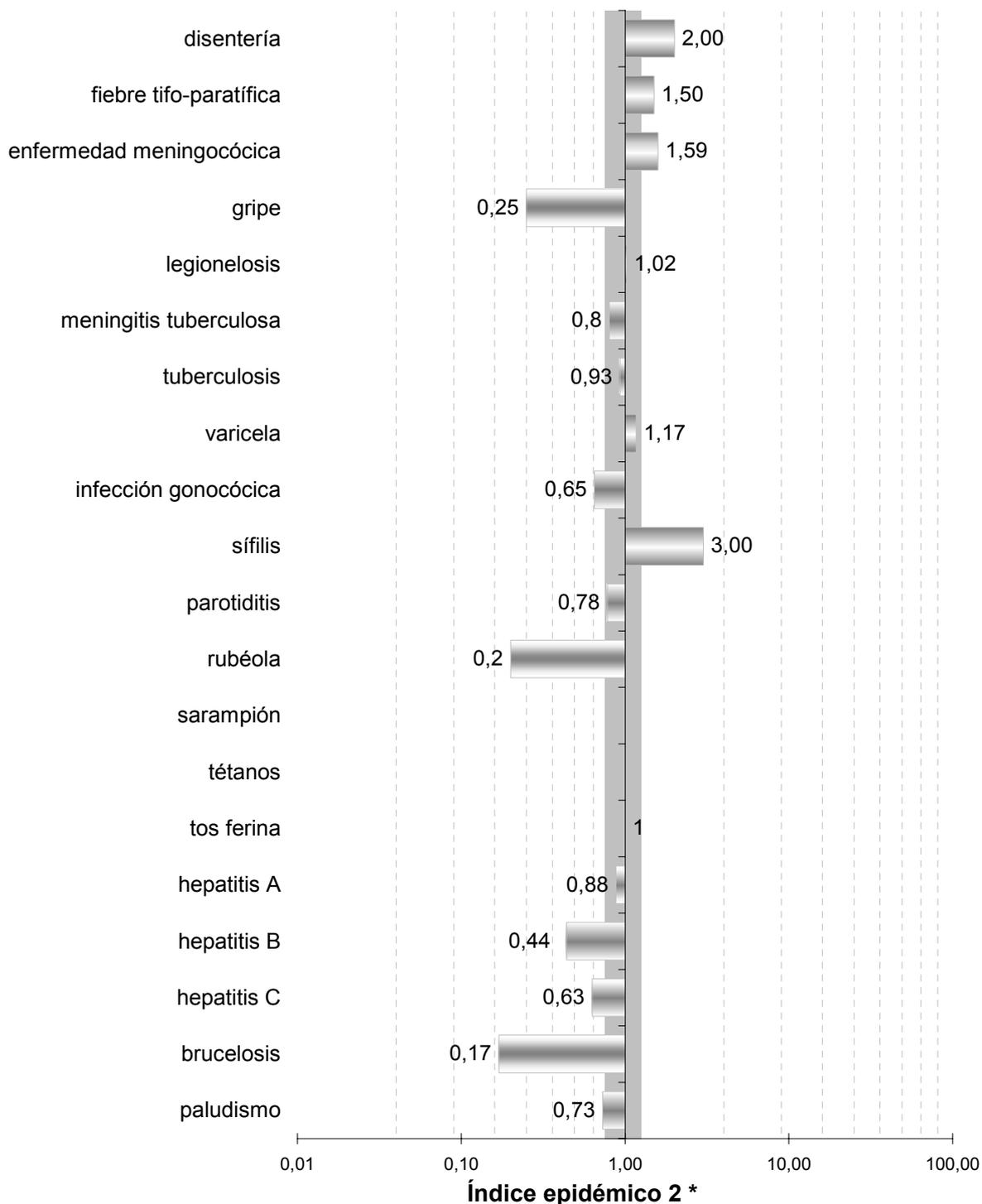
Evolución de la declaración obligatoria de enfermedades
EDO. Bizkaia. 1984-2004



I. DATOS DE VIGILANCIA Y TENDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Tendencias 2004

En las tendencias de enfermedades transmisibles registradas durante 2004, los índices epidémicos mayores corresponden a sífilis y disentería. Ha habido un aumento en la fiebre tifo-paratífica y legionelosis. Ha disminuido la tendencia de los tres tipos de hepatitis A, B y C.



* El índice epidémico 2 se calcula dividiendo el número de casos del año a estudio entre la mediana de los casos anuales del quinquenio anterior.

- El área sombreada indica la zona fuera de la cual el cambio se interpreta como significativo; cuando el índice es menor a 0,75 se considera una disminución significativa, y cuando es mayor a 1,25 se considera un aumento significativo.

DATOS DE VIGILANCIA 2004

La siguiente tabla resume los datos de vigilancia epidemiológica de las enfermedades de declaración obligatoria durante 2004. La vigilancia de cada una de ellas, así como la vigilancia de otras enfermedades transmisibles, se desarrolla una a una en las siguientes páginas de este informe.

Casos, Tasas e Índices Epidémicos 1 y 2 en Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Individual y Numérica. Bizkaia. 2004

Enfermedad	Nº casos	Tasa/ 100.000	Índice epidémico 1 ¹	Índice Epidémico 2 ²
Botulismo	0	-	-	-
Cólera	0	-	-	-
Disentería	2	0,18	0,67	2,00
Fiebre tifo-paratífica	3	0,27	1,50	1,50
Triquinosis	0			
Enfermedad meningocócica	73	6,50	1,16	1,59
Gripe	13.520	1204	0,32	0,25
Legionelosis	56	4,99	1,14	1,02
Meningitis tuberculosa	5	0,45	1,67	1,00
Tuberculosis	260	23,16	0,94	0,93
Varicela	7.032	626,38	1,04	1,17
Infección gonocócica	11	0,98	1,22	0,65
Sífilis	9	0,80	1,29	3,00
Difteria	0			
Parotiditis	18	1,60	0,90	0,78
Poliomielitis	0			
Rubéola	1	0,09	0,00	0,20
Sarampión	0			
Tétanos	0			
Tosferina	3	0,27	1,50	1,00
Hepatitis A	15	1,3	0,39	0,88
Hepatitis B	11	0,98	0,44	0,44
Hepatitis C*	5	0,45	1,25	0,63
Otras hepatitis víricas				
Brucelosis	1	0,09	1,00	0,17
Rabia				
Fiebre amarilla				
Paludismo	8	0,71	0,38	0,73
Peste				
Tifus exantemático				
Lepra				
Rubéola congénita				
Sífilis congénita				
Tétanos neonatal				

¹ Para calcular el índice epidémico 1, se divide el número de casos de una enfermedad por el número de casos del año anterior.

² El índice epidémico 2 se calcula dividiendo el número de casos de una enfermedad por la mediana de los casos registrados en el quinquenio anterior (1999-2003).

* Corresponden a seroconversiones en el año 2004.

VIGILANCIA DE TRANSMISIBLES DE LA A LA Z

Seguidamente se describen los datos referidos a cada una de las enfermedades transmisibles sujetas a vigilancia ordenadamente.

Botulismo

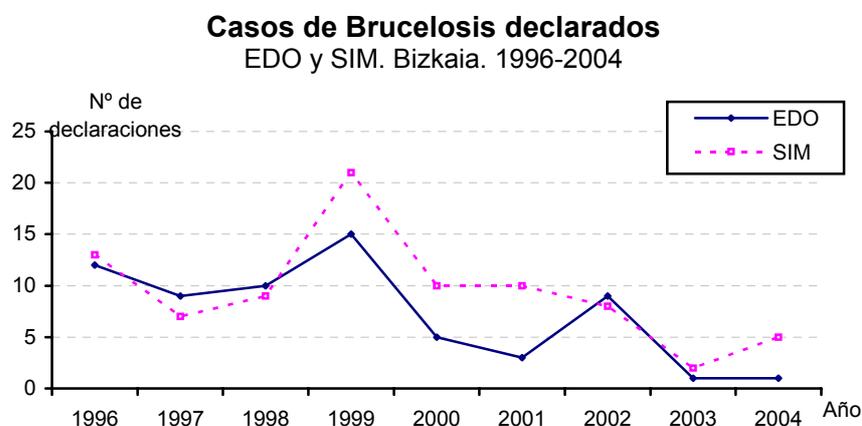
CIE-9: 005.1; CIE-10: A05.1

Durante el año 2004 no se ha notificado a esta Unidad ningún caso de botulismo. Los datos del Centro Nacional de Epidemiología recogen 7 casos en todo el estado. Aunque es una enfermedad de muy baja incidencia, es necesario recordar la posibilidad de que se produzca, valorando especialmente el antecedente de consumo de conservas o embutidos de elaboración casera ya que la clínica en ocasiones puede ser atípica.

Brucelosis

CIE-9: 023; CIE-10: A23

El sistema EDO registró en 2004 un caso de brucelosis. El afectado era un hombre de 35 años que refería como antecedente epidemiológico de interés el contacto con animales. El Sistema de Información Microbiológica registró cinco serologías (títulos altos) positivas a *Brucella*.

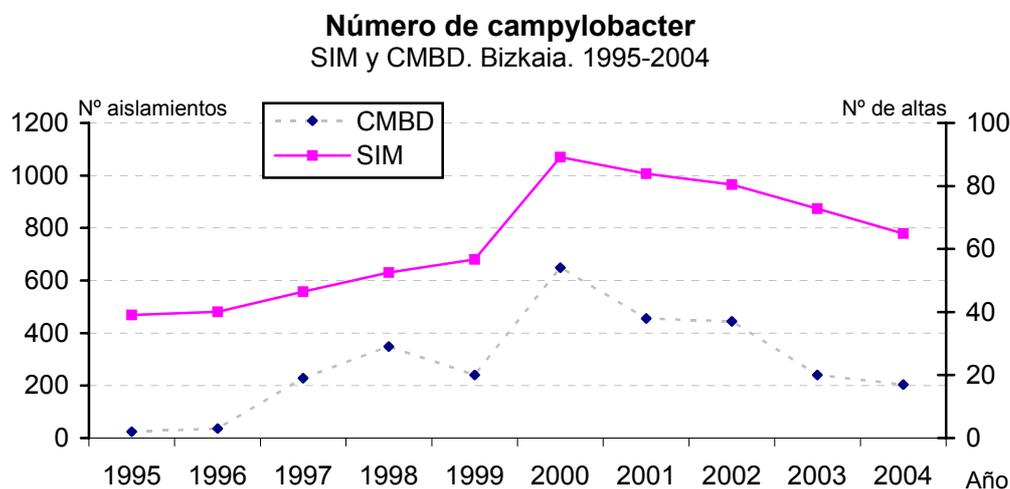


Hay una clara tendencia descendente en la incidencia de la enfermedad desde 1985 que refleja el efecto de las actuaciones preventivas en el reservorio animal. El Departamento de Agricultura de la Diputación Foral de Bizkaia dentro del Programa de Sanidad Animal desarrolla campañas de erradicación de la brucelosis desde 1982. Para el ganado bovino desde el año 1999 existe un programa especial en la zona de Carranza, y para el ganado ovino y caprino este programa especial se extiende también a Balmaseda. En la campaña del año 2003 se ha comprobado la baja incidencia de la brucelosis en los animales.

Campylobacteriosis

CIE-9: 008.4; CIE-10: A04.5

En el año 2004 se notificaron 778 aislamientos de *Campylobacter* al SIM; este año hemos eliminado 44 registros duplicados al disponer de los datos nominales, por lo que el número de aislamientos a comparar con el año anterior sería 822, cifra que sigue siendo inferior a la del año 2003 (873); es decir, se mantiene la tendencia ligeramente descendente de años previos. El registro de altas hospitalarias recoge 17 registros con este diagnóstico.



Conocemos la edad del 90 % de los casos; de éstos el 63% corresponde a niños menores de 10 años.

Según la literatura, los casos aislados se suelen asociar al consumo de carne de pollo cruda o poco cocida o a la contaminación cruzada entre carne de pollo y otros alimentos.

Cólera

CIE-9: 001; CIE-10: A00

El cólera es una enfermedad objeto de vigilancia por la OMS. Esta organización registró en el año 2004, 10 brotes de cólera en 9 países africanos: Chad (2), Burundi, Malí, Sudáfrica, Zambia Mozambique, Níger, Camerún, Senegal. El total de casos de estos brotes ha sido de 25.873 con una letalidad global del 1,8% (Senegal 0,7% y Malí 11,8%).

Creutzfeld-Jakob (ECJ)

CIE-9: 046.1; CIE-10: A810

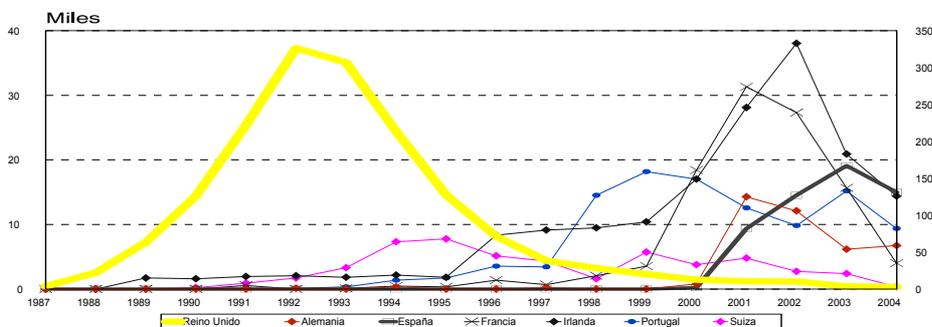
En Bizkaia en el año 2004 se declararon 6 casos sospechosos de ECJ, 4 de ellos se han confirmado por autopsia, en un caso se ha denegado el permiso para realizar la autopsia y otro no ha fallecido.

Respecto a la nueva variante en el Reino Unido y hasta febrero de 2005 se habían declarado 154 casos de los que 6 están todavía vivos.

Se mantiene la vigilancia de la Encefalopatía Espongiforme Bovina (EEB) en el ganado en mataderos. En la figura se muestran, en dos escalas diferentes, la evolución de los casos de EEB

en el Reino Unido y en otros países europeos. Aunque España y Portugal mostraban una tendencia ascendente hasta el año 2003, durante el año 2004 han iniciado un descenso en el número de casos declarados.

Encefalopatía Espongiforme Bovina. 1987-2004. Europa



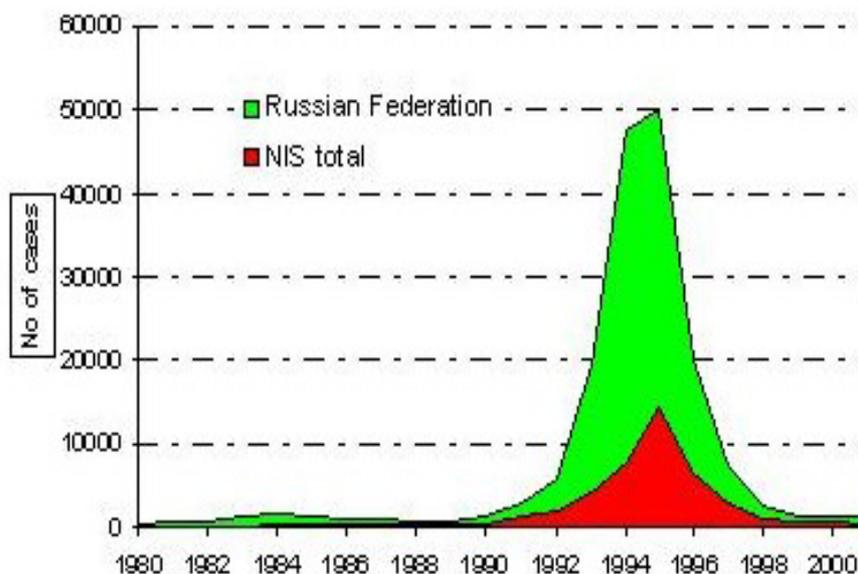
Difteria

CIE-9: 032; CIE-10: A36

La difteria es enfermedad de declaración obligatoria urgente, objeto de vigilancia por la OMS.

En los años 90 surgió un brote epidémico de difteria en los nuevos estados independizados de la Federación Rusa, el pico máximo se alcanzó el año 1995 en el que se declararon 50.425 casos frente a 28 casos en el resto de la Región Europea de la OMS. Los casos han disminuido de forma importante, pero entre 1990 y 2001 se declararon 160.000 casos de difteria en la Región Europea y alrededor de 4.000 muertes. En el año 2002 se notificaron 897 casos en la Región Europea, el 97% en los nuevos estados independientes.

Casos de difteria en la Federación Rusa y los Nuevos estados independientes. OMS.1980 -2000



Las estrategias implantadas para el control y prevención de la difteria han sido mantener las coberturas vacunales en niños (95%) y adultos (90%); promover un sistema de vigilancia de la enfermedad que comprenda definición estándar de caso y confirmación diagnóstica por laboratorio; rapidez en el diagnóstico y tratamiento de los casos; rápida investigación de los contactos para aplicar tratamiento preventivo e inmunización.

La vacunación antidiftérica comenzó a administrarse sistemáticamente a partir de 1964 junto a la antitetánica y antitosferina como DTP. Para mantener los niveles de protección antidiftérica es necesario recibir una dosis de recuerdo cada 10 años; la vacuna antidiftérica utilizada en adultos lleva asociado toxoide antitetánico (Td).

Disentería / Shigelosis

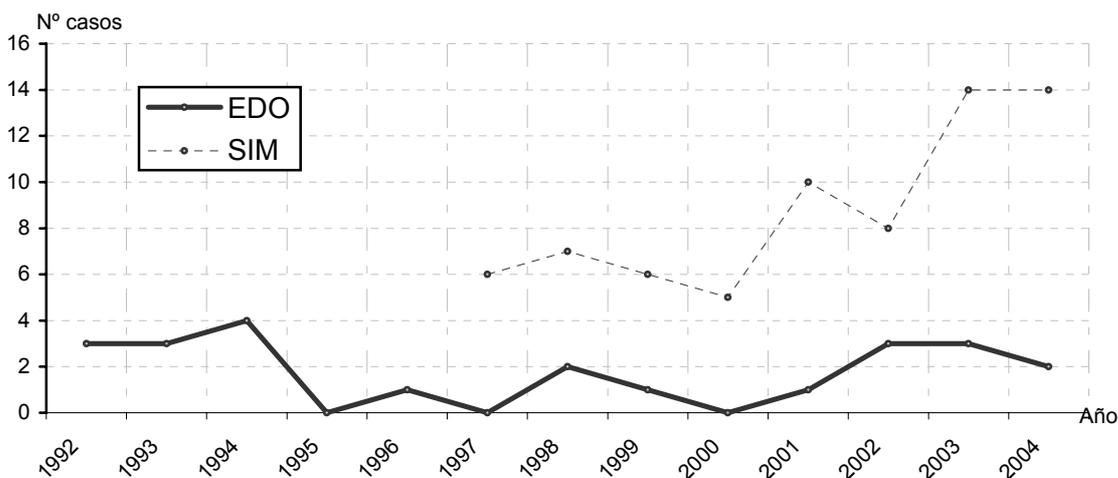
CIE-9: 004; CIE-10: A03

En el año 2004 han sido declarados al SIM 14 aislamientos, el mismo número que el año anterior. Se trata de *S. Sonnei* (11), *S. Flexneri* (1), *S. boydii* (1) y *S. sp* (1).

El sistema EDO ha registrado dos casos; los afectados eran dos hombres de 30 y 32 años y ambos estaban relacionados con desplazamientos a zonas endémicas El diagnóstico ha sido por coprocultivo y las shigelas aisladas son *S. Sonnei* y *S. sp*.

Evolución de los casos de shigelosis declarados

Bizkaia. EDO 1992-2004. SIM 1997-2004



En la gráfica superior, que representa los casos declarados por los dos sistemas de información disponibles, llaman la atención dos hechos: el aumento del número de casos declarados por el SIM y la infradeclaración que presenta el sistema EDO.

Escabiosis (Sarna, acariasis)

CIE-9 133.0; CIE-10 B86

La sarna o escabiosis no es una enfermedad de declaración obligatoria, sin embargo a lo largo de 2004 se han recibido en varias ocasiones notificaciones de casos en diversos colectivos, especialmente en residencias de personas mayores. Resumimos aquí la información de los tres incidentes más importantes.

En un centro de acogida de mujeres aparecieron 4 casos entre las 22 personas residentes, que fueron controlados rápidamente.

En una residencia de personas mayores se diagnosticó un caso de sarna con gran demora, por lo que hubo una importante diseminación de la enfermedad con un total de afectados de 24 residentes y 16 trabajadores. Se aplicó tratamiento preventivo a 89 residentes, 58 empleados, 7 familiares de empleados y a un voluntario. Además el caso índice de esta residencia había ingresado repetidas veces en un centro hospitalario, por lo que se valoró la posibilidad de aparición de casos en dicho centro. Se revisaron 105 trabajadores de los que 10 se consideraron caso y se trataron indicando también la necesidad del tratamiento de sus familiares. Se estudió también a 5 compañeros de habitación del enfermo, entre los que se detectó un caso.

En otra residencia de personas mayores, aunque no se pudo determinar el caso índice, se detectó la enfermedad en 3 pacientes y 5 trabajadores.

En los casos ocurridos en las residencias de personas mayores el abordaje ha sido problemático, ya que el diagnóstico de esta enfermedad es especialmente difícil en estas personas porque las lesiones primarias típicas están enmascaradas por lesiones secundarias de rascado, sensibilización o preinfección. Para solucionar el problema en los diferentes centros ha habido que examinar a todos los posibles contactos y poner tratamiento a los casos sospechosos. Sería necesario que estos casos fueran rápidamente declarados, especialmente cuando se produzcan ingresos hospitalarios en estos pacientes.

Fiebre amarilla

CIE-9: 060; CIE-10: A95

La fiebre amarilla es una enfermedad de declaración universal, bajo vigilancia de la OMS y sujeta al Reglamento Sanitario Internacional. Es de declaración urgente y toda sospecha deberá de ser confirmada por el laboratorio. Está dentro del grupo de las virosis hemorrágicas agudas.

Se transmite al ser humano por la picadura del *Aedes aegypti*. El virus está presente en algunas zonas de África y América. En África las campañas de vacunación intensiva casi eliminaron la fiebre amarilla de la zona francófona en los años 50, pero la disminución de las coberturas vacunales produjo el resurgimiento de esta enfermedad a partir de los años 80. Actualmente más del 80% de casos mundiales de fiebre amarilla se producen en África, por lo que la OMS ha diseñado una estrategia de lucha específica para esta zona, que comprende campañas de vacunación masivas, vigilancia con identificación de laboratorio de los casos y una respuesta vacunal rápida ante cada brote.

Toda persona que viaje a una zona endémica debe vacunarse con la vacuna de virus atenuados que está recomendada a partir de los 9 meses de edad. La vacuna tiene las contraindicaciones propias de las vacunas de virus vivos (embarazo, inmunodepresión, etc.), y también la hipersensibilidad al huevo.

Fiebre del Nilo Occidental (West Nile Virus (WNV))

CIE-10 A92.3

Enfermedad del grupo de fiebres transmitida por mosquitos. Los síntomas iniciales son fiebre, malestar, mialgias y artralgias; la meningoencefalitis es una complicación ocasional.

En Europa el virus se detectó en forma de anticuerpos por primera vez en 1958, en ciudades albanesas. En 1963 se aisló el virus en humanos y mosquitos en el delta del Ródano (Francia). En España se ha encontrado presencia de anticuerpos en muestras humanas y animales frente al WNV u otros flavovirus en estudios realizados en Valencia, Galicia, Coto de Doñana y en el Delta del Ebro.

En el Ministerio de Sanidad y Consumo existe una red llamada EVITAR (Red de investigación en enfermedades víricas transmitidas por artrópodos y roedores) que ha estructurado el sistema de vigilancia en cuatro grandes bloques: 1- Vigilancia de la presencia de virus en mosquitos, 2- Vigilancia de la presencia de virus en aves y caballos, 3- Vigilancia de la presencia de virus en humanos, y 4- Ámbitos de cooperación e investigación.

En nuestro entorno se ha solicitado a la Diputación Foral de Bizkaia realizar la prueba para detección del WNV en aves enfermas o muertas, a través del Centro de Recuperación de Fauna Silvestre de Gorniz, donde se recogerían muestras en aves para su análisis en el Instituto Vasco de Investigación y Desarrollo Agrario. Si en alguna ocasión apareciera algún ave positiva, se podría informar a los hospitales para que prestaran atención ante casos de meningitis y encefalitis humanas.

Fiebre Q

CIE-9: 0830; CIE-10: A78

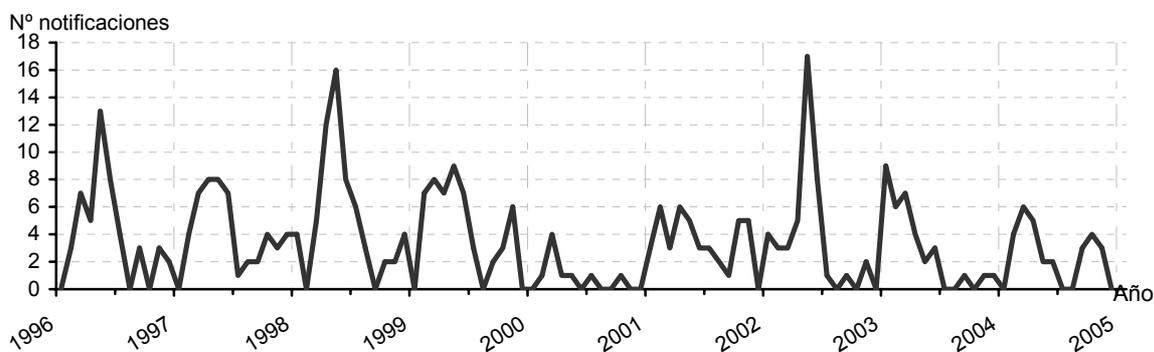
La fiebre Q es una zoonosis causada por *Coxiella burnetii*, bacilos gram-negativos que tienen la peculiaridad de ser parásitos intracelulares obligados, resistentes al calor y desecación, lo que explicaría su capacidad para soportar condiciones ambientales difíciles.

La fiebre Q no es una enfermedad de declaración obligatoria, por lo que sólo disponemos de los datos recogidos por el Sistema de Información Microbiológica que se presentan en la siguiente gráfica. La distribución de los casos, aunque predominante en los meses de invierno y primavera, presenta un pequeño rebrote en otoño. El mayor número de casos (18) ha sido declarado por el laboratorio de microbiología del hospital de Galdakao.

El 76% han ocurrido en varones, siendo los grupos de edad que más casos aportan los comprendidos entre 20 y 50 años. No ha habido declaración de brote o casos asociados en el año 2004.

Evolución de los casos de fiebre Q

SIM. Bizkaia. 1996-2004



Fiebre tifo-paratífica

CIE-9: 002; CIE-10: A01

Durante el año 2004, en los meses de marzo, agosto y septiembre, se declararon 3 casos de fiebre tifoidea, uno más que en 2003. Los afectados eran dos mujeres y un hombre de 16, 44 y 16 años, respectivamente. Dos referían estancia previa en zona de alta endemia; en el tercer afectado no se identificó ningún factor de riesgo. Todos requirieron ingreso en un centro hospitalario.

Gonocócica, infección (Gonococia)

CIE-9: 098; CIE-10: A54

La gonococia es una enfermedad de declaración obligatoria. A través del sistema EDO sólo se recogen las gonococias declaradas desde Atención Primaria y aunque la declaración es numérica, durante 2004 se ha encuestado a cada médico sobre cada caso declarado para recabar información sobre edad, sexo y confirmación microbiológica. Por esta vía durante el año 2004 se han declarado 11 infecciones gonocócicas en Bizkaia. Dado que el sistema EDO no registra la identificación del paciente, no hemos podido confirmar que todos los casos declarados en EDO estén incluidos entre los aislamientos de la declaración microbiológica.

A través del Sistema de Información Microbiológica se han declarado 60 aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae*, siendo los hombres claramente más afectados (55 aislamientos) que las mujeres.

Por otro lado, desde el Servicio de ETS de Osakidetza de Bizkaia se declaran 29 diagnósticos de gonococia, durante 2004.

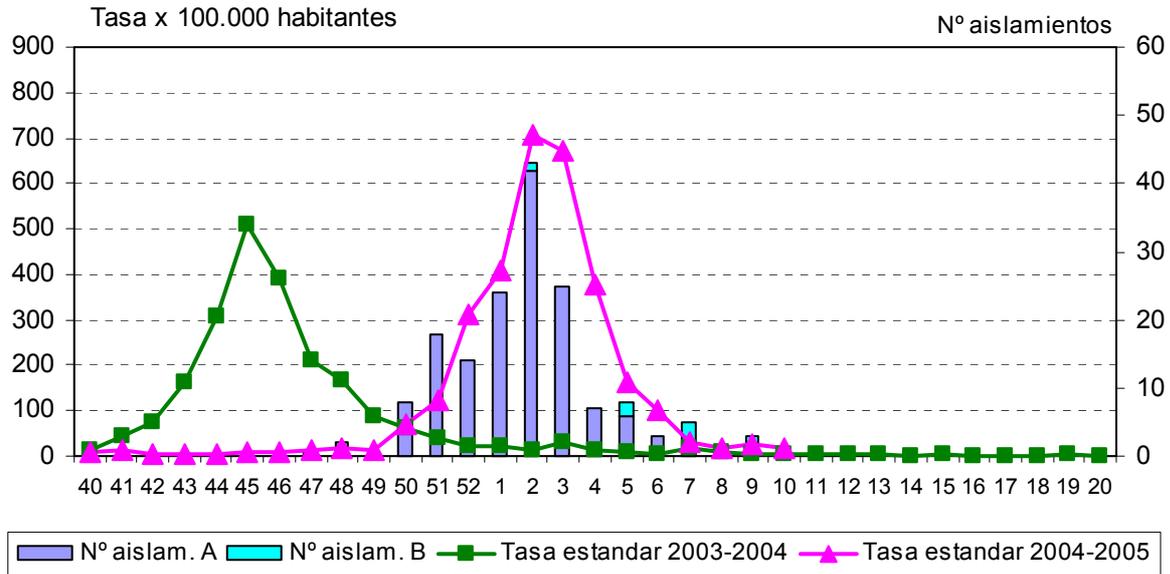
Gripe (Influenza)

CIE-9: 487; CIE-10: J10-11

El programa de Médicos Vigía de la CAPV para la vigilancia de la gripe permite conocer los datos de forma más precoz que el sistema EDO; además informa sobre los virus circulantes en nuestro medio así como de la distribución de los casos por algunas variables como sexo, edad, síntomas, estado vacunal, etc. Participan 32 vigías entre médicos generales (22) y pediatras (10) que atienden una población de 50.517 habitantes. Contamos también con información de los casos ocurridos en tres residencias de personas mayores e información de los servicios de urgencias hospitalarios.

En la siguiente gráfica se puede ver la distribución temporal de los casos de las dos últimas temporadas gripales así como la de los aislamientos de los virus circulantes de la temporada actual.

Evolución de la gripe en la CAPV
Médicos Vigía de la CAPV. Periodos 2003-2004 y 2004-2005

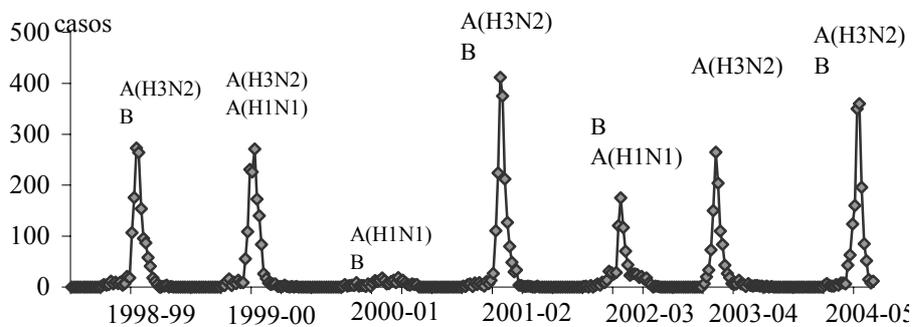


Durante la temporada 2004-2005 la distribución temporal de los casos se ha desplazado en el tiempo, resultando que el pico máximo de la temporada se ha producido ya en el año 2005 (concretamente en enero, en la 2ª semana de 2005), mientras en la temporada anterior el pico fue mucho más temprano (en noviembre de 2003, semana 40 de 2003), quedando así el año 2004 con una presentación de casos baja. Es de comentar también que la tasa por 100.000 en este último pico ha sido bastante más alta que el máximo de la pasada temporada.

Respecto al virus circulante, se han aislado tanto virus A (H3N2) como B, si bien sus hallazgos se han separado en el tiempo siendo los tipo A los primeros en aislarse y constituyendo la mayoría en el periodo de máxima incidencia, mientras que el tipo B ha sido aislado más tardíamente y en muchas menos ocasiones, ya iniciado el descenso de la incidencia.

También esta temporada la gripe ha alcanzado tasas más altas en niños y adolescentes; las tasas disminuyen a medida que aumenta la edad, siendo la menor la del grupo de mayores de 64 años.

Casos de gripe y aislamientos virales
Médicos vigía de la CAPV. 1998-2005



La campaña de vacunación antigripal se realiza todos los años en los meses de septiembre y octubre y va dirigida a los grupos de riesgo, especialmente a los mayores de 64 años. La cobertura ha sido alta, superior al 69%, si bien ligeramente inferior a la de la pasada temporada. En la presente se ha obtenido en residencias de personas mayores, una cobertura del 97,3 % que supera el objetivo planteado. La diferencia de cobertura vacunal según género se mantiene a favor de los hombres, lo que parece hacer necesario fomentar la vacunación de las mujeres de 65 o mayores.

Gripe aviar

La gripe aviar es una infección producida por un virus gripal que comprende varios géneros o tipos entre los cuales está el virus A. Este se divide en subtipos, entre ellos H5 y H7. Esta infección puede afectar a casi todas las especies de aves, tanto salvajes como domésticas. También puede afectar a otras especies animales como el cerdo y otros mamíferos.

Este virus de la gripe aviar puede, excepcionalmente, transmitirse al hombre como se observó en Hong Kong (1997 y 2003), en Holanda (2003) y en Vietnam y Tailandia (2004). La transmisión se efectúa por contactos frecuentes e intensos con las secreciones respiratorias y deyecciones de los animales infectados. Hay estudios recientes que muestran que los patos domésticos pueden tener un papel importante en la diseminación del virus, ya que la mayoría de los patos infectados con el virus H5N1 no desarrollan síntomas de enfermedad, pudiendo servir, así de reservorio de la enfermedad.

Desde enero de 2004 una cepa viral del tipo A(H5N1) ha sido identificada en numerosas explotaciones avícolas del Sudeste de Asia. Además, esta cepa ha sido origen de algunas decenas de casos en humanos en Tailandia y Vietnam. La presentación clínica de los casos de gripe aviar A(H5N1) observados desde enero de 2004 se caracteriza por una infección respiratoria aguda severa, de evolución frecuentemente fatal. El diagnóstico virológico lo realizan ciertos laboratorios muy especializados. Algunos tratamientos antivirales pueden, en ciertas situaciones, tener cierta eficacia en la prevención o en el desarrollo de la enfermedad. Todas las autoridades sanitarias han preparado un procedimiento a seguir ante la detección de casos de gripe aviar.

En la siguiente tabla se detallan los casos notificados por la OMS a fecha 11 de marzo 2005.

Nº de casos y fallecimientos de gripe A(H5N1)

Países	Casos	Fallecimientos
Tailandia	17	12
Vietnam	51	33
Camboya	1	1
Total	69	46

Desde diciembre de 2004 están apareciendo casos en Vietnam, entre los que se han valorado dos posibles brotes familiares, que han hecho pensar en una posible transmisión de persona a persona; esta transmisión se habría producido siempre por el contacto íntimo prolongado con enfermos graves. Se habla de virus H5N1 hiperpatógenos por lo que se pueden esperar más casos humanos esporádicos y agrupaciones familiares. En esta última fase desde diciembre de 2004 se han producido 25 casos con 14 muertos.

***Haemophilus influenzae* tipo b**

CIE-9: 320.0, 038.41, 041.5; CIE-10: G00.0, A41.3, A49.2

En el año 2004 el SIM no ha notificado ningún caso de enfermedad invasiva por *H. influenzae* tipo b (Hib) en niños menores de 5 años.

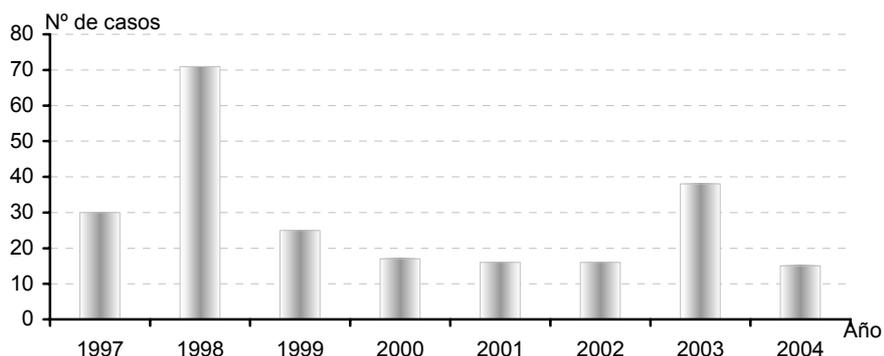
La vacuna frente al Hib se introdujo en la CAPV en el año 1996. Entre el año 1997 y el 2004 se han notificado a través del SIM cuatro casos en menores de 5 años: uno en el año 1998, dos en 1999 y uno en 2001. Los casos eran niños correctamente vacunados; tres cursaron como neumonía (uno de ellos VIH positivo) y uno como meningitis.

