

Unidad de Vigilancia Epidemiológica
Dirección Territorial de Sanidad de Bizkaia

Resumen de Vigilancia Año 2006



Subdirección de Salud Pública
Dirección Territorial de Sanidad de Bizkaia

PERSONAL DE LA UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE BIZKAIA DURANTE EL AÑO 2006

Administrativ@s

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

ATS / DUE

Marta De La Cruz Ortega, Begoña Fraile Cura, Itxaso Gonzalez Sancristobal, José Luis Rodríguez
Murua, Sabino San José Rodríguez, Teresa Sarobe Santesteban

Epidemiólog@s

Eva Alonso Fustel, Concha Castells Carrillo, Visitación de Castro Laiz, Marilo Goiri Zabala,
Esther Hernandez Arricibita, Nerea Muniozguren Agirre.

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) 2005.....	5
DATOS DE VIGILANCIA (EDO) 2005.....	6
Botulismo.....	7
Brucelosis.....	7
Campylobacteriosis.....	7
Cólera.....	8
Creutzfeld-Jacob (ECJ).....	8
Chikungunya.....	9
Difteria.....	9
Disentería / Shigelosis.....	10
Enfermedades de transmisión sexual (ETS) otras.....	11
Escabiosis (Sarna, acariasis).....	11
Fiebre amarilla.....	11
Fiebre de Lassa.....	12
Fiebre del Nilo Occidental.....	12
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
Otras hepatitis víricas.....	18
Legionelosis.....	18
Lepra.....	19
Leptoespira.....	19
Listeriosis.....	19
Lyme. Enfermedad de.....	20
Meningocócica, Enfermedad.....	20
Meningitis víricas.....	22
Meningitis bacterianas.....	22
Micobacterias no tuberculosas.....	24
Neumocócica, enfermedad.....	24
Paludismo / Malaria.....	25
Parotiditis vírica (Paperas).....	26
Peste.....	27
Poliomielitis.....	27
Rabia.....	28
Rotavirus.....	29
Rubéola.....	29
Salmonelosis.....	30
Sarampión.....	30
SARM (Stafilococo Aureo Resistente a Meticilina).....	31
SIDA y VIH.....	31
Sífilis.....	33
Tétanos.....	33

Tos ferina / <i>Pertussis</i>	33
Toxiinfecciones de origen alimentario	34
Tuberculosis	34
Varicela	36
Yersiniosis	37
II. INMUNIZACIONES	38
III. DATOS DE VIGILANCIA Y TENDENCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.	41
A- CÁNCER.....	41
TODAS LAS LOCALIZACIONES	41
CÁNCER DE PULMÓN.....	45
CÁNCER DE MAMA.....	47
CÁNCER DE COLON Y RECTO	48
B- DIABETES MELLITUS.....	50
C- ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.....	53
IV. DATOS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA	57
V. DATOS DEL REGISTRO DE MORTALIDAD EN BIZKAIA	64
ANEXOS	
ANEXO 1: POBLACIONES.....	74
ANEXO 2: EDO INDIVIDUAL.....	75
ANEXO 3: SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA.....	80
ANEXO 4: TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS.....	86
ANEXO 5: CÁNCER	87

ABREVIATURAS UTILIZADAS:

Ac.	_____	Anticuerpo
Ag.	_____	Antígeno
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
DM	_____	Diabetes mellitus
DTPa	_____	Difteria Tétanos Pertussis acelular(vacuna)
EEB	_____	Encefalopatía Espongiforme Bovina
ECJ	_____	Enfermedad de Creutzfeld-Jacob
EDO	_____	Enfermedades de Declaración Obligatoria
EPOC	_____	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ETS	_____	Enfermedad de Transmisión Sexual
EUR	_____	<i>European Region</i> / Región Europea (OMS)
HB	_____	Hepatitis B
HDL	_____	Lipoproteínas de alta densidad
Hib	_____	<i>Haemophilus influenza</i> tipo b (vacuna)
IE1	_____	Índice Epidémico 1
IE2	_____	Índice Epidémico 2
IgG	_____	Inmunoglobulina G
IgM	_____	Inmunoglobulina M
LDL	_____	Lipoproteínas de baja densidad
MenC	_____	Meningococo C
OMS	_____	Organización Mundial de la Salud
PAD	_____	Presión Arterial Diastólica
PAS	_____	Presión Arterial Sistólica
PCR	_____	<i>Polimerase Chain Reaction</i> (Reacción en cadena de la polimerasa)
RCEME	_____	Registro de Cáncer de Euskadi – <i>Euskadiko Minbizi Erregistroa</i>
RME	_____	Razón Mortalidad Estandarizada
SARM	_____	Stafilococo Aureo Resistente a Meticilina
SIM	_____	Sistema de Información Microbiológica
TC	_____	Tasa Cruda
TCM	_____	Tasa Cruda Morbilidad
TIA	_____	Toxiinfección Alimentaria
TH	_____	Territorio Histórico
TS	_____	Tasa Estandarizada
TSM	_____	Tasa Estandarizada morbilidad
TV	_____	Triple Vírica (vacuna)
UCI	_____	Unidad de Cuidados Intensivos
UDVP	_____	Usuarios de drogas por Vía Parenteral
UNICEF	_____	United Nations Childrens Fund
UVE	_____	Unidad de Vigilancia Epidemiológica
UKPDS	_____	United Kindong Propective Diabetes Study
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, de las principales enfermedades bajo vigilancia de Salud Pública en Bizkaia. Se centra en sucesos y tendencias observadas durante el año 2006. Los hechos más reseñables fueron:

- El número de casos declarados de hepatitis A continuó en aumento por segundo año consecutivo alcanzando una tasa de 7,13/100.000 en 2006. A partir del último trimestre de este año disminuye y se mantiene así los primeros meses de 2007.
- Se confirma la tendencia descendente de aislamientos de Salmonella registrada en el SIM, con un número similar al presentado en 2005.
- La tasa de enfermedad meningocócica por meningococo serogrupo C es de 0,2 por 100.000, la más baja de la década. La tasa global sigue disminuyendo, pasando de 6 en 2005 a 4,3 en 2006.
- El pico gripal 2006-2007 se produjo en febrero 2007 y la tasa máxima alcanzada en esta temporada fue 400 por 100.000. Circuló principalmente el virus tipo A subtipo H3N2.
- Seguimos en fase 3 de alerta pandémica por el virus A/H5N1, ya que hay casos de infección en humanos con un subtipo nuevo de virus de la gripe, pero sin transmisión persona a persona o a lo sumo casos raros de transmisión a un contacto próximo.
- Seis casos de legionelosis de este año están relacionados con un brote asociado a la estancia en un hotel-balneario de nuestro Territorio Histórico entre los días 15 y 24 de febrero.
- La tendencia de la tuberculosis retoma la línea descendente que abandonó hace 4 años, con una tasa de 22 casos por 100.000, dos puntos menor a la del año pasado. Disminuye el número de pacientes extranjeros, que supone este año el 13% del total de casos.
- Se actuó según se indica en el Plan de Eliminación de Sarampión en 6 ocasiones. Se confirmó un caso en una niña de 14 meses no residente en la CAPV, vinculada con un brote sucedido en La Rioja, y se descartó el diagnóstico de sarampión en las otras cinco personas.
- Se declararon 123 casos de parotiditis vírica, la mitad de ellos pertenecen a un brote sucedido en los meses de marzo a mayo en la comarca Ezkerraldea-Enkarterri.
- El número de casos de sífilis, infección gonocócica, infección por *Chlamydia trachomatis* y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) sigue aumentando.
- Durante 2006 nacieron 10.122 niños en el TH de Bizkaia. Sigue el aumento de la natalidad iniciado hace varios años.
- La esperanza de vida al nacimiento se recupera en 2004 en las mujeres (84,15) y sigue aumentando en los hombres (76,83).
- El 36% de los hombres fallece por causa de un tumor; el 36% de las mujeres fallece por una enfermedad del aparato circulatorio.
- Uno de cada 4 varones y una de cada 7 mujeres de Bizkaia es diagnosticado de cáncer antes de los 75 años de edad.
- Se diagnostican cerca de 900 cánceres de colon-recto, 700 de pulmón, 600 de mama y 600 de próstata anualmente en Bizkaia.

- Se perdieron 40 años potenciales de vida (APVP) por debajo de los 70 años de edad por cada 1000 habitantes en el año 2004. La neoplasia maligna de pulmón es la primera causa de APVP en Bizkaia, por delante de los accidentes de tráfico.
- La incidencia y la prevalencia de la Enfermedad Cerebro Vascular (ECV) aumentan paralelamente al envejecimiento de la población y esto, unido al hecho de que hay factores de riesgo de ECV conocidos (HTA, cardiopatías embolígenas, diabetes, etc.) potencialmente modificables, hacen que sea un problema prioritario de salud pública.

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 aquellos 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 aquellos 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 2006 y datos históricos de tendencia.

Este informe comienza, como en años anteriores, 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 el análisis de altas hospitalarias, un capítulo de causas de mortalidad y, al final, se añaden los anexos.

Los datos utilizados para la realización de este informe son los obtenidos mediante los siguientes sistemas de información: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), Red de Vigilancia de Médicos Vigías, Sistema de Información Microbiológica (SIM), Registro de Mortalidad, Registro de Altas Hospitalarias (CMBD) y Registro de Cáncer (RCEME). El SIM incorpora este año por primera vez la declaración de tres laboratorios de microbiología privados.

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 2001 para los menores de un año (anexo 1).

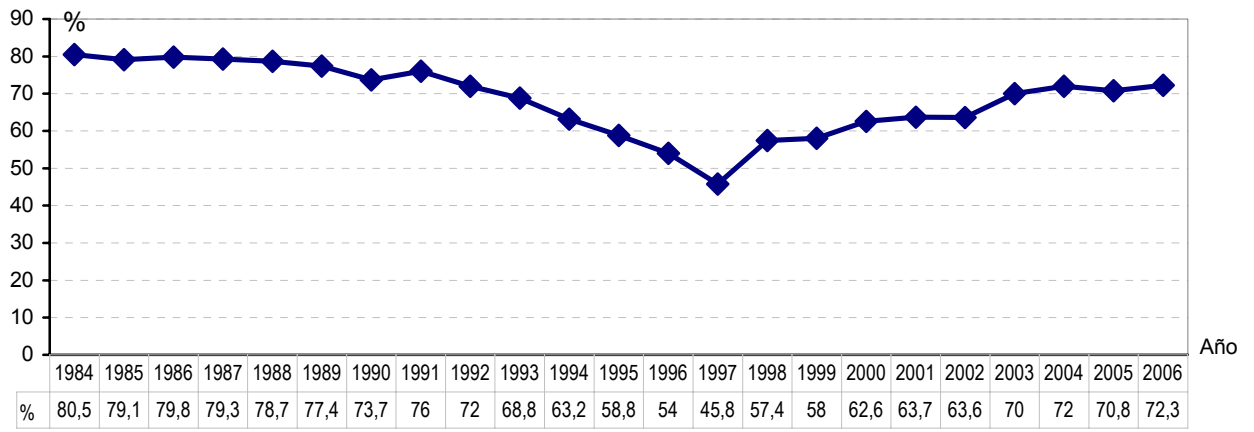
La comarcalización sanitaria utilizada es la vigente en la Comunidad Autónoma Vasca, con cuatro comarcas para Bizkaia: Interior (excluyendo los municipios que pertenecen al Territorio Histórico de Alava: Llodio, Amurrio y Valle de Aiala.), Ezkerraldea-Enkarterri, Uribe y Bilbao. Las enfermedades declaradas por los municipios incluidos en el Area Sanitaria de Alava (Ubidea y Otxandio) o de Gipuzkoa 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.

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 se elaboran a través de la información enviada por los médicos que hacen el diagnóstico de los casos, presentamos a continuación las coberturas de declaración:

En el año 2006 la declaración en el sistema EDO en Bizkaia ha sido del 72,3%, cifra parecida a la de años anteriores (ver gráfica adjunta).

Entre las comarcas se dan ciertas diferencias: desciende ligeramente la declaración en las comarcas Ezkerraldea-Enkarterri (59%) y Uribe (65%), se mantiene estable en la comarca Interior (73%) y aumenta de forma importante Bilbao (85%).