Hepatitis A

CIE-9: 070.0, 070.1; CIE-10: B15

En el año 2004 hemos registrado 15 casos de hepatitis A, resultando una tasa de incidencia de 1,3 por 100.000 habitantes; la tasa varía entre 2,0 en la comarca Bilbao y 0,5 en la comarca Uribe. El índice epidémico 1 es 0,4, lo que refleja la disminución del número de casos con respecto al año anterior. El índice epidémico 2 es un índice más estable, ya que se calcula con referencia a los cinco años anteriores; su valor en 2004 es igual a 0,9; esto indica que la incidencia de la hepatitis A durante los últimos años se mantiene bastante estable.

Evolución del número de casos de Hepatitis A
EDO. Bizkaia. 1997-2004



Dos tercios de los afectados son hombres. El 80% de los casos son adultos de 26 a 40 años; hay tres niños con edades entre 1 y 5 años.

El 40% (6) referían estancia en zona endémica, 4 eran turistas y 2 habían vuelto recientemente de sus países de origen. El inicio de síntomas no guarda relación con la época del año y, aunque 3 afectados habían consumido marisco durante el periodo de incubación, en ningún caso se confirmó el alimento como vehículo transmisor del virus.

Sólo en una ocasión un afectado presentó asociación con otro caso; se trataba de una profesora de un colegio; inició síntomas un mes más tarde que un niño del mismo centro escolar. Se realizó intervención en el centro dando vacuna e inmunoglobulina a un grupo de alumnos y profesores.

En el registro de altas constan 10 ingresos por hepatitis A, todos mayores de 20 años, excepto un niño de 5.

Hepatitis B

CIE-9: 070.2, 070.3; CIE-10: B16

A lo largo del año, a través de los sistemas de información disponibles, hemos registrado 11 hepatitis B agudas con HBc IgM (+). Esta cifra supone una tasa de 0,98 casos por 100.000 habitantes, inferior a la del año anterior (2,2). Por comarcas, en Uribe no hay casos, y en el resto las cifras son muy semejantes, 1,13 tanto en Bilbao como en Interior y 1,37 en Ezkerraldea-Enkarterri.

A través del SIM se han identificado 15 HBc IgM positivas (35 en 2003); hemos descartado cuatro casos ya que aunque eran hepatitis B agudas activas, en todas ellas existía antecedente de hepatitis antigua.

El 82% de los casos eran hombres; todos los afectados eran mayores de 28 años excepto un niño de 6 que había sido adoptado recientemente y procedía de otro país.

En cuanto a los factores de riesgo identificados, tres personas procedían de otros países; en los otros 8 casos, sólo en dos se podía relacionar la infección con consumo de drogas por vía parenteral.

Hepatitis C

CIE-9: 070.41, 070.51; CIE-10: B17.1

Entre las hepatitis C declaradas a través del sistema EDO durante 2004 sólo 5 han sido confirmadas en el laboratorio por seroconversión, el resto eran diagnósticos recientes de hepatitis probablemente antiguas y la mayoría asintomáticas. Este es el tercer año que aceptamos la seroconversión como caso confirmado, el número de casos ha sido similar al presentado los años anteriores 6 en 2002 y 4 en 2003.

Las 5 hepatitis C confirmadas suponen una tasa de 0,4 por 100.000 habitantes. Dos afectados, un hombre de 31 años y una mujer de 36, habían consumido drogas por vía intravenosa. Un hombre de 29 años refería como único factor de riesgo de interés un *piercing* reciente. Una mujer de 53 años es sanitaria y presentó seroconversión después de un pinchazo accidental; el hospital que realizó la investigación determinó que la aguja estaba contaminada con sangre de un paciente VHC(+). Sólo en una ocasión no pudo identificarse ningún factor de riesgo para la adquisición de la enfermedad.

Durante el año 2004 el Departamento de Sanidad publicó y distribuyó el “Protocolo sobre Vigilancia de Hepatitis C” cuyo borrador había sido distribuido previamente entre los centros de salud de las comarcas sanitarias de Osakidetza.

Hepatitis Delta

CIE-9: 070.42 , 070.52; CIE-10: B17.0

En el año 2004 se declaró a través del SIM, un caso de hepatitis Delta. Se trata de una mujer del grupo de edad de 60-69 años. Esta hepatitis se incluye en el capítulo de “Otras hepatitis víricas”.

Legionelosis

CIE-9: 482.8; CIE-10: A48.1 – A48.2

En el año 2004 se declararon a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia 56 casos de legionelosis, lo que supone una tasa de incidencia de 4,99 por 100.000 habitantes, cifra ligeramente inferior al año anterior. Un caso ha sido diagnosticado únicamente por cultivo, los otros 55 casos son casos confirmados con Ag en orina positivo; en 7 de ellos, además, se ha aislado *Legionella* en el cultivo de esputo. Según el ámbito de aparición, ha habido un caso nosocomial relacionado con un hospital fuera de la CAPV, 2 relacionados con un centro terapéutico, 7 con estancias en hoteles fuera de la comunidad y el resto han sido casos comunitarios.

Según el modo de presentación se ha producido una agrupación de casos en el municipio de Bilbao, lo que ha llevado a que la tasa más elevada por comarcas haya sido la de Bilbao.

La mediana de edad ha sido 54 años (33-94 años), la tasa más elevada se ha dado en el grupo de edad por encima de 65 años; la razón de sexos (hombre/mujer) fue de 3.

Han fallecido 3 de los 56 casos, lo que supone una letalidad de 5,3%, que se eleva al 10% entre los de 65 y más años.

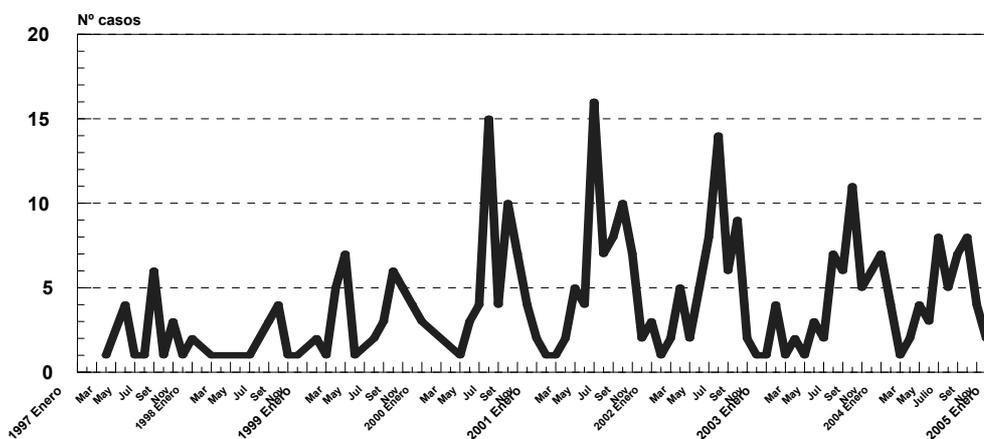
Se ha encontrado una exposición de riesgo en los 10 días precedentes al inicio de síntomas en 12 casos (21,4%): 1 nosocomial, 2 en un centro terapéutico, 7 asociados a viajes fuera de la CAPV y, por último, en 2 casos se han detectado posibles exposiciones laborales.

El factor de riesgo personal más frecuente entre los casos ha sido el hecho de fumar; el 43% son fumadores de más de 10 cigarrillos /día.

En la figura siguiente se muestra la distribución temporal desde 1997 a 2004. Este año el pico de verano ha sido inferior al del mes de octubre.

Distribución temporal Legionelosis

EDO. Bizkaia. 1997-2004



Leptospirosis

CIE-9: 100; CIE-10: A27

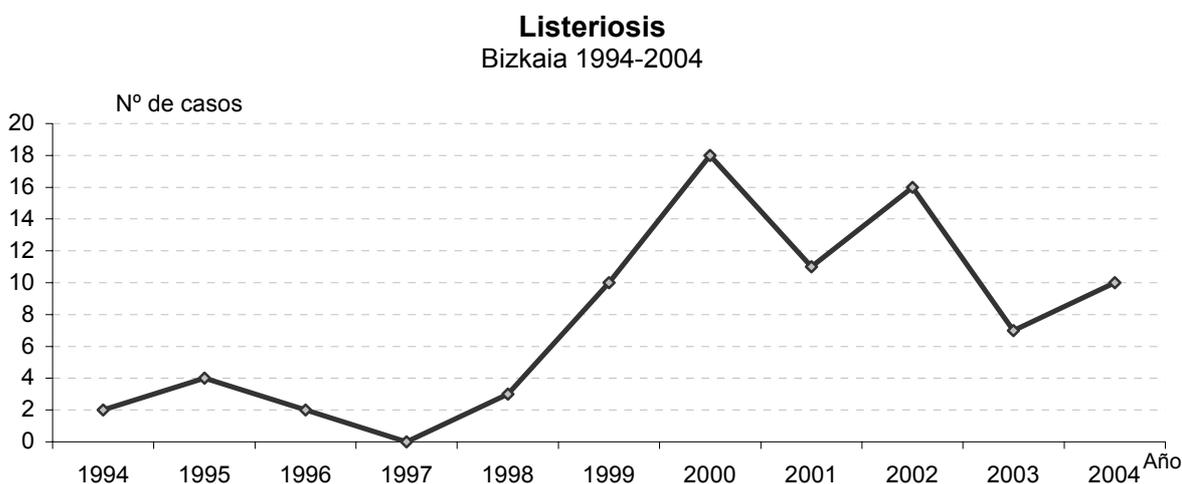
La leptospirosis no es una enfermedad de declaración obligatoria. A través del Sistema de Información Microbiológica se ha declarado 1 caso en el mes de febrero.

Además del factor de riesgo ocupacional clásico, los últimos brotes ocurridos en países europeos están relacionados con actividades de ocio, bañistas en canales, estanques, piragüismo...

Listeriosis

CIE-9: 027.0; CIE-10: A32

El número de casos de listeriosis declarados por los laboratorios de microbiología de Bizkaia en el año 2004 fue de 10, lo que supone una tasa de 0,9 casos por 100.000. Los aislamientos son 12, ya que en dos de los casos se ha aislado *Listeria monocytogenes* tanto en la madre como en el bebé, considerándose, a efectos epidemiológicos, como un único caso.



Tres de los 10 casos fueron materno-neonatales, en uno de los cuales el bebé falleció al nacimiento. De los casos no materno-neonatales, 3 se producen en mujeres y 4 en hombres, de edades comprendidas entre los 53 y 87 años, cursando 2 como meningitis y el resto como bacteriemias. Todos tenían algún factor de riesgo para listeriosis.

Lyme, enfermedad de

CIE-9: 104.8, 088.81; CIE-10: A69.2

La enfermedad de Lyme no es una enfermedad de declaración obligatoria. En el Sistema de Información Microbiológica se han registrado 4 casos de serología positiva de *Borrelia burgdorferi*, dos mujeres y dos hombres.

La picadura de garrapatas no es un hecho infrecuente en nuestro medio. Para reducir la exposición a las garrapatas es preciso llevar cubiertas por ropa las extremidades superiores e inferiores cuando se frecuenten las zonas infestadas.

Meningocócica, enfermedad

CIE-9: 036; CIE-10: A39

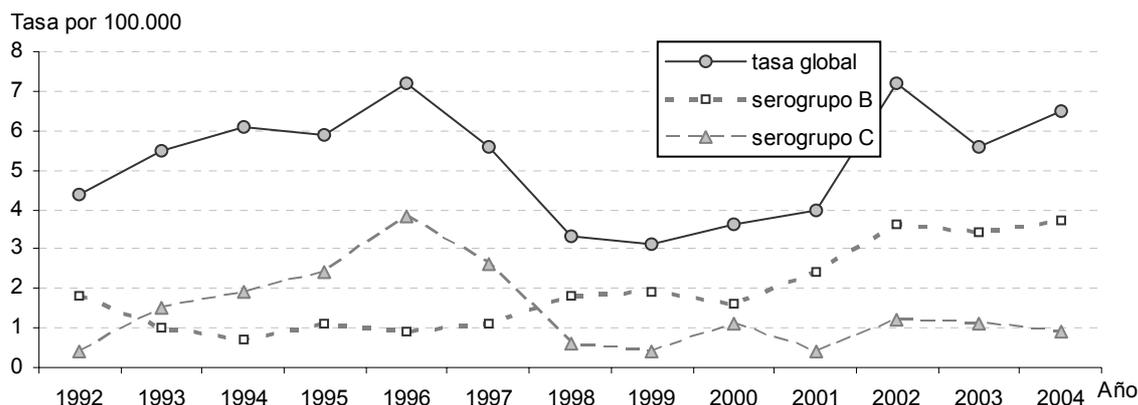
En el año 2004 han sido declarados 73 casos de enfermedad meningocócica en Bizkaia, lo que supone una tasa de incidencia de 6,5 casos por 100.000, frente a la tasa de 5,6 registrada en 2003.

Se han confirmado microbiológicamente 57 de los 73 casos declarados (78 %). En 42 pacientes se ha aislado meningococo serogrupo B, en 10 serogrupo C, en 3 serogrupo Y, y en 2 el meningococo no ha sido grupado. Este año solo conocemos el serosubtipo de los meningococos aislados en los hospitales de Galdakao, San Eloy y Cruces, no disponiendo de esta información para las cepas aisladas en el hospital de Basurto. La combinación de serosubtipo predominante de entre los meningococos serogrupo B tipados es la B NT:P1.9, a la que pertenecen 5 de los 31 meningococos B que han sido tipados (16%), detectándose tan sólo 4 cepas B 2a:P1.5, que en el año 2003 suponían el 43% del total. Los 8 meningococos serogrupo C tipados, pertenecen al clon 2a:P1.5.

Han fallecido 7 de los 73 enfermos declarados, lo que supone una letalidad del 9,6 %. Por grupos de edad la letalidad más alta se dio en el grupo de 10 a 19 años (23%).

Casos de enfermedad meningocócica por año

EDO. Bizkaia. 1992-2004



Con respecto al estado vacunal de los casos producidos por meningococo C, el menor de 10 años, estaba correctamente vacunado con vacuna conjugada y los 2 casos del grupo de 10 a 19 años habían sido vacunados con la vacuna de polisacáridos en la campaña del año 1997.

Casos de enfermedad meningocócica por grupos de edad y serogrupo. 2004

Grupo de edad	Casos confirmados microbiológicamente			Casos probables (microbiología neg.)	Total	Tasa por 100.000	N fallecidos/ Letalidad %	
	B	C	Otros					
<10 años	24	1	-	9	34	41,4	-	-
10-19 años	10	2	-	1	13	12,7	3	23,1
20-39 años	4	3	2	1	10	2,8	1	10,0
>39 años	4	4	3	5	16	2,8	2	12,5
TOTAL	42	10	5	16	73	6,5	6	8,2

El Centro Nacional de Epidemiología ha informado en el año 2004 una tasa de enfermedad meningocócica para todo el Estado de 2,1 casos por 100.000 habitantes y una letalidad del 10,3%. Las tasas varían entre las distintas Comunidades Autónomas en un rango que va entre 0,8 en Extremadura y 5,6 en Cantabria. El País Vasco se sitúa en segundo lugar, con una tasa de 5,3.

Meningitis víricas

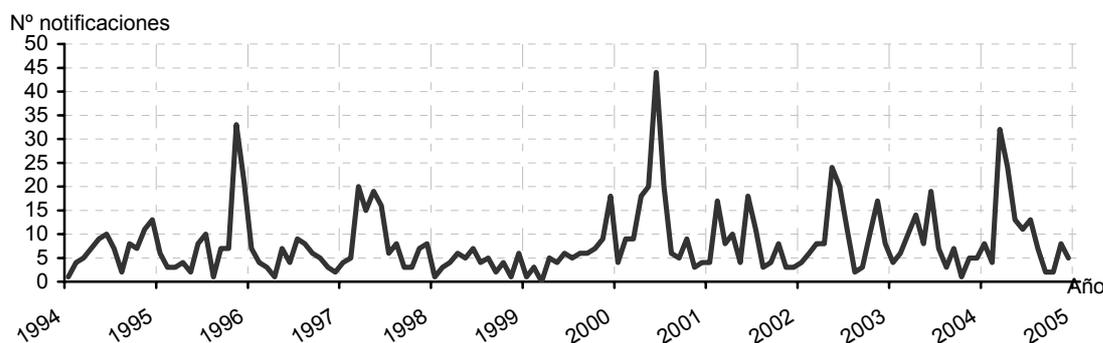
Enterovirus CIE-9:047;0490; CIE-10: A87

La principal causa del cuadro de meningitis aséptica son los virus, y en la actualidad los enterovirus son el grupo más frecuente. Dentro de este grupo se incluyen los poliovirus (3 serotipos), los virus Coxsackie, los virus ECHO y los enterovirus 68-71. Otros virus que también pueden producir este cuadro son: el adenovirus, el virus herpes simple, el herpes zoster y el virus de la parotiditis epidémica o virus urliano.

Hasta 2003 nuestra única fuente de información ha sido el registro de altas hospitalarias; en este año disponemos además de los datos sobre enterovirus declarados por el SIM. Se han registrado 126 ingresos por meningitis vírica; 75 coriomeningitis linfocitaria (CIE-9:049.0) y 51 meningitis enterovírica (CIE-9:047-047.9). El 50% eran mujeres, el 29% eran menores de 1 año y el 50% menores de 20.

El SIM registra 20 enterovirus: 16 Coxsackie, 3 ECHO y 1 sin especificar. El 85% se aislaron entre marzo y junio.

Meningitis vírica por enterovirus. ..
CMBD Hospitales de Osakidetza. Bizkaia. 1994-2004.



El 72% de los ingresos por meningitis vírica se produjeron entre marzo y julio con un pico de 32 casos en marzo. La gráfica superior refleja la distribución de los ingresos por meningitis víricas en los hospitales de Osakidetza desde el año 1994, de personas residentes en Bizkaia. Se observa que durante el año 2004 hubo un pico de incidencia, en primavera, superior a los tres años anteriores.

Durante 2004 en el grupo de otras meningitis víricas se han registrado 4 meningitis por herpes zoster. Como era de esperar, no ha habido ningún ingreso por meningitis urliana, ni por meningitis por poliovirus; tampoco se ha identificado ninguna meningitis por herpes simple o por adenovirus.

Micobacterias no tuberculosas

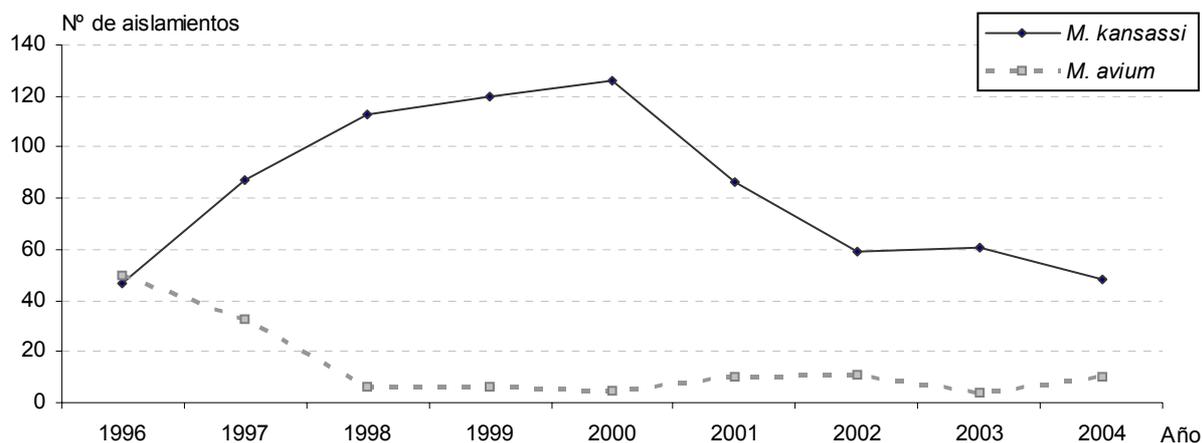
CIE-9:031 ; CIE-10: A31

Según los aislamientos declarados al SIM, *M. kansasii* sigue siendo la micobacteria no tuberculosa más frecuentemente aislada en Bizkaia, con 48 casos, aunque sigue su tendencia

descendente registrada desde el año 2000, en que alcanzó su máxima incidencia desde el inicio de este sistema de vigilancia, con 126 aislamientos.

M. avium se aisló en 10 pacientes, manteniendo la baja incidencia registrada en los últimos años.

Aislamientos de *M. kansasii* y *M. avium* SIM. Bizkaia. 1996-2003



Neumocócica, enfermedad

CIE-9: 320.1, 038.2, 481; CIE-10: G00.1, A40.3, J13

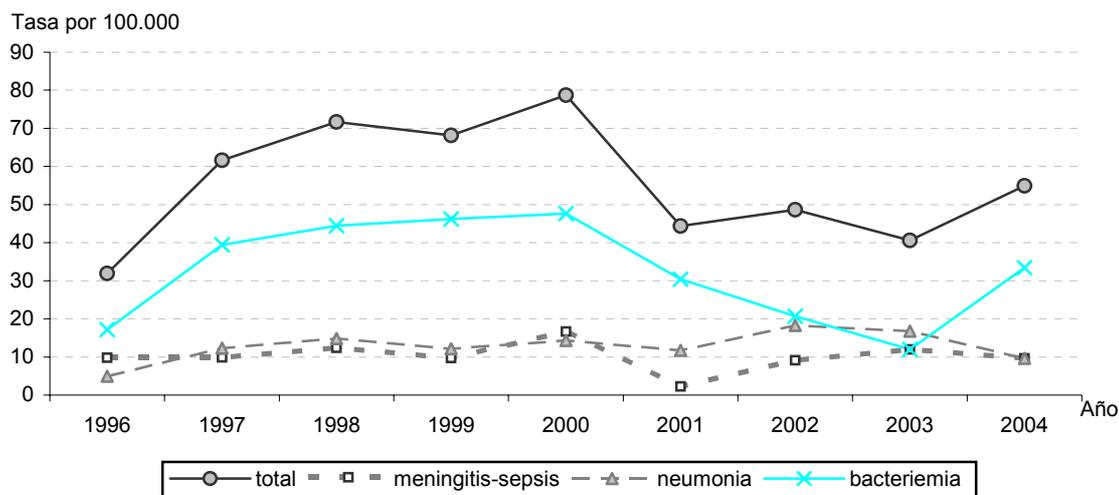
Enfermedad Neumocócica Invasora en menores de 5 años de edad.

Con los datos de aislamientos de *Streptococcus pneumoniae* (en sangre y/o LCR) aportados por el SIM, hemos detectado en Bizkaia durante 2004, una tasa de enfermedad neumocócica invasora (ENI) en menores de 5 años (60 meses) de 52,6 por 100.000 habitantes (22 casos).

El hospital de Cruces declaró 10 casos y el hospital de Basurto 12 aislamientos, estos últimos sin datos nominales. Para suplir esta carencia de información realizamos una búsqueda en el registro de altas hospitalarias. Finalmente hubo 4 meningitis y 4 neumonías ingresadas con confirmación de laboratorio; no hemos identificado ninguna sepsis neumocócica.

La razón de sexos es 1,7; el 68 % de los casos de ENI son menores de dos años.

Tasa de enfermedad neumocócica invasora en menores de 5 años Bizkaia. 1996 a 2004



Durante 2004 la tasa de incidencia de bacteriemia ha subido ligeramente con respecto al año anterior si bien la de meningitis y neumonía ha descendido ligeramente. Hay que interpretar las cifras con precaución ya que se trata de números muy pequeños.

Enfermedad Neumocócica en mayores de 64 años de edad.

En Bizkaia, en el año 2004, se produjeron 670 altas hospitalarias por neumonía neumocócica [CIE-9: 481 en los seis primeros diagnósticos] en el conjunto de Osakidetza; de éstas 446 (67%) se produjeron en mayores de 64 años; eso supone una tasa de 212,2 por 100.000. En este mismo grupo de edad se produjeron además 11 ingresos por sepsis neumocócica (69% del total) y 3 por meningitis neumocócica (30%).

Paludismo / Malaria

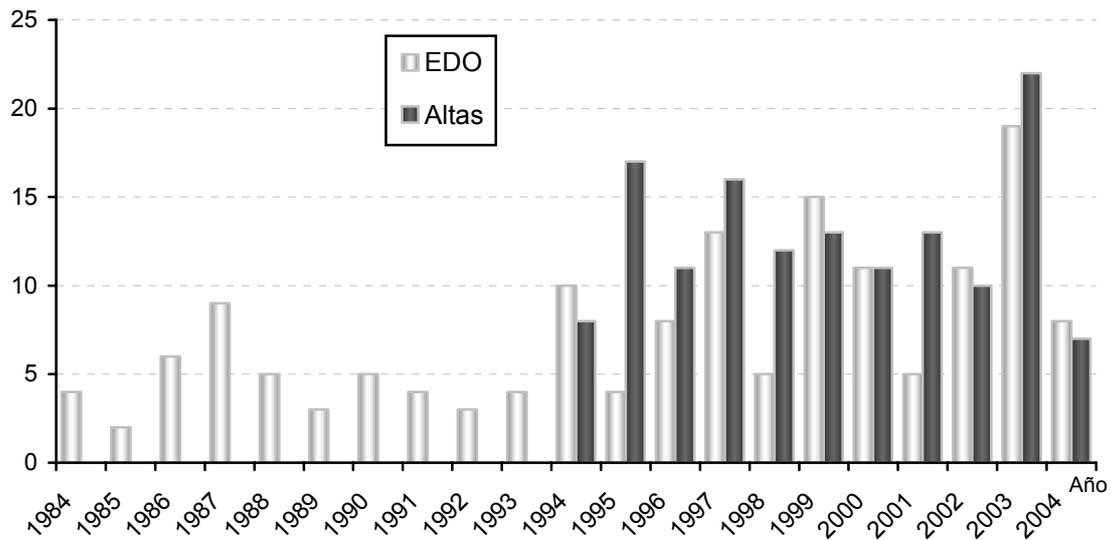
CIE-9: 084; CIE-10: B49 - B54

En el año 2004 se han declarado 8 casos de paludismo al sistema EDO, 1 mujer y 7 hombres, de edades comprendidas entre 9 meses y 48 años.

Se ha identificado *Plasmodium* en todos los casos; solamente en un caso se identificó *P. ovale*, y en los 7 restantes *P. Falciparum*.

Sólo uno de los pacientes había recibido quimioprofilaxis. En dos casos el motivo del viaje a la zona de contagio ha sido turismo; sin embargo la mayoría de las veces se trata de personas que viven en Bizkaia pero acuden de viaje a sus lugares de origen, zonas endémicas de paludismo, sin tomar quimioprofilaxis.

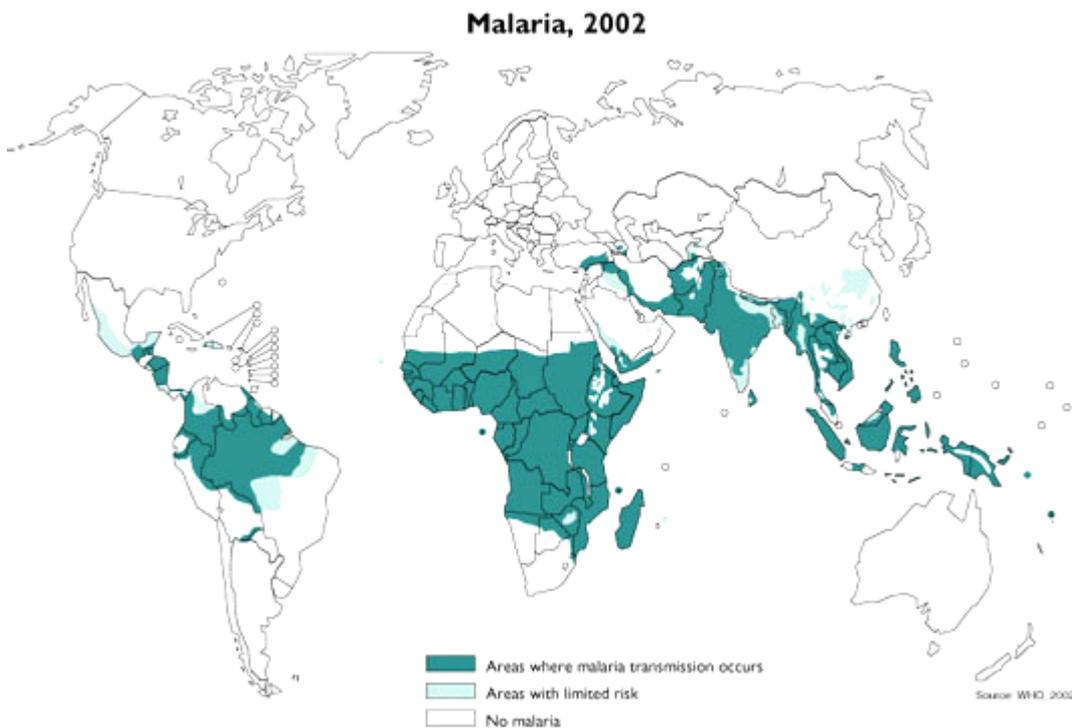
Número de casos de paludismo
EDOS y Altas Hospitalarias. 1984-2004



El lugar origen de la infección es en todos los casos países africanos: 4 Guinea Ecuatorial, 1 Ghana, 1 Senegal, 1 Nigeria y 1 República democrática del Congo.

La OMS indica que la malaria importada está aumentando en Europa, donde ha pasado de 1500 casos en 1972 a más de 15.000 en el año 2000. El *Plasmodium falciparum* es el más común en los trópicos pero está aumentando su presencia en Europa; en la pasada década más de 700 casos fueron debido a esta especie.

El CMBD (Registro de Altas Hospitalarias) recoge 7 ingresos a lo largo del año.

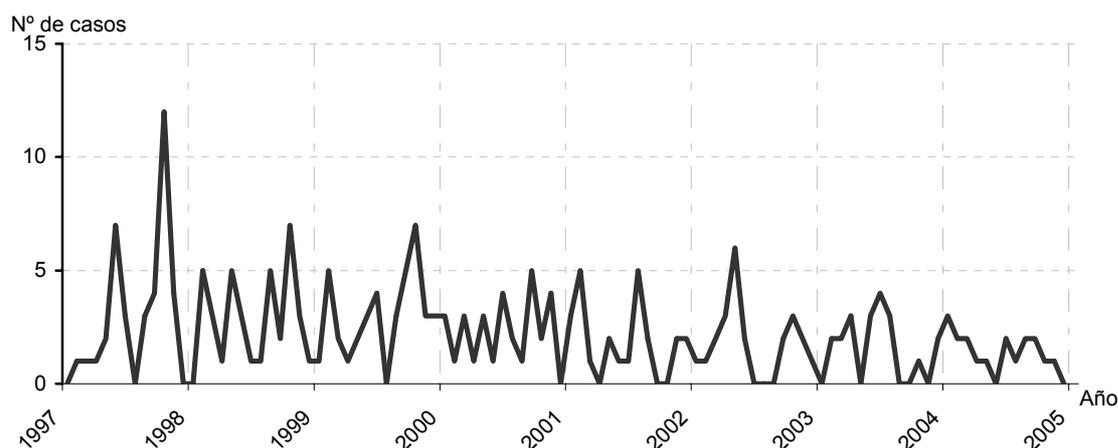


Parotiditis vírica (paperas)

CIE-9: 072; CIE-10: B26

Durante 2004 han sido declarados 18 casos a través del sistema EDO; todos los casos son probables ya que ninguno ha sido confirmado por serología. Este dato concuerda con la declaración microbiológica que tampoco recoge ningún caso.

Casos de parotiditis declarados por cuatrisesmana
EDO Bizkaia 1997-2004



Teniendo en cuenta la gran cobertura que en nuestro medio tiene la vacuna triple vírica en la población de cohortes nacidas a partir de 1981, resulta cada vez más necesaria la confirmación de los casos que se presentan aislados. Por otra parte, esto ayuda también al diagnóstico diferencial de la parotiditis en el adulto.

Peste

CIE-9: 020; CIE-10: A20

La peste permanece activa en numerosos focos naturales y está ampliamente distribuida en los trópicos y subtropicos; los brotes recientes han demostrado que puede aparecer en zonas en que se mantenía silente.

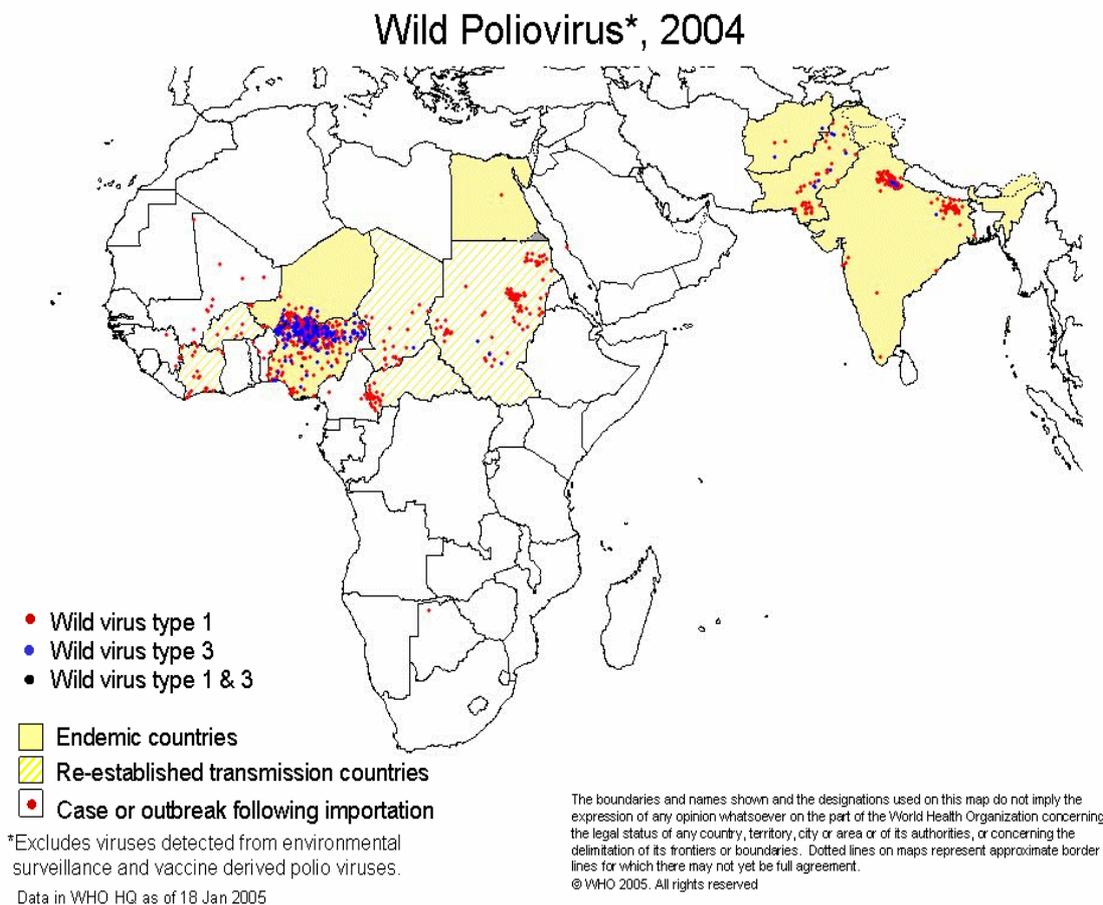
En el año 2001 se dio un brote en Zambia en el que se declararon 23 casos hospitalizados; 3 de ellos fallecieron. En febrero de 2002 la India declaró 16 casos de peste neumónica y 4 fallecimientos; todos los pacientes vivían en la misma aldea. Para el control del brote se administró quimioprofilaxis a los contactos de los pacientes, se fumigaron las aldeas y medios de transporte y se realizó educación sanitaria a la población. En mayo de 2002 se declaró un brote de peste bubónica en Malawi afectando a 71 pacientes. En el año 2003 se declararon 10 casos de peste en el distrito de Oran en Argelia. En el año 2004 la OMS no ha recogido ningún brote, pero en el mes de febrero de 2005 ha surgido un brote en la República Democrática del Congo.

Poliomielitis

CIE-9: 045; CIE-10: A80

Desde el año 1988, en el que la polio existía en 125 países de 5 continentes, paralizando a más de 1.000 niños al día, se ha conseguido una reducción del 99%. A finales del año 2003 sólo 6 países presentaban polio endémica, Nigeria, India, Pakistán, Egipto, Níger y Afganistán, por lo que la OMS puso en marcha programas especiales durante el año 2004, para eliminar la polio en estos países y evitar la propagación a otros.

Este último año ha sido problemático especialmente en África, donde el número de niños afectados por polio se ha doblado hasta alcanzar cifras de 1.037 casos (85% del total mundial). El número de casos comenzó a aumentar en 2003 por la supresión de la vacunación en ciertas zonas de Nigeria. La situación ha alcanzado carácter epidémico debido a las bajas coberturas vacunales de la región. A esto se añade, como amenaza, la rápida propagación en Sudán que desde el año 2001 no presentaba casos y en 2004 ha tenido 112. Se han organizado campañas sincronizadas de vacunación en 23 países con el objetivo de alcanzar a 80 millones de niños; el objetivo es interrumpir la transmisión del virus para finales de 2005 (ver mapa).



Tras la declaración de zona libre de polio, se ha puesto en marcha el “Plan de acción para mantener el estado libre de poliomiélitis en España, tras certificar la interrupción de la transmisión de poliovirus salvaje en la Región Europea”. Las bases de este programa son: 1-mantener altas coberturas en los programas de vacunación; 2-mantener un sistema de vigilancia que permita detectar de forma rápida una probable importación de poliovirus salvaje o la

circulación de poliovirus derivados de la vacuna; 3-asegurar que existe una adecuada contención de poliovirus salvaje en los laboratorios.

En Bizkaia en 2004, mediante el sistema de vigilancia de parálisis flácidas, no se identificó ningún caso posible.

Con el objetivo de evitar las posibles parálisis debidas a poliovirus atenuados en inmunodeprimidos o en inmunocompetentes (debido a reversión de la virulencia del virus vacunal) a partir del 1 de marzo de 2004 se sustituyó la vacuna oral frente a la poliomielitis de virus atenuados (VPO) por la vacuna intramuscular de virus inactivados (VPI) y se eliminó la quinta dosis de vacuna que se administraba a los 6 años de edad.

Rabia

CIE-9: 071; CIE-10: A82

En 2004 se ha diagnosticado un caso de rabia en un perro agresor en Melilla. En el mes de agosto se produjo una alerta por rabia en el sur de Francia. El perro rabioso había sido importado ilegalmente de Marruecos y agredió a varias personas antes de conocer que padecía la rabia; como una de las personas agredidas tenía acento español se publicó la alerta en los medios de prensa locales.

En Bizkaia en el año 2004 se ha proporcionado vacuna antirrábica para continuación de vacunaciones a 8 personas, 5 por haber sido expuestas a mordeduras de animales en países con rabia y 3 mordidos por animales de origen desconocido; además se indicó vacuna preexposición a 3 personas con posible riesgo laboral.

El 1 de julio de 2004 se publicó el decreto 101/2004 sobre tenencia de perros cuyo objetivo es regular los diferentes aspectos de la tenencia de perros en la CAPV. En su artículo 6 regula el procedimiento ante una agresión. En resumen, se abrirá expediente sobre el incidente en el ayuntamiento donde esté censado el animal o, en su defecto, donde resida el propietario. El ayuntamiento remitirá notificación del incidente a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica. Si tras la agresión se produce una herida el perro será sometido a observación por parte de un veterinario oficial. En el caso de que el propietario no lo haga de manera voluntaria se le podrá ordenar la vigilancia y, en todos los casos, el coste le corresponderá al propietario del perro. Si no existiera propietario la administración concedora de la agresión se encargará de la recogida y puesta en observación del animal.

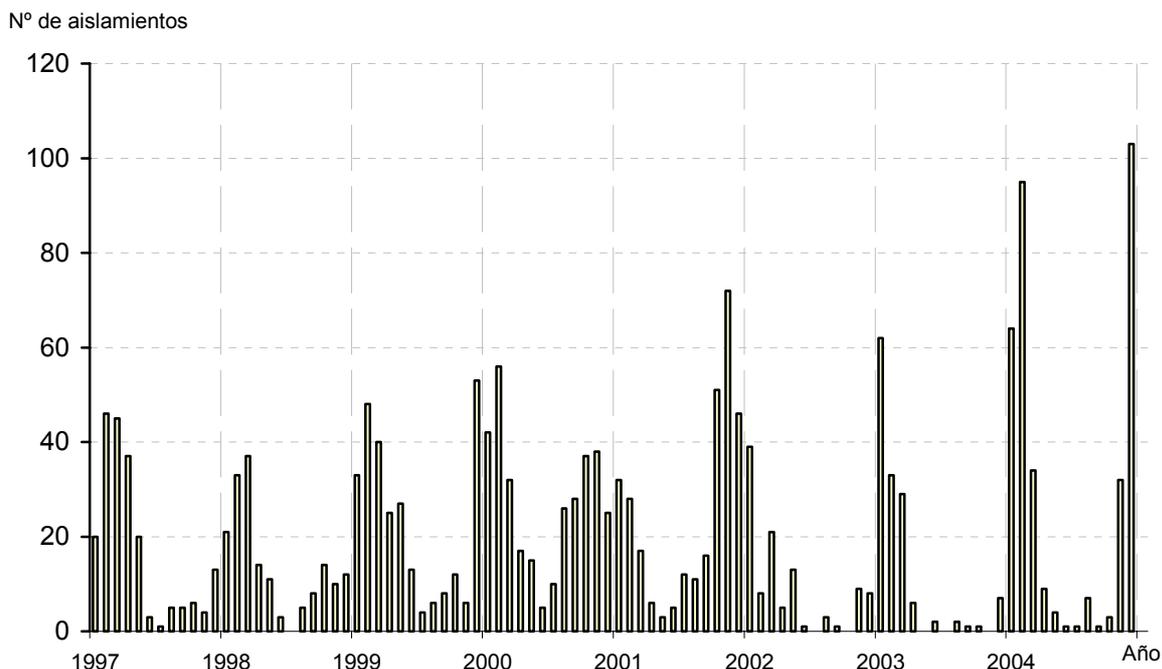
Rotavirus

CIE-9: 008.61; CIE-10: A08.0

Durante el año 2004, a través de Sistema de Información Microbiológica, se declararon 354 aislamientos, 211 más que el año anterior.

Distribución por mes de aislamientos de rotavirus notificados

SIM. Bizkaia. 1997-2004



De los 354 aislamientos desconocemos la edad del 14%; de los 306 casos restantes, el 98% (300) son menores de 9 años, y de éstos 116 son menores de 1 año.

En el registro de altas hospitalarias se han recogido 21 ingresos con este diagnóstico, 12 entre noviembre y diciembre. Todos son menores de 4 años y de éstos el 50% menores de 1 año.

Rubéola

CIE-9: 056, 771.0; CIE-10: B06, P35.0

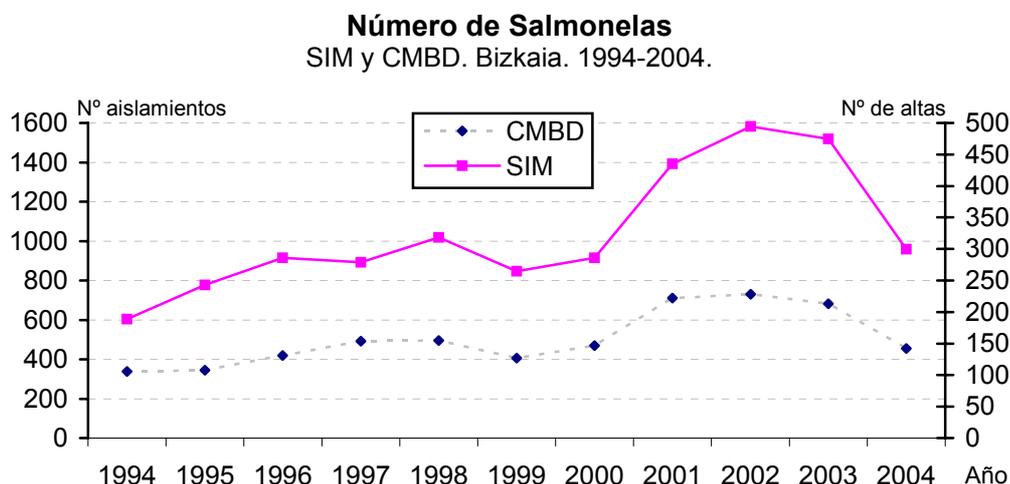
En el año 2004 a través del sistema EDO se ha declarado una rubéola. Se trata de un niño de 4 años que había llegado recientemente de fuera de la CAPV y que no estaba vacunado. El Sistema de Información Microbiológica ha detectado 6 IgM (+).

La vacuna contra la rubéola esta incluida en el calendario de vacunación infantil de la CAPV y se administra como Triple Vírica de forma sistemática a los niños de 12 meses y 4 años de edad. Con los datos de que disponemos en nuestro registro de vacunaciones en Bizkaia estimamos que la mayoría de las mujeres de las cohortes nacidas de 1975 en adelante (menores de 30 años) y de los hombres de cohortes nacidos a partir de 1981 (menores de 24 años) están vacunados con una o dos dosis de rubéola. Todo ello ha supuesto una disminución drástica del número de susceptibles que, por un lado, explica la situación epidemiológica actual y, por otro, implica la necesidad de confirmar todos los diagnósticos de sospecha con la correspondiente serología. Asimismo, durante al menos los últimos 18 años, no se ha declarado ningún caso de rubéola congénita.

Salmonelosis

CIE-9: 003; CIE-10: A02

El número de aislamientos declarados al SIM en 2004, ha sido de 959 (1.519 en el 2003). Este año, al recibir los resultados de los laboratorios con datos nominales -excepto los correspondientes al hospital de Basurto- hemos eliminado 106 duplicados. Incluso sin descartar los registros duplicados, el número de aislamientos es muy inferior al del año pasado (1.065 frente a 1.519); así pues ha habido un descenso real en el número de salmonelosis.



En cuanto a la morbilidad hospitalaria, que da idea de la gravedad de la enfermedad, también hemos observado un descenso en el número de altas por esta causa. La salmonelosis está presente entre los seis primeros diagnósticos del informe de alta en 142 registros y en 116 figura como diagnóstico principal.

La directiva 2003/99/EC del Parlamento Europeo sobre la venta de huevos en la Comunidad Europea (que se aplica desde el 1 de enero de 2004 y que obliga a identificar al productor mediante un sello impreso) ha podido influir en la calidad del producto ofrecido al consumidor, pudiendo ser una causa importante del descenso en el número de salmonelosis observado.

Sarampión

CIE-9: 055; CIE-10: B05

En el momento actual tres Regiones de la OMS (Región Americana, Región del Este Mediterráneo y Región Europea) han acordado eliminar el sarampión. De acuerdo con las recomendaciones establecidas por la OMS en el plan estratégico para la eliminación del sarampión en la Región Europea y en función del análisis de la situación epidemiológica del sarampión en España, se propuso como objetivos generales eliminar la morbilidad y mortalidad debida a sarampión para el año 2005.

En la CAPV el Objetivo del Plan de Erradicación del Sarampión era alcanzar la eliminación del sarampión autóctono para finales del año 2001. La aparición de un caso sospechoso se considera “brote” y se debe poner en marcha el protocolo de actuación establecido.

En 2004 se puso en marcha dicho protocolo en una ocasión ante la declaración de un caso sospechoso, tras la investigación el diagnóstico de sarampión fue descartado. Tampoco se ha

detectado ningún caso en el Sistema de Información Microbiológica. Este es el segundo año que no ha habido ningún caso en la CAVP.

La vacuna del sarampión comenzó a utilizarse en 1978 y la TV en 1981; teniendo en cuenta la política de vacunación del sarampión en la CAPV en los últimos años, la población actual menor de 24 años (cohortes nacidas a partir de 1981) ha recibido por lo menos una dosis de triple vírica y los nacidos desde 1986 en adelante han recibido dos dosis.

Para continuar con “cero” casos debemos mantener la vigilancia activa, intervenir tempranamente vacunando a los contactos susceptibles de los casos y mantener altas coberturas con vacuna TV a los 12 meses y 4 años de edad.

SARM (Stafilococo Aureo Resistente a Meticilina)

CIE-9: 998; CIE-10: T81.4

Durante el año 2004 no se nos ha declarado ningún brote de *Staphilococcus aureus* resistente a meticilina. Sí hemos tenido conocimiento de casos aislados en residencias de personas mayores a las que se les ha remitido el protocolo de actuación y se les ha encarecido que mantengan las medidas de prevención.

Durante este año se ha introducido en el SIM la declaración de SARM; en total se han notificado 465 aislamientos. La continuidad de esta declaración nos ayudará a valorar mejor la evolución de este problema en nuestra comunidad.

SRAS (Síndrome respiratorio agudo grave)

El Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) es una enfermedad identificada por primera vez en un brote de neumonía atípica originado en la provincia de Guangdong, China, a mediados de noviembre de 2002. A lo largo de 2003 se produjo un brote de extensión mundial en el que se contabilizaron 8.099 casos probables de SRAS con 774 defunciones. Notificaron casos 30 países, si bien sólo en 6 hubo transmisión local, China (Hong-Kong), Taiwan, Filipinas, Canadá, Singapur y Vietnam, países que, exceptuando Canadá, están muy próximos geográficamente. En este territorio epidémico se concentró el 98% de los casos. Los países de la UE notificaron un total de 30 casos probables

Durante el año 2004 se han declarado agrupaciones de casos de SARS en dos ocasiones en China. El primero se dio entre diciembre de 2003 y enero de 2004 en la provincia china de Guangdong; en total se contabilizaron 4 casos (3 confirmados y 1 probable); no se determinó claramente la fuente de esta agrupación aunque se habló de origen animal. El siguiente brote se produjo en el mes de abril afectando a 9 personas; parece que el inicio estuvo relacionado con el laboratorio del Instituto de Virología de Beijing, lo que dio pie a nuevas recomendaciones de la OMS para reforzar las medidas de bioseguridad de las instituciones.

Se mantiene vigente la recomendación de la OMS de la vigilancia mundial de esta enfermedad, aunque se adaptará a las zonas definidas según el riesgo.

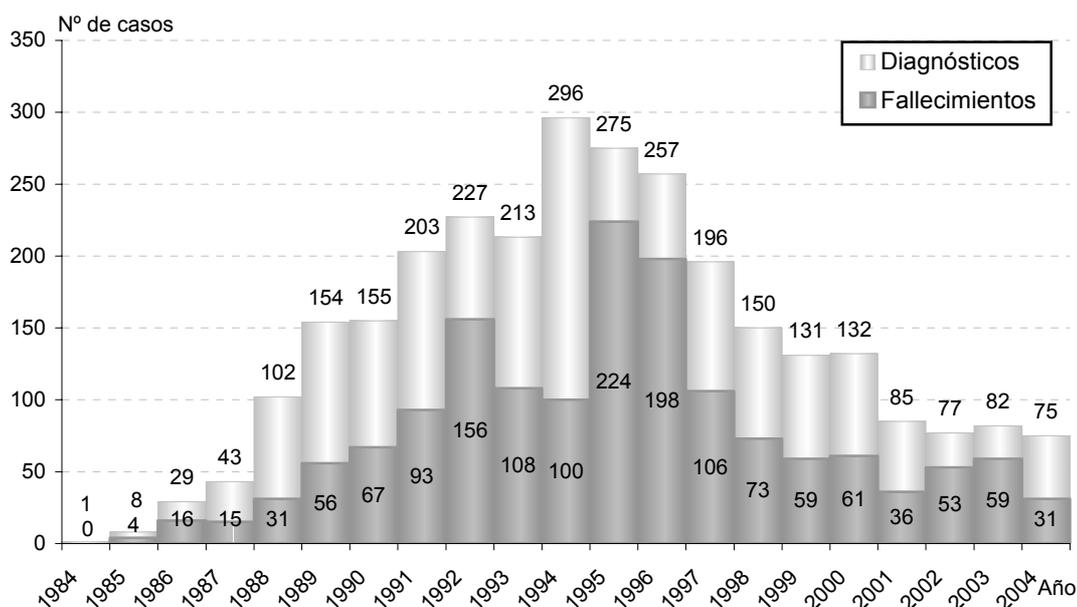
SIDA y VIH

CIE-9: 042; CIE-10: B20

Los datos que se presentan a continuación han sido proporcionados por el Plan de Prevención y Control del SIDA. Durante el año 2004 se han diagnosticado 75 casos de SIDA, 8,5% menos que durante 2003. El número acumulado desde 1984 hasta 2004 es de 2.891 casos; de éstos han fallecido 1.546, lo que supone una letalidad de 53,5 %. El número de declaraciones en Bizkaia supone el 60 % del País Vasco.

Casos de SIDA diagnosticados y casos de SIDA fallecidos

Plan de Prevención y Control del SIDA. Bizkaia. 1984-2004



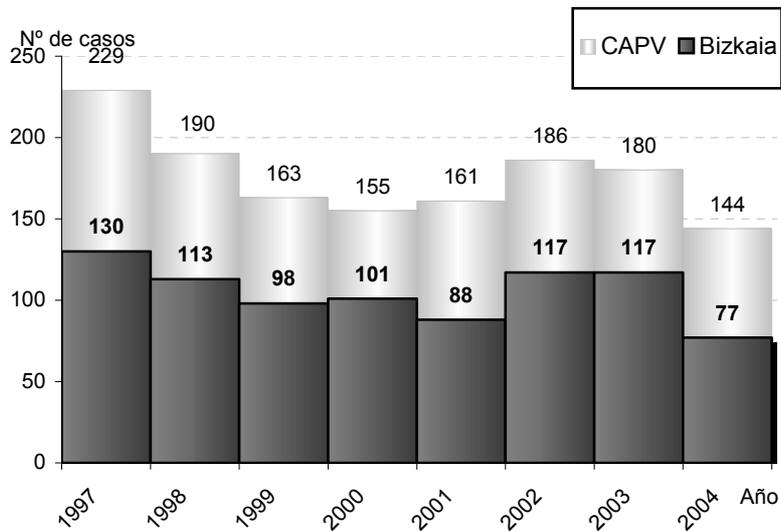
La evolución en el tiempo en el TH de Bizkaia, tanto del número de casos diagnosticados como de la letalidad, es muy semejante a la de la CAPV y al resto del estado, con el pico de máxima incidencia en 1994.

De los 75 diagnósticos de SIDA durante el año 2004, el 80 % (60) son hombres y el 20% (15) son mujeres; esto refleja un ligero descenso en el porcentaje de mujeres con respecto al año anterior (24%). El 65% (39) de los hombres y el 80% (12) de las mujeres tiene entre 30 y 44 años.

Los mecanismos de transmisión identificados entre los nuevos casos de SIDA presentan ligeras variaciones con respecto al año 2003. Así, el 51% de los nuevos diagnósticos son usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) igual que el año anterior; en el año 2004 el 29% la transmisión es heterosexual frente al 37% del año 2003; la transmisión homo/bisexual ha aumentado, 20% frente al 11% en 2003 y 6% en 2002.

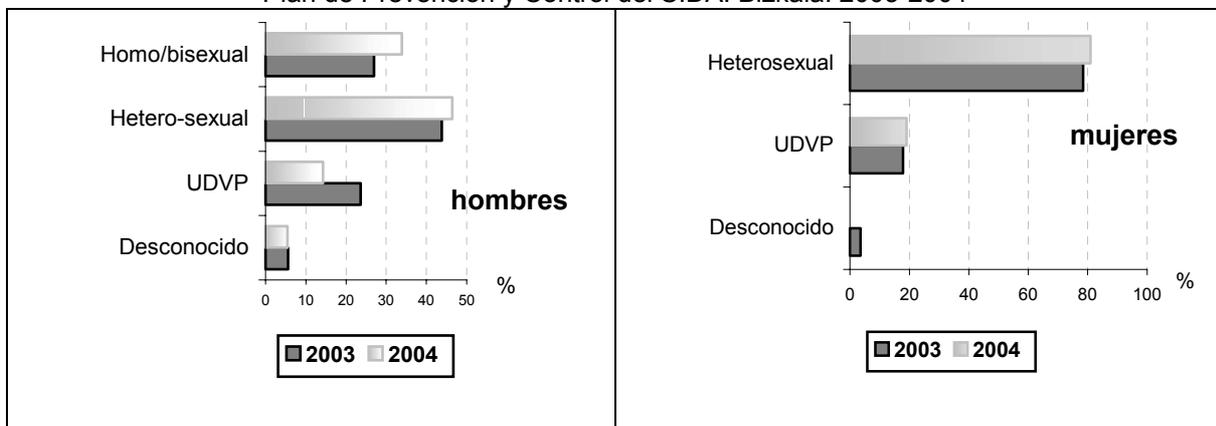
El “Registro de casos de SIDA” se inició en 1987. Desde enero de 2002 existe un “Sistema de Vigilancia de Nuevas Infecciones por VIH”; este sistema recogió los datos de forma retrospectiva desde 1997 pero su objetivo es recoger los nuevos diagnósticos de infección por este virus y conocer de forma fiable cómo se está propagando actualmente el VIH en nuestra comunidad.

Casos de VIH diagnosticados
Plan de Prevención y Control del SIDA. CAPV y Bizkaia. 1997-2004



Durante 2004 se han diagnosticado 77 nuevas infecciones por VIH en Bizkaia, 34% menos que en el año 2003. El 73% (56) son hombres con una edad media de 38 años y el 27% (21) mujeres con una edad media de 35,2 años.

VIH. Mecanismos de transmisión por sexo
Plan de Prevención y Control del SIDA. Bizkaia. 2003-2004



El 80% de los nuevos infectados ha adquirido la infección a través de la vía homo o heterosexual y sólo el 16% a través de la vía parenteral; en un 4% de las ocasiones el mecanismo de transmisión es desconocido. Las diferencias por sexo se observan en el gráfico superior.

El 23% de las nuevas infecciones se ha producido en extranjeros.

Sífilis

CIE-9: 090 - 097; CIE-10: A50 – A53

La sífilis, al igual que la gonococia, es una enfermedad de declaración obligatoria numérica. El sistema EDO sólo recoge el número de sífilis declaradas desde Atención Primaria. Durante 2004 se han recibido declaraciones de 9 casos que han sido confirmados telefónicamente con los médicos declarantes para solicitar información adicional.

A través del Sistema de Declaración Microbiológica se han recibido 37 serologías positivas para *Treponema pallidum* durante este 2004, correspondiéndose en 21 ocasiones a hombres y en 13 a mujeres, con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años. La descripción según sexo y edad de los casos declarados por EDO es similar a la observada a través del SIM.

Estos dos sistemas de información no nos facilitan los diagnósticos clínicos que nos permitirían establecer el estadio de la enfermedad, con lo que su utilidad se fundamenta para el estudio de la tendencia.

El servicio de ETS de Osakidetza nos ha declarado 12 diagnósticos de sífilis precoz (primaria, secundaria y latente precoz).

Tifus exantemático (Tifus epidémico, tifus transmitido por piojos o tifus clásico)

CIE-9: 080; CIE-10: A75.0

Es una enfermedad de declaración universal, objeto de vigilancia por la OMS. El hombre es el reservorio de la *rickettsia* causante de la enfermedad en los periodos interepidémicos. El tifus persiste en zonas frías donde la gente vive en condiciones antihigiénicas y está infestada de piojos; en épocas de hambre y guerra pueden producirse importantes epidemias. En 1996-1998 se produjo un brote de tifus epidémico en Burundi que afectó a 100.000 personas. En el año 1997 se declararon epidemias menos importantes en Rusia y Perú.

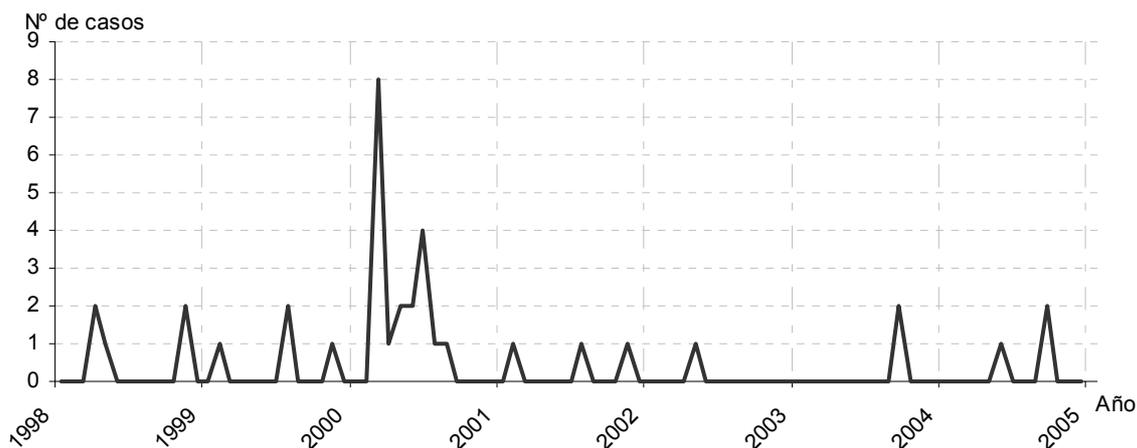
Tos ferina / Pertussis

CIE-9: 033.0; CIE-10: A37.0

Mediante el sistema EDO se han declarado 3 casos de tos ferina en 2004; se trata de un niño de 6 años con vacunación completada, una lactante de mes y medio aún sin vacunar y otra niña de 7 meses no vacunada por decisión paterna, los tres casos han sido declarados en junio (semana 22) y septiembre (semanas 37 y 38 respectivamente).

En el Sistema de Información Microbiológica se han declarado 4 casos y en el registro de altas hospitalarias aparecen 2 ingresos con este diagnóstico.

Casos de Tos ferina declarados EDO. Bizkaia. 1998-2004



Toxiinfecciones de origen alimentario

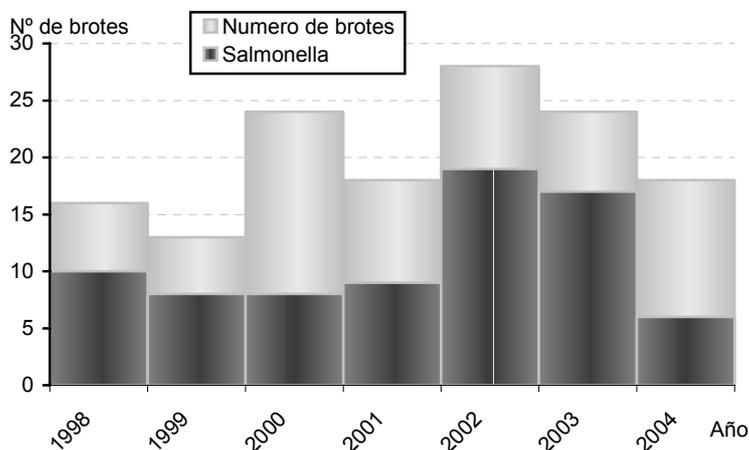
Durante el año 2004 han sido investigados en la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia 18 brotes con 283 personas afectadas. Tanto el número de afectados como el de brotes ha disminuido respecto al año anterior (24 en 2003). El 3,5% (10) de los afectados fue hospitalizado; de éstos, el 70 % eran mayores de 64 años. Tres personas han fallecido.

Entre los brotes de gastroenteritis investigados a lo largo de 2004 en 12 ocasiones la transmisión fue alimentaria y en el resto el mecanismo de transmisión más probable fue persona-persona.

Los brotes de transmisión alimentaria se produjeron en bares y/o restaurantes (7), en domicilios particulares (2), en residencias (2) y en una ocasión no se identificó con seguridad el lugar. El alimento responsable fue identificado en 8 ocasiones: huevo (6), queso tipo Idiazabal (1) y pescado/marisco (1). El germen o toxina implicada fue la *Salmonella Enteritidis* (6) y la toxina estafilocócica (1). La salmonela se aisló en muestras biológicas de los afectados de los brotes pero en los alimentos sólo se consiguió identificar en dos ocasiones, una en “tortilla de patata” y otra en “ensaladilla rusa”; también se identificó toxina estafilocócica en un queso.

Como refleja la gráfica inferior este año tanto el número de brotes total como el número de brotes producidos por salmonela ha disminuido. Este dato concuerda con la disminución observada en el número de asilamientos del SIM.

Toxiinfecciones alimentarias global y por salmonela Bizkaia. Año 1998-2004



Los 6 brotes de transmisión persona-persona se produjeron en residencias, 5 en residencias de personas mayores y otro en una residencia de desintoxicación. Todos ellos fueron de origen vírico.

Este año destaca la declaración de brotes por parte de las residencias de personas mayores; así, de los 18 brotes investigados, siete se produjeron en este ámbito. En cinco ocasiones el mecanismo de transmisión más probable fue la transmisión persona-persona y en dos pudo ser alimentaria. En los casos en que el mecanismo de transmisión fue persona-persona el agente etiológico se identificó en cuatro ocasiones, *norovirus* (3) y *rotavirus* (1); en los dos brotes de probable transmisión alimentaria, uno fue probablemente vírico, en el otro se confirmó el agente etiológico al aislar *Salmonella enteritidis* tanto en coprocultivos de los afectados como en el alimento implicado (tortilla de patata). La identificación de los virus es difícil, ya que el diagnóstico es por microscopía y requiere que las muestras sean tomadas en las primeras 48 horas desde el inicio de síntomas.

En las residencias habitualmente hay afectados entre los trabajadores y entre los residentes. Así, en 2004, entre los 196 afectados, al menos 19 fueron trabajadores. El número de casos varía en cada brote entre 11 y 60 dependiendo de las características de cada residencia.

Lo más importante en este tipo de brotes es la respuesta rápida tras la aparición de los primeros casos extremando las medidas higiénicas y, en la medida de lo posible, evitando el contacto de los afectados con los sanos. Los materiales de un solo uso o de uso individual son imprescindibles y el empleo de guantes por parte de los trabajadores es, en estas situaciones, más importante que nunca.

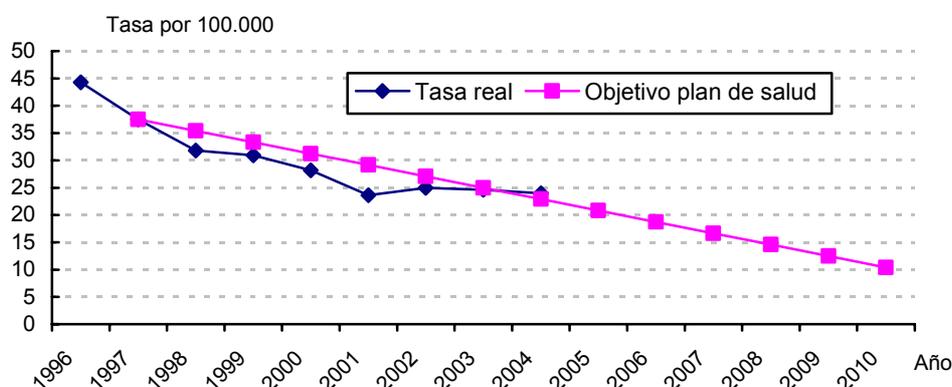
Tuberculosis

CIE-9: 010 - 018; CIE-10: A15 – A19

En el año 2004 se han declarado 269 casos de tuberculosis, lo que supone una tasa anual de 24 casos por 100.000 habitantes, prácticamente igual a la del año pasado. El objetivo del Plan de Salud de la CAPV para el año 2010 es llegar a una tasa de 10,4. La gráfica inferior simula la situación que se tendría que dar en los próximos años para alcanzar dicho objetivo, para lo cual tendremos que superar la situación de estancamiento producida en los últimos años.

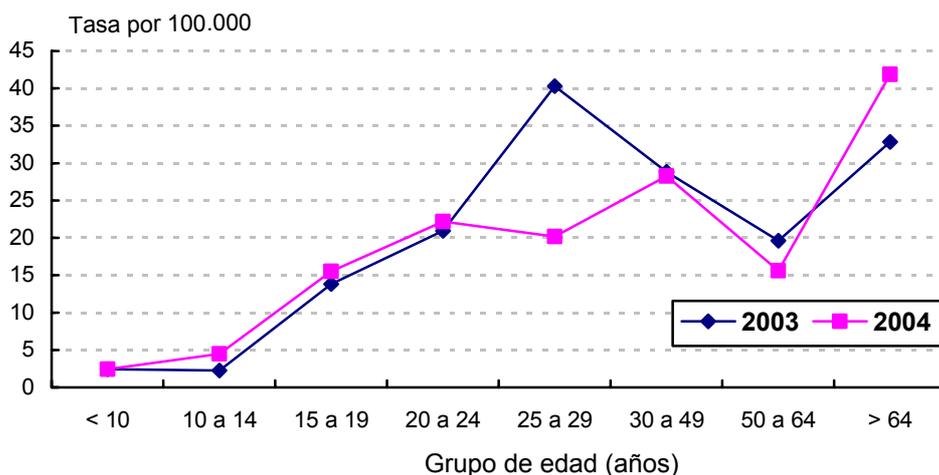
Tuberculosis. Tasas reales y tasas objetivo Plan de Salud

EDO. Bizkaia. 1996-2010



La razón de sexos (hombres/mujeres) es de 1,5. Este año ha vuelto a aplanarse la curva de incidencia por grupos de edad, que en el año 2003 presentaba su máximo valor en el grupo de 25 a 29 años, contrariamente a lo que venía sucediendo en años anteriores. Así, en 2004, el grupo de máxima incidencia vuelve a ser el de mayores de 64 años, tal y como cabe esperar en un país de no alta endemia tuberculosa.

Tuberculosis. Tasas por grupos de edad
EDO. Bizkaia. 2003 y 2004



El 11 % de los pacientes son extranjeros, 10 procedentes de Sudamérica , 9 de Africa (3 Magreb, 6 Africa subsahariana), 4 de Asia y 6 de Europa (4 Portugal y 2 Rumanía).

La localización de la enfermedad es pulmonar, con o sin otras localizaciones, en el 70 % de los casos. Se declararon 7 tuberculosis meníngeas en personas mayores. En Bizkaia no hemos registrado ningún caso de meningitis tuberculosa en niños desde el año 1996, es decir, en 8 años consecutivos.

El 62% de los casos declarados tuvieron diagnóstico bacteriológico con cultivo positivo en una o más muestras biológicas. La tasa de bacilíferos se mantiene en 7,8 casos por 100.000, disminuyendo 8 décimas respecto a la del pasado año.

SIDA y contacto reciente con un caso fueron los factores de riesgo más frecuentemente descritos, con 26 y 23 casos declarados respectivamente.

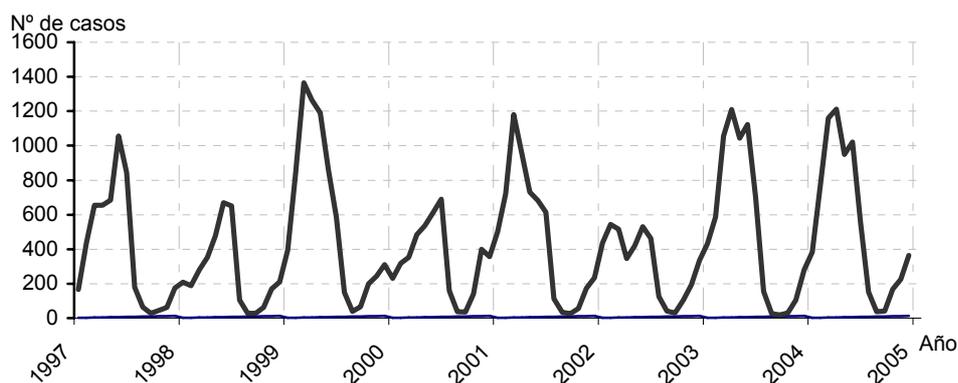
Con respecto a la distribución comarcal de los casos de tuberculosis, tal y como consta en el anexo 2, Bilbao presenta la tasa mayor, 28 casos por 100.000, seguido de Uribe e Interior, con 22 y Ezkerraldea-Enkarterri con 21.

Varicela

CIE-9: 052; CIE-10: B01

En 2004 se han declarado en Bizkaia 7031 casos, lo que supone una tasa de 626 casos por 100.000, cifra similar a la del año anterior (Índice epidémico de 1,04). La distribución en el tiempo de los casos ha sido semejante a la presentada el año anterior con un aumento importante a partir de la última semana de marzo que es interrumpido por la dispersión de los niños en la Semana Santa y vuelve de nuevo a elevarse en el mes de junio.

Nº de casos de varicela por cuatrisesmana
EDO Bizkaia 1997-2004



En 58 informes de alta hospitalaria correspondientes a los hospitales de Osakidetza, figuraba el código de varicela: 31 eran hombres y 27 mujeres. El 45% eran menores de 15 años, un 52% tenían entre 15 y 44 años y sólo 2 afectados tenían más de 45 años. En 28 informes se trataba de varicela sin complicaciones, en 18 se trataba de una neumonitis (hemorrágica) de varicela y en el resto no se especificaba el tipo de complicación. Hubo tres afectados que fallecieron, se trataba de tres adultos de 33, 39 y 67 años.

El herpes zoster, que es la enfermedad producida por la reactivación del virus de la varicela, se encuentra en 105 informes de alta. Hay 58 hombres y 48 mujeres; el 63% de los afectados tienen más de 64 años, un 40% tiene entre 15 y 64 años y sólo dos casos afectan a menores de 15 años. Entre los ingresados por herpes zoster hay cuatro fallecidos, todos mayores de 55 años. En 60 ingresos el diagnóstico era de herpes sin complicación, en el resto era herpes zoster con complicaciones, como por ejemplo cuatro ingresos por meningitis herpéticas (11, 25, 30 y 77 años).