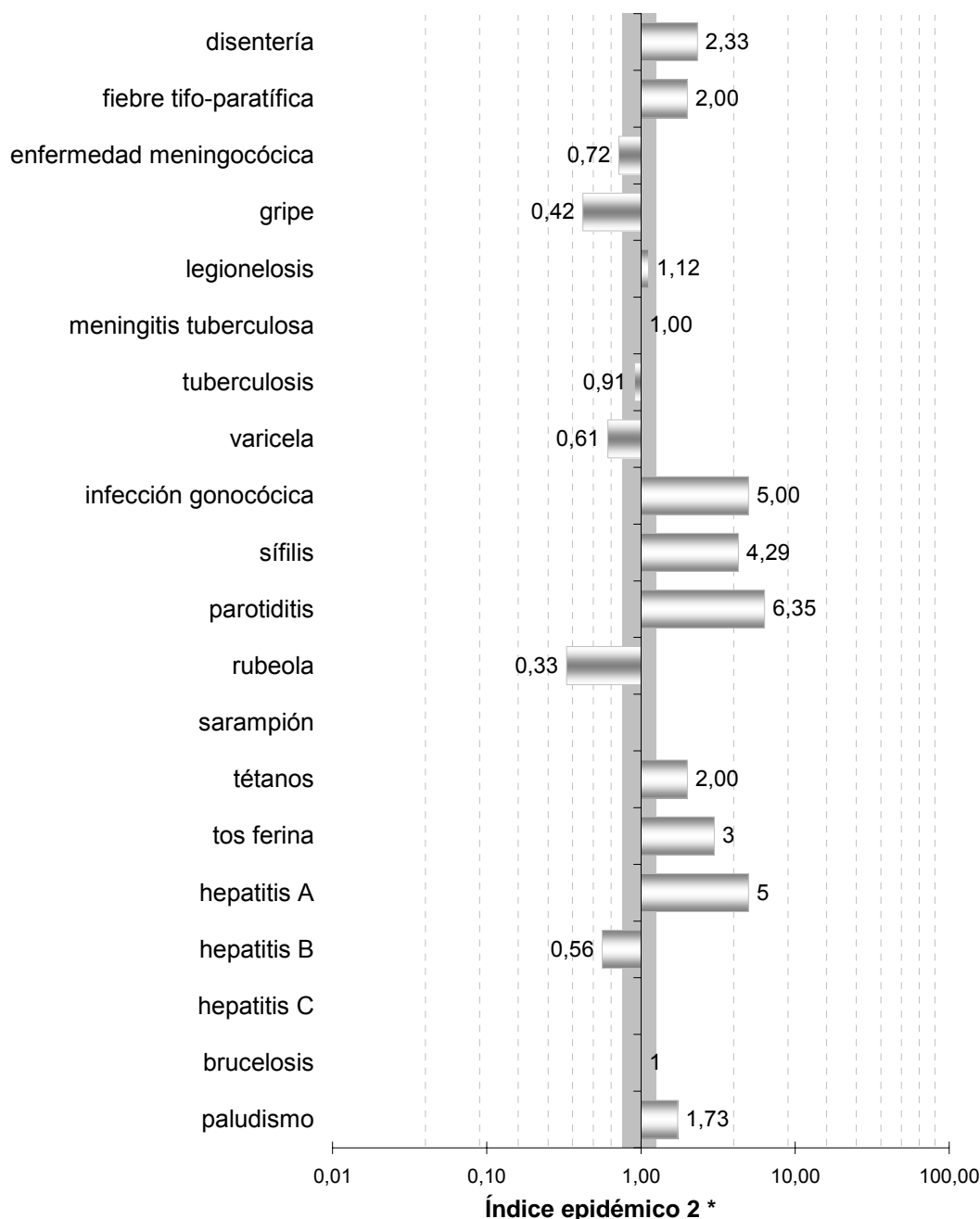
**Evolución de la declaración obligatoria de enfermedades
EDO. Bizkaia. 1984-2006**



I. DATOS DE VIGILANCIA Y TENDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Tendencias 2006

En las tendencias de enfermedades transmisibles registradas durante 2006, los índices epidémicos correspondientes a sífilis e infección gonocócica y hepatitis A continúan aumentando. El brote de parotiditis epidémica rompe la tendencia descendente de los últimos años y provoca los indicadores más altos de la década respecto a dicha enfermedad.



* 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 2006

La siguiente tabla resume los datos de vigilancia epidemiológica de las enfermedades de declaración obligatoria durante 2006. La vigilancia de cada una de ellas, así como la vigilancia de otras enfermedades transmisibles no incluidas en dicho sistema, se desarrolla una a una en las páginas siguientes de este informe.

Casos, Tasas e Índices Epidémicos 1 y 2 en Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Individual y Numérica. Bizkaia. 2006

Enfermedad	Nº casos	Tasa/ 100.000	Índice epidémico 1 ¹	Índice Epidémico 2 ²
Botulismo	0	-	-	-
Cólera	0	-	-	-
Disentería	7	0,62	1,75	2,33
Fiebre tifo-paratífica	4	0,36	2,00	2,00
Triquinosis	0	-	-	-
Enfermedad meningocócica	48	4,28	0,72	0,72
Gripe	14.464	1.288,4	0,42	0,42
Legionelosis	63	5,61	1,24	1,12
Meningitis tuberculosa	0	0,00	--	--
Tuberculosis	250	22,27	0,92	0,91
Varicela	3.647	324,86	0,65	0,61
Infección gonocócica	60	5,34	1,25	5,00
Sífilis	30	2,67	1,11	4,29
Difteria	0	-	-	-
Parotiditis	127	11,31	12,70	6,35
Poliomielitis	0	-	-	-
Rubéola	1	0,09	0,10	0,33
Sarampión	0	-	-	-
Tétanos	2	0,18	2	2
Tos ferina	6	0,53	3,00	3,00
Hepatitis A	80	7,13	1,16	5,00
Hepatitis B	9	0,80	0,9	0,56
Hepatitis C	0	-	-	-
Otras hepatitis víricas	1	0,09	0	0
Brucelosis	1	0,09	0	1,00
Rabia	0	-	-	-
Fiebre amarilla				
Paludismo	19	1,69	1,73	1,73
Peste				
Tifus exantemático				
Lepra	0	-	-	-
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 (2001-2005).

VIGILANCIA DE TRANSMISIBLES DE LA A A LA Z

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

Botulismo

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

Durante el año 2006 no se ha declarado ningún caso de botulismo. Es una enfermedad de declaración obligatoria de muy baja incidencia que está vinculada con el consumo de conservas o embutidos en los que no se ha producido un correcto proceso de esterilización o higienización.

A finales de diciembre se produjo un brote familiar de botulismo que afectó a una mujer de 47 años y a un hombre de 50 años, domiciliados en Gipuzkoa. Ambos comenzaron con visión borrosa y sensación de inestabilidad, progresando posteriormente los síntomas neurológicos. Fueron tratados con antitoxina antibotulínica. La encuesta alimentaria reveló el antecedente de ingesta, entre otros alimentos, de alcachofas envasadas procedentes de Perú, que fueron positivas a la presencia de toxina botulínica.

Brucelosis

CIE-9: 023; CIE-10: A23

En el año 2006 se ha declarado un único caso de brucelosis al sistema EDO y al SIM en Bizkaia, se trata de un hombre de 41 años con contacto con animales vivos.

La Diputación Foral de Bizkaia realiza con carácter anual campañas de saneamiento de toda la cabaña ganadera. El número de reses positivas a brucelosis ha pasado de 3,50% en el año 1982 a 0,01% en el año 2006. En el caso de la brucelosis además del control de animales, también se realiza el control en la leche.

Campylobacteriosis

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

En el año 2006 se notificaron 908 aislamientos de *Campylobacter* al SIM; esta cifra es superior a la del año 2005. Solo una pequeña parte de este ascenso puede ser explicado por la incorporación de 3 laboratorios privados a la red del SIM (28 aislamientos).

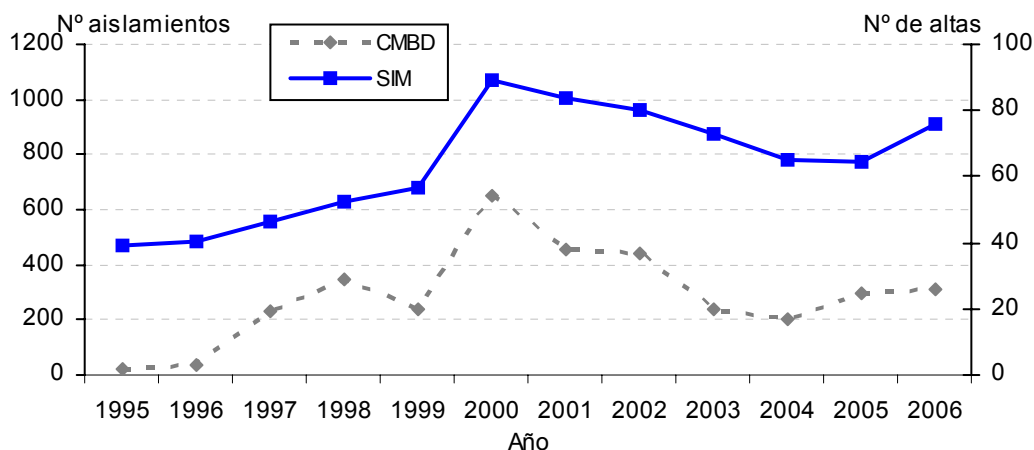
El 72% de los casos se corresponden con niños menores de 10 años. *Campylobacter Jejuni* representa el 92% del total de aislamientos.

En el registro de altas hospitalarias constan 26 casos con este diagnóstico.

Según la literatura, los casos aislados de esta enfermedad 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.

Aislamientos y altas hospitalarias de campylobacter

SIM y CMBD Bizkaia 1995-2006.



Cólera

CIE-9: 001; CIE-10: A00

El cólera representa aún una amenaza mundial y es un indicador fundamental del grado de desarrollo social. Como en el año 2005, durante el año 2006 se han dado brotes importantes en dos países africanos: Sudán y Angola. En Sudán, entre el 28 de enero y el 14 de junio, se produjeron 16.187 casos con 476 fallecimientos (letalidad de 3%). En Angola, desde febrero a diciembre, hubo 59.582 casos con 2.437 fallecidos (letalidad del 4%). El causante en los dos países es *Vibrio cholera* serogrupo 01, serotipo Inaba. Además se han dado casos en Senegal 302, con 6 fallecidos (letalidad del 2%), en Guinea 2.384 casos y 183 muertos (letalidad 8%) y en la República Democrática del Congo con 265 casos y 11 fallecidos (4% de letalidad).

Creutzfeld-Jakob (ECJ)

CIE-9: 046.1; CIE-10: A810

En Bizkaia en el año 2006 se declararon 6 casos sospechosos: 3 han sido confirmados por autopsia, una autopsia resultó negativa y está pendiente el resultado de la autopsia de otro. El sexto caso no ha fallecido.

Respecto a la nueva variante, en el Reino Unido y hasta febrero de 2007 se habían declarado 165 casos de los que 158 habían fallecido. El resto de los casos se distribuye entre Francia (21), Irlanda (4), Estados Unidos (3), y 1 en cada uno de los siguientes países: Canadá, Italia, Japón, Holanda, Portugal, Arabia Saudí y España.

En enero de 2007 se publicó un nuevo caso de nueva variante de ECJ debido a transfusión de sangre, 9 años antes de desarrollar síntomas, en el Reino Unido. Este es el cuarto caso debido a la recepción de transfusiones de componentes sanguíneos. No se ha dado ningún caso entre los receptores de productos procedentes del plasma.

En total en el Reino Unido se identificaron 66 personas que habían recibido transfusiones sanguíneas relacionadas con la nueva variante de ECJ. Estas sangres procedían de 18 donantes que fueron diagnosticados posteriormente de nECJ. De estas 66 personas 40 han fallecido, 39 por causas no relacionadas con el ECJ y uno al que en la autopsia se encontró evidencia de nECJ. Incluyendo el nuevo caso (el cuarto) 3 de los que habían recibido sangre relacionada con nECJ han desarrollado síntomas. Quedan 23 personas receptoras de esta sangre contaminada que están vivas y no han sido diagnosticadas de nECJ.