Actualmente la vacuna contra la varicela está indicada en pacientes con leucemia aguda, tratamiento inmunosupresor, trasplantes de órgano sólido, ciertas enfermedades crónicas y personas sanas que cuidan a pacientes incluidos en las categorías previas. El Departamento de Sanidad ha acordado, junto al resto de CCAA del estado, incluir en el calendario vacunal infantil la vacunación de adolescentes susceptibles (no vacunados previamente y que no han pasado la enfermedad); la edad de la cohorte a vacunar, entre los 10 y 14 años, se decidirá a lo largo de 2005, así como la estrategia vacunal a seguir.

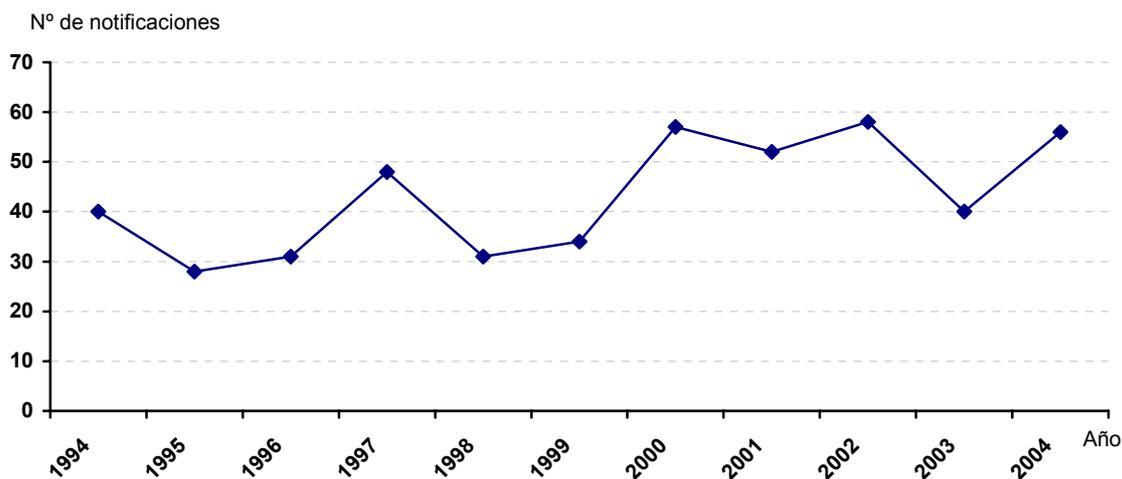
Yersiniosis

CIE-9: 00844; CIE-10: A04.6, A28.2

El número de aislamientos de *Yersinia* declarados al SIM en el año 2004 es 56, todos ellos serotipo enterocolítica.

El 54% (30) de los casos se dan en menores de 9 años. Conocemos la edad de 31 casos y, de éstos el 74% son menores de 9 años. El número de aislamientos ha sido uniforme a lo largo del año.

Aislamientos de Yersinia notificados
SIM. Bizkaia. 1994-2004



El Registro de Altas únicamente recoge tres ingresos por esta causa.

II. INMUNIZACIONES

Vacunación infantil. Coberturas Vacunales, año 2004

Las estimaciones de coberturas presentadas se han obtenido de la siguiente forma: el numerador está compuesto por las dosis registradas por los centros de vacunación de Bizkaia durante el año 2004 a cada edad, según calendario vacunal; el denominador se estima mediante el número de dosis vacunales que correspondería recibir a los niños nacidos en Bizkaia cada mes según datos del registro de metabolopatías (población teórica a vacunar).

Estimación de coberturas vacunales. Bizkaia. 2004

VACUNA	NÚMERO DE DOSIS REGISTRADAS	POBLACION TEORICA A VACUNAR	COBERTURA ESTIMADA %
BCG	9.679	9.969	97,1
DTPa, Hib, Polio, Meningitis C, HB, (I,II,III)	28.338	29.627	95,6
DTPa, Hib, Polio (IV) (18 meses)	9.077	9.557	95,0
TV-1 (12 meses)	9.572	9.781	97,8
TV-2 (4 años)	8.773	8.788	99,8
DTPa (6 años)	7.889	8.192	96,3
Hepatitis B (13 años, 3 dosis)	8.428*	8.597**	98,0

*Incluye Alumnos vacunados previamente

** Censo escolar de 1º de ESO.

Tal como se observa en la tabla, las coberturas alcanzan o superan el 95% en todos los casos. Estas altas coberturas pueden deberse a la población inmigrante, que pasa a engrosar el numerador (vacunas administradas), pero no consta en el denominador. En general, las coberturas se mantienen en los niveles alcanzados en años anteriores o los superan.

Como en años previos, durante el curso 2003-2004 se ha vacunado frente al virus de la Hepatitis B a los/as alumnos/as que cursan 1º de ESO (13 años de edad) en los centros escolares de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La vacunación se realizó en 177 centros escolares, con un total de 8.597 alumnos/as matriculados/as en este curso. La cobertura global ha sido del 85,4%; añadiendo los alumnos vacunados previamente (1.084); el total de escolares correctamente vacunados es del 98%.

En la siguiente tabla se muestran las coberturas vacunales por comarca sanitaria.

Estimación de coberturas vacunales(%) por comarca sanitaria. Bizkaia. 2004

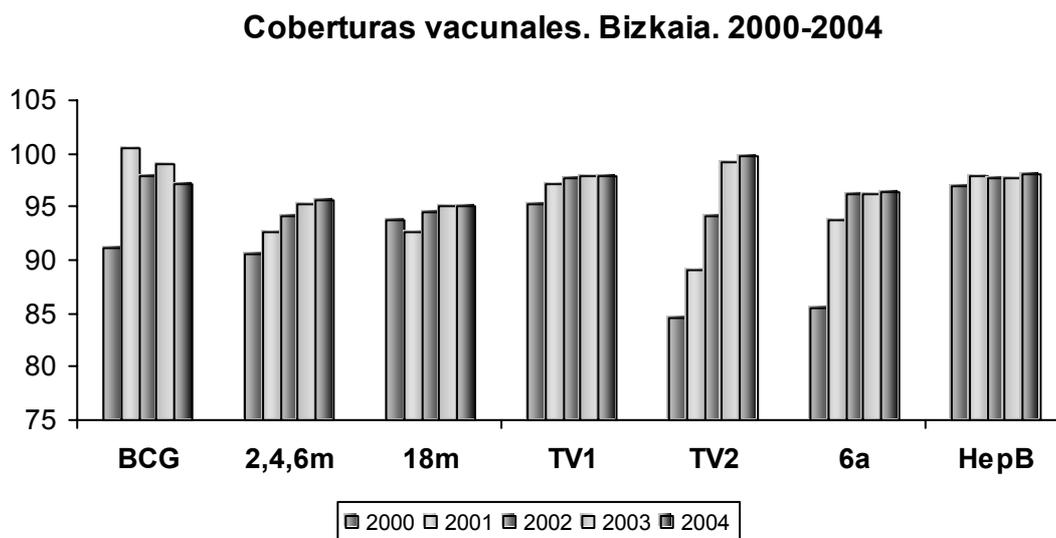
	INTERIOR*	EZKERRALDEA-ENKARTERRI	URIBE	BILBAO
BCG	96,6	95,5	96,6	99,0
DTPa, Hib, Polio, Meningitis C, HB (I,II,III)	95,0	92,2	94,8	99,3
DTPa, Hib, Polio (IV) (18 meses)	96,0	91,9	92,1	97,7
TV-1 (12 meses)	97,0	94,1	96,8	102,4
TV-2 (4 años)	97,6	97,0	100,9	102,5
DTPa (6 años)	95,0	92,2	104,5	95,5
Hepatitis B (13 años, 3 dosis)**	97,8	98,8	98,2	97,3

* Incluye datos de municipios del TH de Bizkaia exclusivamente.

** Incluye los previamente vacunados

Se observa que en ocasiones la cobertura estimada supera el 100%; como se ha indicado previamente esto puede deberse a la población emigrante. En Ezkerraldea-Enkarterri deberían mejorarse las coberturas de las vacunas administradas a los 2, 4 y 6 meses de edad: Difteria, Tétanos, Tosferina, VPI, *Haemophilus influenzae b*, Hepatitis B y Meningococo C, así como las coberturas de las vacunas administradas a los 18 meses (DTPa-VPI/Hib) y 6 años de edad (DTPa).

El siguiente gráfico muestra la evolución de las coberturas vacunales en Bizkaia en los últimos cinco años.



*2, 4, 6 meses = DTPa-VPI/Hib, HB, MenC. 18 meses = DTPa-VPI/Hib. 6 años = DTPa

Modificaciones del calendario vacunal de la CAPV en 2004

Durante el año 2004 se llevaron a cabo ciertos cambios en el calendario vacunal infantil de la CAPV: 1) sustitución de la polio oral por vacuna intramuscular inactivada, 2) eliminación de la quinta dosis y 3) sustitución de la vacuna antipertusis de células completas por la vacuna acelular.

Estas modificaciones, cuya motivación se explicaba en la memoria del año 2003, fueron de aplicación desde el 1 de marzo de 2004, implicando a los niños nacidos a partir del 1 de enero de 2004.

Por lo tanto, el calendario vacunal quedaba establecido de la siguiente manera:

Por su salud, vacínate a tiempo!

Año 2004

CALENDARIO DE VACUNACIÓN INFANTIL

1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	4 años	6 años	13** años	16 años
BCG	Hepatitis B	Hepatitis B	Hepatitis B	Sarampión		Sarampión		Hepatitis B (tres dosis)	
	Difteria	Difteria	Difteria	Rubéola	Difteria	Rubéola	Difteria		
	Tétanos	Tétanos	Tétanos	Paratiditis	Tétanos	Paratiditis	Tétanos		Tétanos
	Tos ferina	Tos ferina	Tos ferina		Tos ferina		Tos ferina		Tétanos Difteria adulto***
	Poliomielitis	Poliomielitis	Poliomielitis		Poliomielitis				
	Hib*	Hib	Hib		Hib				
	Meningococo C	Meningococo C	Meningococo C						

* Haemophilus influenzae tipo b. ** 2ª dosis al mes y 3ª a los seis meses de la primera. *** Se recomienda una dosis de recuerdo cada 10 años.

Campaña de vacunación frente al meningococo C

En noviembre de 2004, y tras analizar la situación epidemiológica de la enfermedad meningocócica en la CAPV, el Departamento de Sanidad tomó la decisión de realizar una campaña extraordinaria de vacunación con vacuna conjugada frente al meningococo serogrupo C.

Esta campaña, a desarrollar a partir de enero de 2005, iría dirigida a las cohortes nacidas entre los años 1984 y 1993, ambos inclusive, lo cual supondría una población diana de 95.000 personas aproximadamente en Bizkaia. Con este nuevo “catch up” quedan correctamente vacunados todos los niños y jóvenes nacidos después de enero de 1984, cuyo riesgo de enfermedad meningocócica, incluyendo la causada por serogrupo C, es mayor.

La evaluación de dicha campaña y las coberturas alcanzadas se incluirán en el resumen anual de vigilancia epidemiológica 2005.

Vacunación frente a la varicela

En los últimos tiempos se han producido cambios en la disponibilidad de vacunas frente a varicela; por un lado, GSK ha modificado la ficha técnica de su vacuna VARILRIX[®], ampliando su ámbito de utilización, y por otro lado Sanofi Pasteur MSD ha lanzado al mercado su vacuna VARIVAX[®].

Desde hace tiempo se está estudiando la posibilidad de introducción de la vacuna frente a varicela-zoster en calendario vacunal, considerando las ventajas y desventajas que pudiera acarrear para la salud pública, en la incidencia y severidad, tanto de la varicela como del herpes zoster. Son de especial preocupación las evidencias epidemiológicas que vinculan la circulación del virus varicela-zoster (VVZ) con la incidencia de zoster; el contacto periódico con el VVZ refuerza la inmunidad específica (*booster* exógeno), disminuyendo el riesgo de padecer zoster en las personas previamente infectadas.

Las conclusiones derivadas del último estudio realizado por el CNE al respecto fueron las siguientes:

1. La incidencia de enfermedad es elevada en la infancia.
2. La tasa de ingresos hospitalarios y la mortalidad son más altos en mayores de 14 años.
3. La vacunación en la primera infancia producirá un acúmulo de susceptibles entre los adolescentes.
4. La evidencia actual sugiere que la incidencia de zoster aumentaría después de la vacunación universal contra la varicela (con un descenso posterior).
5. Las consecuencias adversas de la vacunación no las sufrirán los vacunados, sino otros.
6. La vacunación de adolescentes susceptibles reduciría el número de complicaciones e ingresos, no rompería la circulación del virus y no modificaría la incidencia de herpes zoster.
7. La duración de inmunidad en vacunados es incierta.

Por todo ello se ha aprobado, en todas las CCAA del Estado, “recomendar la vacunación de varicela en una cohorte elegida por cada CA entre las edades de 10 y 14 años (ambos inclusive) en aquellas personas que refieran no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad”. El Departamento de Sanidad decidirá, a lo largo de 2005, la cohorte de edad (entre 10 y 14 años) a la que se vacunará a los sujetos susceptibles.

Valoración de la inclusión de una 4ª dosis de la vacuna antimeningocócica

La introducción de la vacuna antimeningocócica C conjugada ha producido un gran impacto en la epidemiología de la enfermedad meningocócica, disminuyendo tanto la incidencia como la mortalidad por meningococo C.

No obstante, desde hace varios años, se está llevando a cabo un estudio de seguimiento de los posibles fallos vacunales con esta vacuna conjugada en todas las CCAA del Estado. La efectividad de la vacuna antimeningocócica C es alta y similar en niños vacunados en la campaña de vacunación de 2000 y en la vacunación de rutina de los nacidos a partir de 2000 (97% y 95% respectivamente). En este estudio, se ha observado una disminución, estadísticamente significativa, de la protección cuando transcurre más de un año desde la vacunación; esta disminución es de mayor magnitud en las cohortes inmunizadas en los programas de rutina que en las que se vacunaron en campaña y así la efectividad vacunal disminuye hasta valores de 82% y 91% respectivamente después de un año de haber recibido la vacuna.

Se siguen evaluando los datos de vigilancia para conocer la evolución de la enfermedad y evaluar la efectividad de la vacuna durante 2005; los datos son imprescindibles para decidir sobre la necesidad o no de modificar el calendario vacunal en un futuro próximo, añadiendo una cuarta dosis a los 18 meses.

III. Vigilancia y tendencia de enfermedades no transmisibles

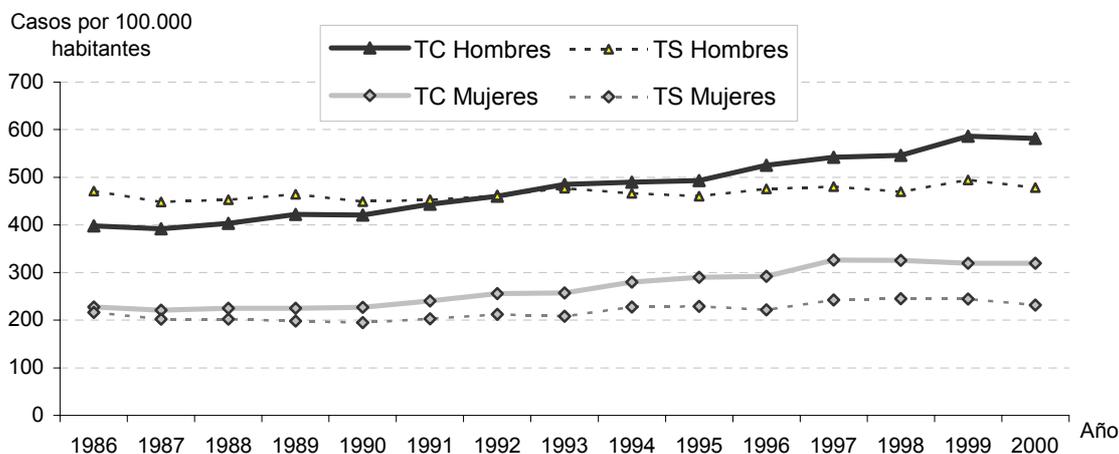
A- Cáncer

Todas las localizaciones¹

CIE-9: 140-208; CIE-10: C00-C96

Los casos anuales registrados desde el inicio del registro poblacional de cáncer aumentan constantemente año tras año. Del mismo modo, las tasas brutas de incidencia reflejan una tendencia ascendente para ambos sexos en el periodo registrado: 1986-2000. En las tasas de incidencia ajustadas a edad la tendencia se aplatina, indicando que el envejecimiento de la población es uno de los factores que explican el ascenso observado en las tasas crudas.

Evolución anual de las tasas crudas de incidencia de tumores malignos
RCEME.Bizkaia. 1986-2000



TC= Tasa Cruda; TS= Tasas Estandarizada a la población europea

Durante los años 1986 a 2000, cada año se ha diagnosticado en Bizkaia al menos una neoplasia maligna por cada 209 varones y una por cada 337 mujeres. Con las tasas observadas durante ese periodo, a más de uno de cada 4 varones de Bizkaia se le habrá diagnosticado un cáncer antes de llegar a los 75 años de edad; en el caso de las mujeres serían aproximadamente una de cada 7.

Promedio de tasas de incidencia de tumores malignos
RCEME.Bizkaia. 1986-2000

	Tasa Cruda	Tasa Estandarizada a la población Europea	Tasa Estandarizada a la población Mundial	Tasa Estandarizada a población Truncada (35-64 años)	Tasa Acumulada (0-74 años)
Hombres	479,04	468,49	323,66	484,25	26.340,14
Mujeres	296,78	243,40	176,23	319,88	14.731,98
Ambos sexos	385,85	338,87	240,26	400,14	20.256,42

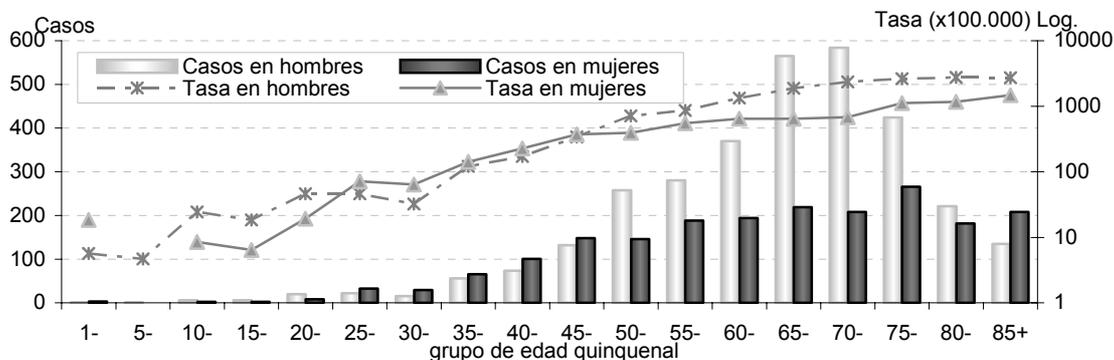
* Tasas por 100.000 habitantes

¹ En los datos correspondientes al Registro de Cáncer de Euskadi (RCEME) se incluyen todas las neoplasias malignas excepto las basocelulares y espinocelulares de piel (que no se registran), tampoco se incluyen los tumores *in situ* ni los de comportamiento incierto.

La tasa de incidencia aumenta progresivamente con la edad tanto en hombres como en mujeres. En hombres, en Bizkaia, el mayor número de casos se diagnostican en los grupos de edad de 65 a 74 años. En las mujeres de Bizkaia, observando la distribución por grupos de edad de los casos, no se aprecian grupos de edad destacados.

Número de casos nuevos y tasas crudas de incidencia por grupo de edad de tumores malignos en hombres y mujeres

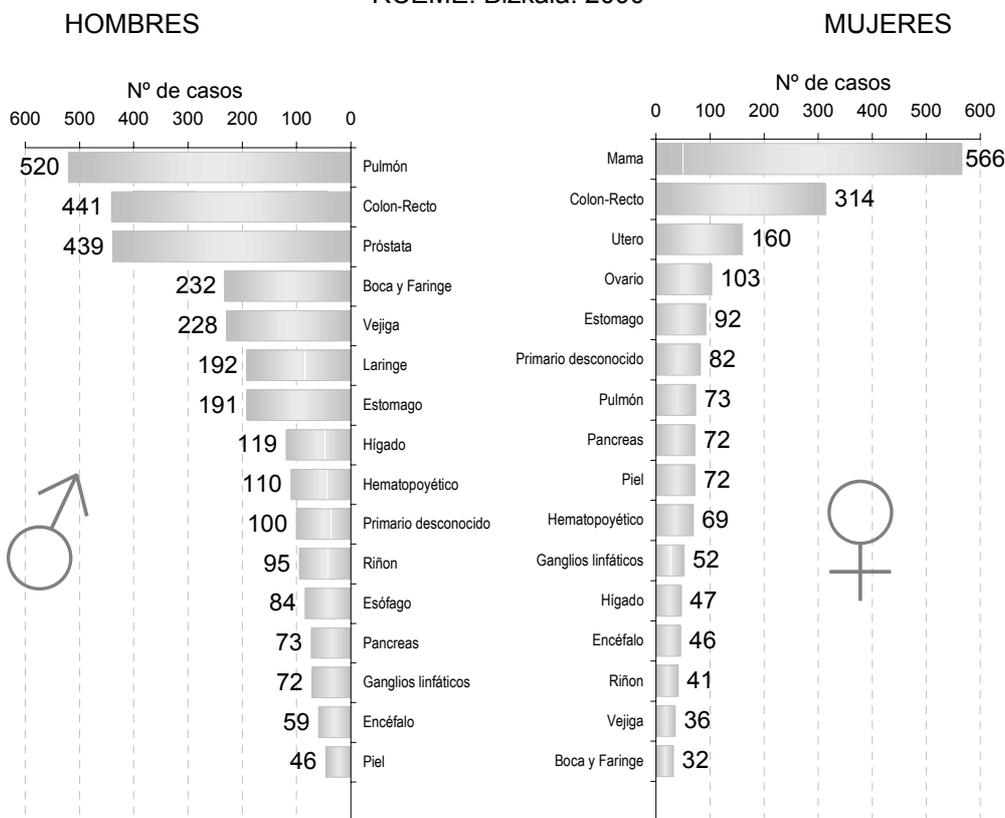
RCEME. Bizkaia. 2000



En la representación en escala logarítmica de los datos de incidencia por grupos de edad se aprecia cómo las tasas de incidencia han sido mayores en los hombres, excepto para el rango de edad de entre 25 y 45 años en el que las tasas son algo mayores para las mujeres.

Casos nuevos de tumores malignos en el año 2000 en las localizaciones* más frecuentes

RCEME. Bizkaia. 2000

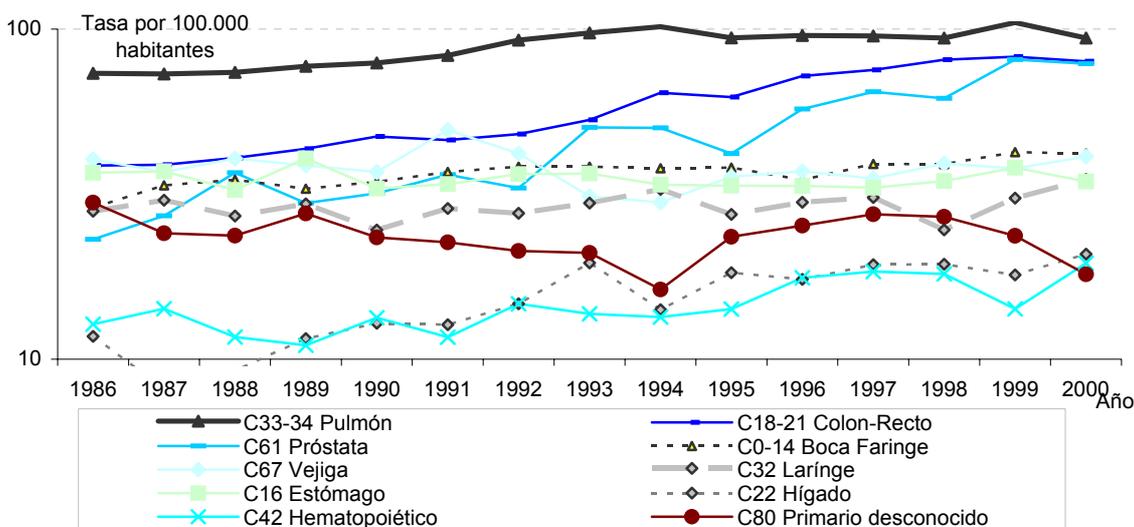


* Localización según CIE-10. Boca y Faringe: C00 a C14; Esófago: C15; Estómago: C16; Colon-Recto: C18 a C20; Hígado: C22; Páncreas: C25; Laringe: C32; Pulmón: C33 y C34; Hematopoyético: C42; Piel: C44; Hematopoyético: C42; Mama: C50; Útero: C53 a C55; Ovario: C56; Próstata: C61; Riñon: C64; Vejiga: C67; Encéfalo: C71; Ganglios linfáticos: C77; Primario desconocido: C80

En el año 2000 la localización más frecuente en el varón fué pulmón, sin embargo el número de casos de colon-recto y de próstata va acercándose a su nivel. En las mujeres la localización más frecuente sigue siendo la mama; se aprecia también el aumento de casos de colon y recto. En el anexo 6 de este resumen se ofrecen las tasas correspondientes a todas las localizaciones.

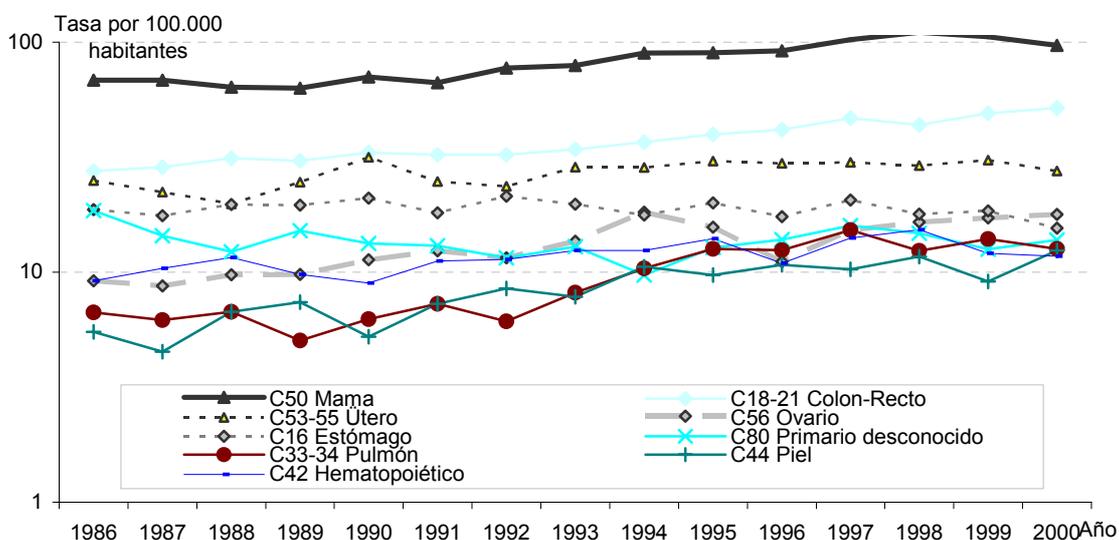
La evolución de las tasas en las localizaciones más frecuentes de los tumores malignos refleja cambios entre los años de registro. En el caso de los varones la localización más frecuente ha sido pulmón durante todo el periodo de registro. Se aprecia en la gráfica que tanto colon-recto como próstata presentan una fuerte tendencia ascendente que se acerca progresivamente a las tasas de pulmón.

Localizaciones más frecuentes de tumores malignos en hombres
RCEME. Bizkaia. 1986 -2000



En el caso de las mujeres la localización más frecuente durante todo ese período ha sido mama, con una tendencia ascendente mantenida, en los últimos años parece que las tasas presentan una inflexión muy probablemente debida al efecto del programa de screening poblacional de cáncer de mama. Se observa también una clara tendencia ascendente en colon y en pulmón.

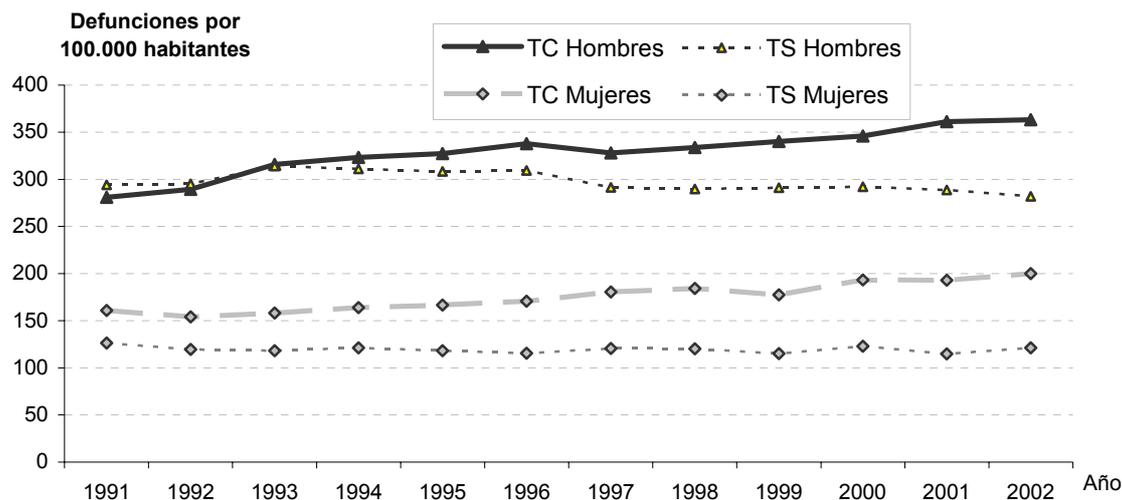
Localizaciones más frecuentes de tumores malignos en mujeres
RCEME. Bizkaia. 1986 -2000



Los datos del registro de mortalidad disponibles, muestran un progresivo incremento en las muertes causadas por cáncer. En 2002, último año del que disponemos de datos, las tasas crudas de mortalidad son de 363,22 por 100.000 (1.974 defunciones) para los hombres y de 200,11 por 100.000 (1.152 defunciones) para las mujeres. El incremento que se observa en las tasas crudas se aplanan por completo al ajustar las tasas por edad.

En 2002, último año con información disponible, las muertes por tumores representaron en los hombres el 36% de todas las muertes (1ª causa), mientras que en las mujeres fue del 24% (2ª causa).

Evolución anual de las tasas de mortalidad por tumores malignos
Registro de Mortalidad. Bizkaia. 1991-2002



TC= Tasa Cruda; TS= Tasa Estandarizada a la población europea

Al igual que la incidencia, la mortalidad por neoplasias malignas se muestra estable o ligeramente descendente, tal como indican las tasas estandarizadas, a lo largo del periodo tanto en hombres (alrededor de 300 por 100.000) como en mujeres (cercano a 120 por 100.000). El aumento de la mortalidad cruda por tumores parece deberse al envejecimiento de la población.

La razón de mortalidad estandarizada (RME) por cáncer de todas las localizaciones es significativamente mayor, en el total de población, de la comarca Ezkerraldea-Enkarterri respecto a la CAPV, durante casi todos los años del periodo analizado, y de la comarca Bilbao durante buena parte de estos años (1991-2002). Concretamente en el año 2002 la RME por cáncer es significativamente mayor en los hombres del conjunto de Bizkaia respecto a la CAPV.

Durante 2002, se perdieron 15.252 Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) por causa de tumores malignos en Bizkaia, lo que supone una tasa de APVP ajustada a la población europea de 14,13 por mil.

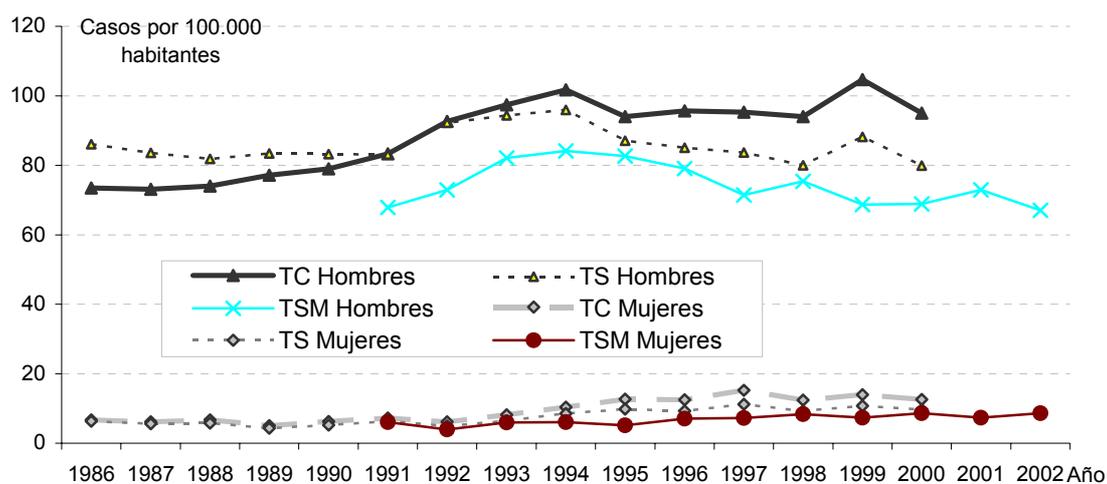
Cáncer de Pulmón

CIE-9: 162; CIE-10: C33 y C34

Durante los años 1986 a 2000, anualmente fueron diagnosticados en Bizkaia una media de 497 casos de cáncer de pulmón en hombres, siendo ésta la localización más frecuente de los tumores malignos en varones; en las mujeres esta media fue de 55 casos al año.

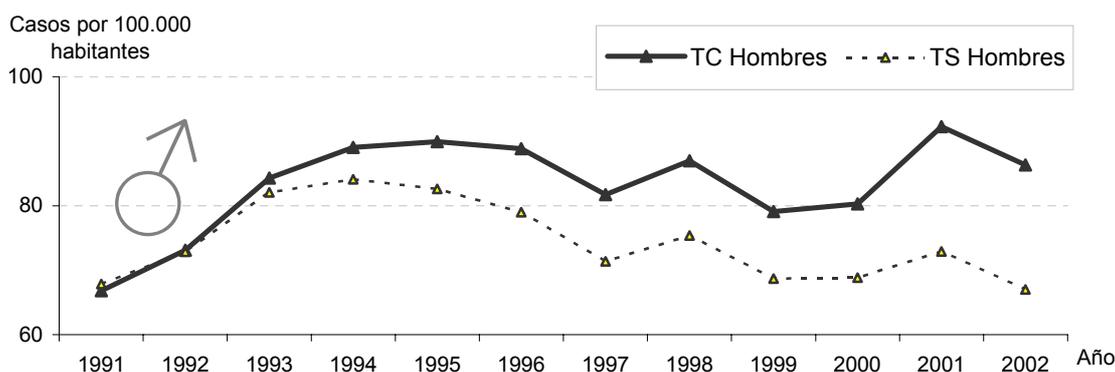
La evolución de las tasas de incidencia y de mortalidad en este tipo de cáncer discurren de forma paralela, tal y como se aprecia en el siguiente gráfico. Esto se explica por la alta letalidad de los tumores de estas localizaciones.

Evolución anual de las tasas de incidencia y mortalidad de tumores de pulmón RCEME. Bizkaia. 1986-2000; Registro de Mortalidad. Bizkaia. 1991-2002



TC= Tasa Cruda; TS= Tasa Estandarizada (población de referencia: Población Europea); TSM= Tasa Estandarizada de Mortalidad (población de referencia: Población Europea).

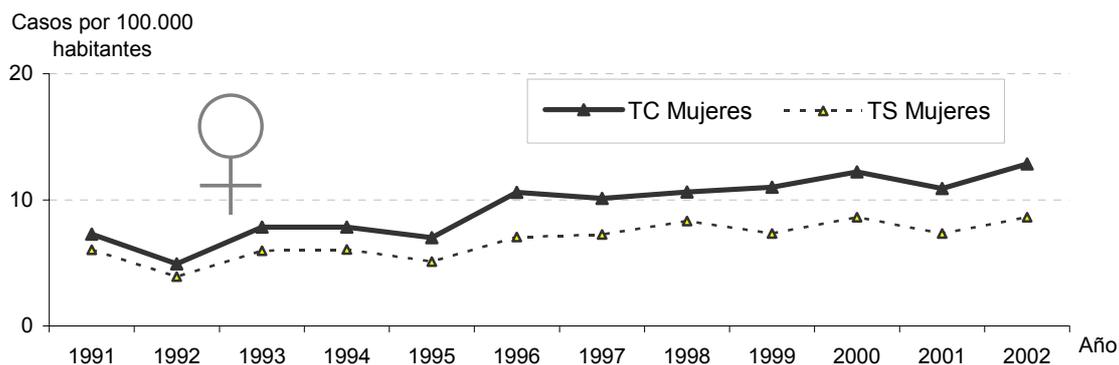
Evolución anual de las tasas de mortalidad de tumores de pulmón en hombres Registro de Mortalidad. Bizkaia. 1991-2002



El cáncer de pulmón sigue siendo la segunda causa de mortalidad en hombres de Bizkaia en el año 2002, con una tasa estandarizada a la población europea de 67,04 por 100000 (469 defunciones) y ha ascendido a la décima en mujeres con tasas de 8,62 por 100.000 (74 defunciones).

La Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) indica que la mortalidad por cáncer de pulmón de los varones de Bizkaia es sistemáticamente mayor a la de los varones de la CAPV durante todo el período estudiado (1991-2002), siendo significativamente mayor en 5 de los 12 años analizados. Este exceso de mortalidad por cáncer de pulmón se produce a expensas de las comarcas Ezkerraldea-Enkarterri y Bilbao, sobre todo la primera.

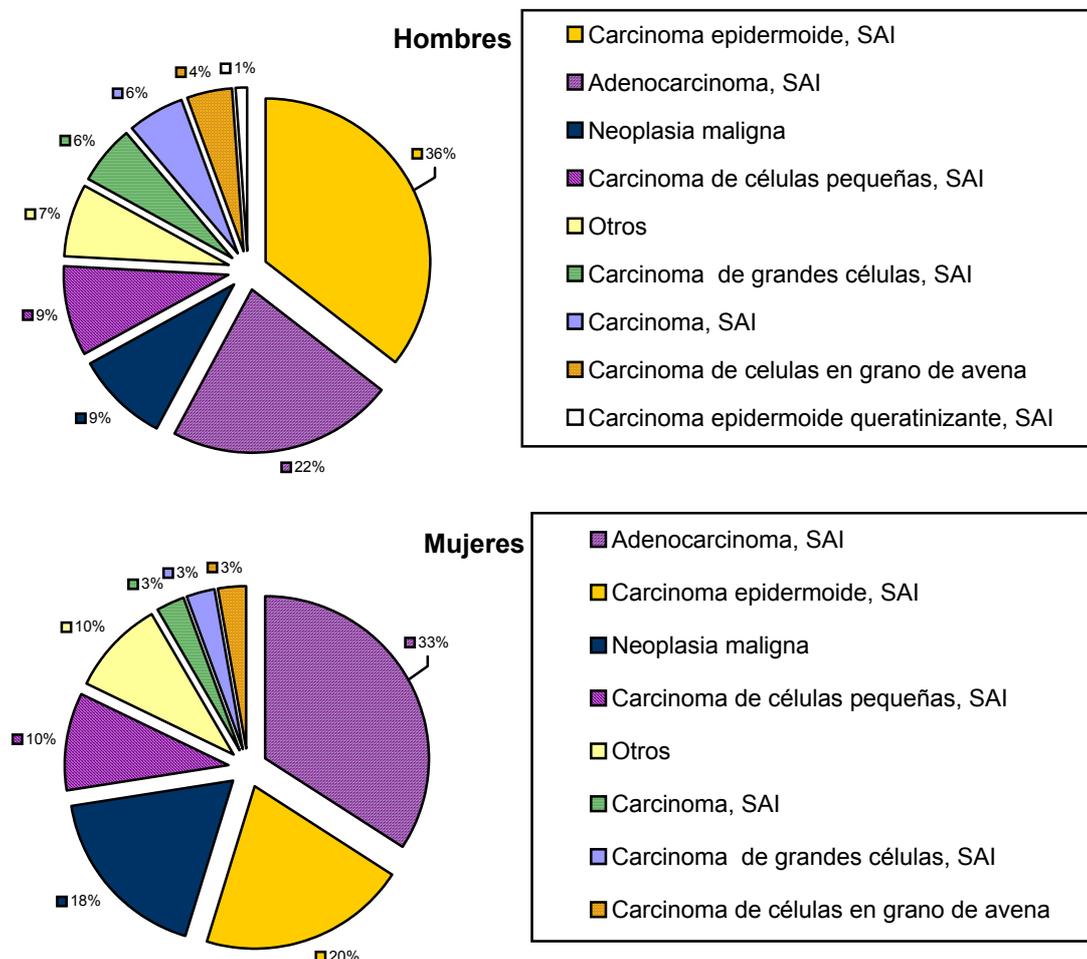
Evolución anual de las tasas de mortalidad de tumores de pulmón en mujeres Registro de Mortalidad. Bizkaia. 1991-2002



El cáncer de pulmón es la primera causa de mortalidad prematura en varones de Bizkaia y la tercera en mujeres. En el año 2002 causó un total de 2.664 años potenciales de vida perdidos entre los varones y 545 entre las mujeres de este TH.

Se presenta la distribución morfológica de los tumores de localización pulmonar registrados en Bizkaia de 2000. En varones la morfología más frecuente es carcinoma epidermoide. En las mujeres predomina el adenocarcinoma, representando esta morfología un 30% del total.

Distribución por sexos de tipos morfológicos de tumores de pulmón RCEME. Bizkaia. 2000



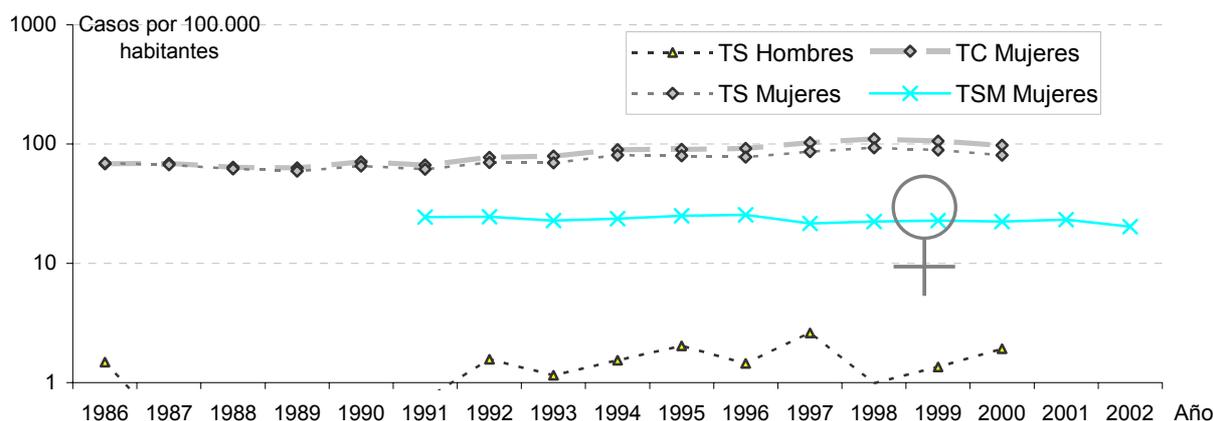
Cáncer de Mama

CIE-9: 174,175; CIE-10: C50

Según datos del registro de cáncer, durante los años analizados (1986-2000) los tumores malignos de mama fueron los tumores más frecuentes en mujeres; en los hombres estos tumores ocurrieron con una frecuencia del orden de 100 veces menor. La evolución indica una cierta tendencia ascendente a partir de los años 90, que a final de esta década parece estabilizarse. Esta última evolución de las tasas muy probablemente sea debido a la puesta en marcha, a partir del año 1997, del programa de screening de cáncer de mama.

Evolución anual de las tasas de incidencia y mortalidad de tumores de mama (C50)

Bizkaia. RCEME. 1986-2000. Registro de Mortalidad. 1991-2002

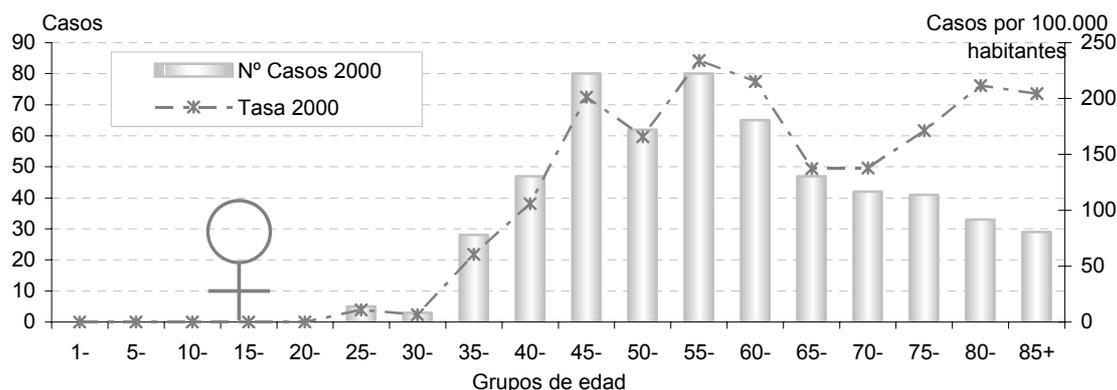


TC= Tasa Cruda; TS= Tasa Estandarizada (población de referencia: Población Europea); TSM= Tasa Estandarizada de Mortalidad (población de referencia: Población Europea).

En los datos correspondientes al año 2000, empiezan a aparecer casos en el grupo de edad que va de 25 a 30 años, en los siguientes grupos de edad quinquenales, se aprecia un progresivo mayor número de casos hasta la sexta década de edad, a partir de la cual el número de casos disminuye, no así la tasa de incidencia, que volvió a retomar una tendencia ascendente a partir de los 75 años.

Número de casos nuevos y tasas de incidencia por grupo de edad de tumores de mama (C50) en mujeres

RCEME - Bizkaia: 2000



Durante los años 1991 a 2002 la razón de mortalidad estandarizada (RME) por cáncer de mama en mujeres de Bizkaia no muestra diferencias significativas respecto a las de la CAPV; tampoco existen diferencias significativas entre las comarcas en 2002. El cáncer de mama sigue siendo la primera causa de mortalidad prematura en mujeres, con 1.256 años potenciales de vida perdidos en mujeres en el año 2002.

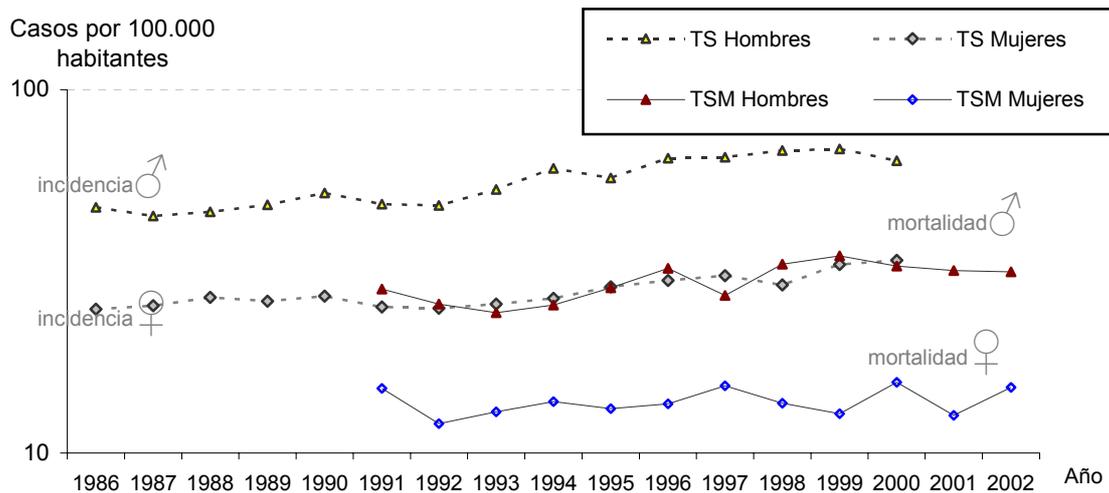
Cáncer de Colon y Recto

CIE-9: 153-4; CIE-10: C18-21

El cáncer de colon y recto es la segunda localización en frecuencia de tumores malignos, al menos así lo fue durante los años 1986 al 2000, tanto para las mujeres como para los hombres. Las tasas brutas registradas para el año 2000 indican que durante este año hubo en hombres 58,04 casos por cada 100.000 y en mujeres 37,25 por cada 100.000.

Evolución anual de las tasas estandarizadas de incidencia (1986-2000) y de mortalidad (1991-2001) de tumores de colon y recto

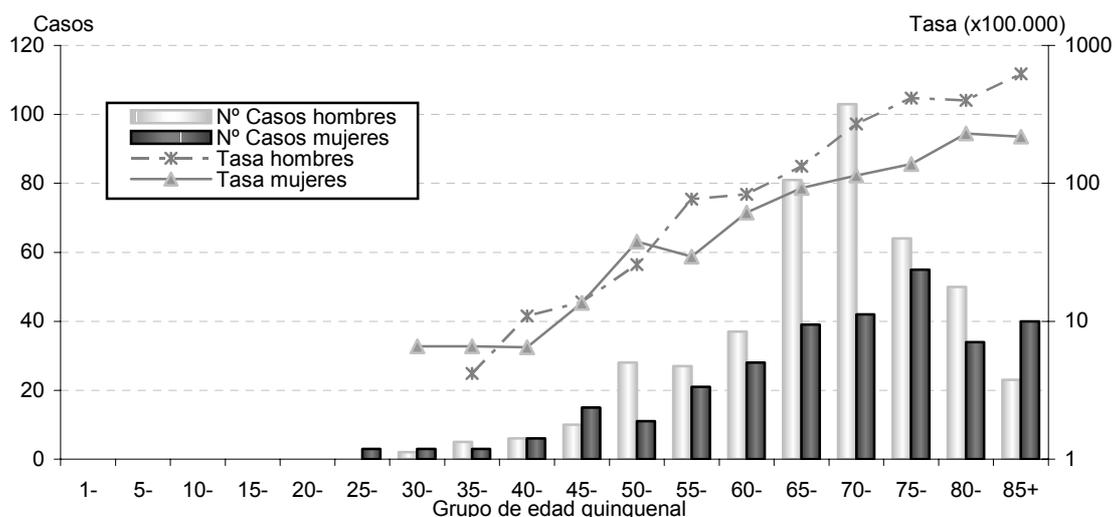
Bizkaia. RCEME. 1986-2000. Registro de Mortalidad.1991-2001



Por grupos de edad se ve un aumento progresivo de las tasas de incidencia en hombres, las tasas en mujeres discurren de forma paralela por debajo de las de los hombres. Por encima de los 80 años de edad el número absoluto de casos es mayor en mujeres que en hombres.

Número de casos nuevos y tasas crudas de incidencia por grupo de edad de tumores de colon y recto (C18-C21) en hombres y mujeres

RCEME. Bizkaia. 2000



B-Diabetes Mellitus

CIE-9: 250; CIE-10: E10-E14

Incidencia, prevalencia

La Diabetes Mellitus (DM) es una de las patologías crónicas más frecuentes en nuestro medio. En el año 2000 se realizó un registro de casos de DM tipo II a través de la red de Vigilancia de Médicos Vigía para mejorar el conocimiento epidemiológico de la enfermedad.

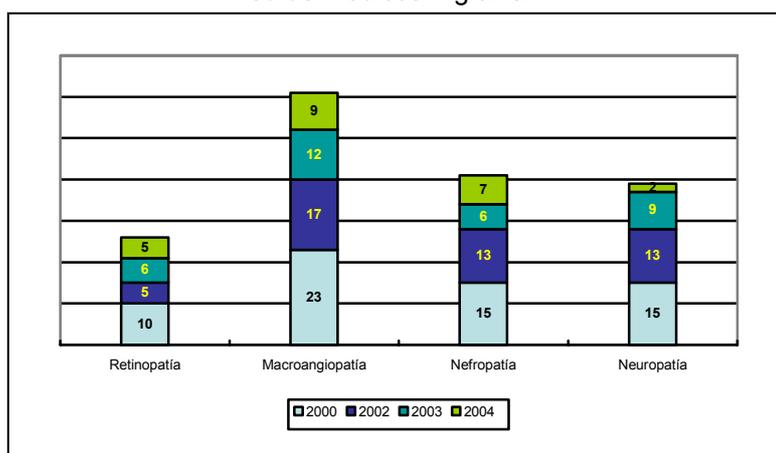
En la muestra de 65.651 personas mayores de 24 años se identificaron 3.077 casos de DM; la tasa de Incidencia fue 4,5 por mil y la prevalencia 47 por mil habitantes. Extrapolando estos datos de prevalencia a la población de Bizkaia, se puede estimar que en el año 2000, como mínimo, había 28.272 diabéticos.

Complicaciones y factores de riesgo asociados: riesgo cardiovascular

El año 2004 ha sido el cuarto año de seguimiento de la cohorte de 117 diabéticos diagnosticada en los años 1998, 1999 y 2000, identificada por la red Vigía en el año 2000, con objeto de conocer las complicaciones de la DM y el riesgo cardiovascular.

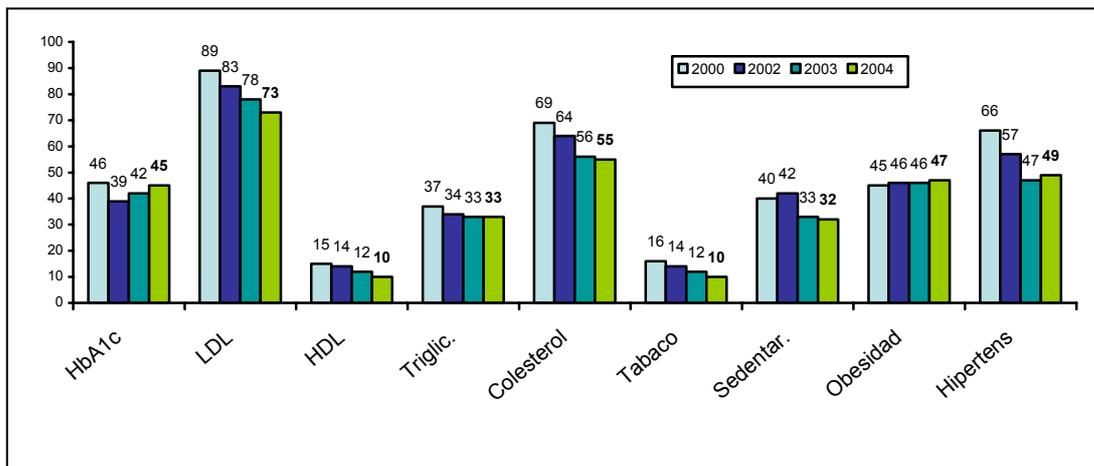
La macroangiopatía presenta una incidencia acumulada del 42% de los pacientes en seguimiento durante el periodo 2000-2004; le sigue la neuropatía (29%), la nefropatía (27%) y por último la retinopatía (15%). Excepto la nefropatía, el resto de las complicaciones han disminuido, especialmente la neuropatía

Diabetes Mellitus. Incidencia acumulada (%) de complicaciones crónicas
Red de Médicos Vigía. CAPV



Tal como refleja el gráfico siguiente la mayoría de los factores de riesgo presentaron una evolución favorable durante el periodo de estudio. Todos los factores, excepto la hemoglobina glicosilada y la obesidad que prácticamente no han variado, han mejorado durante este periodo.

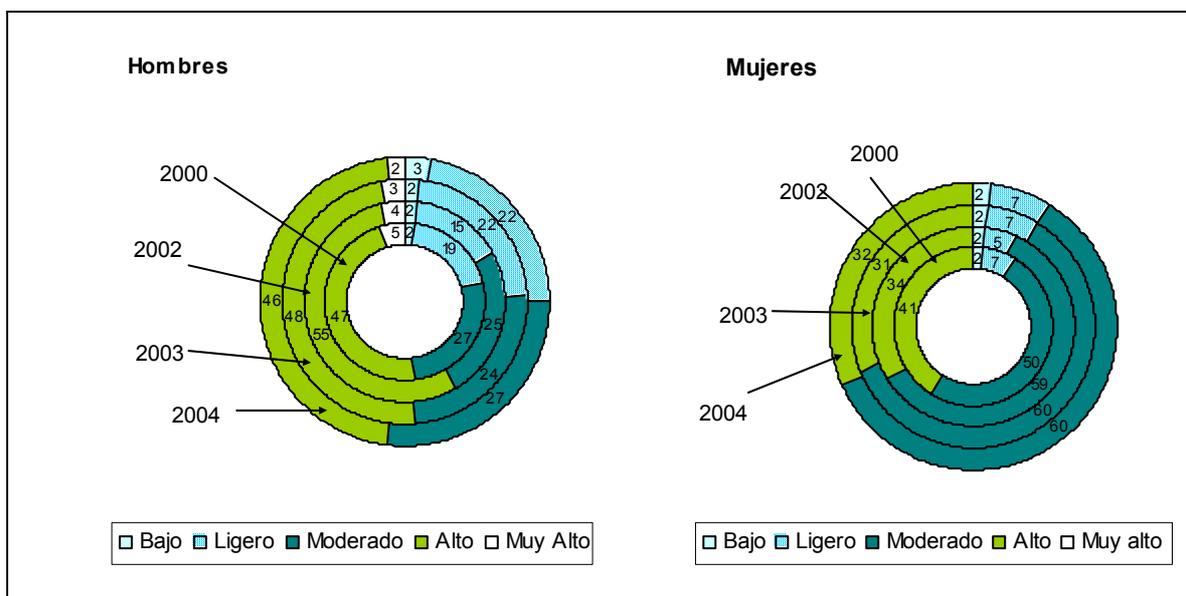
Diabetes mellitus. Factores de riesgo cardiovascular (%)* Red de Médicos Vigía. CAPV



*Colesterol ≥ 200 mg/dl, HDL < 45 mg/dl en mujeres < 35 mg/dl en hombres, Triglicéridos ≥ 150 mg/dl, LDL ≥ 100 mg/dl y HbA_{1c} $\geq 7\%$, TA Sistólica > 130 TA Diastólica > 80 mmHg.

La evolución del riesgo de un paciente diabético de padecer una enfermedad coronaria (REC) en los siguientes diez años, de acuerdo a los criterios establecidos por *Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention*, y utilizando para su calculo los parámetros de edad, sexo, tabaco, tensión arterial y colesterol en pacientes diabéticos libres de enfermedad coronaria se presenta en la siguiente figura

Diabetes mellitus. Riesgo de enfermedad coronaria según sexo Red de Médicos Vigía. CAPV



El riesgo alto y muy alto en hombres es menor que en el 2003 y en mujeres apenas cambia. En los hombres el 48% presenta un riesgo alto o muy alto de presentar un evento coronario, presentando un riesgo alto el 32 % de las mujeres.

Disponemos de información sobre el tratamiento de la diabetes y sus complicaciones en 474 pacientes de la cohorte de estudio; el 62% toman antidiabéticos orales, sólo dieta el 38%, antihipertensivos el 71%, hipolipemiantes el 47% y antiagregantes el 28%.

Morbilidad Hospitalaria; prevalencia de complicaciones

En Bizkaia, en el año 2004, se produjeron 653 altas hospitalarias en los hospitales de Osakidetza por causa de diabetes [Diagnóstico Principal: CIE-9: 250]. Estas cifras suponen una tasa de de 0,58 altas por 1.000 habitantes y año. Por comarcas, las tasas oscilan entre 0,4 altas por 1000 habitantes en Uribe y 0,6 en el resto del territorio histórico de Bizkaia. El 49% de los ingresos corresponden a los hombres. Por grupos de edad 9% de los ingresos se producen entre los menores de 30, 29 % entre 29 y 64 años y el resto, 62%, son mayores de 64 años.

Los ingresos hospitalarios por causa de diabetes durante los 5 últimos años en los hospitales de agudos y media y larga estancia de Osakidetza en Bizkaia son estables; oscilan entre 596 y 685, con una media de 629 altas por mil habitantes y año.

Si analizamos la presencia de diabetes en cualquiera de los seis primeros diagnósticos encontramos 8.702 altas con este diagnostico. Esto supone una tasa de frecuentación hospitalaria de 7,7 por 1000 habitantes; las cifras oscilan entre 6,2 y 6,5 en Uribe e Interior y 8,6 en Ezkerraldea-Enkarterri y Bilbao. La evolución del número de casos ha sido ascendente a lo largo de los últimos cinco años.

CMBD. Bizkaia. Hospitales de Osakidetza.
Diagnostico Principal y Seis primeros diagnósticos. 2004

	DIAG1-DIAG6	DIAG.Principal
	2004	2004
D. M. sin mención de complicación (CIE-9: 250.0)	7066	59
D. M. complicaciones agudas		
D. M. con cetoacidosis (CIE-9: 250.1)	99	79
D. M. con coma hiperosmolar (CIE-9: 250.2)	79	56
D. M. con otro tipo de coma (CIE-9: 250.3)	10	10
D. M. complicaciones crónicas		
D. M. con manifestaciones renales (CIE-9: 250.4)	222	27
D. M. con manifestaciones oftalmológicas (CIE-9: 250.5)	355	44
D. M. con manifestaciones neurológicas (CIE-9: 250.6)	158	28
D. M. con manifestaciones circulatorias periféricas (CIE-9: 250.7)	245	79
D. M. con otras manifestaciones y sin especificar (CIE-9: 250.8-9)	990	271
D. M. Procedimientos quirúrgicos		
Amputaciones de Extremidad inferior (CIE-9:PROCQ:841)	147	
D.M. con o sin complicacion	8.702	653

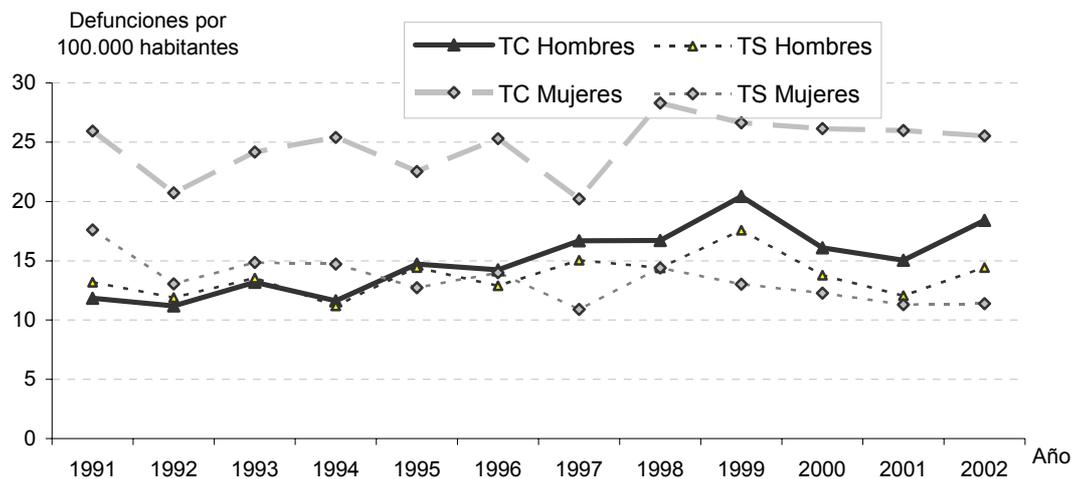
La tabla anterior presenta la frecuencia de las complicaciones tanto agudas como crónicas en los diabéticos que son atendidos en los hospitales públicos en 2004. Entre los 653 casos cuyo diagnóstico principal fue diabetes, el 22% ingresó por algún tipo de coma (cetoacidosis, coma hiperosmolar o coma de otro tipo), en un 69% el motivo de ingreso es una complicación crónica, en un 9% de los casos el motivo fue la enfermedad sin complicaciones.

Considerando el total de altas con diagnóstico de diabetes en cualquiera de los seis primeros diagnósticos, el 21 % tiene al menos una complicación de su diabetes, ya sea aguda (2%) o crónica (19%). Entre las complicaciones crónicas, destacan las oftalmológicas (4%), circulatorias periféricas (3%), renales (3%), neurológicas (2%); en un 9 % se trata de complicaciones no especificadas. En un 2 % de los informes se recoge la realización de un procedimiento quirúrgico consistente en algún tipo de amputación de extremidad inferior.

Mortalidad

La tasa de mortalidad por diabetes en 2002 fue 22,7 por 100.000 (247 defunciones), superior en mujeres (25,53) que en hombres (18,48); la diabetes mellitus fue la 8ª causa de muerte entre las mujeres y la 13ª entre los hombre de Bizkaia en 2002.

Evolución anual de las tasas de mortalidad por diabetes mellitus
Registro de Mortalidad. Bizkaia. 1991-2002



Tal como se observa en la figura, la evolución de las tasas de mortalidad a lo largo del período 1991-2002, aunque es fluctuante en ambos sexos, se mantiene bastante estable, especialmente en las mujeres, que parecen mantener la tendencia descendente iniciada en el 1998; las diferencias entre los dos sexos desaparecen al ajustar las tasas a la edad de la población europea.

IV. MORBILIDAD HOSPITALARIA.

Presentamos los resultados obtenidos tras analizar los datos del CMBD del Registro de Altas Hospitalarias correspondientes al Territorio Histórico de Bizkaia durante el año 2003, último año con información disponible de todos los hospitales de la Comunidad Autónoma, tanto públicos como privados.

La población a estudio es la que comprende los pacientes con residencia en Bizkaia que durante el año 2003 ingresaron en los hospitales de la Comunidad Autónoma Vasca. Hemos asumido que 6.832 pacientes en los que no consta la residencia son pacientes de Bizkaia ya que consideramos que el omitirlos generaría un error mayor que el excluirlos. Por otro lado, se ha identificado algún problema en la codificación del municipio que nos impide analizar la morbilidad por Comarca Sanitaria.

La unidad de análisis es el alta hospitalaria; esto implica que a un mismo paciente puede corresponderle más de un registro por la misma o diferente enfermedad. El análisis se centra en el diagnóstico principal que es el motivo de ingreso en el hospital determinado por el facultativo, y en función de este clasificamos toda la patología en los 17 grandes grupos de la CIE-9.

Además de las frecuencias absolutas, presentamos la tasa de frecuentación hospitalaria (número de ingresos por 1.000 habitantes) y la morbilidad proporcional. Analizamos estas patologías por grupos de edad quinquenales y por sexo. La población utilizada como denominador para el cálculo de las tasas de frecuentación hospitalaria es la del censo de 2001.

Morbilidad hospitalaria: Casos y tasas de frecuentación

Durante el año 2003 se produjeron en la CAPV 280.260 altas hospitalarias; en 137.952 casos (49%) el territorio histórico de residencia del paciente era Bizkaia. Estas cifras suponen una frecuentación hospitalaria de 123 altas por 1.000 habitantes, similar a la correspondiente al año 2002 (123,6).

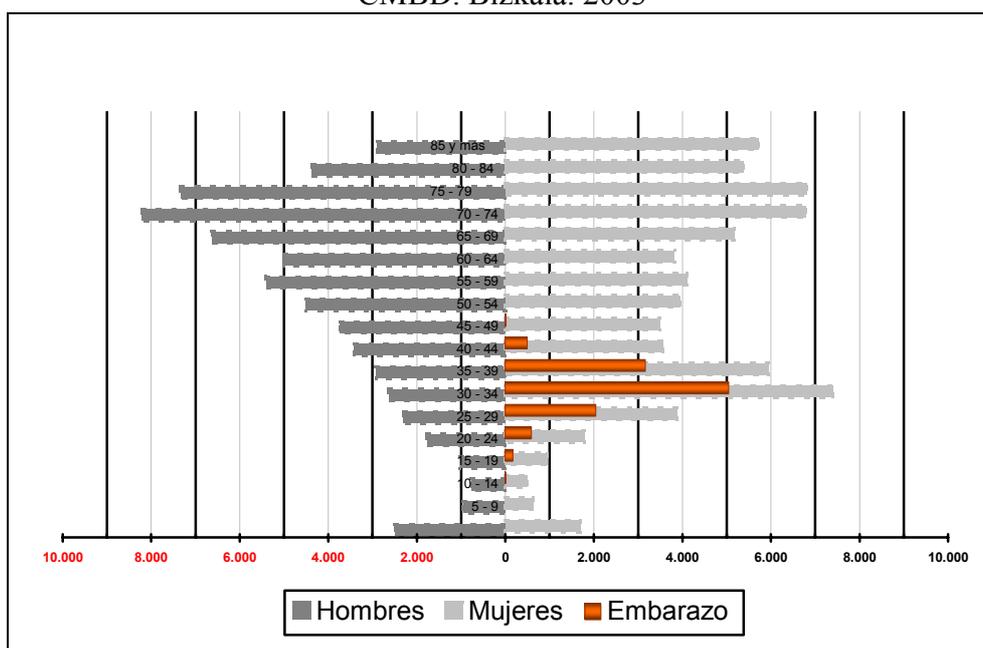
El 74% de las altas se produjeron en los hospitales públicos de agudos, un 3% en los públicos de media y larga estancia, y el 23% en los privados. El 3% de las altas se han producido en hospitales o clínicas de otro territorio histórico. Del total de las altas, el 18% tenía estancia cero.

Más de la mitad de las altas de Bizkaia (52 %, 71.609 casos) corresponden a mujeres; si descontamos del total las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (11.523), el porcentaje de altas correspondiente a mujeres desciende hasta el 48 %. La correspondiente tasa de frecuentación hospitalaria es de 121,6 altas por 1.000 hombres y 124,0 por 1000 mujeres (104,0 por 1.000 mujeres descontando el embarazo).

Morbilidad hospitalaria según sexo y edad

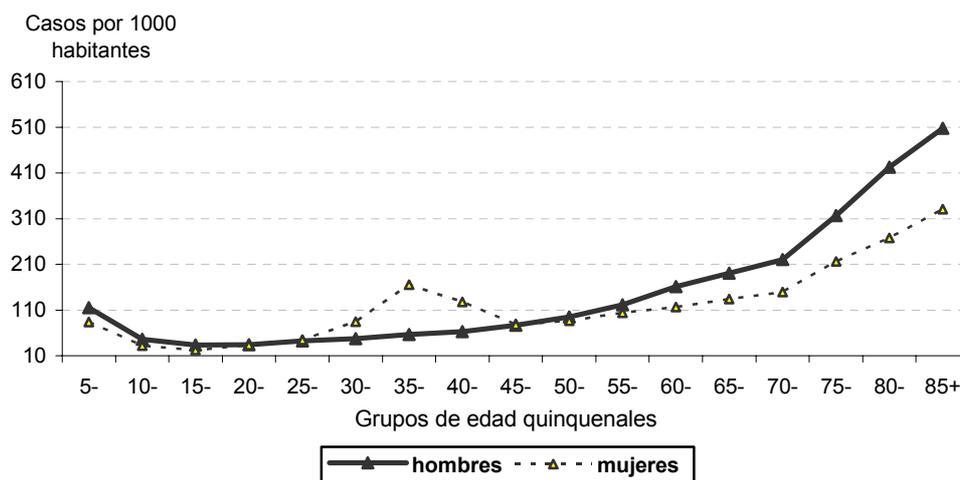
En el gráfico siguiente se observa que, en casi todas las edades, ingresan más hombres que mujeres. Solo entre los 25 y 39 años y entre los mayores de 80 años, el número de altas entre mujeres supera al de los hombres. Es llamativo el mayor número de ingresos que presentan los hombres en la infancia (menos de 5 años) y en la edad adulta entre 55 y 70 años.

Morbilidad hospitalaria (altas) por grupos de edad y sexo CMBD. Bizkaia. 2003



En el gráfico inferior se representa igualmente la morbilidad hospitalaria por edad y sexo, pero teniendo en cuenta la estructura de edad y sexo de la población, es decir representamos la frecuentación hospitalaria. La frecuentación es siempre superior entre los hombres, excepto en las edades fértiles de la mujer en las que el embarazo es importante causa de ingreso.

Tasa de frecuentación hospitalaria por grupos de edad y por sexo CMBD. Bizkaia.2003



Morbilidad proporcional

Los cinco grandes grupos de enfermedades que requieren asistencia hospitalaria con mayor frecuencia son, por este orden: enfermedades del aparato circulatorio (13%),

enfermedades digestivas (12%), enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos (10%), enfermedades del aparato respiratorio (9%) y tumores (9%).

Esta distribución varía según el sexo. Entre las mujeres, la causa de ingreso hospitalario más frecuente es el embarazo, parto y puerperio; le siguen por orden de frecuencia las enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos, las enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades del aparato digestivo, y en quinto lugar con igual frecuencia los tumores y las enfermedades del sistema osteo-muscular. Entre los hombres, el primer lugar por orden de frecuencia lo ocupan las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades digestivas, las respiratorias, los tumores y por último las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos.

Morbilidad proporcional según el diagnóstico principal por grandes grupos (CIE-9) y por sexo. Bizkaia. 2003.