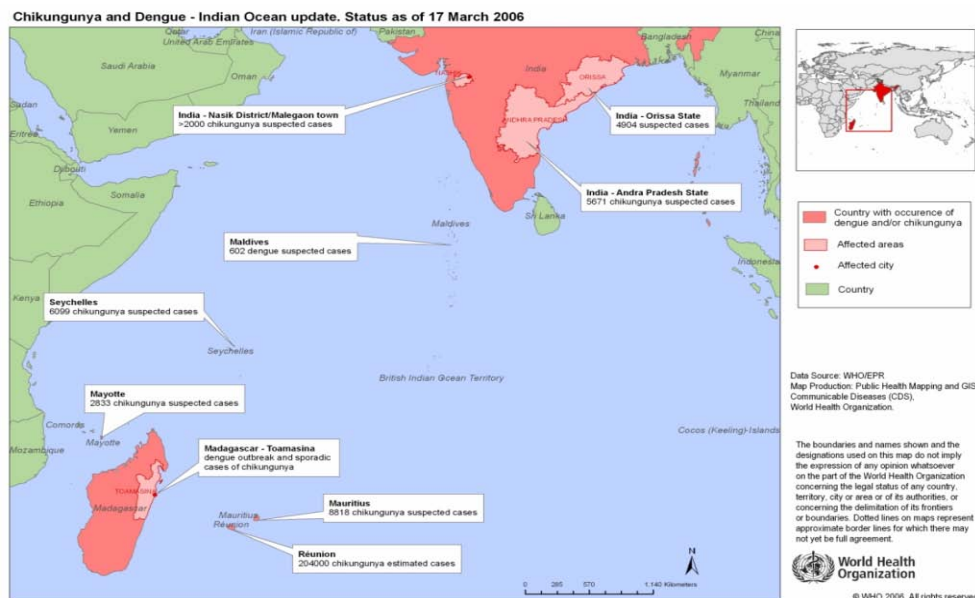
Chikungunya

CIE-9: 066.3; CIE-10: A92.0

El virus de Chikungunya se conoce desde 1950 y ha producido epidemias en Asia, África y el Océano Índico. Durante los años 2005 y 2006 se produjo una circulación particularmente intensa del virus. La epidemia en la Isla Reunión se extendió desde abril de 2005 a agosto de 2006 afectando a más de 266.000 personas. También se han visto afectadas otras islas: las Comores, Madagascar, Isla Mauricio y Seychelles. En la India ha afectado a más de 1,4 millones de personas, llegando también a Pakistán, Sri Lanka, Malasia y Las Maldivas.

La situación actual en la Isla Reunión es la de transmisión esporádica.

El problema para Europa es, por un lado la posible importación del virus a través de viajeros infectados que procedan de las zonas de alta endemicidad, y por otro, la aparición del vector mosquito *Aedes albopictus* en ciertas zonas: Bélgica, Bosnia Herzegovina, Croacia, Francia, Grecia, Holanda, Serbia Montenegro, Eslovenia, España y Suiza. Este mosquito ha sido importado a través de huevos en las aguas estancadas en neumáticos o en plantas ornamentales. El mosquito se ha establecido en determinadas zonas de Albania, el norte y centro de Italia, y algunos pequeños focos en otros países. La mayoría de los países del sur de Europa tienen clima y condiciones ecológicas favorables para el establecimiento del mosquito.



Difteria

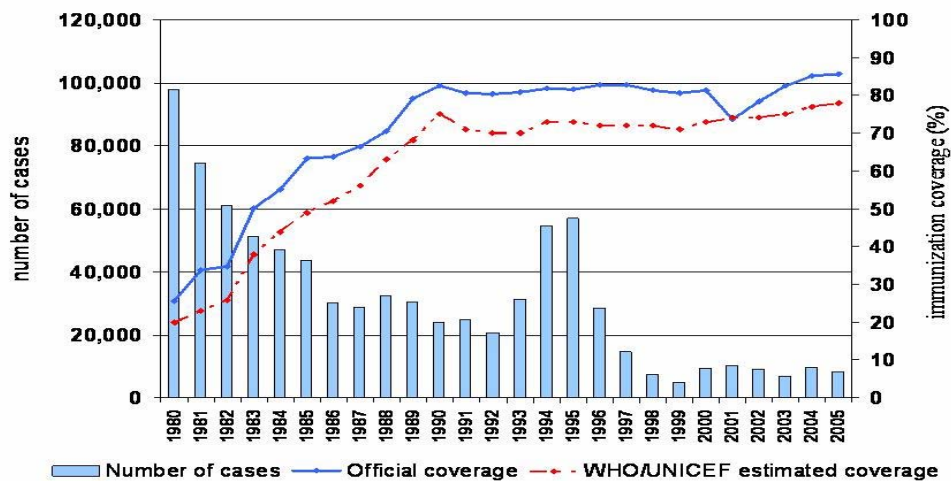
CIE-9: 032; CIE-10: A36

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

En el año 2006 se declararon a la OMS 12.735 casos de difteria en el mundo, 10.231 de ellos en India. Los países del este de Europa, que padecieron un importante rebrote de la enfermedad en los años 90, han seguido declarando casos: Ucrania (98), Latvia (20), República de Bielorusia (11), Georgia (10) y Alemania (1).

En la gráfica siguiente se ha contrapuesto la información de los casos frente a la cobertura vacunal desde 1980 a 2004. Hay una disminución del número de casos declarados y un aumento de la cobertura vacunal desde 1980 a 1990. Hasta 1996 aumenta de nuevo el número de casos para descender posteriormente y mantenerse así hasta 2005.

Diphtheria global annual reported incidence and DTP3 coverage, 1980-2005



Source: WHO/IVB database, 2006
Slide date: 11 September 2006



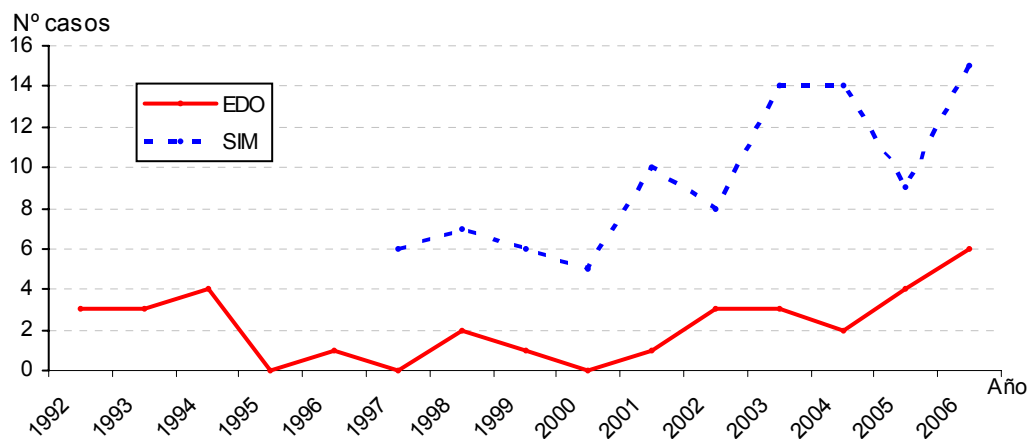
Disentería / Shigelosis

CIE-9: 004; CIE-10: A03

En el año 2006 han sido declarados al SIM 13 aislamientos de *Shigella*. Se trata de *S. Flexneri* (7), *S. Sonnei* (4), y *S. sp* (2).

El sistema EDO ha registrado 6 casos, 3 de los cuales estaban relacionados con desplazamientos a zonas endémicas.

Evolución de los casos de shigelosis declarados EDO Bizkaia 1992-2006. SIM Bizkaia 1997-2006



La gráfica refleja el aumento en el número de casos y la baja declaración de la enfermedad a través del sistema EDO, que no alcanza el 50% de los aislamientos.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS), otras

En los datos del Sistema de Información Microbiológica se puede observar este año un gran aumento en la detección de *Chlamydia trachomatis*, 261 casos, debido a una mejora en las técnicas diagnósticas, con la incorporación de PCR como técnica diagnóstica complementaria al cultivo celular, en el hospital de Basurto.

C. trachomatis es el origen de la infección bacteriana de transmisión sexual más extendida en los países industrializados, y se observa un aumento de su incidencia en Europa desde el año 2000. Generalmente la infección es silente, asintomática, en alrededor del 70 % de las mujeres y del 30 % de los hombres, lo que facilita su transmisión y explica su gran prevalencia. Tanto los hombres como las mujeres infectados por *C. trachomatis* pueden tener flujo genital anormal o dolor leve en la micción durante la primera a tercera semana de exposición. Son secuelas de la infección por clamidia la enfermedad pélvica inflamatoria, el embarazo ectópico, la infertilidad por factor tubárico, la epididimitis, proctitis y la artritis reactiva.

Se declaran al SIM 72 identificaciones de Herpes virus tipo 2, de las cuales 70 son por cultivo celular y 2 por serología.

Escabiosis (Sarna, acariasis)

CIE-9: 133.0; CIE-10: B86

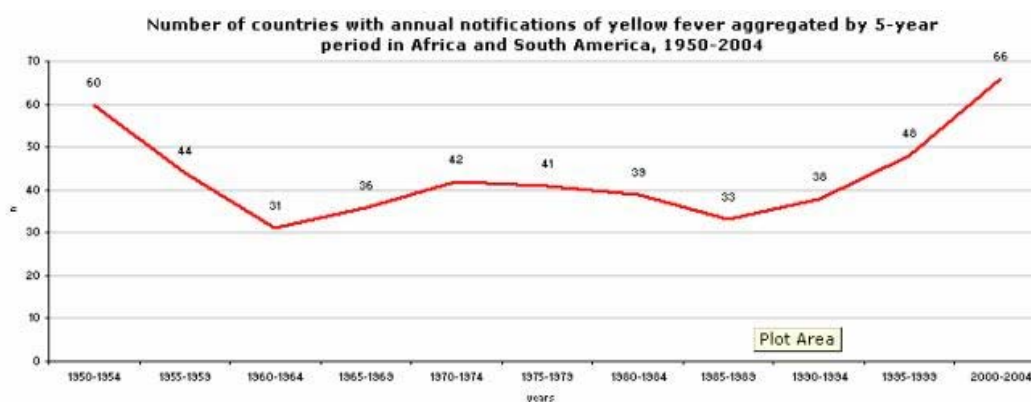
La sarna o escabiosis no es una enfermedad de declaración obligatoria. Durante el año 2006 se han declarado casos aislados en algún colectivo y un brote en una residencia de personas mayores que se controló sin grandes problemas.

Fiebre amarilla

CIE-9: 060; CIE-10: A95

La fiebre amarilla es una enfermedad de declaración universal, bajo vigilancia de la OMS, sujeta al Reglamento Sanitario Internacional. Es de declaración urgente y toda sospecha deberá de ser confirmada por laboratorio.

Se cree que existe una importante infradeclaración de la enfermedad. El número de países que anualmente declaran casos de fiebre amarilla refleja la circulación del virus entre la población humana, e incrementa por tanto el riesgo de brotes.



* 44 countries with at least 1 yellow fever notification since 1950
(Source: WHO, 2005)

En 2006 se han declarado a la OMS brotes en Costa de Marfil y Togo, donde se han emprendido campañas de vacunación masiva.

Fiebre de Lassa

CIE-9: 078.8; CIE-10: A96.2

Enfermedad vírica hemorrágica aguda, causada por el virus Lassa, de la familia de los arenavirus. Se transmite a los humanos por contacto con alimentos u objetos contaminados con heces de roedores. Es una enfermedad endémica en los roedores de una parte del este de África.

El 21 de julio de 2006 las autoridades sanitarias de Alemania notificaron a la OMS un caso importado de fiebre de Lassa, confirmado. El paciente, residente en Sierra Leona, presentó un síndrome febril el 5 de julio de 2006, y el 10 de julio regresó por vía aérea a Alemania, a donde llegó al día siguiente.

Aunque el riesgo de transmisión del virus de Lassa a otros pasajeros del vuelo es extremadamente bajo, se emprendió un rastreo internacional de los contactos. Uno de los pasajeros de ese vuelo era un hombre residente en Bilbao, al que se sometió a vigilancia y observación entre el 26 de julio y el 2 de agosto de 2006.

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

CIE-10 A92.3

Enfermedad del grupo de fiebres hemorrágicas transmitida por mosquitos. Es una zoonosis con un ciclo biológico complejo que envuelve a un huésped vertebrado, reservorio primario (aves) y un vector primario (mosquito del género *Culex*). Los mosquitos pueden infectar a una amplia gama de vertebrados; los humanos, los caballos y otros mamíferos se consideran huéspedes finales o incidentales. Los síntomas iniciales son fiebre, malestar, mialgias y artralgias; la meningo-encefalitis es una complicación ocasional.