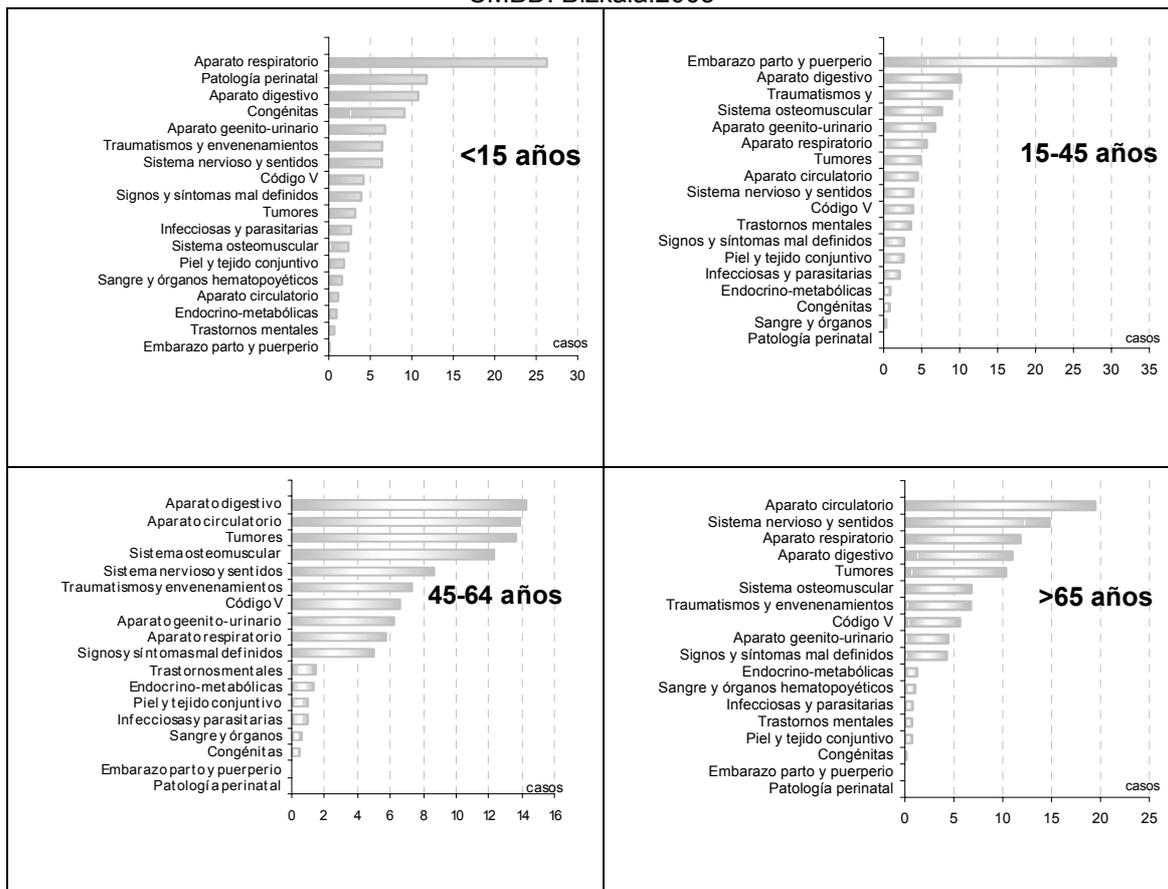
CIE-9-MC	Diagnósticos	Total		Hombres		Mujeres	
		N	%	hombres	%	mujeres	%
001-139	Infecciosas y parasitarias	1.772	1,28	1.048	1,58	724	1,01
140-239	Tumores	12.845	9,31	6.772	10,21	6.073	8,48
240-279	Endocrino-metabólicas	1.586	1,15	615	0,93	971	1,36
280-289	Sangre y órganos hematopoyéticos	1.062	0,77	509	0,77	553	0,77
290-319	Trastornos mentales	2.354	1,71	1.343	2,03	1.011	1,41
320-389	Sistema nervioso y sentidos	13.639	9,89	5.688	8,58	7.950	11,10
390-459	Aparato circulatorio	18.054	13,09	10.256	15,47	7.796	10,89
460-519	Aparato respiratorio	12.933	9,38	7.888	11,90	5.045	7,05
520-579	Aparato digestivo	15.964	11,58	9.409	14,19	6.555	9,16
580-629	Aparato genito-urinario	7804	5,66	3.018	4,55	4.786	6,68
630-676	Embarazo, parto y puerperio	11.529	8,36			11.525	16,10
680-709	Piel y tejido conjuntivo	1.883	1,37	1.149	1,73	734	1,03
710-739	Sistema osteomuscular	11.281	8,18	5.207	7,85	6.071	8,48
740-759	Anomalías Congénitas	1.180	0,86	725	1,09	455	0,64
760-779	Patología perinatal	831	0,60	468	0,71	363	0,51
780-799	Signos y síntomas mal definidos	5.518	4,00	2.925	4,41	2.591	3,62
800-999	Traumatismos y envenenamientos	10.336	7,49	5.942	8,96	4.394	6,14
V01-V82	Código V	7.340	5,32	3.341	5,04	3.999	5,59
	TOTAL	137.911	100,00	66.303	100,00	71.596	100

Grandes grupos de enfermedades según edad

El 5% de las altas corresponde a menores de 15 años, el 27 % al grupo de 15-44 años, el 25% al grupo de 45-64 y el 43% a los mayores de 64 años.

Entre los menores de 15 años las causas de alta por orden de frecuencia son las enfermedades del aparato respiratorio, las perinatales y las digestivas; en el grupo de 15-44, después del embarazo, las más frecuentes son las enfermedades del aparato digestivo y los traumatismos y envenenamientos; en el grupo de 45-64, además de las enfermedades de aparato digestivo y circulatorio adquieren importancia los tumores; entre los mayores de 64 años son las enfermedades circulatorias las que más peso tienen, seguidas de las del sistema nervioso y aparato respiratorio.

Morbilidad proporcional por grupos de edad. CMBD. Bizkaia.2003



Causas más frecuentes de morbilidad hospitalaria según edad y sexo

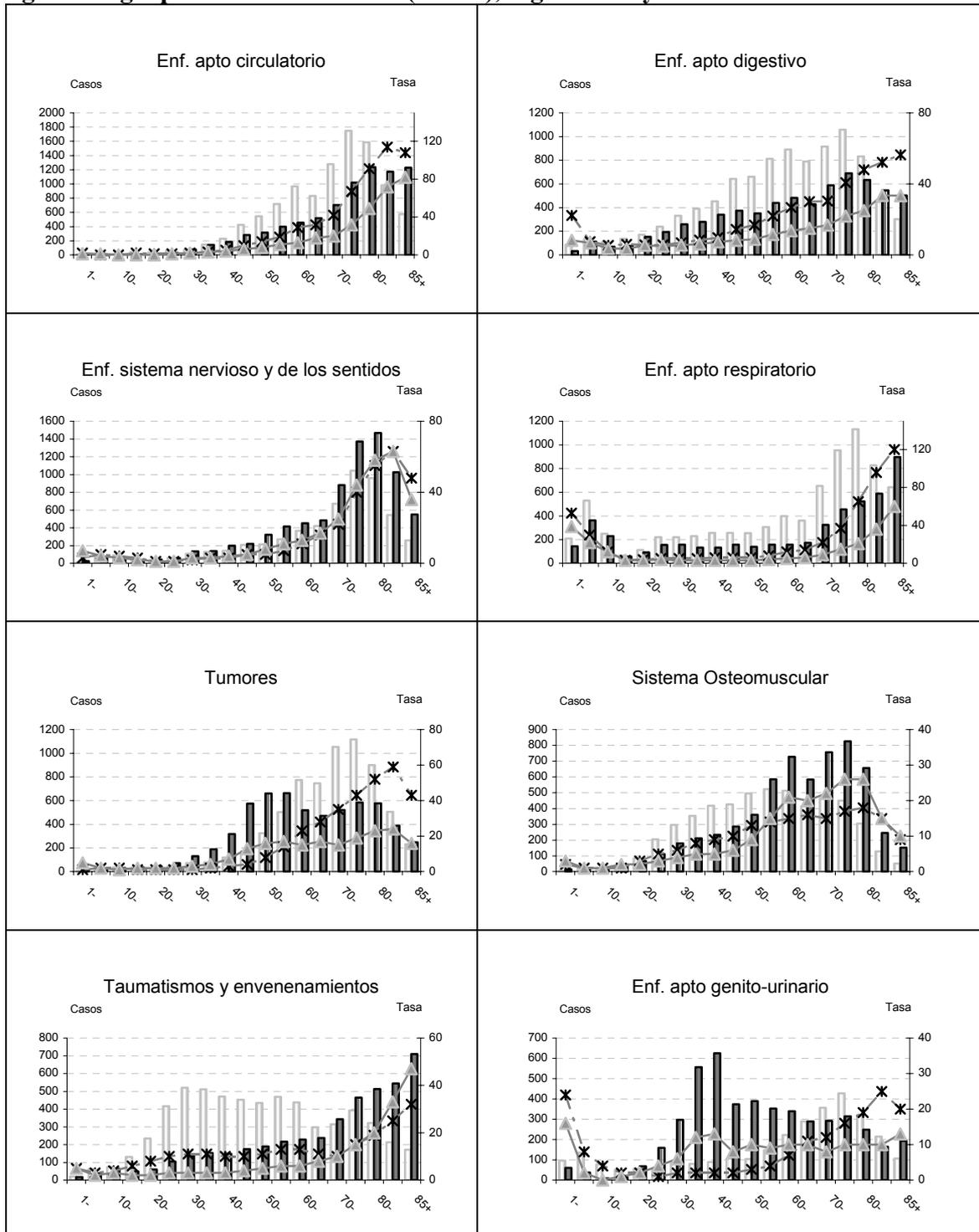
La frecuentación hospitalaria por enfermedades del aparato circulatorio y del aparato digestivo es, en todas las edades, superior entre los hombres; llama la atención la mayor frecuentación por causa digestiva en las edades extremas de la vida.

Las enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos son más frecuentes en las mujeres; la frecuentación hospitalaria aumenta especialmente a partir de los 50 años para ambos sexos. Las enfermedades del aparato respiratorio, que son más frecuentes entre los hombres, presentan dos picos de frecuentación entre los menores de 5 años y a partir de los 65.

En cuanto a los tumores, la frecuencia es semejante en ambos sexos; la frecuentación entre la mujeres supera a la de los hombres en entre los 30 y los 54 años y a partir de esa edad se dispara entre los hombres. Las enfermedades osteo-musculares son mas frecuentes entre las mujeres y especialmente entre los 50 y 80 años de edad.

Los traumatismos y envenenamientos, hasta los 64 años son más frecuentes entre los hombres y en adelante la frecuentación es superior entre las mujeres. Las enfermedades del sistema genito-urinario son más frecuentes entre las mujeres excepto en el grupo de menores de los menores de 10 años y mayores de 60 donde ingresan por esta causa más hombres.

Número de altas y tasas de frecuentacion hospitalaria (por 1.000 habitantes), por grandes grupos de enfermedades (CIE-9), según edad y sexo. CMBD. Bizkaia. 2003



Casos en hombres
 Casos en mujeres
 Tasa en hombres
 Tasa en mujeres

V. REGISTRO DE MORTALIDAD

Describimos en este capítulo las defunciones acaecidas entre la población residente en el Territorio Histórico de Bizkaia durante el año 2002. Los datos relativos a los fallecimientos proceden del Registro de Mortalidad de la Comunidad Autónoma del País Vasco; se utiliza la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para la codificación de la causa básica de defunción.

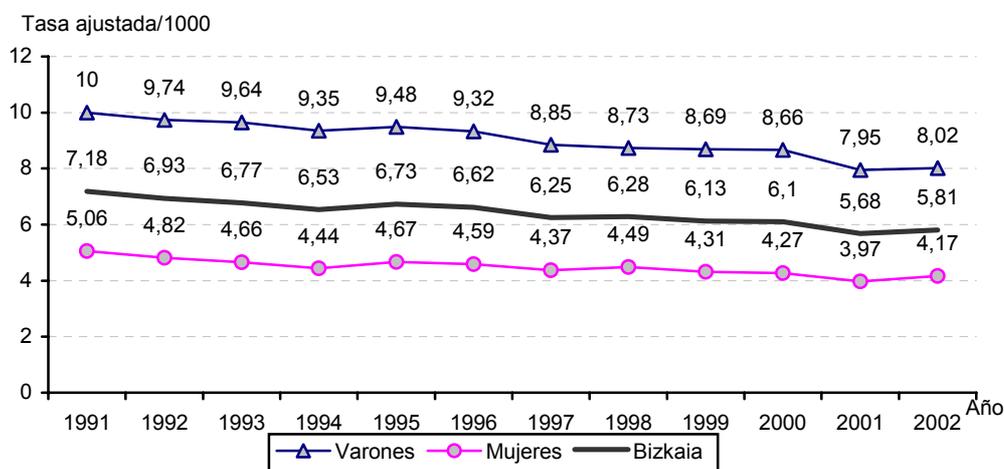
La población para el año 2002 y para el resto de años intercensales analizados se ha obtenido mediante interpolación lineal de las poblaciones del censo 1991, padrón 1996 y censo 2001. Para la estandarización de las tasas se ha utilizado la población europea como población de referencia.

Se presenta la mortalidad general y la debida a las principales causas en datos crudos (número y tasas crudas), tasas ajustadas a la edad de la población europea, años potenciales de vida perdidos (APVP), razones de mortalidad estandarizada (RME) y mortalidad infantil; se describe la mortalidad según características de persona (sexo, edad), lugar (comarcas sanitarias) y tiempo (1991 a 2002).

Mortalidad general

Durante el año 2002 fallecieron 10.430 personas residentes en Bizkaia, 53% hombres y 46% mujeres. La tasa de mortalidad general fue de 9,32 por mil habitantes, 10,16 en hombres y 8,52 en mujeres. La tasa estandarizada por edad de la población europea fue de 5,81 por mil habitantes, también mayor en los hombres que en las mujeres (8,02 y 4,17 por mil respectivamente).

Tasa de Mortalidad general ajustada por edad
Bizkaia. 1991-2002



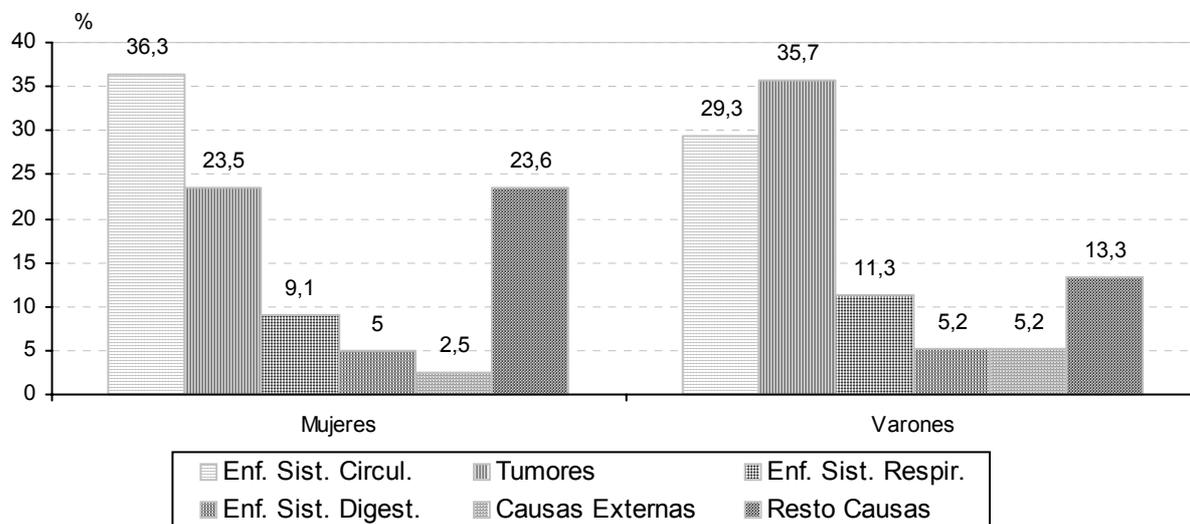
Tal como se observa en la figura previa, las tasas estandarizadas descienden desde 1991 (7,18) hasta 2001 (5,68) y aumentan ligeramente en 2002 (5,81); este patrón se observa asimismo en las tasas de cada uno de los sexos por separado.

Mortalidad proporcional

Las enfermedades del aparato circulatorio fueron las responsables del mayor número de defunciones (36%) en las mujeres seguidas por los tumores (24%), mientras que en los hombres sucede a la inversa: la causa más frecuente de defunción fueron los tumores (36%) seguidos, en segundo lugar, por las enfermedades del aparato circulatorio (29%). Las enfermedades del aparato respiratorio ocupan el tercer lugar de importancia en ambos sexos provocando el 10% de

las defunciones en el conjunto de la población. Las enfermedades del aparato digestivo provocaron el 5% de las defunciones, ocupando el cuarto lugar de importancia en ambos sexos, mientras que las causas externas fueron responsables del 4% del total de las muertes.

Mortalidad proporcional. Defunciones por sexo y grandes grupos de causas Bizkaia. 2002



Mortalidad por causas

GRANDES GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE

La siguiente tabla muestra la distribución de las defunciones según los 19 grandes grupos de causas de muerte y las tasas estandarizadas por edad. Las tasas son bastante más elevadas en los hombres que en las mujeres prácticamente para todos los grupos de causas. Entre los hombres la tasa de mortalidad más alta corresponde al grupo de los tumores, mientras que en las mujeres es el grupo de las enfermedades del aparato circulatorio el que presenta la tasa más elevada.

Mortalidad por grandes grupos de causa Bizkaia. 2002

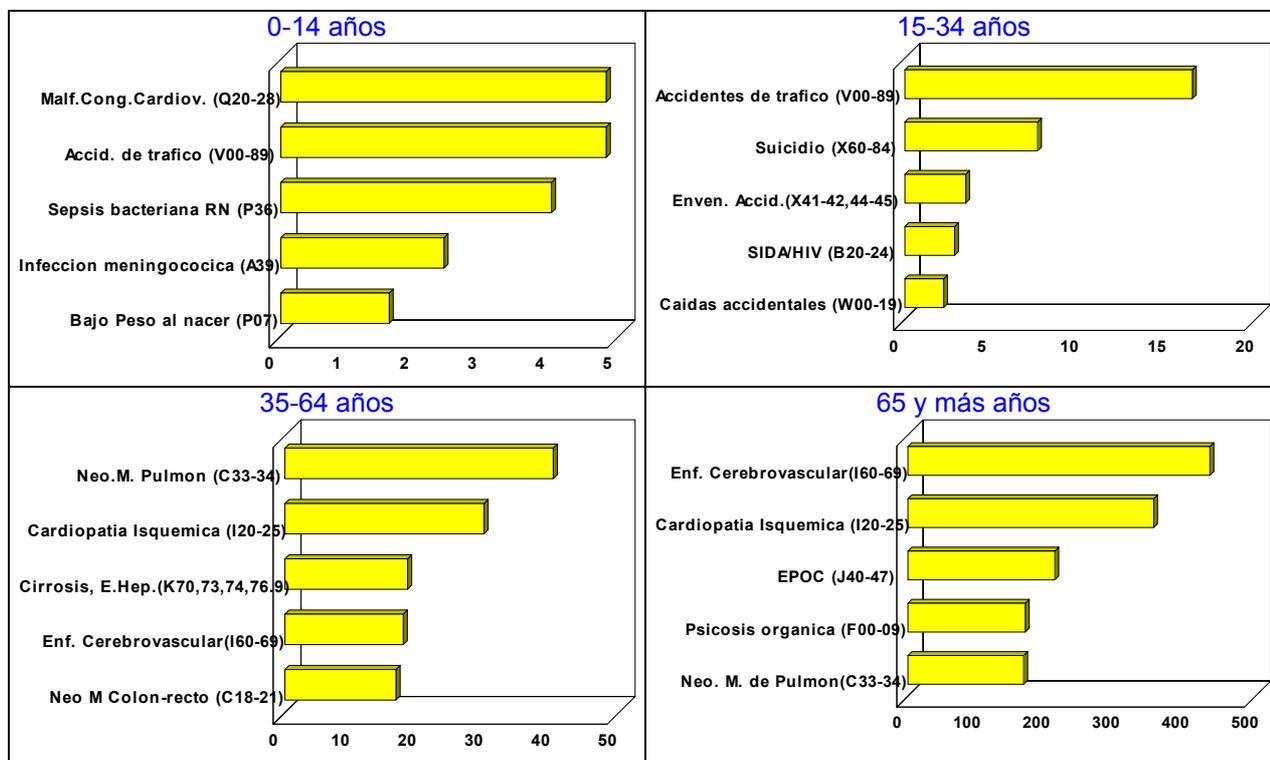
	Hombres		Mujeres		Total	
	Muertes	Tasa *	Muertes	Tasa *	Muertes	Tasa *
Enf. infecciosas y parasitarias (I)	115	17,43	112	11,19	227	13,99
Tumores (II)	1.974	281,89	1.152	121,29	3.126	189,92
Enf. sangre y órg.hematop.;T. inmunit. (III)	12	1,88	25	1,98	37	1,97
Enf. endocrinas, nutric. y metabólicas (IV)	115	16,90	170	13,14	285	14,81
T. mentales y del comportamiento (V)	105	16,41	266	18,33	371	17,75
Enf. sistema nervioso, ojo y oído (VI,VII,VIII)	165	22,90	252	19,90	417	21,29
Enf. sistema circulatorio (IX)	1.619	231,65	1.783	132,26	3.402	175,35
Enf. sistema respiratorio (X)	622	89,07	447	33,36	1.069	53,40
Enf. sistema digestivo (XI)	287	43,16	246	21,82	533	31,44
Enf. piel y tejido subcutáneo (XII)	6	0,83	10	0,65	16	0,71
Enf. S. osteomuscular y tej. conjuntivo (XIII)	19	2,67	57	4,17	76	3,81
Enf. sistema genito-urinario (XIV)	99	13,88	81	6,22	180	9,00
Embarazo, parto, puerperio (XV)			0	0,00	0	0,00
Afecciones perinatales (XVI)	11	3,60	6	2,11	17	2,88
Malf. congénitas, defor.,an. cromosóm (XVII)	9	2,38	9	2,73	18	2,55
Causas mal definidas (XVIII)	81	12,88	169	12,33	250	13,20
Causas externas (XIX)	285	44,57	121	15,43	406	29,35
TOTAL	5.524	802,11	4.906	416,93	10.430	581,43

- * Tasa por cien mil habitantes estandarizada por edad de la población europea

PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE SEGÚN EDAD

Las causas de muerte son distintas según la edad. Entre los menores de 15 años fallecieron 47 niños (tasa 37,69 por 100.000). Las anomalías congénitas cardiovasculares y los accidentes de tráfico son las dos primeras causas de muerte, las dos con tasas de 4,81 por 100.00; en tercer lugar está la sepsis bacteriana del recién nacido y en cuarto lugar la infección meningocócica.

Principales causas de muerte por edad. Bizkaia 2002



En el grupo de edad de 15 a 34 años la mortalidad es 53,60 por 100.000; la principal causa de muerte son los accidentes de tráfico, con una tasa de 16,39 por cien mil habitantes seguidos del suicidio y los envenenamientos accidentales. En el grupo de edad de 35 a 64 años, cuya mortalidad global es 373,18 por 100.000, la primera causa es el cáncer de pulmón (40,15 por 100.000), seguido de la cardiopatía isquémica y, en tercer lugar, de la cirrosis hepática. Entre los mayores de 65 años, la primera causa es la enfermedad cerebrovascular (tasa 397,24 por 100.000), seguido de la cardiopatía isquémica y la EPOC; la mortalidad por todas las causas en este grupo de edad es 3.686,94 por 100.000.

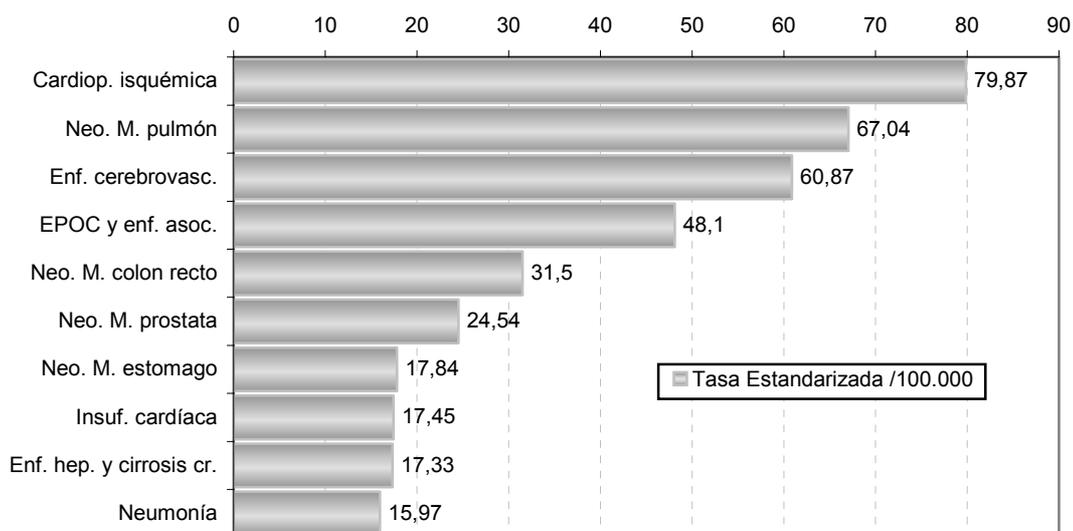
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE SEGÚN SEXO

Las figuras siguientes muestran las tasas estandarizadas de mortalidad debida a las 10 primeras causas en hombres y mujeres respectivamente. En conjunto, estas 10 causas suponen casi la mitad de las defunciones sucedidas en ambos géneros (48% y 46% en hombres y mujeres respectivamente).

La primera causa en varones sigue siendo la cardiopatía isquémica, con una tasa estandarizada de 79,87 por 100.000 (563 defunciones), seguida del cáncer de pulmón con tasa de 67,04 por 100.000 (469 defunciones). La enfermedad cerebrovascular sigue siendo la tercera causa con una tasa ajustada de 60,87 por 100.000 (427 defunciones).

Diez primeras causas de muerte en hombres

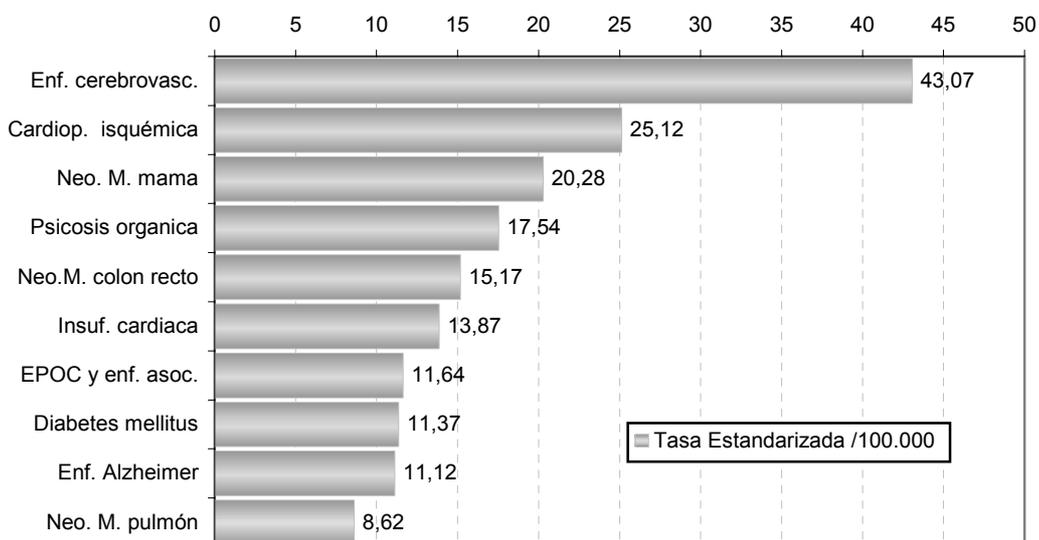
Bizkaia. 2002



Entre las mujeres, las causas más frecuentes de defunción son la enfermedad cerebrovascular con tasa ajustada de 43,07 por 100.000 (586 defunciones), la cardiopatía isquémica con tasa de 25,12 por 100.000 (332 defunciones) y la neoplasia maligna de mama, tasa de 20,28 por 100.000 (169 defunciones).

Diez primeras causas de muerte en mujeres

Bizkaia. 2002

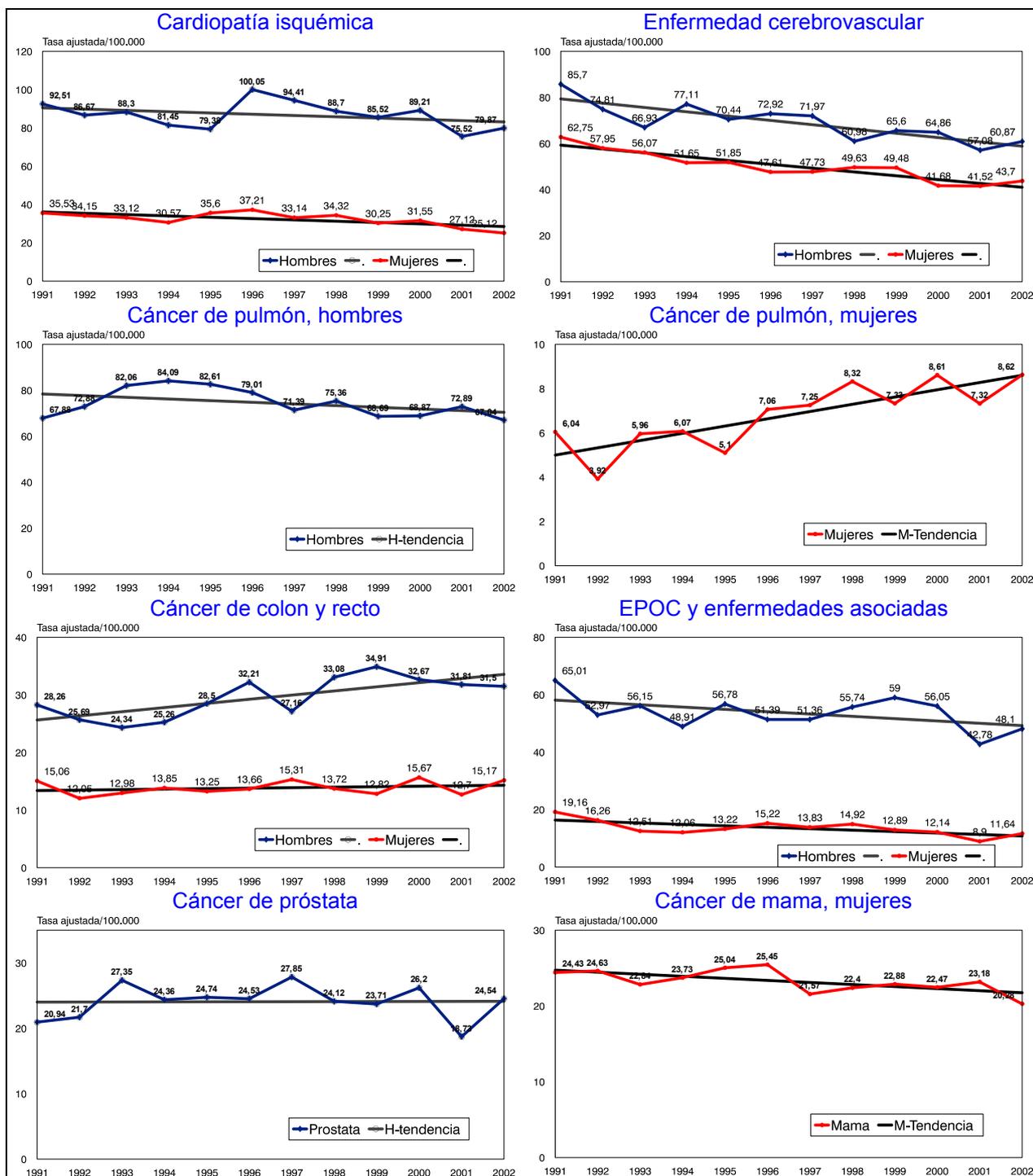


PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EN EL TIEMPO

La evolución de las primeras causas de muerte en los últimos años indica que las defunciones por cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular mantienen una tendencia descendente.

El cáncer de pulmón comienza a descender en hombres pero muestra una tendencia claramente ascendente en las mujeres. La mortalidad por cáncer colo-rectal sigue aumentando sobre todo entre los hombres; la debida a cáncer de próstata se mantiene estable y la del cáncer de mama en mujeres comienza a descender, aunque muy lentamente.

Evolución de las principales causas de muerte según sexo. Bizkaia 1991-2002



INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD (PLAN DE SALUD)

En la tabla siguiente se comparan los datos de mortalidad de los años 1999 a 2002 con los objetivos del Plan de Salud 2010. Tanto en los tumores malignos en menores de 65 años como los de localizaciones específicas priorizados en el Plan, estamos todavía lejos del

objetivo 2010. Entre las enfermedades cardiovasculares, es de destacar que las tasas de cardiopatía isquémica están ya por debajo del objetivo planificado para 2010, tanto en hombres como en mujeres, por segundo año consecutivo; esto último sucede también en las causas externas priorizadas en el Plan de Salud 2010.

Mortalidad por causas priorizadas en el Plan de Salud. Bizkaia 1999, 2000, 2001 y 2002.

Causas	Tasa 1999	Tasa 2000	Tasa 2001	Tasa 2002	Objetivos del Plan Salud Para la CAPV 2010
Tumores malignos hombres <65 años	116,7	122,9	115,8	117,05	Iniciar tendencia descendente
Tumores malignos mujeres <65 años	56,6	60,0	52,0	60,24	47,1
Cáncer de pulmón hombres <65 años	34,8	36,1	34,25	32,94	Invertir tendencia ascendente
Cáncer de pulmón mujeres <65 años	3,8	5,4	5,13	5,74	Frenar tendencia ascendente
Cáncer de mama en mujeres	22,9	22,5	23,18	20,28	18,4
Cáncer de colon-recto en varones	34,9	32,7	31,81	31,50	Estabilizar las tasas
Cáncer de colon-recto en mujeres	12,8	15,7	12,70	15,17	Estabilizar las tasas
Cáncer de cabeza y cuello en varones	13,4	12,4	10,93	14,53	20,3
Enf. aparato circulatorio hombres <65 años	50,5	62,5	48,24	52,11	45,7
Enf. aparato circulatorio mujeres <65 años	14,9	13,3	14,99	16,52	12,9
Enf. cerebrovascular hombres <75 años	23,8	23,5	21,38	24,50	18,4
Enf. cerebrovascular mujeres <85 años	28,2	24,1	24,97	22,46	20,4
Cardiopatía isquémica hombres 25-74 años	70,6	77,6	67,81	68,80	70,6
Cardiopatía isquémica mujeres 25-74 años	13,4	17,1	14,34	11,38	14,7
Accidentes de tráfico	10,8	13,8	9,01	11,95	10,3
Suicidio	6,6	7,0	5,22	6,83	Mantener inferior a 7/100.000
Causas externas jóvenes 15-29 años	19,4	22,9	15,77	18,46	31,0

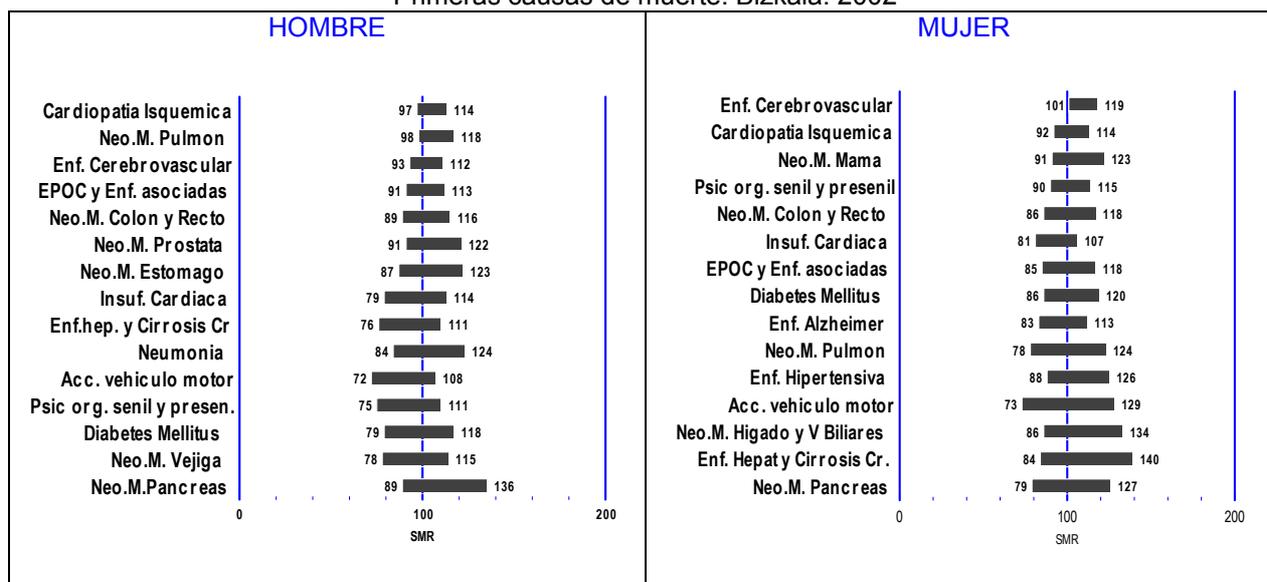
(*)Tasas por cien mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea

RAZÓN DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA

La razón de mortalidad estandarizada (RME) compara la mortalidad por determinadas causas en el Territorio Histórico o en las comarcas de Bizkaia con la mortalidad de la Comunidad Autónoma Vasca por las mismas causas.

Razón de mortalidad estandarizada según sexo

Primeras causas de muerte. Bizkaia. 2002

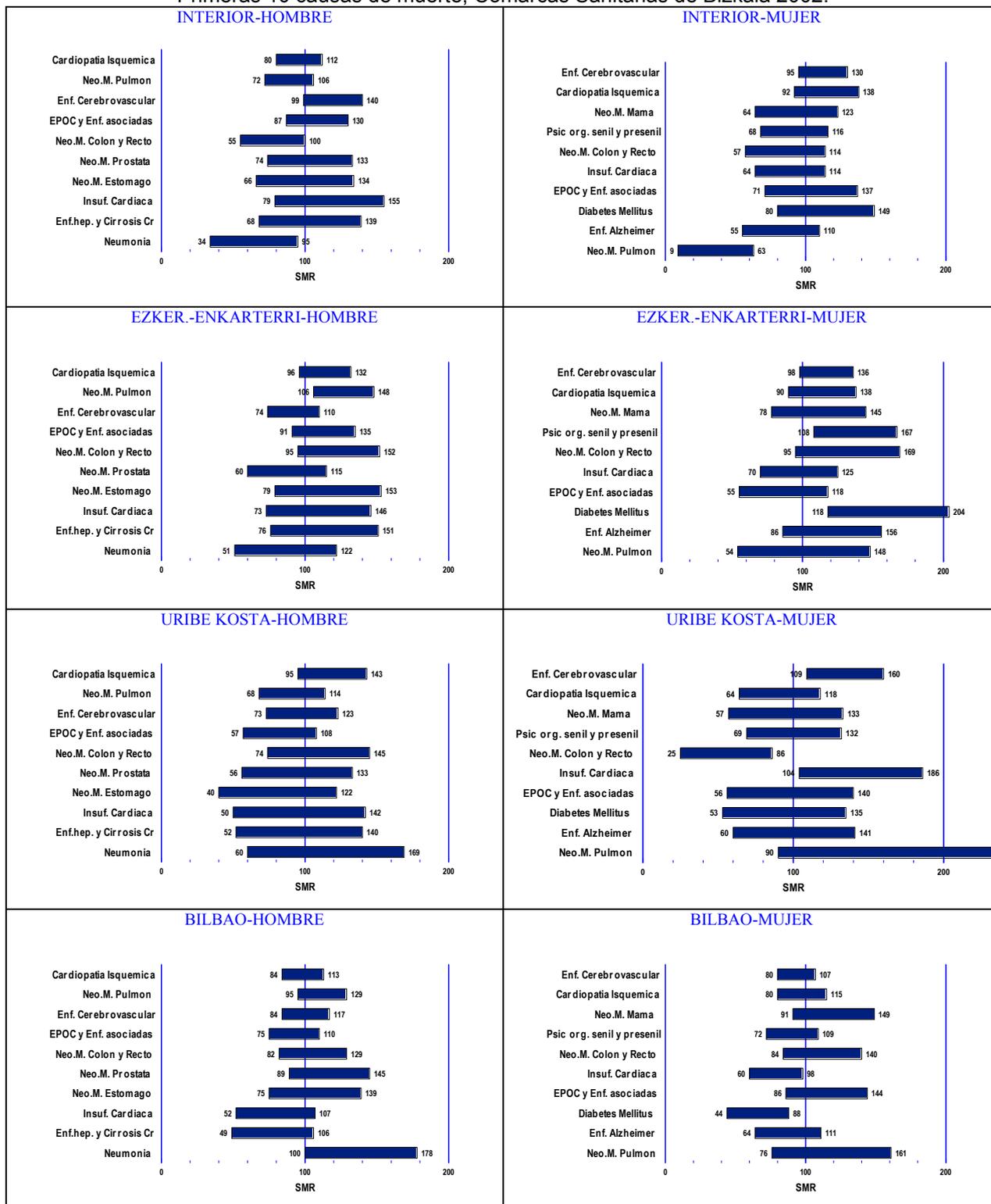


La mortalidad por todas las causas en Bizkaia, durante el año 2002, fue superior a la de la CAPV (RME=103, (95% CI=101, 105)) tanto en hombres como en mujeres aunque, tal como se

observa en la figura previa, la mortalidad debida a cada una de las principales causas sólo fue significativamente superior para la enfermedad cerebrovascular en mujeres.

Al comparar la mortalidad total, por todas las causas, de cada comarca sanitaria con la de la CAPV, se observa que existe mayor mortalidad que la esperada en Ezkerraldea- Enkarterri tanto para hombres como mujeres.

Razón de mortalidad estandarizada según sexo
Primeras 10 causas de muerte, Comarcas Sanitarias de Bizkaia 2002.



Como se observa en la figura, los hombres de la comarca Interior tienen una mortalidad significativamente menor por neumonía; las mujeres de esta comarca tienen menor mortalidad por cáncer de pulmón que el resto de mujeres de la CAPV.

En 2002, al igual que en los años previos, los hombres de Ezkerraldea-Enkarterri tienen una mortalidad significativamente mayor que el resto de la CAPV por cáncer de pulmón; las mujeres de esta comarca tienen mayor mortalidad que las del resto de la CAPV por psicosis orgánica senil y presenil y por diabetes mellitus.

En la comarca Uribe no hay ninguna causa de mortalidad significativamente distinta del resto de la CAPV entre los hombres; las mujeres tienen menor mortalidad que las de la CAPV por cáncer de colon y recto y mayor por enfermedad cerebrovascular y por insuficiencia cardíaca.

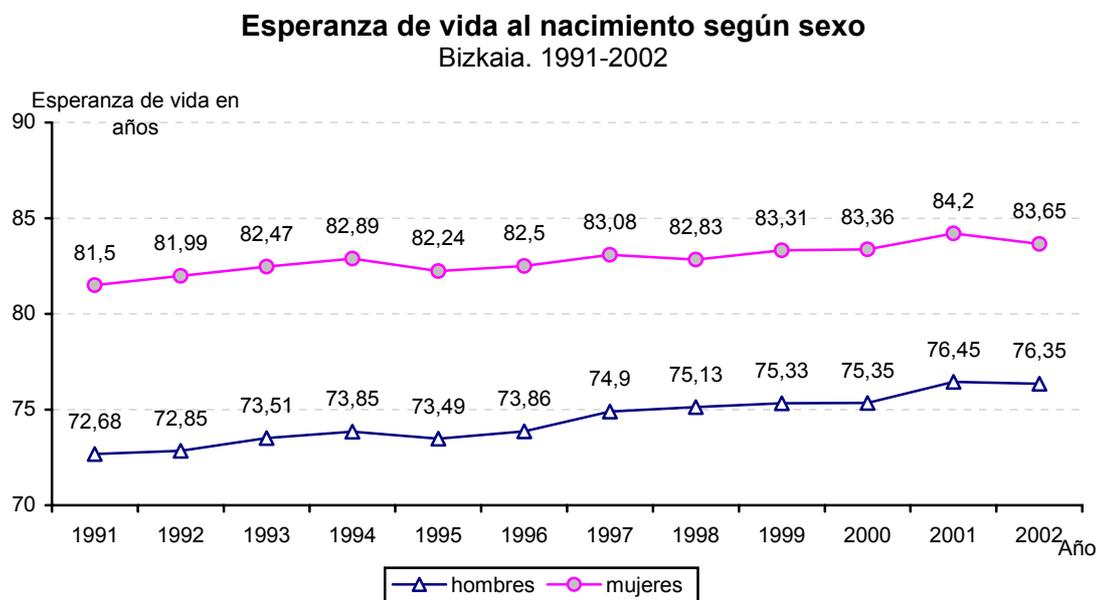
Los hombres de Bilbao tienen similar mortalidad que los de la CAPV por las 10 primeras causas; las mujeres difieren significativamente de las de la CAPV respecto a la insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus.

Mortalidad Infantil

Durante 2002 se produjeron 31 fallecimientos en niños menores de un año de Bizkaia, lo que supone una tasa de mortalidad infantil de 3,3 por 1.000 nacidos vivos (3,6 y 3,1 en niños y niñas respectivamente).

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer, que ha ido aumentando hasta el año 2001, disminuye en el año 2002 en ambos sexos; Se sitúa en 80,05 años, menor en los hombres (76,35) que en las mujeres (83,65). Los objetivos propuestos en el nuevo Plan de Salud para 2010 son de 76,8 y 84,3 años de esperanza de vida al nacimiento en hombres y mujeres respectivamente.



Mortalidad prematura

Los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) hasta la edad de 70 años es un indicador que mide el impacto de la mortalidad en las edades jóvenes; se ponderan las defunciones en relación

inversa a la edad, cobrando mayor relevancia las causas con alta incidencia entre los más jóvenes.

Los años potenciales de vida perdidos por todas las causas de muerte en 2002 en menores de 70 años fue de 39795, equivalente a una tasa ajustada 39,42 por mil habitantes; el número de años de vida perdidos fue mayor en los hombres (26761 años) que en las mujeres (13034 años). Las primeras causas de APVP son distintas en ambos géneros; entre los hombres destacan los accidentes de tráfico, la neoplasia maligna de pulmón y la cardiopatía isquémica; entre las mujeres la primera causa de APVP son también los accidentes de tráfico pero las siguientes son, en este orden, la neoplasia maligna de la mama y las anomalías congénitas.

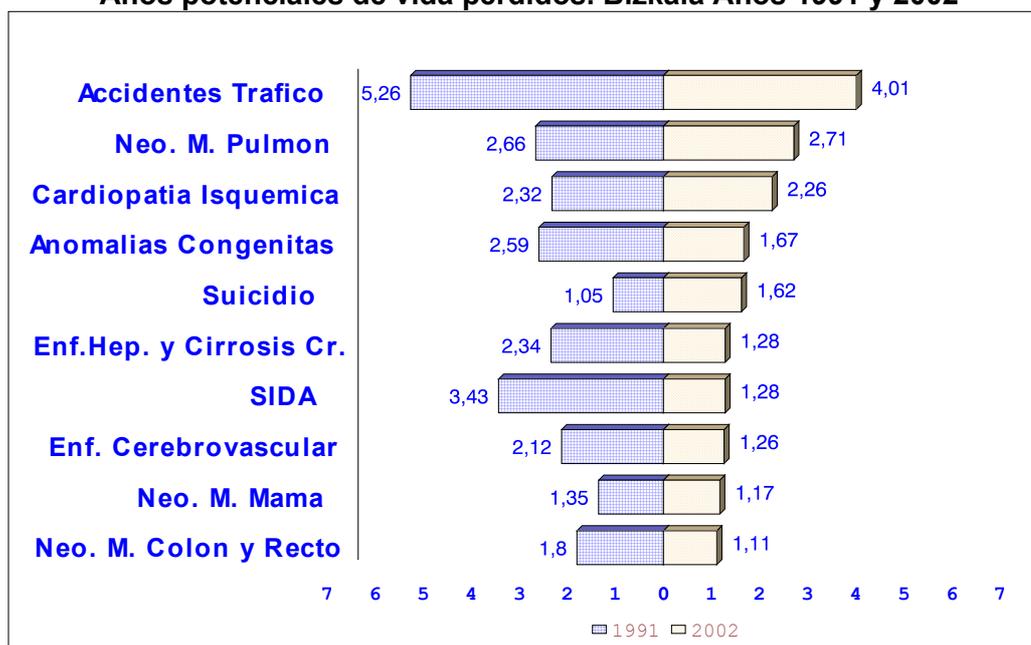
Años potenciales de vida perdidos. Bizkaia 2002

Causas	Hombres		Mujeres		Total	
	Años	T. APVP (*)	Años	T. APVP (*)	Años	T. APVP (*)
Accid. tráfico (V01-89)	2.664	5,30	1.087	2,67	3.751	4,00
Neo.M. pulmón (C33-34)	2.382	4,55	545	0,98	2.927	2,71
Card. isquémica (I20-25)	2.198	4,07	295	0,52	2.493	2,26
Anom. congénitas (Q00-99)	481	1,48	495	1,88	976	1,67
Suicidio (X60-84)	1.408	2,43	439	0,79	1.847	1,62
Cirrosis (K70,73,74,76.9)	1.025	1,91	374	0,68	1.399	1,28
SIDA (B20-24)	1.095	1,89	420	0,68	1.515	1,28
Enf. cerebrovascular (I60-69)	894	1,76	439	0,78	1.333	1,26
Neo. M. mama (C50)	30	0,05	1.256	2,25	1.286	1,17
Neo. M. colon-recto (C18-21)	689	1,32	519	0,92	1.208	1,11
Neo.M.Cav Bucal,faringe(C00-C14)	845	1,62	98	0,18	944	0,89
Neo. M. encéfalo (C71)	328	0,61	400	0,87	729	0,73
Neo. M. estómago (C16)	500	0,92	194	0,33	694	0,62
Enven. A. drogas (X41,42,44,45)	653	1,14	37	0,06	670	0,61
Neo. M. laringe (C32)	482	0,89	70	0,13	552	0,50

(*) Tasas por 1000 habitantes estandarizadas por edad de la población europea

Durante los últimos 12 años se ha producido una disminución en las tasas ajustadas de APVP para la mayoría de las principales causas de muerte, a excepción del cáncer de pulmón y suicidio.

Años potenciales de vida perdidos. Bizkaia Años 1991 y 2002



VI. INSTRUMENTOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: SISTEMAS DE INFORMACION SANITARIA (SIS)

La vigilancia epidemiológica implica la recogida sistemática, análisis e interpretación de los datos de salud. Para realizar estas labores contamos con sistemas de información y registros sin los que esta monitorización no sería posible. Se describen a continuación las características más relevantes de algunos de estos sistemas:

Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La declaración obligatoria de ciertas enfermedades está regulada por ley en la CAPV, en el Estado y en Comunidad Europea. Las enfermedades transmisibles sujetas a declaración son 34; 7 de estas son, además, objeto de reglamentación y vigilancia por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Existe un registro numérico de las EDO en Bizkaia desde 1985. Actualmente, casi todas estas enfermedades transmisibles son de declaración individual, aunque el año de inicio de esta declaración es distinto para cada enfermedad.

Se registran variables personales (edad, sexo, domicilio,..), datos de la enfermedad (fecha de inicio, síntomas, método diagnóstico) y del médico declarante. Además, cada enfermedad lleva asociada una encuesta epidemiológica específica y, en los casos que procede, información de la intervención realizada tras la encuesta.

Sistema de Información Microbiológica (SIM)

El Sistema de Información Microbiológica recoge datos sobre la patología infecciosa confirmada por laboratorio, con el objetivo de aportar información específica para la vigilancia epidemiológica. En nuestra Comunidad funciona de manera estable desde el año 1.993.

Desde el año 2004 tiene carácter nominal, declarándose para cada microorganismo los datos de identificación del paciente, sexo y edad, técnica diagnóstica y datos clínicos. Existe una guía de declaración, que se revisa periódicamente y que contiene el listado de microorganismos incluidos en el sistema así como los criterios de declaración.

Médicos Vigía o Centinela

Las redes de médicos vigía se definen como un sistema de información para la investigación y la recogida de datos de interés epidemiológico en el que se integran de forma voluntaria un grupo de profesionales sanitarios para el estudio de un determinado problema de salud.

Los integrantes de las redes vigías y la población a estudio son una muestra que se ajusta social y geográficamente a la distribución de la población. En el País Vasco la Red Vigía comenzó en 1990 y han intervenido cada año más de cien participantes, lo que corresponde a una población de 90.000 adultos y 30.000 niños/niñas.

Los procesos estudiados en estos 15 años han sido diversos: hepatitis A, neumonía, sarampión, procesos diarreicos, crisis asmáticas, alcoholismo, ansiedad, obesidad, fragilidad en ancianos, tos ferina y accidentes infantiles.

En estos momentos existen dos redes centinela que trabajan en atención primaria en la CAPV: la red de vigilancia de la gripe y la red de vigilancia de diabetes mellitus y riesgo cardiovascular.

Registro de Toxi-Infecciones Alimentarias (TIAs)

La declaración de brotes, que engloba la declaración de toxi-infecciones alimentarias, es obligatoria y está regulada por ley al igual que las EDO. Existe una base de datos de brotes informatizada que recoge las toxi-infecciones alimentarias investigadas en epidemiología desde el año 1998.

Se registran variables de persona (edad, sexo), tiempo (fecha de ingesta del alimento sospechoso, fecha de inicio de síntomas), lugar (lugar donde se ingiere el alimento, municipio), características de la enfermedad (síntomas, severidad), el alimento implicado, el germen causal, los factores contribuyentes y las medidas adoptadas.

Registro de Mortalidad

El registro de mortalidad nos proporciona información sobre la causa básica de defunción de las personas que residían en Bizkaia cuando se produjo su fallecimiento; la causa de defunción está codificada según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) revisión 9 hasta el año 1998 y revisión 10 a partir de 1999.

Disponemos de información para los años 1991 a 2002. Las variables personales que nos permiten hacer un estudio epidemiológico descriptivo básico son la edad, el sexo y el municipio de residencia de los fallecidos.

Registro de Cáncer (RCEME)

El registro de cáncer es un registro de base poblacional y proporciona información sobre los casos incidentes de tumores malignos diagnosticados en personas residentes en la CAPV (Bizkaia en nuestro caso). La topografía y morfología tumoral se codifican según la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología (CIE-O).

El primer año con información disponible es 1986 y el último el año 2000. Se registran, además de la topografía (localización) y morfología tumoral, variables personales (edad, sexo, municipio, otros tumores previos) y otras variables del tumor (fecha de diagnóstico, base diagnóstica, extensión tumoral y tratamiento inicial).

Registro de Altas Hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)

El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) es el extracto de información codificada del Informe de Alta Hospitalaria contenido en la historia Clínica. En nuestra Comunidad el Departamento de Sanidad creó y reguló el CMBD mediante Decreto en el año 1992 comenzando a funcionar en 1993. Desde entonces, la cobertura y calidad de la información ha ido mejorando progresivamente.

El Registro de Altas proporciona información sobre la morbilidad hospitalaria atendida en todos los hospitales de nuestra comunidad. Este Sistema de Información, que ha sido

y es ampliamente utilizado para la gestión, es una valiosa herramienta para la investigación epidemiológica.

Se registran entre otras variables, los datos demográficos (edad, sexo, municipio de residencia); el diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, ambos codificados según la CIE-9, y los procedimientos médicos o quirúrgicos realizados durante el ingreso (CIE-9).

POBLACION BIZKAIA. CENSO 2.001

AÑO NACIMIENTO	GRUPO DE EDAD#	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2001	< 1 Año *	3.999	3.728	7.727
1997-2000	1 - 4	17.686	16.447	34.133
1992-1996	5 - 9	20.651	19.589	40.240
1987-1991	10 - 14	22.745	21.918	44.663
1982-1986	15 - 19	29.749	28.169	57.918
1977-1981	20 - 24	41.585	39.621	81.206
1972-1976	25 - 29	48.194	46.070	94.264
1967-1971	30 - 34	46.445	44.793	91.238
1962-1966	35 - 39	46.450	46.556	93.006
1957-1961	40 - 44	44.530	45.594	90.124
1952-1956	45 - 49	39.176	40.209	79.385
1947-1951	50 - 54	37.144	37.950	75.094
1942-1946	55 - 59	33.456	35.237	68.693
1937-1941	60 - 64	26.287	28.492	54.779
1932-1936	65 - 69	30.122	34.697	64.819
1927-1931	70 - 74	25.882	31.407	57.289
1922-1926	75 - 79	17.348	25.409	42.757
1917-1921	80 - 84	8.595	16.285	24.880
1916-	85 y más	5.351	15.071	20.422
TOTAL		545.395	577.242	1.122.637

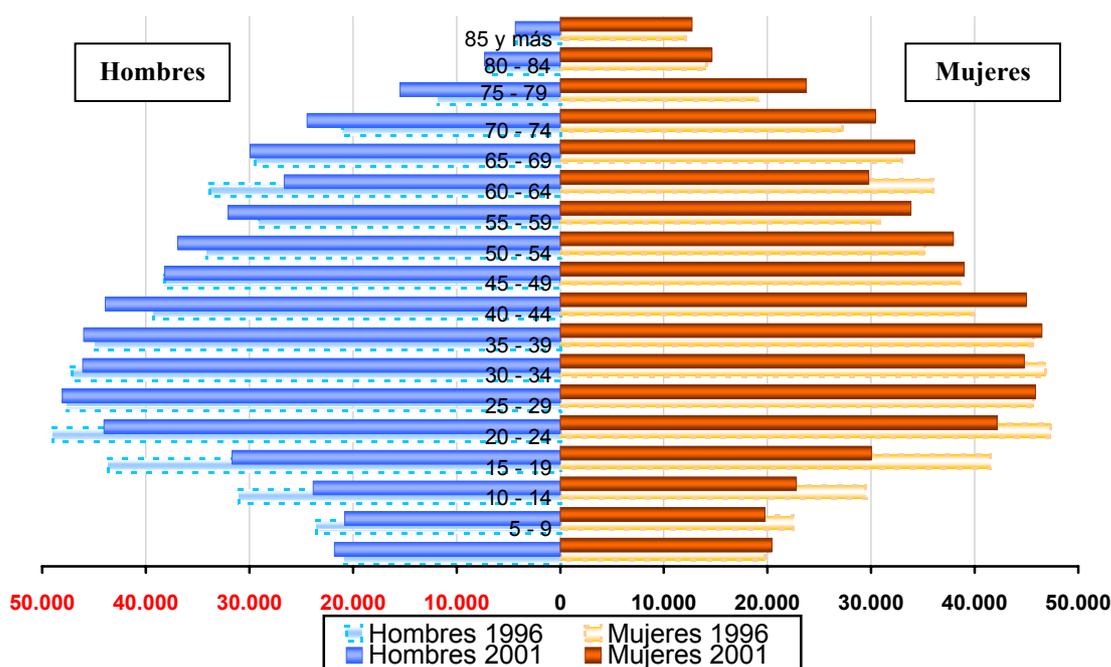
*Los datos de los menores de 1 año son los nacidos en el año 2001 (hasta el 1/11/2001). # Los grupos de edad según edad a 31/12/2001

POBLACION POR COMARCAS DE RESIDENCIA SEGUN SEXO. CENSO 2.001

COMARCAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
BARNEKO / INTERIOR	128.499	130.394	258.893
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	142.957	149.310	292.267
URIBE	97.242	102.518	199.760
BILBAO	166.945	185.689	352.634
GIPUZKOA OESTE (Ermua y Mallabia)	9.131	8.773	17.904
ARABA (Otxandio y Ubidea)	621	558	1.179

Evolución de piramide de población de Bizkaia 1996-2001

1996 (datos del padrón) y 2001 (datos del censo EUSTAT)



**CASOS Y TASAS POR 100.000 HABITANTES. EDOs INDIVIDUALES. BIZKAIA 1999-2004
DISTRIBUCION SEGUN PERSONA, LUGAR Y TIEMPO**

Brucelosis

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Nº Casos	15	6	3	9	1	1	
Tasas	1,31	0,53	0,26	0,80	0,09	0,09	
Razón de sexos (H/M)	2	5	2	2	-	-	
Indice epidémico 2			0,3	1,12	0,11	0,17	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 15 años	0,68	-	-	0,79		-	-
15-29 años	1,09	0,36	-	0,86		-	-
30-64 años	1,85	0,55	0,19	0,91	0,18	1	0,18
65 y más años	0,51	1,12	0,56	0,48		-	-
SIN ESPECIFICAR	-	-	-	-			
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	0,38	-	0,77	0,37		-	-
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	1,29	1,30	0,32	1,36	0,34	1	0,34
URIBE	1,56	0,52	-	0,50		-	-
BILBAO	1,95	-	-	0,86		-	-
OTROS	-	-	-	-			
METODO DIAGNOSTICO (%)						Nº CASOS	%
HEMOCULTIVO	33,3	0,33	50	5			
SEROLOGIA	46,6	0,66	50	3	1	1	100
SEROCONVERSION	13,3	-	-	0			
OTROS	6,6	-	-	1			

Fiebre tifo-paratífica

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Nº Casos	2	1	1	8	2	3	
Tasas	0,17	0,10	0,09	0,71	0,18	0,27	
Razón de sexos (H/M)	1	-	-	0,6	0	0,5	
Indice epidémico 2			0,5	4	1	1,5	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 15 años	-	-	0,68	0,79	0,79	-	-
15-29 años	0,36	0,85	-	0,86	-	2	0,85
30-64 años	0,18	-	-	0,54	0,18	1	0,15
65 y más años	-	-	-	0,95	-	-	-
SIN ESPECIFICAR	-	-	-	-	-		
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	-	0,38	0,38	0,39		1	0,38
EZKERRALDEA-ENKARTERRRI	-	-	-	0,34		-	-
URIBE	-	-	-	1,00		-	-
BILBAO	0,29	-	-	1,14	0,57	2	0,57
OTROS	-	-	-	-			
METODO DIAGNOSTICO (%)						Nº CASOS	%
HEMOCULTIVO Y OTROS	100	100	-	50	100	3	100
COPROCULTIVO	-	-	100	37,5			
AGLUTINACIONES	-	-	-	-			
OTROS	-	-	-	12,5			

Hepatitis A

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Nº Casos	25	17	16	16	38	15	
Tasas	2,19	1,49	1,40	1,43	3,38	1,3	
Razón de sexos (H/M)	1,8	1,4	1,29	1	1,71	2	
Índice epidémico 2			-	0,64	2,24	0,88	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	12,50	-	-	-	-		
1 a 9 años	7,63	-	-	4,03	5,38	3	3,53
10 a 19 años	2,06	2,06	3,43	1,95	3,90	-	
20 a 29 años	4,22	5,28	2,64	0,14	6,84	6	3,42
30 a 39 años	2,17	1,10	1,63	2,71	5,97	6	3,26
40 a 49 años	0,64	1,28	1,28	0,59	2,95	-	
Mayor de 49 años	0,53	-	0,26	0,73	0,49	-	
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	0,76	2,68	0,77	2,32	2,68	3	1,16
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	4,53	0,97	1,29	1,02	3,70	4	1,37
URIBE	2,08	0,52	2,09	0,50	2,04	1	0,5
BILBAO	1,39	1,67	1,11	1,71	4,57	7	1,99
OTROS	-	-	-	-	-		

Hepatitis B

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Nº Casos	18	25	28	16	25	11	
Tasas	1,58	2,19	2,46	1,43	2,23	0,98	
Razón de sexos (H/M)	3,50	4,00	1,80	3	2,57	4,5	
Índice epidémico 2			1,20	0,64	1	0,44	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 15 años	0,68	-	0,68	-	1,58	1	0,8
15 a 19 años	-	2,35	3,53	-	1,73	-	-
20 a 24 años	2,07	2,08	1,04	-	1,23	1	1,23
25 a 29 años	2,14	4,29	2,15	5,30	2,12	2	2,12
30 a 64 años	2,22	2,78	3,89	1,27	2,53	7	1,51
Mayores de 64 años	0,56	1,12	-	1,90	2,38	-	-
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	1,15	2,68	1,15	1,16	0,77	3	1,16
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	1,94	2,58	1,62	0,68	4,04	4	1,37
URIBE	1,94	1,04	3,13	0,50	-	-	-
BILBAO	1,95	2,23	3,90	2,86	3,14	4	1,13
OTROS	-	-	-	-	-		

Hepatitis C

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Nº Casos	70	70	42	6	4	5	
Tasas	6,14	6,14	3,68	0,53	0,36	0,45	
Razón de sexos (H/M)	1,80	2,20	1,60	5	1	1,5	
Índice epidémico 2						0,63	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 15 años	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19 años	-	-	1,18	-	-	-	-
20 a 24 años	3,12	2,08	2,08	1,23	-	-	-
25 a 29 años	11,79	4,29	6,44	1,06	0,72	1	1,06
30 a 64 años	7,23	8,89	4,82	0,54	-	4	0,87
Mayores de 64 años	8,95	8,95	3,92	0,48	-	-	-
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	2,68	4,60	2,30	1,16	0,77	1	0,39
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	6,47	5,18	1,94	0,34	0,34	2	0,68
URIBE	1,04	4,70	3,13	0,50	-	2	1,00
BILBAO	10,58	9,17	6,41	0,29	0,29	-	-
OTROS	-	-	-	-	-		

Enfermedad meningocócica

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Nº Casos	36	41	46	81	63	73	
Tasas	3,16	3,60	4,03	7,22	5,61	6,50	
Razón de sexos (H/M)	0,80	1,30	1	0,76	1,10	1,15	
Indice epidémico 2			1,1	1,98	1,54	1,59	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	100,06	75,04	87,55	121,68	51,97	7	90,59
1-4 años	39,97	27,67	24,60	23,43	35,16	22	64,45
5-9 años	6,52	13,03	15,21	14,91	17,40	5	12,45
10-14 años	1,65	3,30	4,96	13,43	13,43	4	8,96
15-24 años	1,65	3,30	4,41	11,50	10,78	12	8,63
Mayores de 24 años	0,98	1,48	1,60	3,97	2,22	23	2,68
Sin especificar	-	-	-	-	-		
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	3,06	2,68	4,22	8,88	5,36	18	6,95
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	4,53	4,20	4,21	9,49	6,05	24	8,21
URIBE	2,08	3,65	6,79	3,00	5,61	14	7,01
BILBAO	2,51	3,90	2,23	6,29	5,14	17	4,82
OTROS (2caso de Ermua)	-	-	-	-	-		

Legionelosis

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Nº Casos	36	55	65	58	49	56	
Tasas	3,15	4,82	5,7	5,17	4,36	4,98	
Razón de sexos (H/M)	8	6,80	3,6	8,67	5,12	3	
Indice epidémico 2				1,61	0,89	1,02	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 30 años	-	0,47	0,24	-	0,56	-	-
30-49 años	6,75	7,34	6,17	7,63	4,52	18	5,09
50-64 años	3,01	7,53	9,54	7,05	7,05	18	9,06
Mayores de 64 años	3,91	7,27	13,42	8,09	8,09	20	9,52
Sin especificar	-	-	-	-	-		
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	0,78	1,53	4,22	5,41	3,44	8	3,09
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	6,79	6,79	3,24	4,75	5,72	9	3,08
URIBE	1,56	3,65	6,79	6,01	2,55	7	3,50
BILBAO	2,78	6,40	8,64	5,14	5,14	31	8,79
OTROS	-	-	-	-	-	1	
METODO DIAGNOSTICO (%)						Nº CASOS	%
AI SLAM IENTO	5,50	1,80	4,62	3,4	10,2	8	14,3
SEROCONVERSION	8,30	3,60	-	-	-		
Ag EN ORINA	86,10	94,50	98,46	96,6	89,8	55	98,2

Tuberculosis

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Nº Casos	352	321	269	281	276	269	
Tasas	30,87	28,16	23,60	25,03	24,58	23,96	
Razón de sexos (H/M)	1,70	1,50	1,42	1,53	1,48	1,5	
Índice epidémico 2			0,74	0,80	0,86	0,97	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 10 años	1,15	2,31	6,90	1,22	2,44	2	2,44
10-14 años	1,62	-	-	2,24	2,24	2	4,48
15-19 años	17,62	18,80	9,40	10,36	13,81	9	15,54
20-24 años	29,09	21,82	21,80	28,32	20,93	18	22,17
25-29 años	42,90	35,40	29,00	23,34	40,31	19	20,16
30-49 años	37,88	32,89	25,20	29,40	28,83	100	28,27
50-64 años	25,61	28,60	18,60	26,19	19,64	31	15,61
Mayores de 64 años	48,10	44,74	45,90	33,31	32,83	88	41,87
Sin especificar	-	-	-	-	-		
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	23,00	30,00	14,60	21,63	20,57	59	22,78
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	31,70	23,94	27,20	29,16	25,56	62	21,21
URIBE	30,79	19,83	15,60	18,02	19,52	45	22,53
BILBAO	31,48	29,53	30,10	27,43	24,57	99	28,07
OTROS (Ermua)	-	-	-	-	-	4	
METODO DIAGNOSTICO (%)						Nº CASOS	%
BK POSITIVO EN ESPUTO	41,80	36,10	34,20	36,30	35,14	88	34,11
CULTIVO + EN ALGUNA MUESTRA	65,30	66,30	65,40	69,75	62,0	167	62,1

Parotiditis

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
Nº Casos	39	30	23	23	20	18	
Tasas	3,42	2,63	2,02	2,02	1,78	1,6	
Razón de sexos (H/M)	0,60	2,80	1,60	1,87	0,81	0,80	
Índice epidémico 2				0,64	0,67	0,78	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	-	12,50	12,51	-	12,94	1	12,94
1-4 años	33,82	15,37	15,38	14,65	11,72	2	5,86
5-14 años	17,83	18,77	9,40	16,49	7,07	8	9,42
Mayores de 14 años	0,80	0,40	0,70	0,40	0,90	7	0,70
Sin especificar	-	-	-	-	-		
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	2,68	3,45	2,30	1,96	1,91	6	2,32
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	3,23	2,92	1,94	0,68	2,69	3	1,03
URIBE	5,74	3,13	2,09	1	2,55	5	2,5
BILBAO	2,50	1,39	1,95	3,71	0,57	4	1,13
OTROS	-	-	-	-	-	-	

Anexo 2

Rubéola

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nº Casos	5	15	3	6	0	1
Tasas	0,44	1,31	0,36	0,53	-	0,09
Razón de sexos (H/M)	0,70	7,50	-	2	-	-
Indice epidémico 2o				1,2	-	0,20

Sarampión

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nº Casos	3	1	0	1	0	0
Tasas	0,26	0,09	-	0,09	-	-
Razón de sexos (H/M)	0,50	-	-	-	-	-
Indice epidémico			-	0,33	-	-

Tos ferina

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nº Casos	4	19	3	1	2	3
Tasas	0,35	1,66	0,26	0,09	0,18	0,30
Razón de sexos (H/M)	3	0,50	-	-	1	0,5
Indice epidémico			-	0,25	0,5	1

EDOs INDIVIDUALES. BIZKAIA 1999-2004 DISTRIBUCION ESTACIONAL

Brucelosis

DISTRIBUCION TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Año 1999	-	1	1	3	2	2	4	1	1	-	-	-
Año 2000	-	1	2	1	1	-	-	-	-	-	1	-
Año 2001	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-
Año 2002	-	-	2	1	-	1	-	-	3	-	1	1
Año 2003	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Año 2004	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Periodo 1999-2004		2	5	5	5	4	5	2	4	-	2	1

Tifo-paratífica

DISTRIBUCION TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Año 1999	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
Año 2000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Año 2001	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Año 2002	-	-	-	4	1	-	1	1	-	-	-	-
Año 2003	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-
Año 2004	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-
Periodo 1999-2004	1		1	4	2	1	1	2	2	1	1	

Hepatitis A

DISTRIBUCION TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Año 1999	2	-	1	-	4	1	2	4	4	4	3	-
Año 2000	1	5	5	1	1	1	-	-	3	-	-	-
Año 2001	-	2	1	3	-	6	2	1	1	-	-	-
Año 2002	4	2	1	-	-	1	1	5	-	2	-	-
Año 2003	3	6	3	4	4	1	-	3	1	7	3	3
Año 2004	4	-	1	1	2	1	-	-	-	3	2	1
Periodo 1999-2004	14	15	12	9	11	11	5	13	9	16	8	4

Enfermedad Meningocócica

DISTRIBUCION TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Año 1999	7	7	2	1	4	3	2	-	1	3	5	1
Año 2000	5	4	5	4	1	5	6	4	2	-	5	-
Año 2001	9	7	8	3	1	2	5	-	2	1	4	4
Año 2002	17	14	13	9	8	3	2	3	2	2	7	1
Año 2003	8	5	4	13	6	6	1	-	4	-	9	7
Año 2004	9	7	10	6	7	5	6	1	3	5	9	5
Periodo 1999-2004	55	44	42	36	27	24	22	8	14	11	39	18

Legionelosis

DISTRIBUCION TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Año 1999	-	2	1	5	7	1	-	2	3	6	5	4
Año 2000	3	-	-	-	1	3	5	15	4	10	10	4
Año 2001	2	1	1	2	5	4	16	7	8	10	7	2
Año 2002	3	1	2	5	2	5	8	14	7	8	2	1
Año 2003	1	4	1	2	1	3	3	6	6	11	5	6
Año 2004	7	4	1	2	4	3	8	5	7	8	5	2
Periodo 1999-2004	16	12	6	16	20	19	40	49	35	53	34	19

Parotiditis

DISTRIBUCION TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Año 1999	1	5	2	2	2	4	2	2	6	6	4	3
Año 2000	4	-	4	-	3	1	6	2	2	4	4	-
Año 2001	5	2	1	-	2	1	5	2	1	-	2	2
Año 2002	1	2	2	6	3	1	-	-	1	4	2	1
Año 2003	-	3	2	1	3	3	4	1	-	1	-	2
Año 2004	3	2	2	2	1	-	3	1	2	1	-	1
Periodo 1999-2004	13	14	13	11	14	10	17	8	12	16	12	9