La Red de Investigación en Enfermedades Víricas Transmitidas por Artrópodos y Roedores, llamada EVITAR, ha publicado un documento sobre Virus West Nile “Revisión, métodos de vigilancia y recomendaciones de respuesta y control”. Esta red esta formada por un grupo de investigadores en todo el Estado y esta financiada por el Fondo de Investigaciones Sanitarias.

El objetivo de la vigilancia es la detección precoz del riesgo para la población humana a partir de la identificación y notificación de casos probables en humanos y equinos y su confirmación por el laboratorio, y de la información complementaria aportada por los estudios de circulación del virus en aves y mosquitos. La vigilancia se establecerá durante la temporada estacional de riesgo (de abril a octubre de cada año).

Fiebre Q

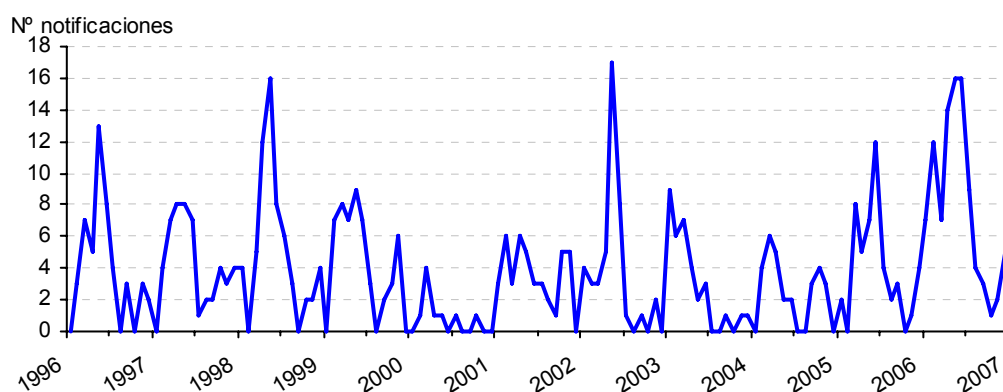
CIE-9: 0830; CIE-10: A78

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 a la desecación, lo que explicaría su capacidad para soportar condiciones ambientales difíciles. 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 gráfica adjunta.

El 68% de los casos se han declarado entre los meses de febrero a junio. El 77% han ocurrido en hombres y el 75% de los casos tiene entre 20 y 50 años.

Evolución de los casos de fiebre Q

SIM - Bizkaia 1996-2006.



Fiebre tifo-paratífica

CIE-9: 002; CIE-10: A01

Durante el año 2006, a través del SIM se declararon 5 casos de fiebre tifoidea, 2 más que en 2005. Por medio del sistema EDO hemos confirmado 4 casos de los que uno refiere estancia en zona endémica. Hubo cinco ingresos hospitalarios por esta causa.

Gonocócica, infección (Gonococia)

CIE-9: 098; CIE-10: A54

La gonococia es una enfermedad de declaración obligatoria numérica, por lo que a través del sistema EDO sólo se recogen las declaradas desde Atención Primaria. Por segundo año consecutivo se cuenta como declarante con el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual de Bombero Etxaniz. Este año se han registrado 60 casos de infección gonocócica, 47 de las cuales han sido declaradas por dicho centro y 13 por centros de Atención Primaria.

Los laboratorios de Microbiología de Bizkaia declaran 221 aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae*, frente a los 101 declarados el año anterior. Como el año pasado, el porcentaje mayor de aislamientos se produce en hombres (75%), y el grupo de edad más afectado es el de 20 a 29 años, con el 36 % de los casos.

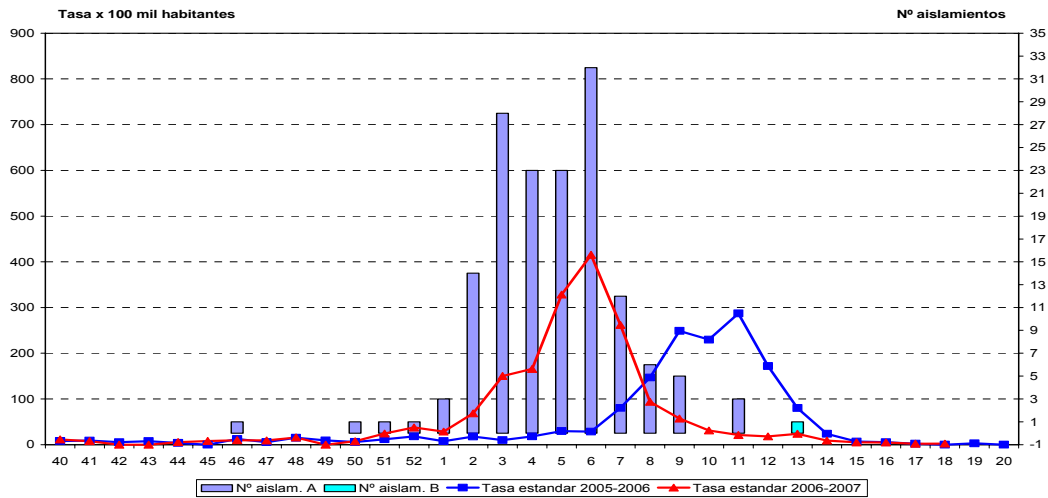
Gripe (Influenza)

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

El sistema de Médicos Vigía de la CAPV para la vigilancia de la gripe, complementario del sistema EDO, permite conocer los datos de forma precoz y además informa sobre los virus circulantes en nuestro medio así como de la distribución de los casos por algunas variables como sexo, edad, síntomas y estado vacunal. Participan 33 vigías entre médicos generales (23) y pediatras (10) que atienden una población de 52.506 habitantes. Incluye también los casos ocurridos en tres residencias de ancianos e información de los servicios de urgencias pediátricas hospitalarios.

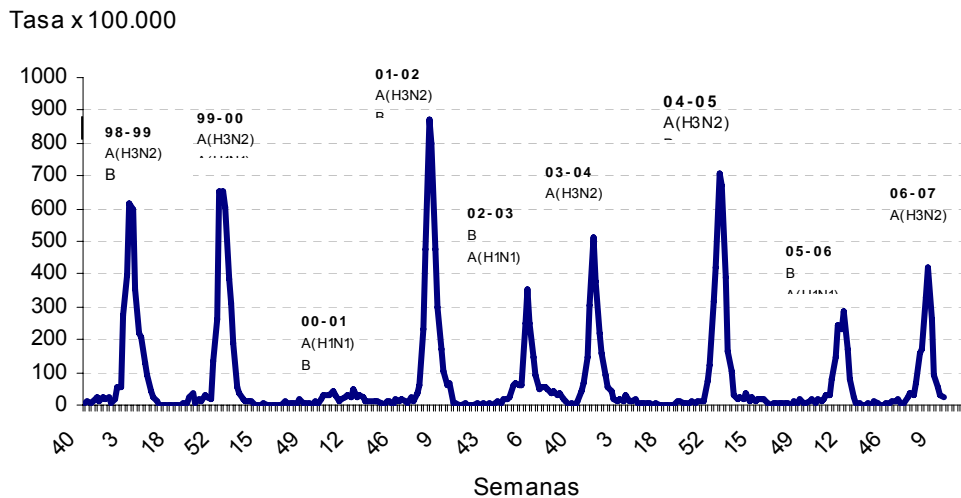
En la gráfica se puede ver la distribución temporal de los casos de las dos últimas temporadas gripales así como la de los aislamientos de los virus circulantes de la última de ellas. Durante la temporada 2006-2007 la curva epidémica se inició en la semana 1 (principios de enero de 2007) y su pico máximo ocurrió en la semana 6 (febrero de 2007) alcanzando una tasa de incidencia moderada (420/100.000) aunque mas elevada que en el año anterior.

Evolución de la gripe en la CAPV durante los periodos 2005-2006 y 2006-2007 Médicos vigía de la CAPV



Respecto al virus circulante, se ha aislado mayoritariamente el virus A (H3N2) siendo esporádicos los aislamientos del virus B.

Casos de gripe y aislamientos virales. CAPV Temporadas gripales 98-99 a 06-07 Médicos vigía de la CAPV



Como es habitual, también en esta temporada, la gripe ha alcanzado tasas mas 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.

La campaña de vacunación antigripal se realizó entre el 16 de octubre y el 30 de noviembre de 2006 dirigida a los grupos de riesgo, especialmente a los mayores de 64 años. Según los datos de la Memoria de Osakidetza-SVS, la cobertura es similar al año anterior en mayores de 64 años, 68,7% y en las residencias de ancianos la cobertura es de un 98,6%. La vacunación en trabajadores sanitarios ha sido del 50,2% descendiendo 5 puntos respecto al año anterior aunque manteniendo el importante aumento de cobertura respecto al año 2004.

Gripe aviar

La gripe de las aves o gripe 'aviar' es una enfermedad infecciosa originada por el virus de la gripe tipo A y que normalmente sólo afecta a las aves y, menos frecuentemente, a los cerdos. En raras ocasiones este virus ha afectado también a las personas tras el contacto con animales enfermos.

Entre las aves domésticas la infección causa dos formas de enfermedad: de baja virulencia y de alta virulencia. La primera, llamada también de baja patogenicidad, origina síntomas leves en las aves y puede ser difícil de diagnosticar. La segunda, altamente patogénica, se extiende rápidamente entre las aves y la mortalidad puede llegar al 100% en las primeras 48 horas.

El actual brote de gripe aviar que está sucediendo en el mundo empezó en el sureste asiático a mediados de 2003 y es el más grande y más grave de los brotes registrados. El virus causante, H5N1, es endémico en este momento en muchos países, ha causado la muerte o ha originado la destrucción de millones de aves y ha afectado ya a 280 personas, de las cuales han fallecido 169 (Datos de la OMS a fecha 19 de marzo de 2007). Los países afectados son los siguientes:

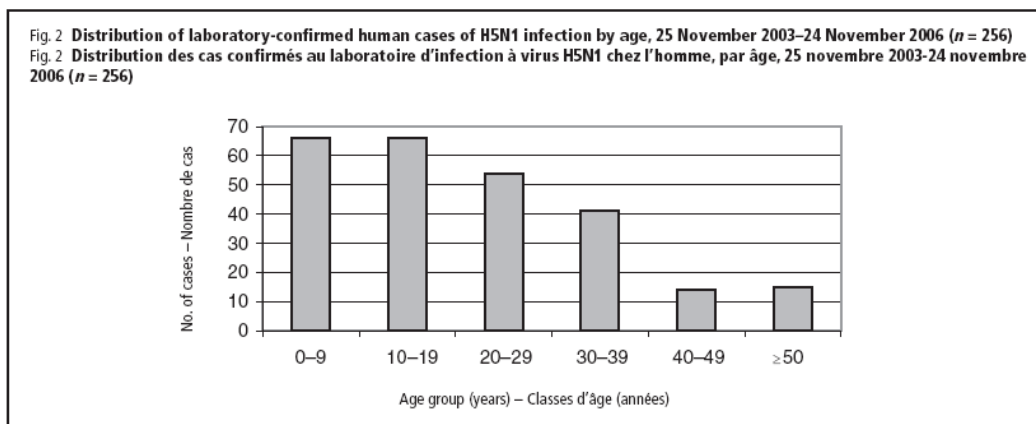
Nº acumulado de casos humanos de gripe aviar A/(H5N1). WHO 19 Marzo 2007

País	2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	casos	fallecidos	casos	fallecidos	casos	fallecidos	casos	fallecidos	casos	fallecidos	casos	fallecidos
Azerbaijan	0	0	0	0	0	0	8	5	0	0	8	5
Camboya	0	0	0	0	4	4	2	2	0	0	6	6
China	1	1	0	0	8	5	13	8	1	0	23	14
Dibouti	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Egipto	0	0	0	0	0	0	18	10	7	3	25	13
Indonesia	0	0	0	0	19	12	56	46	6	5	81	63
Irak	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	3	2
Laos	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
Tailandia	0	0	17	12	5	2	3	3	0	0	25	17
Turquía	0	0	0	0	0	0	12	4	0	0	12	4
Vietnam	3	3	29	20	61	19	0	0	0	0	93	42
Total	4	4	46	32	97	42	116	80	17	11	280	169

El problema fundamental estriba en la posibilidad de que el virus Influenza A/H5N1 se adapte a los humanos y cause una pandemia. En este momento, según la OMS, estamos en Periodo de Alerta Pandémica fase 3 (se da la infección en humanos con un subtipo nuevo de virus de la gripe, pero sin transmisión persona a persona o a lo sumo casos raros de transmisión a un contacto próximo). El virus A/H5N1 tiene potencial pandémico pero es imprevisible cuándo y como lo mostrará.