SISTEMA DE INFORMACION MICROBIOLÓGICA BIZKAIA
AÑO 2004 - RESULTADOS GLOBALES

Laboratorio declarante

	Basurto	Cruces	San Eloy	Galdakao	Sta. Marina	TOTAL
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL						
<i>Chlamydia trachomatis</i>		1				1
<i>Herpes simple tipo 2</i>		5	2			7
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	42	13	2	3		60
<i>Treponema pallidum</i>	9	24	4			37
INFECCIONES GASTROINTESTINALES						
<i>Campylobacter</i>	189	354	94	141		778
<i>Entamoeba histolytica</i>		1				1
<i>Escherichia coli</i> EH	1					1
<i>Fasciola hepatica</i>		1				1
<i>Listeria monocytogenes</i>	6	6				12
<i>Salmonella</i>	352	286	113	207		958
<i>Salmonella typhi</i>		1		1		2
<i>Shigella</i>	8	2	2	2		14
<i>Yersinia</i>	15	20	5	16		56
Adenovirus 40 y 41	38	9	5			52
Rotavirus	127	155	28	44		354
INFECCIONES RESPIRATORIAS						
<i>Coxiella burnetii</i>	3	8		18		29
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	14	69		4		87
<i>Legionella pneumophila</i>	23	25	3	6		57
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	10	34	6	13		63
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (en hemocultivo)	79	62	7	39	1	188
<i>Virus sincitial respiratorio</i>	129	85	1			215
MICOBACTERIAS						
<i>M. tuberculosis</i>	54	83	2	54	26	219
<i>M. kansasii</i>	8	29	-	5	6	48
Otras micobacterias	7	8	2			17
INFECCIONES DEL SNC						
<i>Enterovirus</i>	5	15				20
<i>Neisseria meningitidis</i>	19	40	-	3		62
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (en L.C.R.)	3	5	1	-		9
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN						
<i>Bordetella pertussis</i>		4				4
<i>Haemophilus influenzae</i>	6	3	-	1		10
Hepatitis B	4	3	3	5		15
Hepatitis A	6	1	4			11
Virus de la parotiditis	-	-				-
Virus de la rubéola		6				6
Virus del sarampión	-	-	-	-	-	-
ZOONOSIS						
<i>Bartonella</i>		22				22
<i>Borrelia burgdorferi</i>		4				4
<i>Brucella</i>	3	2				5
<i>Echinococcus granulosus</i>	5	4				9
<i>Leptospira</i>	1					1
<i>Rickettsia conorii</i>						-
OTROS						
<i>Leishmania</i>	2					2
<i>Plasmodium</i>	6	2	1			9
<i>Taenia</i>	7	12	4	15		38
<i>Staphylococcus aureus meticilin resistente</i>	116	217	45	35	52	465

SISTEMA DE INFORMACION MICROBIOLÓGICA (SIM). BIZKAIA 1999-2004

INFECCIONES GASTROINTESTINALES

Nº identificaciones

Campylobacter

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>C. coli</i>	30	52	41	19	6	6
<i>C. fetus</i>	-	-	2	18	11	1
<i>C. yeyuni</i>	614	962	927	862	812	746
<i>Campylobacter sp</i>	36	56	37	63	38	23
Otros	-	-	-	3	6	2
TOTAL	680	1070	1007	965	873	778

Listeriosis

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>L. monocytogenes</i>	10	19	12	16	7	12

Salmonella

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>S. enteritidis</i>	462	570	1009	1064	1144	625
<i>S. fyris</i>	-	5	4	12	1	-
<i>S. hadar</i>	-	-	8	1	4	2
<i>S. infantis</i>	-	-	-	-	3	-
<i>S. london</i>	-	-	-	-	-	3
<i>S. montevideo</i>	-	-	1	-	2	-
<i>S. newport</i>	-	-	-	-	-	2
<i>S. ohio</i>	1	2	1	-	1	-
<i>S. tilburg</i>	1	3	2	7	2	-
<i>S. typhimurium</i>	74	96	82	97	87	90
<i>S. virchow</i>	3	4	3	11	2	1
<i>S. grupo B</i>	19	25	26	33	31	30
<i>S. grupo C</i>	26	47	42	26	48	21
<i>S. grupo D</i>	113	74	151	234	139	114
<i>S. grupo E</i>	-	-	-	-	-	1
<i>Salmonella sp.</i>	142	78	56	89	49	67
Otras	6	10	8	8	6	2
TOTAL	847	914	1393	1582	1519	958

Fiebre tifo-paratífica

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>S. typhi</i>	3	3	1	5	2	2
<i>S. paratyphi</i>	-	3	-	1	-	-
TOTAL	3	6	1	6	2	2

Shigella

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>S. flexneri</i>	-	2	2	2	5	1
<i>S. sonnei</i>	6	3	8	3	8	11
<i>S. boydii</i>	-	-	-	2	-	1
Otras	-	-	-	-	1	1
TOTAL	6	5	10	7	14	14

Yersinia

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Y. enterocolitica</i>	30	57	52	58	40	55
<i>Yersinia sp.</i>	1	-	-	-	-	-
<i>Y. frederiksenii</i>						1
TOTAL	31	57	52	58	40	56

Adenovirus

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Adenovirus	18	27	30	17	8	52

Rotavirus

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Rotavirus	275	329	299	108	143	354

INFECCIONES RESPIRATORIAS

Nº identificaciones

Fiebre Q

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Coxiella burnetii</i>	52	15	42	44	34	29

Clamidiasis

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	21	11	3	1	29	87

Legionella pneumophila

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Legionella pneumophila</i>	32	66	61	61	42	57

Mycoplasma pneumoniae

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	37	63	47	35	75	63

Streptococcus pneumoniae

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	144	185	179	211	196	197

Virus sincitial respiratorio

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Virus sincitial respiratorio</i>						215

Micobacterias tuberculosas

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>M. tuberculosis</i>	267	255	207	218	194	219
<i>M. bovis</i>	-	1	2	-	3	-
<i>M. africanum</i>	-	1	-	-	-	-
TOTAL	267	257	209	218	197	219

Micobacterias atípicas

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>M. avium</i>	6	5	10	11	4	10
<i>M. chelonae</i>	1	-	-	-	-	-
<i>M. fortuitum</i>	10	-	-	2	2	2
<i>M. gordonae</i>	-	-	3	6	1	3
<i>M. kansasii</i>	120	126	86	59	61	48
<i>M. marinum</i>	-	-	2	2	2	1
<i>M. scrofulaceum</i>	-	-	-	-	-	-
<i>M. simiae</i>	-	-	1	-	1	1
<i>M. szulgai</i>	-	-	-	3	-	-
<i>M. xenopi</i>	-	-	1	-	-	-
<i>M. sp</i>	-	-	-	-	1	-
<i>M. genarensis</i>	-	-	-	-	1	-
<i>M. lentiflavum</i>	-	-	-	-	1	-
<i>M. malmoeure</i>	-	-	-	-	1	-
TOTAL	137	131	103	83	75	65

INFECCIONES DEL S.N.C.

N° identificaciones

Neisseria meningitidis

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>N. meningitidis</i> grupo B	25	20	34	41	40	49
<i>N. meningitidis</i> grupo C	4	14	5	13	10	6
<i>N. meningitidis</i> grupo A	-	-	-	-	-	-
<i>N. meningitidis</i> grupo Y	-	1	-	-	-	2
<i>N. meningitidis</i> no grupada	1	-	-	5	7	5
TOTAL	30	35	39	59	57	62

Enterovirus

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Virus Coxackie						16
Echovirus						3
Enterovirus sin especificar						1
TOTAL						20

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACION

N° identificaciones

Bordetella pertussis

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Bordetella pertussis</i>	-	15	6	-	-	4

Haemophilus influenzae

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Haemophilus influenzae</i>	15	12	11	11	9	10

Hepatitis B

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Hepatitis B	-	19	13	23	35	15

Hepatitis A

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Hepatitis A	17	22	23	10	26	11

Virus de la parotiditis

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Virus de la parotiditis</i>	-	7	8	4	2	4

Virus de la rubéola

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Virus de la rubéola	-	18	7	7	1	6

Virus del sarampión

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Virus del sarampión	-	1	-	1	-	-

ZOONOSIS

Nº identificaciones

Bartonella

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Bartonella						22

Borrelia burgdorferi

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Borrelia burgdorferi</i>	1	5	2	6	3	4

Brucella

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>B. melitensis</i>	1	-	1	-	-	
<i>Brucella sp.</i>	19	10	10	4	1	5
<i>B. abortus</i>	1	-	-	1	-	
No consta	-	-	-	3	-	
TOTAL	21	10	11	8	1	5

Equinococcus granulosus

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Equinococcus granulosus</i>	11	12	8	15	3	9

Leptospira

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Leptospira</i>	7	3	-	-	2	1

Rickettsia conorii

	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>Rickettsia conorii</i>	7	10	2	18	9	-

RELACIÓN DE TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS 2004

Nº	FECHA	MUNICIPIO	LUGAR DEL SUCESO	ENCUESTA		Nº de EXPUESTOS	Nº de AFECTADOS	VEHICULO	AISLAMIENTOS						AGENTE CAUSAL
				Sí	No				Afectados		Manipulador		Alimentos		
									Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	9 enero	Getxo	Bar	X		?	6	Tortilla de patata	X	-	-	X	-	X	Salmonella enteritidis
2	7 febrero	Mallabia	Bar/domicilio	X		?	12	Croquetas	X	-	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
3	15 febrero	Barakaldo	Residencia 3ª edad		X	350	32	Transmisión persona-persona	X	-	-	-	-	-	Rotavirus
4	6 marzo	Busturia	Restaurante	X		7	6	Desconocido	-	-	-	-	-	-	Desconocido
5	5 abril	Barakaldo	Residencia 3ª edad	X		350	23	Desconocido	X	-	-	-	-	-	Norovirus
6	2 abril	Bilbao	Residencia 3ª edad	X		211	60	Transmisión persona-persona	X	-	-	-	-	-	Norovirus
7	26 junio	Bilbao	Bar	X		?	5	Tortilla de patata	X	-	-	-	-	X	Salmonella enteritidis
8	14 agosto	Barakaldo	Bocateria	X		?	3	Tortilla de patata	X	-	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
9	1 septiembre	Basauri	Residencia 3ª edad		X	77	33	Tortilla de patata	X	-	-	-	X	-	Salmonella enteritidis
10	2 septiembre	Gasteiz	Domicilio	X		?	2	Queso	-	-	-	-	X	-	Toxina estafilocócica
11	2 septiembre	Bilbao	Desconocido	X		?	2	Desconocido	-	X	-	-	-	-	Desconocido
12	12 septiembre	Getxo	Domicilio	X		9	7	Mayonesa	X	-	-	-	X	-	Salmonella enteritidis
13	6 octubre	Barakaldo	Residencia 3ª edad		X	350	17	Transmisión persona-persona	-	-	-	-	-	-	Desconocido
14	12 octubre	Usansolo	Residencia 3ª edad		X	39	20	Transmisión persona-persona	-	X	-	-	-	-	Desconocido
15	15 octubre	Ondarroi	Residencia 3ª edad	X		70	11	Transmisión persona-persona	X	-	-	-	-	-	Norovirus
16	15 octubre	Gordexola	Residencia/ Comunidad		X	28	13	Transmisión persona-persona	-	-	-	-	-	-	Desconocido
17	27 noviembre	Sestao	Restaurante		X	58	28	Desconocido	-	-	-	-	-	-	Desconocido
18	17 diciembre	Bilbao	Restaurante	X		6	3	Kokotxas con almejas	-	X	-	-	-	-	Desconocido



Tasas anuales de tumores malignos en hombres de Bizkaia; 2000 RCEME*

CIE	LOCALIZACIÓN	casos	TB	TSE	TSM	TT	TA
C00-C14	LABIO, CAVIDAD ORAL Y FARINGE	230	42,03	35,38	37,39	27,34	62,83
C00	Labio	29	5,3	4,35	4,22	2,9	3,22
C01	Base de lengua	20	3,65	3,02	3,14	2,26	4,82
C02	Otras partes no especificadas de lengua	16	2,92	2,37	2,58	1,95	4,58
C03	Encias	4	0,73	0,58	0,56	0,4	0,5
C04	Suelo de boca	28	5,3	4,28	4,76	3,42	8,04
C05	Paladar	10	1,83	1,64	1,77	1,33	3,44
C06	Otras partes y no especificadas de la boca	12	2,01	1,67	1,78	1,32	3,15
C07	Glándula parótida	8	1,46	1,28	1,19	0,9	1,39
C08	Otras glándulas salivales mayores y no especificadas	1	0,18	0,19	0,18	0,14	0,46
C09	Amígdala	14	2,56	2,08	2,37	1,79	4,99
C10	Orofaringe	17	3,11	2,64	2,79	2,11	5,32
C11	Nasofaringe	11	2,01	1,78	1,76	1,33	3,12
C12	Seno piriforme	28	5,12	4,49	4,83	3,54	10,17
C13	Hipofaringe	11	2,01	1,65	1,82	1,28	2,64
C14	Otras localizaciones y las mal definidas de labio, cavidad bucal y faringe	21	3,84	3,36	3,64	2,67	6,99
C15-C26	APARATO DIGESTIVO	941	171,93	137,67	138,09	93,07	131,87
C15	Esófago	84	15,35	12,99	13,06	9,49	18,81
C16	Estómago	189	34,53	27,3	27,84	18,69	26,36
C17	Intestino delgado	10	1,83	1,47	1,53	1,1	2,26
C18	Colon	274	50,06	39,67	39,3	25,8	30,8
C19	Unión rectosigmoidea	30	5,48	4,34	4,23	2,76	3,09
C20	Recto	133	24,3	19,55	19,45	13,06	16,13
C21	Ano y conducto anal	8	1,46	1,21	1,22	0,99	2,18
C22	Hígado y conductos biliares intrahepáticos	114	20,83	16,57	16,73	11,33	17,57
C23	Vesícula biliar	7	1,28	0,99	1,02	0,61	0,44
C24	Otras partes y no especificadas del tracto biliar	18	3,29	2,59	2,43	1,61	1,32
C25	Páncreas	68	12,42	10,14	10,37	7,03	11,62
C26	Otras localiz. y las mal definidas del aparato digestivo	6	1,1	0,85	0,91	0,6	1,29
C30-C39	APARATO RESPIRATORIO Y ORGANOS INTRATORACICOS	724	132,28	109,51	112,35	79,23	158,34
C30	Fosa nasal y oído medio	5	0,91	0,67	0,7	0,5	0,44
C31	Senos accesorios	2	0,37	0,34	0,36	0,3	0,96
C32	Laringe	192	35,08	29,34	30,71	22,2	50,69
C33	Tráquea	0	-	-	-	-	-
C34	Bronquios y pulmón	514	93,91	77,48	79	55,16	104,88
C37	Timo	0	-	-	-	-	-
C38	Corazón mediastino y pleura	11	2,01	1,68	1,58	1,07	1,37
C39	Otras localiz. y las mal definidas del apar. respiratorio y órganos intratorác.	0	-	-	-	-	-
C40-C41	HUESOS, ARTICULACIONES Y CARTILAGOS ARTICULARES	10	1,83	1,8	1,68	1,47	2,17
C40	Huesos, artic. y cartilagos artic. de extremidades	4	0,73	0,85	0,8	0,76	1,28
C41	Huesos, artic. y cartil. artic. de otras partes y no espec	6	1,1	0,95	0,88	0,71	0,89
C42	SISTEMA HEMATOPOYETICO Y RETICULOENDOTELIAL	107	19,55	16,17	16,22	11,31	16,4
C44	PIEL	46	8,4	6,86	6,94	5,15	7,9
C47	NERVIOS PERIFERICOS Y SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO	-	-	-	-	-	-
C48	PERITONEO Y RETROPERITONEO	4	0,73	0,72	0,65	0,52	0,4
C49	TEJIDO CONJUNTIVO, SUBCUTANEO Y OTROS	19	3,47	2,91	3,07	2,29	5,74
C50	MAMA	13	2,38	1,87	1,92	1,28	2,23
C60-C63	APARATO GENITAL MASCULINO	455	83,13	66,25	63,81	42,84	38,48
C60	Pene	6	1,1	0,86	0,85	0,59	0,44
C61	Glándula prostática	430	78,56	62,17	60,08	39,41	35,9
C62	Testículo	19	3,47	3,22	2,88	2,84	2,14
C63	Otros órganos urinarios y no especificados	0	-	-	-	-	-
C64-C68	APARATO URINARIO	336	61,39	48,37	48,42	32,9	49,26
C64	Riñón	95	17,36	14,14	14,65	10,42	20,66
C65	Pelvis renal	14	2,56	2,1	2,12	1,47	2,66
C66	Uréter	1	0,18	0,12	0,12	0,08	0
C67	Vejiga urinaria	225	41,11	31,86	31,4	20,83	25,94
C68	Otros órganos urinarios y no especificados	1	0,18	0,15	0,13	0,1	0
C69-C72	OJO, ENCEFALO Y OTROS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	69	12,61	11,14	10,66	8,67	9,48
C69	Ojo y anejos	8	1,46	1,41	1,37	1,26	1,37
C70	Meninges	1	0,18	0,12	0,12	0,08	0
C71	Encéfalo	58	10,6	9,3	8,83	7,03	7,67
C72	Médula espinal, nervios craneales y estructuras relacionadas	2	0,37	0,31	0,34	0,3	0,44
C73	TIROIDES Y OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS	9	1,65	1,5	1,57	1,54	0,84
C73	Glándula tiroides	7	1,28	1,1	1,07	0,89	0,84
C74	Glándula suprarrenal	2	0,37	0,4	0,5	0,65	0
C75	Otras glándulas endocrinas y estructuras relacionadas	0	-	-	-	-	-
C76	LOCALIZACIONES MAL DEFINIDAS	5	0,91	0,81	0,75	0,55	0,93
C77	GANGLIOS LINFATICOS	72	13,15	11,9	11,83	10,01	13,97
C80	LOCALIZACION PRIMARIA DESCONOCIDA	99	18,09	14,85	15,47	10,35	16,98
C00-C80	TOTAL	3.139	573,53	467,71	470,82	328,52	517,82

¹ En los datos correspondientes al Registro de Cáncer de Euskadi (RCEME) se incluyen todas las neoplasias malignas excepto las basocelulares y espinocelulares de piel (que no se registran), Tampoco se incluyen los tumores *in situ* ni los de comportamiento incierto, Tasas por 100,000 habitantes; TB= Tasa Bruta; TSE= Tasa Estandarizada a población Europea; TSM= Tasa Estandarizada a población Mundial; TT= Tasa Truncada (35-64 años de edad); TA= Tasa Acumulada (0-74 años de edad),



Tasas anuales de tumores malignos en mujeres de Bizkaia; 2000 RCEME*

CIE	LOCALIZACIÓN	casos	TB	TSE	TSM	TT	TA ₁
C00-C14	LABIO, CAVIDAD ORAL Y FARINGE	32	5,52	4,64	4	2,81	5,45
C00	Labio	2	0,35	0,27	0,17	0,08	0
C01	Base de lengua	0	-	-	-	-	-
C02	Otras partes no especificadas de lengua	6	1,04	0,87	0,7	0,43	0,76
C03	Encías	3	0,52	0,4	0,27	0,15	0
C04	Suelo de boca	1	0,17	0,17	0,18	0,12	0,38
C05	Paladar	5	0,86	0,73	0,52	0,42	0,44
C06	Otras partes y no especificadas de la boca	3	0,52	0,38	0,34	0,21	0,43
C07	Glándula parótida	3	0,52	0,44	0,46	0,35	0,43
C08	Otras glándulas salivales mayores y no especificadas	1	0,17	0,18	0,17	0,13	0,43
C09	Amígdala	0	-	-	-	-	-
C10	Orofaringe	1	0,17	0,14	0,16	0,14	0,44
C11	Nasofaringe	5	0,86	0,78	0,78	0,62	1,71
C12	Seno periforme	1	0,17	0,14	0,19	0,13	0,43
C13	Hipofaringe	0	-	-	-	-	-
C14	Otras localizaciones y las mal definidas de labio, cavidad bucal y faringe	1	0,17	0,14	0,06	0,03	0
C15-C26	APARATO DIGESTIVO	561	96,94	78,5	61,12	40,96	62,68
C15	Esófago	6	1,04	0,84	0,59	0,37	0,38
C16	Estómago	90	15,55	12,64	9,98	6,71	12,34
C17	Intestino delgado	6	1,04	0,62	0,51	0,31	0,43
C18	Colon	202	34,9	28,64	22,54	15,35	24,42
C19	Unión rectosigmoidea	28	4,84	3,91	3,14	2,24	3,07
C20	Recto	70	12,09	9,83	7,93	5,4	8,31
C21	Año y conducto anal	7	1,21	0,88	0,74	0,49	0,92
C22	Higado y conductos biliares intrahepáticos	42	7,26	6,14	4,63	3,1	4,45
C23	Vesícula biliar	24	4,15	3,27	2,12	1,22	0,8
C24	Otras partes no especif. del tracto biliar	10	1,73	1,3	1,07	0,69	0,86
C25	Páncreas	70	12,09	9,69	7,36	4,78	6,7
C26	Otras localiz. y las mal definidas del aparato digestivo	6	1,04	0,74	0,51	0,3	0
C30-C39	APARATO RESPIRATORIO Y ORGANOS INTRATORACICOS	91	15,71	12,86	12,36	9,5	20,55
C30	Fosa nasal y oído medio	1	0,17	0,14	0,15	0,13	0,42
C31	Senos accesorios	0	-	-	-	-	-
C32	Laringe	15	2,59	2,14	2,31	1,75	4,74
C33	Tráquea	0	-	-	-	-	-
C34	Bronquios y pulmón	73	12,61	10,26	9,63	7,36	15,39
C37	Timo	1	0,17	0,17	0,15	0,17	0
C38	Corazón mediastino y pleura	1	0,17	0,15	0,12	0,09	0
C39	Otras localiz. y las mal definidas del apar. respiratorio y órganos intratorác.	0	-	-	-	-	-
C40-C41	HUESOS, ARTICULACIONES Y CARTILAGOS ARTICULARES	3	0,52	0,45	0,33	0,29	0
C40	Huesos, artic. y cartilagos artic. de extremidades	2	0,35	0,31	0,27	0,26	0
C41	Huesos, artic. y cartil. artic. de otras partes y no espec	1	0,17	0,14	0,06	0,03	0
C42	SISTEMA HEMATOPOYICO Y RETICULOENDOTELIAL	68	11,75	9,85	8,61	6,81	9,52
C44	PIEL	7	12,44	10,76	9,51	7,79	11,44
C47	NERVIOS PERIFERICOS Y SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO	2	0,17	0,16	0,15	0,13	0
C48	PERITONEO Y RETROPERITONEO	1	0,86	0,82	0,76	0,55	1,66
C49	TEJIDO CONJUNTIVO, SUBCUTANEO Y OTROS	5	2,59	2,15	1,8	1,25	1,65
C50	MAMA	15	96,93	81,85	80,11	59,96	155,4
C51-C58	APARATO GENITAL FEMENINO	116	48,74	40,71	36,82	26,9	56,18
C51	Vulva	15	2,59	2,04	1,57	1,07	1,33
C52	Vagina	2	0,35	0,28	0,15	0,07	0
C53	Cuello uterino	38	6,57	5,39	4,79	3,63	7,03
C54	Cuerpo del útero	111	19,18	16,15	14,41	10,39	21,41
C55	Útero, sai	10	1,73	1,37	1,33	0,93	2,11
C56	Ovario	103	17,8	15	14,16	10,48	23,92
C57	Otros órganos genitales femeninos y no especificados	2	0,35	0,31	0,26	0,16	0,38
C58	Placenta	1	0,17	0,17	0,15	0,17	0
C64-C68	APARATO URINARIO	77	13,31	10,91	8,83	6,36	7,93
C64	Riñón	39	6,74	5,87	5,16	4	5,85
C65	Pelvis renal	4	0,69	0,6	0,54	0,47	0,84
C66	Úreter	2	0,35	0,27	0,17	0,08	0
C67	Vejiga urinaria	32	5,53	4,17	2,96	1,81	1,24
C68	Otros órganos urinarios y no especificados	0	-	-	-	-	-
C69-C72	OJO, ENCEFALO Y OTROS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	58	10,02	8,54	6,9	5,06	6,77
C69	Ojo y anejos	8	1,38	1,3	1,07	0,94	0,86
C70	Meninges	4	0,69	0,59	0,47	0,39	0
C71	Encéfalo	46	7,95	6,65	5,36	3,73	5,91
C72	Médula espinal, nervios craneales y estructuras relacionadas	0	-	-	-	-	-
C73-C75	TIROIDES Y OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS	25	4,33	3,87	4,03	3,61	5,55
C73	Glándula tiroides	21	3,63	3,15	3,16	2,61	4,74
C74	Glándula suprarrenal	2	0,35	0,41	0,54	0,75	0
C75	Otras glándulas endocrinas y estructuras relacionadas	2	0,35	0,31	0,33	0,25	0,81
C76	LOCALIZACIONES MAL DEFINIDAS	5	0,86	0,71	0,67	0,45	1,24
C77	GANGLIOS LINFATICOS	50	8,64	7,28	6,13	4,89	5,4
C80	LOCALIZACION PRIMARIA DESCONOCIDA	80	13,82	10,92	8,37	5,62	8,57
C00-C80	TOTAL	1820	251,34	280,2	240,38	173,21	315,84

* En los datos correspondientes al Registro de Cáncer de Euskadi (RCEME) se incluyen todas las neoplasias malignas excepto las basocelulares y espinocelulares de piel (que no se registran). Tampoco se incluyen los tumores *in situ* ni los de comportamiento incierto.
Tasas por 100.000 habitantes; TB= Tasa Bruta; TSE= Tasa Estandarizada a población Europea; TSM= Tasa Estandarizada a población Mundial; TT= Tasa Truncada (35-64 años de edad); TA= Tasa Acumulada (0-74 años de edad).

Casos por año y localización (agrupadas) para mujeres

Código	Localización	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994*	1995	1996	1997	1998	1999	2000
C00-C14	Labio, cavidad oral y faringe	30	36	30	27	14	22	28	33	30	32	35	41	50	31	32
C15-C26	Aparato digestivo	398	419	436	435	437	442	478	461	467	496	517	567	514	550	549
C30-C39	Aparato respiratorio y órganos intratorácicos	51	49	50	40	45	58	49	56	73	84	86	104	87	101	91
C40-C41	Huesos, articulaciones y cartílagos articulares	10	4	4	10	8	8	9	9	7	8	5	8	6	4	3
C42-C42	Sistema hematopoyético y reticuloendotelial	55	62	69	58	53	66	67	75	72	84	72	82	89	70	66
C44-C44	Piel	33	27	40	44	31	43	50	47	62	57	62	60	68	53	72
C47-C47	Nervios periféricos y Sistema Nervioso Autónomo	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	1
C48-C48	Peritoneo y retroperitoneo	3	3	5	5	3	6	4	5	4	8	12	10	9	7	5
C49-C49	Tejido conjuntivo, subcutáneo y otros	13	10	17	12	15	15	16	12	25	12	16	13	14	13	15
C50-C50	Mama	410	408	379	375	418	393	454	466	525	527	536	#599	643	611	559
C60-C63	Aparato genital femenino	83	67	70	63	84	90	78	89	126	110	82	104	110	113	116
C64-C68	Aparato urinario	64	52	53	64	58	80	77	64	68	73	77	71	77	86	74
C69-C72	Ojo, encéfalo y otros del SNC	33	29	34	44	34	39	44	45	49	61	55	56	48	52	56
C73-C75	Tiroides y otras glándulas endocrinas	14	18	17	20	12	20	19	25	23	26	20	32	28	24	25
C76-C76	Localizaciones mal definidas	10	16	13	12	10	11	7	5	5	10	9	9	7	9	5
C77-C77	Gánglios linfáticos	45	33	47	37	43	50	53	45	47	41	47	54	57	53	50
C80-C80	Localización primaria desconocida	111	86	73	90	79	77	68	76	57	75	83	93	86	72	75
C00-C80	Todas	1364	1319	1337	1336	1344	1420	1503	1513	1641	1704	1714	1903	1894	1849	1794

Tasas por año y localización (agrupadas) para mujeres (casos/100.000 habitantes)

Código	Localización	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994*	1995	1996	1997	1998	1999	2000
C00-C14	Labio, cavidad oral y faringe	4,98	6,02	5,05	4,58	2,38	3,74	4,76	5,61	5,1	5,45	6,13	7,01	8,59	5,34	5,52
C15-C26	Aparato digestivo	66,42	70,14	73,24	73,27	73,87	74,94	81,19	78,56	79,74	84,83	88,23	97,21	88,51	94,94	96,94
C30-C39	Aparato respiratorio y órganos intratorácicos	8,51	8,2	8,39	6,73	7,61	9,84	8,32	9,52	12,43	14,67	15,21	17,83	14,94	17,4	15,71
C40-C41	Huesos, articulaciones y cartílagos articulares	1,67	0,67	0,67	1,69	1,36	1,36	1,53	1,53	1,19	1,36	0,85	1,37	1,04	0,69	0,52
C42-C42	Sistema hematopoyético y reticuloendotelial	9,18	10,38	11,59	9,77	8,96	11,19	11,38	12,42	12,44	14	10,94	14,06	15,3	12,06	11,75
C44-C44	Piel	5,51	4,52	6,72	7,41	5,24	7,29	8,49	7,82	10,56	9,73	10,77	10,28	11,69	9,13	12,44
C47-C47	Nervios periféricos y Sistema Nervioso Autónomo	0,17	-	-	-	-	-	0,34	-	0,17	-	-	-	0,17	-	0,17
C48-C48	Peritoneo y retroperitoneo	0,5	0,5	0,84	0,84	0,51	1,02	0,68	0,85	0,68	1,19	2,22	1,71	1,55	1,21	0,86
C49-C49	Tejido conjuntivo, subcutáneo y otros	2,17	1,67	2,86	2,02	2,54	2,54	2,72	2,04	4,26	2,05	2,74	2,23	2,41	2,24	2,59
C50-C50	Mama	68,43	68,31	63,65	63,17	70,64	66,63	77,1	79,27	89,63	90,11	91,81	#102,68	110,51	105,46	96,93
C60-C63	Aparato genital femenino	13,86	11,22	11,75	10,62	14,19	15,27	13,25	15,31	21,47	18,77	13,85	18,01	18,9	19,64	20,05
C64-C68	Aparato urinario	10,68	8,7	8,9	10,79	9,8	13,56	13,07	10,88	11,58	12,28	12,99	12,16	13,23	14,82	13,31
C69-C72	Ojo, encéfalo y otros del SNC	5,51	4,85	5,71	7,42	5,75	6,61	7,47	7,65	8,35	10,24	9,74	9,6	8,26	8,95	10,02
C73-C75	Tiroides y otras glándulas endocrinas	2,34	3,02	2,86	3,37	2,03	3,39	3,23	4,25	3,92	4,09	3,42	5,48	4,81	4,14	4,33
C76-C76	Localizaciones mal definidas	1,67	2,68	2,18	2,02	1,69	1,86	1,19	0,85	0,85	1,71	1,54	1,54	1,2	1,55	0,86
C77-C77	Gánglios linfáticos	7,51	5,52	7,89	6,23	7,27	8,48	9	7,65	8,01	7	7,86	9,26	9,8	9,13	8,64
C80-C80	Localización primaria desconocida	18,53	14,4	12,26	15,16	13,35	13,05	11,55	12,93	9,71	12,8	13,85	15,94	14,78	12,58	13,82
C00-C80	Todas	227,64	220,8	224,56	225,09	227,19	240,77	255,27	257,14	280,09	290,28	292,15	326,37	325,69	319,28	314,46

En 1997 se extendió la oferta del programa de cribado de cáncer de mama a toda Bizkaia.

* En 1994 la estructura y sistemática de recogida de casos sufre un gran cambio, pasando el Registro de Cáncer Poblacional a ser subsidiario en gran parte de los Registro de Cáncer Hospitalarios (En Bizkaia los hospitales con registro hospitalario son Cruces, Basurto y Galdakao).

Casos por año y localización (agrupadas) para hombres

Código	Localización	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994*	1995	1996	1997	1998	1999	2000
C00-C14	Labio, cavidad oral y faringe	168	194	201	188	197	208	216	215	211	213	197	216	214	233	228
C15-C26	Aparato digestivo	666	640	618	717	691	678	756	775	824	848	882	898	933	955	932
C30-C39	Aparato respiratorio y órganos intratorácicos	602	608	594	632	602	657	688	736	766	698	716	725	670	769	720
C40-C41	Huesos, articulaciones y cartílagos articulares	10	2	6	9	12	8	9	7	6	7	7	7	12	9	10
C42-C42	Sistema hematopoyético y reticuloendotelial	74	82	67	63	75	67	83	78	77	80	106	112	99	77	103
C44-C44	Piel	21	23	27	28	41	29	27	43	29	57	41	44	58	64	46
C47-C47	Nervios periféricos y Sistema Nervioso Autónomo	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0
C48-C48	Peritoneo y retroperitoneo	4	3	2	6	2	2	5	3	2	9	7	4	6	13	3
C49-C49	Tejido conjuntivo, subcutáneo y otros	11	15	17	19	18	22	33	26	27	20	18	21	26	14	19
C50-C50	Mama	6	2	3	0	4	4	8	7	10	11	7	15	7	8	13
C60-C63	Aparato genital masculino	156	183	227	186	210	231	209	307	308	257	349	399	362	471	454
C64-C68	Aparato urinario	292	273	294	286	280	353	312	261	257	289	300	296	318	328	336
C69-C72	Ojo, encéfalo y otros del SNC	54	40	42	45	37	63	51	63	64	57	74	64	58	59	68
C73-C75	Tiroides y otras glándulas endocrinas	8	4	8	4	13	5	13	13	5	8	16	7	18	13	9
C76-C76	Localizaciones mal definidas	13	7	17	3	11	7	4	4	7	3	4	6	5	2	5
C77-C77	Gánglios linfáticos	53	47	53	70	67	48	58	69	56	61	69	65	69	63	72
C80-C80	Localización primaria desconocida	173	139	136	157	132	128	120	118	90	130	140	156	149	130	96
C00-C80	Todas	2312	2263	2312	2413	2392	2510	2593	2726	2739	2749	2934	3035	3005	3209	3114

Tasas por año y localización (agrupadas) para hombres (casos/100.000 habitantes)

Código	Localización	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994*	1995	1996	1997	1998	1999	2000
C00-C14	Labio, cavidad oral y faringe	28,79	33,62	34,99	32,86	34,48	36,94	38,3	38,3	37,89	38,04	34,92	39,05	38,99	42,42	42,03
C15-C26	Aparato digestivo	114,82	110,88	107,61	125,45	121,51	119,99	134,11	138,02	147,3	152,72	158,34	161,49	169,45	174,22	171,93
C30-C39	Aparato respiratorio y órganos intratorácicos	103,79	105,33	103,76	110,55	105,85	116,1	122,04	131,42	137,29	125,62	129,34	130,19	121,91	140,73	132,28
C40-C41	Huesos, articulaciones y cartílagos articulares	1,72	0,34	1,04	1,57	2,1	1,41	1,59	1,24	1,07	1,26	1,26	1,08	2,18	1,64	1,83
C42-C42	Sistema hematopoyético y reticuloendotelial	12,76	14,21	11,67	11,02	13,36	11,66	14,72	13,71	13,41	14,18	17,65	18,45	18,14	14,2	19,55
C44-C44	Piel	3,62	3,98	4,7	4,9	7,21	5,12	4,97	7,66	5,18	10,05	7,57	7,78	10,52	11,65	8,4
C47-C47	Nervios periféricos y Sistema Nervioso Autónomo	0,17	0,17	-	-	-	-	0,18	0,18	-	0,18	0,18	-	0,18	0,18	-
C48-C48	Peritoneo y retroperitoneo	0,69	0,52	0,35	1,05	0,35	0,35	0,89	0,53	0,36	1,62	1,26	0,9	1,09	2,37	0,73
C49-C49	Tejido conjuntivo, subcutáneo y otros	1,9	2,6	2,96	3,32	3,16	3,89	5,85	4,63	4,83	3,59	3,24	3,62	4,72	2,55	3,47
C50-C50	Mama	1,03	0,35	0,52	-	0,7	0,71	1,42	1,25	1,79	1,97	1,26	2,89	1,27	1,46	2,38
C60-C63	Aparato genital masculino	26,88	31,7	39,7	32,53	36,75	41	37,07	54,68	54,89	45,76	61,79	71,07	65,67	86,29	83,13
C64-C68	Aparato urinario	50,33	47,12	51,19	50,03	49,05	62,21	55,17	46,13	45,58	51,69	53,68	51,91	57,7	60,07	61,39
C69-C72	Ojo, encéfalo y otros del SNC	9,13	6,92	7,31	7,86	6,51	11,13	9,05	11,22	11,44	10,23	13,33	11,39	10,52	10,74	12,61
C73-C75	Tiroides y otras glándulas endocrinas	1,38	0,69	1,39	0,69	2,28	0,89	2,3	2,32	0,89	1,44	2,88	1,26	3,27	2,37	1,65
C76-C76	Localizaciones mal definidas	2,24	1,21	2,96	0,52	1,93	1,24	0,71	0,71	1,25	0,54	1,08	1,27	0,91	0,36	0,91
C77-C77	Gánglios linfáticos	9,14	8,14	9,23	12,25	11,78	8,48	10,29	12,29	10,01	10,77	11,89	11,76	12,52	11,47	13,15
C80-C80	Localización primaria desconocida	29,83	24,08	23,68	27,64	23,39	22,62	21,29	21,01	16,27	23,51	25,4	27,49	27,03	23,67	18,09
C00-C80	Todas	398,22	391,86	403,06	422,24	420,41	443,74	459,95	485,3	489,45	493,17	525,07	541,6	546,07	586,39	573,53

* En 1994 la estructura y sistemática de recogida de casos sufre un gran cambio, pasando el Registro de Cáncer Poblacional a ser subsidiario en gran parte de los Registro de Cáncer Hospitalarios (En Bizkaia los hospitales con registro hospitalario son Cruces, Basurto y Galdakao).