En el Boletín epidemiológico de la OMS de 9 de febrero de 2007 se publica una breve descripción de las características epidemiológicas y demográficas de los casos diagnosticados y declarados a la OMS desde el 25 de noviembre de 2003 al 24 de noviembre de 2006. La mediana de edad de los casos confirmados es de 18 años, el 89% de los casos se han producido en menores de 40 años (ver figura); la razón de sexos es 1 y la mediana entre la aparición de la enfermedad y la hospitalización ha sido de 4 días. La tasa de letalidad general es de 60%, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas siendo la más elevada la de los pacientes de 10 a 19 años, y la menor letalidad la de los mayores de 50 años.

Número de casos humanos de gripe aviar A/(H5N1) según edad. WHO 2003-2006



La publicación “Protocolo de actuación ante un caso de gripe aviar (H5N1) o sus contactos. Actuación en Fase 3 de Alerta Pandémica” del Departamento de Sanidad, indica los pasos a seguir ante la detección de un posible caso de gripe aviar en el País Vasco:

http://www.osanet.euskadi.net/r85-13813/es/contenidos/informacion/gripe_aviar_prof/es_11145/adjuntos/Fase-3-Protocolo-18-may-2006.pdf

Haemophilus influenzae tipo b

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

En el año 2006 el SIM ha registrado 2 casos de enfermedad invasiva por *H. influenzae* en menores de 5 años de edad, en el hospital de Basurto, pero desconocemos el serotipo. Son dos aislamientos en sangre.

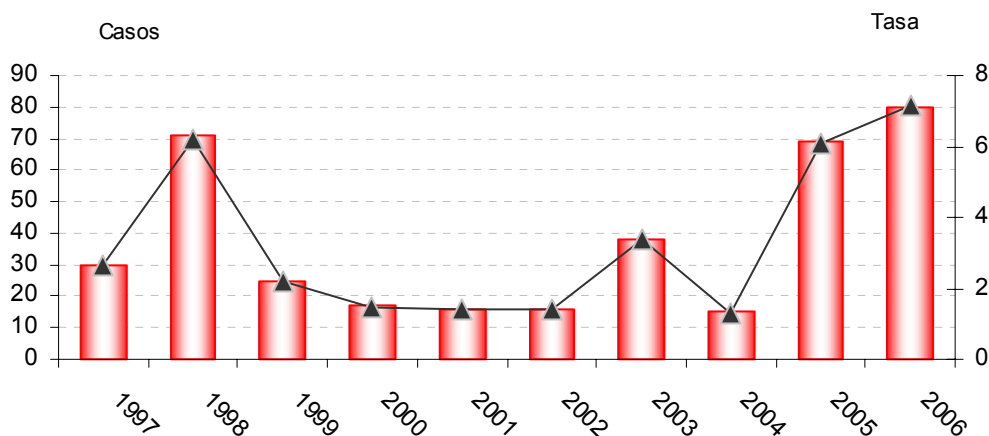
Hepatitis A

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

En el año 2006, ha continuado el aumento de casos de Hepatitis A iniciado en 2005, como se observa en la grafica adjunta. Se declararon 80 casos, lo que supone una tasa de 7,13/100.000 y un índice epidémico de 5. Los casos se reparten a lo largo del año sin una distribución estacional, ocurriendo el 90% de ellos en los tres primeros trimestres. No ha habido ningún brote importante de fuente común y los casos se han presentado asociados a otro caso o en pequeñas agrupaciones de casos en 30 ocasiones; los 50 restantes han sido casos aislados.

Hepatitis A. Casos y tasas en Bizkaia 1997-2006

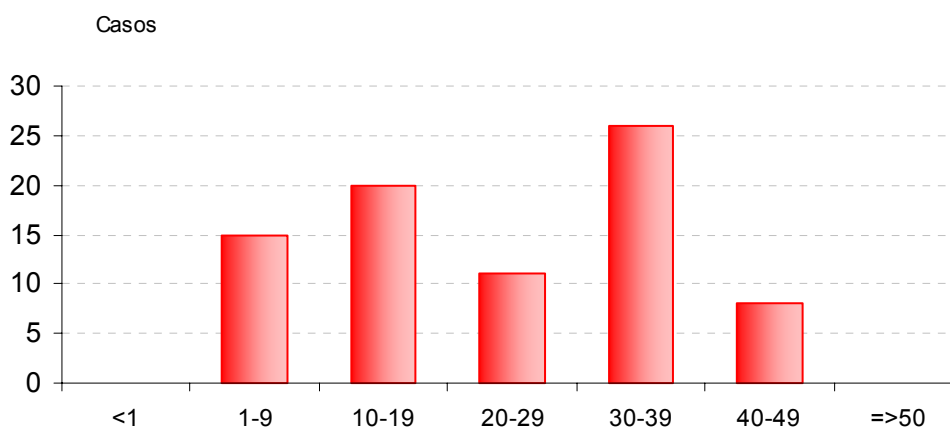
EDO. Bizkaia 2006



Las tasas de hepatitis A por comarca sanitaria oscilan entre 5,5 por 100.000 en Uribe y 9 por 100.000 en Ezkerraldea-Enkarterri.

Sólo se ha dado un caso con edad por debajo de 5 años y las tasas más altas se han presentado en los grupos de edad de 1 a 19 años. Sin embargo, el aumento de casos se desplaza a edades mayores, habiendo 34 casos (43%) en el grupo de 30 a 49 años (anexo 2).

Distribución por grupos de edad de los casos de Hepatitis A EDO Bizkaia 2006.



El factor de riesgo más frecuente es la relación, generalmente familiar, con otro caso confirmado. Otros factores de riesgo identificados han sido los siguientes: antecedente de viaje a zona endémica en el periodo de incubación en 9 casos; antecedente de ingesta de marisco crudo en 5 afectados, aunque en ningún caso se ha podido demostrar la relación causa efecto; en 36 casos no se ha detectado factor de riesgo.

Se ha realizado estudio de contactos en 40 ocasiones, siempre que el diagnóstico y la declaración se han hecho a tiempo de poder aplicar profilaxis con gamma y vacuna a los contactos próximos. Sin embargo, en cuatro personas la profilaxis con gammaglobulina y vacuna no ha evitado la enfermedad.

Hepatitis B Aguda

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

A lo largo del año 2006, a través de los sistemas de información disponibles, hemos registrado 9 hepatitis B agudas lo que supone una tasa de 0,8 casos por 100.000 habitantes. De los 9 casos 1 es mujer y 8 son hombres; las edades varían entre 35 y 75 años con una mediana de 57 años.

En cuanto a los factores de riesgo identificados, cuatro casos tienen como mecanismo probable de contagio la vía sexual y en cinco no se conoce el factor de riesgo.

Hepatitis C

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

Entre las hepatitis C declaradas a través del sistema EDO durante 2006, no ha habido ninguna confirmada en el laboratorio por seroconversión, todas son diagnósticos recientes de hepatitis probablemente antiguas y la mayoría asintomáticas. La incidencia ha sido descendente desde 2002, año en que acordamos una definición más restrictiva de caso (seroconversión o sospecha

de que se trata de una hepatitis de reciente adquisición). El número anual de casos desde 2002 hasta 2006 ha sido 6, 5, 4, 3 y 0 casos respectivamente.

Otras Hepatitis víricas

En 2006 se ha declarado un caso de reinfección de virus Delta en un caso de infección previa con VHB.

Legionelosis

CIE-9: 482.8; CIE-10: A48.1 – A48.2

Este año 2006 se declararon a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia 63 casos de legionelosis, lo que supone una tasa de incidencia de 5,6 por 100.000 habitantes. Excepto un caso que se recuperó por el SIM, el resto ha sido declarado en el momento en que la prueba diagnóstica (Ag en orina) ha sido positiva; en 2 de ellos, además, se ha aislado *Legionella* en el cultivo de esputo. Se ha realizado encuesta epidemiológica a 62 de los 63 casos, la excepción es un paciente diagnosticado en la urgencia, que no ingresó y fue imposible localizar.

Seis casos están relacionados con un brote asociado a la estancia en un hotel-balneario de nuestro Territorio Histórico entre los días 15 y 24 de febrero. Hay un caso posible nosocomial relacionado con un hospital de Bizkaia, y otro se ha relacionado con la frecuentación de un club de alterne que en el año 1999 ya fue origen de un brote.

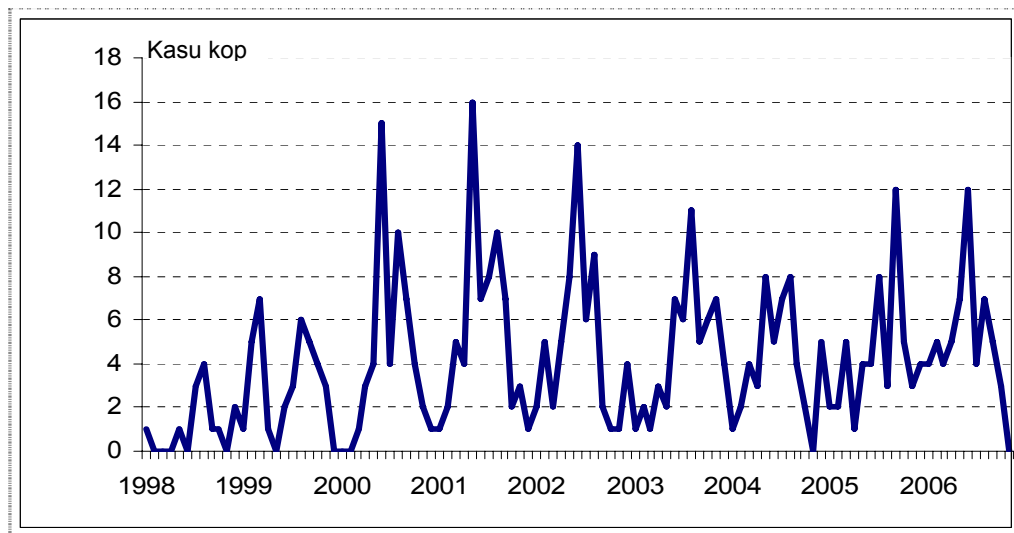
Por comarca sanitaria, las tasas de incidencia en comarca Ezkerraldea-Enkarterri y en Uribe han aumentado con respecto al año anterior. En la comarca Bilbao, también se ha producido un ligero aumento respecto al año anterior y se han dado agrupaciones espacio-temporales. En ninguna de las investigaciones ambientales llevadas a cabo para detectar posibles focos se ha encontrado la fuente de la *Legionella*.

La mediana de edad de los casos declarados ha sido 55 años (33-86 años) los grupos de edad de 50 a 64 años y mayores de 64 años presentan las tasas más elevadas; la razón de sexos (hombre / mujer) fue de 2,5.

Han fallecido 3 pacientes; por el contrario, 3 casos ni siquiera han necesitado ingreso hospitalario.

En la figura siguiente se muestra la distribución temporal desde 1997 a 2006. En este año el mayor número de casos se ha dado en el mes de noviembre.

El factor de riesgo personal más frecuente entre los casos ha sido el consumo de tabaco; el 62% son fumadores de más de 10 cigarrillos/día. 11 (18%) de los casos presentan inmunosupresión, concretamente 2 de ellos son VIH (+).



Lepra

CIE-9: 030; CIE-10: A30

La lepra es una de las enfermedades de declaración obligatoria que, por sus características especiales, sobre todo la duración del tratamiento, es objeto de un registro de casos desde su diagnóstico hasta el alta por curación. Según los datos del Registro Estatal de Lepra, en el año 2006 se notificaron 14 casos incidentes de lepra, de los que 10 son nuevos y 4 son recidivas. Hay 10 hombres y 4 mujeres y ningún caso por debajo de los 14 años. En 10 de los casos incidentes consta el país de procedencia distinto de España: Brasil (3), Filipinas (2), Marruecos (2), Argentina (1), Mauritania (1) y Paraguay (1). Por otro lado, con fecha de enero del 2006, constan en dicho registro 65 casos prevalentes en las distintas CCAA, lo que supone una prevalencia de 0,15 casos por 100.000 habitantes.

En Bizkaia hay dos casos prevalentes y el último caso incidente fue en el año 1999. La posibilidad de transmisión de esta enfermedad es muy baja aunque es previsible que la incidencia pueda aumentar ligeramente debido al incremento de la inmigración de personas procedentes de zonas endémicas. Se debe vigilar el estricto cumplimiento del tratamiento para conseguir la curación del enfermo.

Leptospira

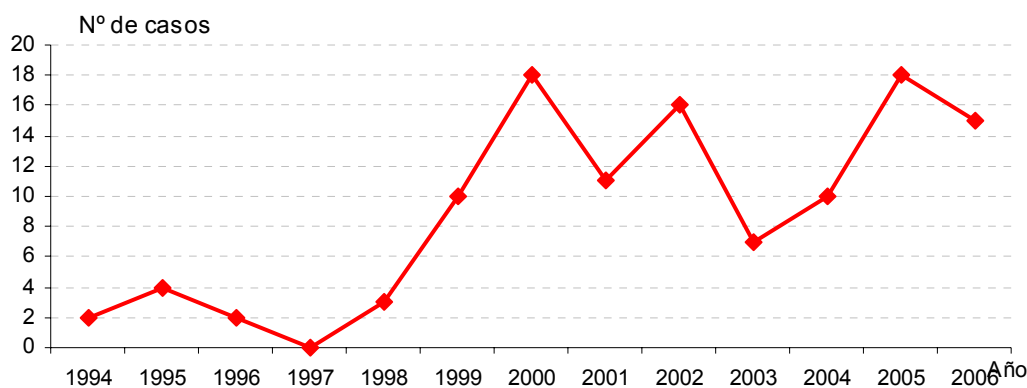
CIE-9: 100; CIE-10: A27

La leptospirosis no es una enfermedad de declaración obligatoria. A través del Sistema de Información Microbiológica en 2006 se han declarado 2 casos, los dos son hombres con más de 75 años de edad, uno de ellos fallecido. Tienen relación con huertas o terrenos alrededor de sus domicilios en los que se han encontrado aguas estancadas y roedores; tras la inspección de las zonas se han realizado campañas de desratización.

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 2006 fue de 15, lo que supone una tasa de 1,3 casos por 100.000 habitantes.



Uno de los casos se produce en una mujer embarazada en las últimas semanas de la gestación, sin afectación del niño, que nace sano tras el tratamiento de la madre. Del resto de los casos, 7 se producen en hombres y 7 en mujeres, de edades comprendidas entre los 34 y 81 años (mediana: 58 años). Se aísla *Listeria monocytogenes* en 11 hemocultivos, 1 en líquido cefalorraquídeo y 3 en otro tipo de muestras. De los 10 casos que cursan con algún factor de riesgo conocido para listeriosis el más frecuente es cáncer, seguido de diabetes y toma de corticosteroides. Tres casos fallecen (letalidad: 20%).

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 declarado 4 casos de serología positiva de *Borrelia burgdorferi*.

En nuestra zona se encuentran garrapatas infectadas con *Borrelia burgdorferi* principalmente en zonas de pinos por debajo de 800 m de altitud, con clima atlántico y con brezo, hierba y/o helecho. Para reducir la exposición a las garrapatas es preciso llevar cubiertas por ropa las extremidades superiores e inferiores cuando se frecuente las zonas infestadas.

Meningocócica, enfermedad

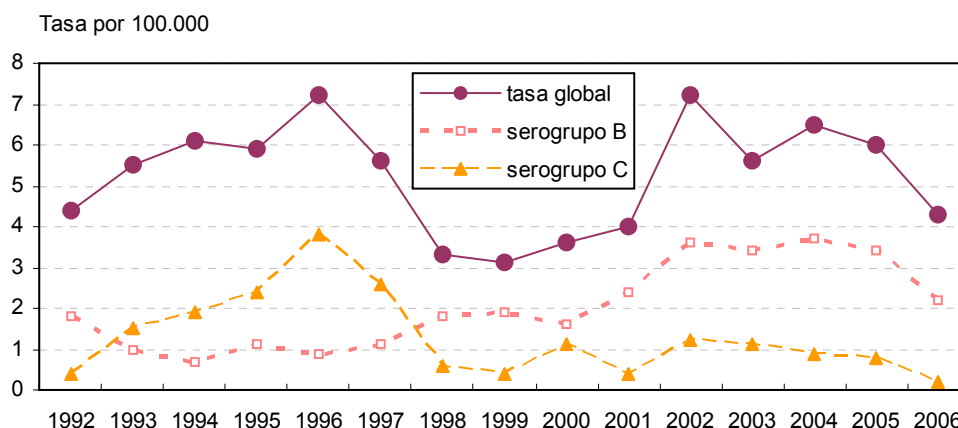
CIE-9: 036; CIE-10: A39

En el año 2006 han sido declarados 48 casos de enfermedad meningocócica en Bizkaia, esto es, una tasa de incidencia de 4,3 casos por 100.000, frente a la tasa de 6 registrada en 2005 (67 casos), lo que supone un importante descenso en la incidencia de la enfermedad.

Se han confirmado microbiológicamente 31 de los 48 casos declarados (65%). En 28 pacientes se ha aislado Meningococo serogrupo B y en 3 serogrupo C. La combinación de serosubtipo predominante entre los meningococos serogrupo B tipados es la B1:P1.14, a la que pertenecen 4 de los 17 meningococos B que han sido tipados (24 %).

Ha fallecido 1 de los 48 enfermos declarados, lo que representa una letalidad del 2,1 %, más baja que la habitual.

Casos de enfermedad meningocócica por año EDO- Bizkaia 1992-2006



Este año sólo se han producido 3 casos de enfermedad meningocócica por meningococo C, lo que supone una tasa de 0,2 por 100.000, la más baja de la década. Uno de estos casos fue una niña de 5 años correctamente vacunada y los otros 2 casos fueron adultos.

Son destacables las diferencias observadas en las tasas de incidencia comarcales: Interior y Uribe presentan tasas de 1,5 y 3 casos por 100.000 habitantes, respectivamente, mientras que Bilbao y Ezkerraldea-Enkarterri tienen 5,4 y 6,2.

Casos de enfermedad meningocócica por grupos de edad y serogrupo. EDO. Bizkaia. 2006

Grupo de edad	Casos confirmados microbiológicamente			Casos probables (microbiología neg.)	Total	Tasa por 100.000	N fallecidos/ Letalidad %	
	B	C	Otros					
<10 años	16	1	-	11	28	34,1	0	0,0
10-19 años	4	0	-	1	5	4,9	0	0,0
20-39 años	1	0	-	4	5	1,4	0	0,0
>39 años	6	2	-	2	10	1,7	1	10,0
TOTAL	27	3	-	18	48	4,3	1	2,1

El Centro Nacional de Epidemiología ha informado en el año 2006 de una tasa de enfermedad meningocócica para todo el Estado de 1,75 casos por 100.000 habitantes, y una letalidad del 9,2%. Las tasas varían entre las distintas Comunidades Autónomas en un rango entre 0,64 en Aragón y 5,76 en Cantabria. El País Vasco presenta una tasa de 3,13.

Meningitis víricas

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

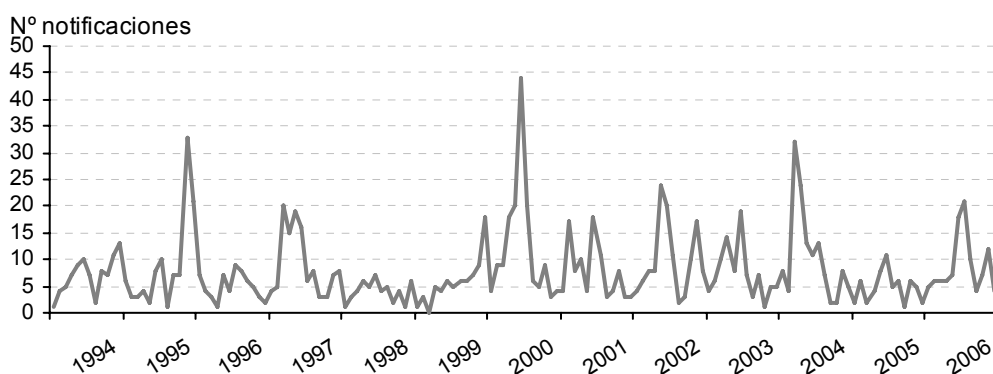
La principal causa del cuadro de meningitis aséptica son los virus, y en la actualidad los enterovirus son el grupo más frecuente. Dentro de este grupo se incluyen los poliovirus (3 serotipos), los virus Coxsackie, los virus ECHO y los enterovirus 68-71. Otros virus que también pueden producir este cuadro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

Desde el año 2004 el SIM aporta información sobre los aislamientos de enterovirus en LCR. En 2004 se declararon 20 aislamientos, en 2005 hubo 15 y en 2006 se alcanzó la cifra de 55, siendo 42 virus ECHO y 6 virus Coxsackie. El 55% de los aislamientos se produjo entre mayo y junio, con máximo de 17 aislamientos en junio. El 89% de los afectados tenían menos de 10 años.

En 2006 el Registro de Altas hospitalarias recoge 106 ingresos por meningitis vírica, de los que 51 son coriomeningitis linfocitarias (CIE-9:049.0) y el resto meningitis enterovíricas (CIE-9:047-047.9). El 31% eran menores de 10 años.

Como muestra la gráfica, desde el año 1994 se producen picos de mayor incidencia cada 4-5 años. La altura máxima se alcanzó en 2000, año en el que hubo 155 ingresos por esta causa.

Meningitis vírica por enterovirus. Hospitales de Osakidetza.
CMBD Bizkaia. 1994-2006.



Un 37 % de los ingresos se produjeron entre junio (18 ingresos) y julio (21 ingresos).

Durante 2006 en el grupo de otras meningitis víricas se ha registrado 1 meningitis vírica en un joven de 16 años que ingresó por varicela, 3 meningitis por herpes zoster en tres personas de 43, 50 y 61 años, de las que 2 presentaban inmunosupresión, y una meningitis por herpes simple que afectó a una mujer de 23 años con una enfermedad sistémica. No ha habido ningún ingreso por meningitis urliana, ni meningitis por poliovirus; tampoco se ha identificado ninguna meningitis por adenovirus.

Meningitis bacterianas

CIE-9: 320.0-320.9, 0360, 0270

Durante 2006 se han registrado 72 altas en los hospitales de Osakidetza en las que el motivo de ingreso (diagnóstico principal) o el diagnóstico secundario fue una 'meningitis bacteriana'; esto supone una frecuentación hospitalaria de 6,4 por 100.000 habitantes. Esta tasa es similar a la presentada en años anteriores (1996-2004). La letalidad ha sido de 9,7% oscilando entre el 66,7% de la meningitis por listeria y el 5,3% de la producida por N meningitidis.

Número de casos, tasa de frecuentación y letalidad hospitalaria por meningitis bacteriana. Bizkaia. CMBD. 2006

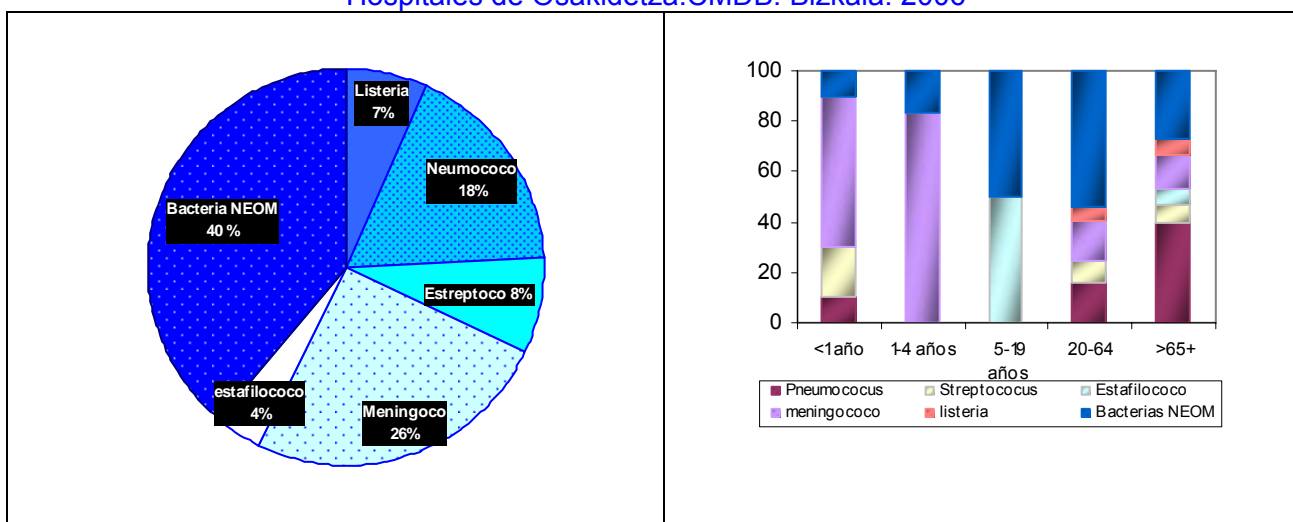
	N casos	Tasa	Fallecidos	Letalidad
<i>Haemophilus</i> (CIE-9:3200)	0	-	-	-
<i>Neumococo</i> (CIE-9:0360)	13	1,16	1	7.7%
<i>Estreptococo A</i> (CIE-9:3202)	6	0,53	0	-
<i>Estafilococo</i> (CIE-9:3203)	3	0,27	0	-
Otras bacterias(CIE-9:3209)	28	2,49	3	10.7%
<i>Meningococo</i> (CIE-9: 0360)	19	1,69	1	5.3%
<i>Listeria</i> (CIE-9: 0270)	3	0,27	2	66.7%
Total Casos	72	6,41	7	9.7
Mediana 1996-2004	59	5,3	5	6.8%
Rango 1996-2004	(46-74)	(3,9-6,6)	(2-7)	(4,7-13,3)

Tasas de incidencia por 100.000 habitantes

En el 40% de las meningitis no se especifica el tipo de bacteria causante, lo que puede deberse a la ausencia de crecimiento bacteriano por tratamiento antibiótico, a que el alta se produce antes de la confirmación del laboratorio, o a una codificación incorrecta. En los casos en los que se identifica la bacteria causante, en el 44% el agente es un meningococo, en el 30% es un neumococo, en el 14% es estreptococo. El estafilococo y la listeria son responsables cada uno de ellos de un 7%.

En los gráficos siguientes se representa la etiología de las meningitis y su porcentaje relativo según la edad de los afectados. En los menores de un año se produce el mayor número de meningitis por estreptococo; el meningococo afecta principalmente a los niños y el neumococo afecta sobre todo a los adultos de más edad, al igual que la listeria.

Etiología de las meningitis bacterianas según la bacteria y el grupo de edad. Hospitales de Osakidetza.CMDB. Bizkaia. 2006



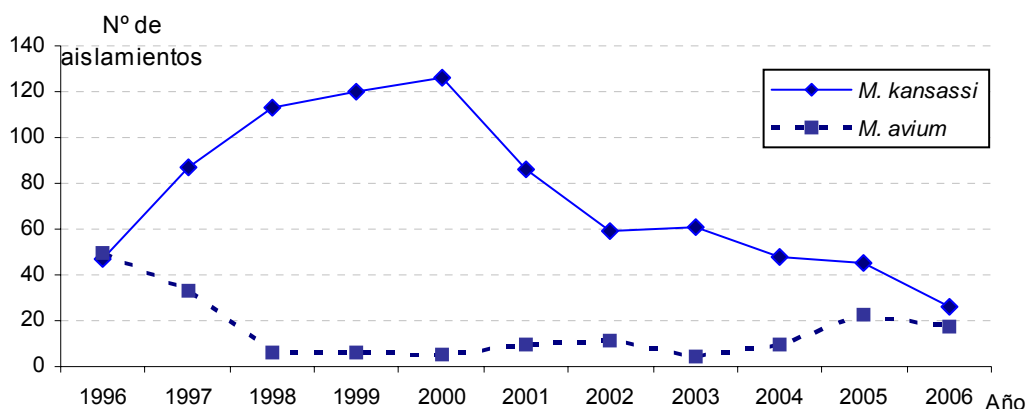
Micobacterias no tuberculosas

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

M. avium se aisló en 17 pacientes, y *M. gordonae* en 14.

Aislamientos de *M. kansasii* y *M. avium*
SIM Bizkaia 1996-2006

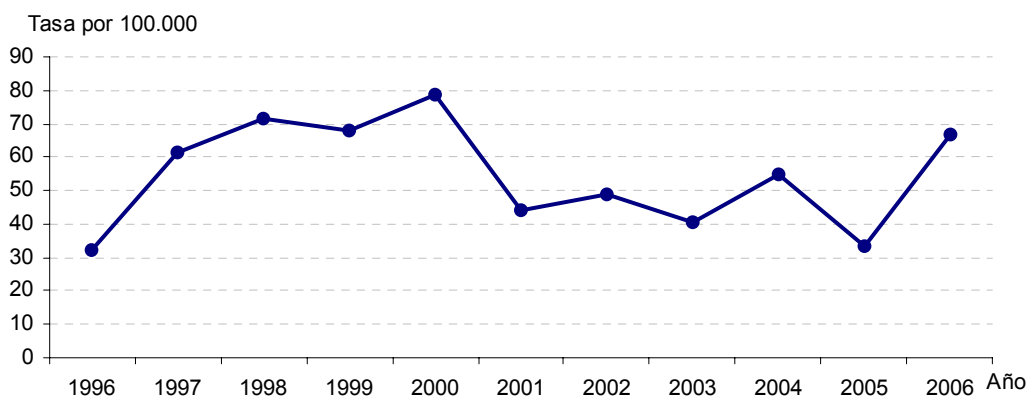


Neumocócica, enfermedad

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

A través del Sistema de Información Microbiológica hemos detectado 28 casos de enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae* en niños menores de 5 años en Bizkaia, 3 de ellos aislados en LCR y hemocultivo; el resto sólo en hemocultivo. Esto supone una tasa de 66,9 casos por 100.000 para este grupo de edad.

Tasa de enfermedad neumocócica invasora en menores de 5 años
Bizkaia. Años 1996 a 2006



Hemos revisado las historias clínicas de los 16 casos declarados por el hospital de Cruces. Son 9 niños y 7 niñas cuya mediana de edad es de 15 meses. La forma clínica es neumonía en 6 casos, meningitis en 3 y el resto cursan como bacteriemias. Diez casos ingresan y el resto son atendidos en Urgencias y dados de alta. Conocemos el serotipo de 11 de los neumococos aislados, 3 de los

cuales pertenecen a alguno de los incluidos en la vacuna conjugada antineumocócica; los otros 8 pertenecen a serotipos distintos. Cinco de los niños estaban vacunados con vacuna conjugada, uno de los cuales pertenecía a grupo de riesgo con indicación de vacunación.

Por lo que respecta al conjunto de la población, en Bizkaia, en el año 2006, se produjeron 651 altas hospitalarias por neumonía neumocócica [CIE-9: 481 en los dos primeros diagnósticos] en el conjunto de Osakidetza; de éstas, 413 (63%) se produjeron en **mayores de 64 años**, lo que supone una tasa de 196,5 por 100.000 en este grupo de edad. Además, en 2006 hubo 14 sepsis por neumococo (9 en mayores de 64 años) y 15 ingresos por meningitis (7 en mayores de 64 años).

Paludismo / Malaria

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

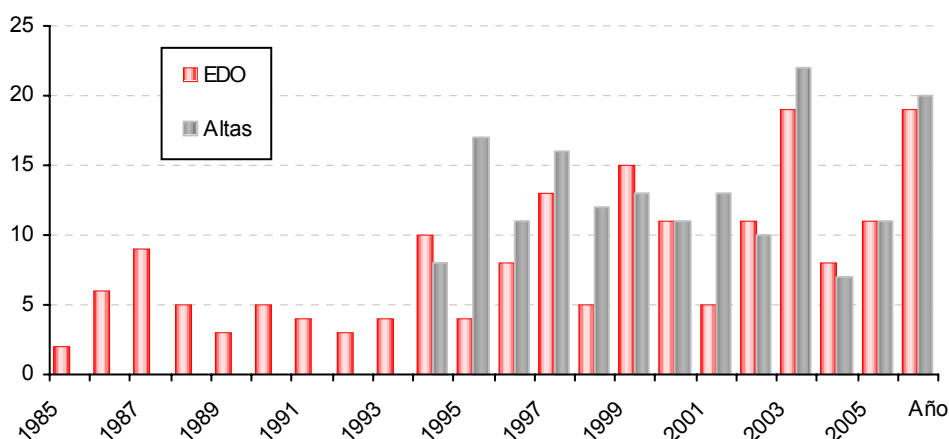
En el año 2006 se han declarado 19 casos de paludismo al sistema EDO, 11 mujeres y 8 hombres, de edades comprendidas entre 2 y 55 años.

Se ha identificado *Plasmodium* en 17 ocasiones: 1 *Plasmodium sp*, 1 *Plasmodium ovale*, y en los 15 restantes *Plasmodium Falciparum*.

Ninguno de los casos había tomado quimioprofilaxis correctamente. En 4 ocasiones el motivo del viaje de los afectados fue laboral o turístico y en el resto son personas que viven en Bizkaia pero acuden de viaje a sus lugares de origen, zonas endémicas de paludismo, sin tomar quimioprofilaxis.

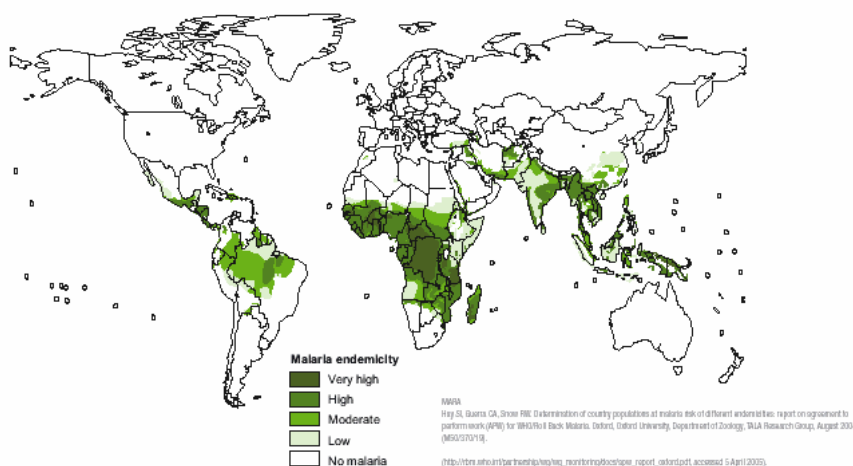
El lugar origen de la infección es, en todos los casos, un país africano: 12 Guinea Ecuatorial, 1 Guinea Bissau, 3 Nigeria, 1 Congo, 1 Mauritania y 1 Mali-Niger.

Número de casos de paludismo 1985-2006
EDO y CMBD Bizkaia



En el año 2005 se publicó el “Informe sobre el Paludismo en el Mundo 2005” preparado por la OMS y UNICEF. El paludismo es la causa de la muerte de más de un millón de personas anualmente y constituye un riesgo para 3.200 millones de personas. El objetivo mundial del plan que se presenta en este informe es reducir a la mitad la mortalidad por paludismo para 2010 y nuevamente para 2015. Las medidas que han mostrado eficacia son: el uso de mosquiteros tratados con insecticidas, el tratamiento preventivo intermitente de las mujeres embarazadas y el tratamiento con antipalúdicos eficaces.

Malaria Transmission

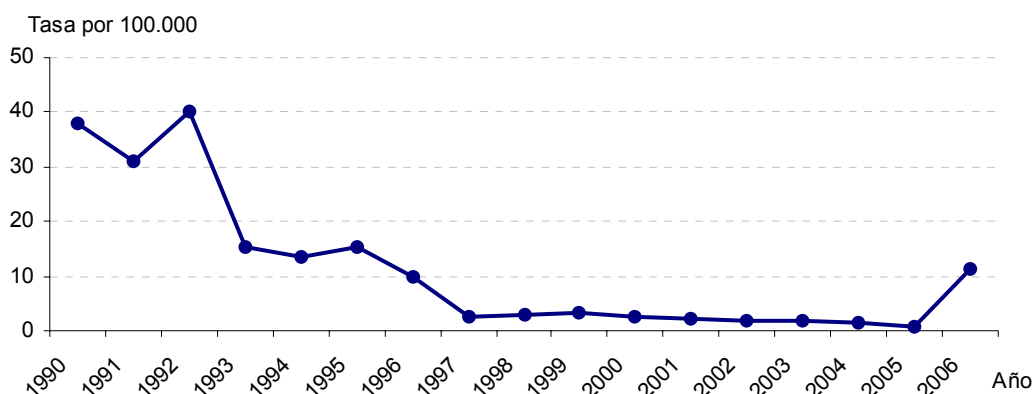


Parotiditis vírica (paperas)

CIE-9: 072; CIE-10: B26

En el año 2006 se han declarado 127 casos de parotiditis vírica. Esto supone un aumento importante comparado con los años anteriores; el Índice Epidémico 2 pasa de 0,45 a 6,35.

Tasa de parotiditis vírica por año EDO Bizkaia 1990-2006



77 de estos casos pertenecen a un brote centrado en un municipio de Ezkerraldea-Enkarterri en abril y mayo, que afectó también, en menor medida, a algunos otros municipios de la comarca. 59 casos estaban correctamente vacunados, y otros 5 habían recibido alguna dosis de vacuna. Se obtuvieron muestras para serología de IgM en 58 de los 63 casos confirmados (92%). La IgM fue positiva en el 9% (5/58) y la IgG en el 96% (43/45) de las muestras analizadas respectivamente. Se obtuvieron resultados para PCR en 27 muestras de saliva, de las que 10 fueron positivas. El virus identificado fue el virus de parotiditis genotipo G1.

Los resultados obtenidos en las pruebas analíticas nos hacen replantearnos el valor de la IgM como prueba diagnóstica en poblaciones con altas coberturas de vacunación, ya que resultaba negativa en muchos casos vacunados confirmados clínica y epidemiológicamente e incluso con identificación del virus en saliva.

Además del brote descrito, se han dado otros agrupamientos, y casos aislados. A final de año se ha observado un repunte de la incidencia, esta vez en población de más edad (18-20 años). Tanto en 2006 como en los primeros meses de 2007 se produjeron brotes y un aumento generalizado de la incidencia prácticamente en todas las CCAA.

Peste

CIE-9: 020; CIE-10: A20

La peste es una zoonosis que afecta sobre todo a animales pequeños y sus pulgas, pero la bacteria que la causa (*Yersinia pestis*) también puede infectar al ser humano. Su transmisión entre animales y el ser humano puede darse por la picadura de las pulgas infectadas, contacto directo e inhalación o, más raramente, ingestión de materiales infecciosos. La peste humana puede ser muy grave, con una letalidad del 30-60% si no se trata.

La peste es endémica en muchos países de África, en la antigua Unión Soviética, las Américas y Asia, pero es en África donde se están produciendo brotes en este siglo. En el año 2006 se declaró un brote de peste neumónica a la OMS en la zona norte de la República Democrática del Congo con 1.174 personas afectadas y más de 50 fallecidos.

Poliomielitis

CIE-9: 045; CIE-10: A80

Desde que en 1988 la Asamblea Mundial de la Salud decidió erradicar la polio del mundo, el número de países con polio endémica ha descendido de 125 (1988) a 4 en 2006 (Nigeria, India, Afganistán, Pakistán). En 1994 la Región de las Américas obtuvo el certificado de erradicación de la poliomiélitis, en 2000 fue la Región del Pacífico Occidental, y en 2002 la Región Europea.

En el momento actual se mantiene una epidemia en el norte de Nigeria y otra que afecta al oeste de la India. En 2006 el norte de Nigeria ha registrado la mayoría (1.077) de los 1.912 casos totales mundiales, el 75% de los casos se han diagnosticado en el primer semestre del año 2006, probablemente debido a que durante el segundo semestre se han aumentado las vacunaciones y han disminuido los casos. En este país para el año 2007 se ha priorizado la intervención en tres zonas con un déficit de coberturas en las campañas mayor del 25%.

A la India le corresponden un tercio de los casos (643 sobre 1.912) declarados en 2006. Las perspectivas para interrumpir la transmisión del poliovirus tipo 1 para el año 2007 son muy buenas, debido a la gran inmunidad de la población y al uso a gran escala de la vacuna oral monovalente tipo 1. Parece que el problema se ha producido por un déficit de inmunidad en los menores de 2 años, la alta densidad de población, las grandes cohortes de nacimiento y la debilidad del sistema sanitario. La estrategia que se pondrá en marcha en 2007 son campañas de vacunación cada 4 semanas, teniendo como población diana a los niños menores de 3 años en los distritos en los que se mantiene la transmisión de polio salvaje.

En Afganistán se han declarado 31 casos y 39 en Pakistán, y persiste la transmisión transfronteriza.

De los 26 países previamente libres de polio y re infectados desde 2003, solo 9 continúan declarando casos en el segundo semestre de 2006. Estos países re infectados han declarado solo el 6% de los nuevos casos de polio en el mundo (comparando con cerca del 60% en 2005).

En la memoria del año pasado se comunicó que en 2005, mediante el sistema de vigilancia de parálisis flácidas, solo se habían analizado contactos de un caso posible residente en Cantabria, escolarizado en Bizkaia. Al finalizar cada año, como sistema de control e indicador de calidad,

se revisan los diagnósticos de parálisis flácida en menores de 15 años que aparecen en la base de datos del registro de altas hospitalarias. La revisión realizada en 2006 nos hizo descubrir 2 casos de parálisis flácidas de 2005 que no se habían declarado.

La revisión de las altas del año 2006, ha detectado 2 nuevos diagnósticos de Síndrome de Guillain Barré que no habían sido declarados.

Los casos son un niño de 7 años con parálisis de 4 extremidades y una niña de 3 años ambos ingresados en febrero. El diagnóstico en ambos casos ha sido Síndrome de Guillain Barré. Tras la revisión de estas dos historias clínicas no se ha encontrado ninguna circunstancia que justificara la no declaración, pero la detección tardía no ha permitido la realización del protocolo de contactos.

Las indicaciones de la OMS y la propia situación de la polio, con un resurgimiento actual en la zona africana y el cambio social de nuestra zona, con una mayor recepción de emigrantes, hacen necesario mantener la vigilancia de esta enfermedad y que no se produzcan omisiones en la declaración de casos de parálisis flácida.

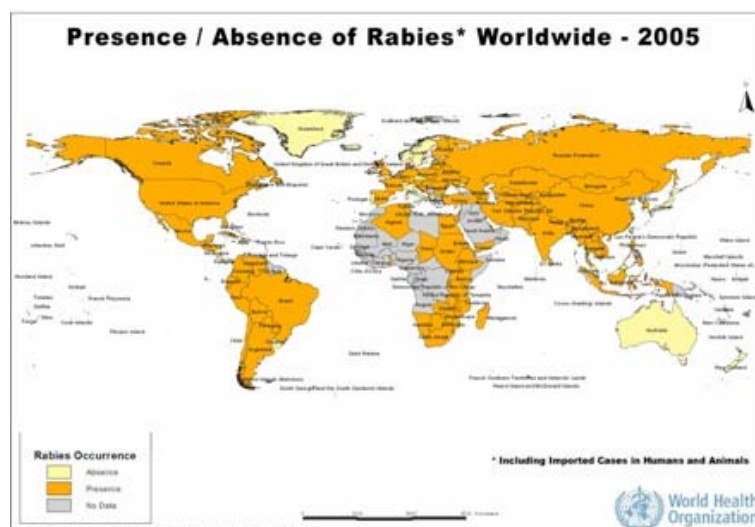
Rabia

CIE-9: 071; CIE-10: A82

En 2006 se ha diagnosticado un caso rabia en un perro agresor en Ceuta. En Bizkaia durante este año se ha proporcionado vacuna antirrábica a 6 personas, 2 por haber sido expuestas a mordeduras de animales en países con rabia y 1 persona agredida por un murciélago en un municipio de nuestro TH; además se indicó vacuna preexposición a 3 personas, 2 con riesgo laboral y otro por viajar al sudeste asiático en bicicleta.

La publicación del decreto 101/2004 sobre tenencia de perros, hace que los ayuntamientos deban remitir a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica la notificación del incidente de agresión. Se han recibido en esta Unidad 42 notificaciones de agresión, correspondientes a 10 municipios de Bizkaia.

En el mapa de la OMS se puede observar la amplia presencia de rabia en el mundo; muy pocos países están libres de rabia.

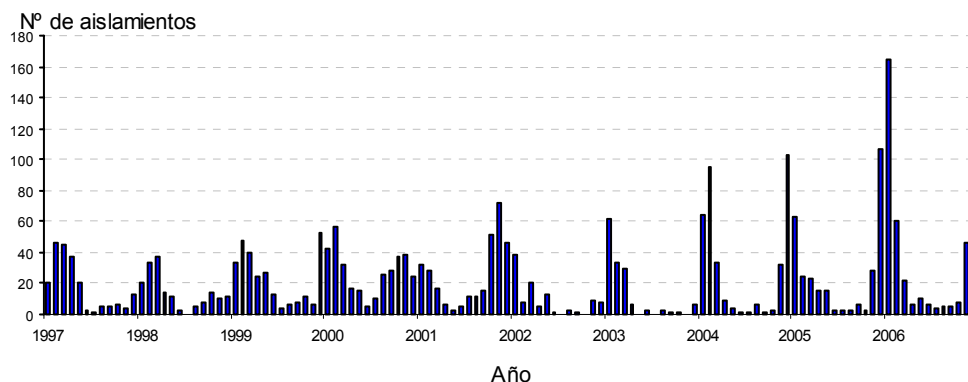


Rotavirus

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

Durante el año 2006, a través de Sistema de Información Microbiológica, se declararon 421 aislamientos, 127 más que el año anterior. Enero de 2006 es el mes con mayor número de aislamientos de toda la serie analizada (10 años). Tal como se observa en la gráfica, el gran número de aislamientos de este año se debe a que prácticamente han coincidido en el mismo año los dos picos de máxima incidencia anuales.

Distribución por mes de aislamientos de rotavirus notificados
SIM - Bizkaia 1997-2006



El 98 % de los casos declarados son menores de 9 años de edad, concretamente el 51% menor de un año.

En el registro de altas hospitalarias se han registrado 57 ingresos con aislamiento de rotavirus, los mismos que el año anterior. Todos los ingresados son menores de 10 años; el 63% es menor de un año.

Tanto los aislamientos como los ingresos son más frecuentes en los meses fríos; el 89% se producen entre noviembre y marzo con máxima incidencia durante el mes de enero, mes en el que hubo 164 aislamientos y 15 ingresos.

Rubéola

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

En el año 2006 a través del sistema EDO se ha declarado un único caso de rubéola, en una mujer de 66 años. A través del SIM se nos notificaron 8 casos, que fueron finalmente descartados.

La vacuna contra la rubéola está 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 31 años) y de los varones de cohortes nacidas a partir de 1981 (menores de 25 años) están vacunados con una o dos dosis de vacuna antirubéola. 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.

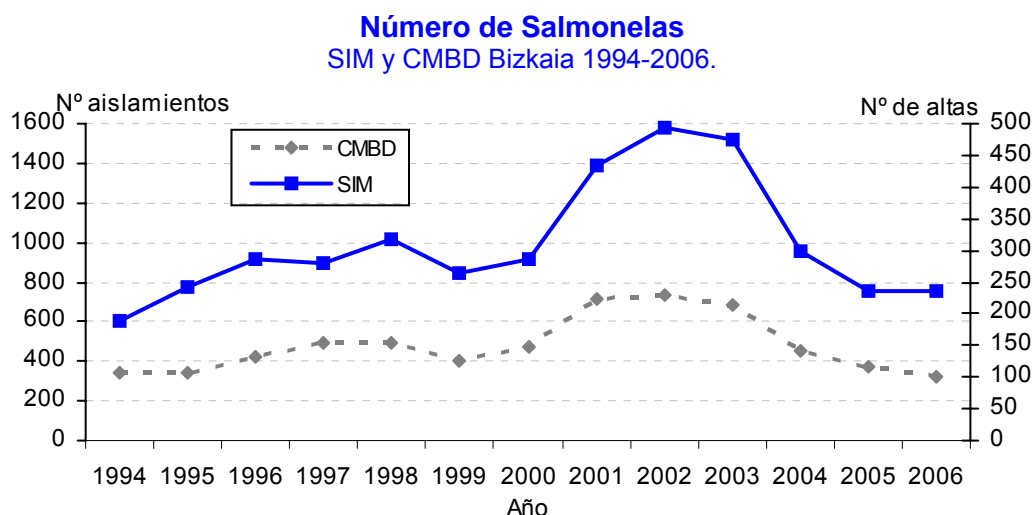
En 2006, atendiendo a las recomendaciones de la OMS, se ha actualizado el protocolo de vigilancia de la rubéola y síndrome de Rubéola congénita (SRC). Entre otras actuaciones, se recoge la declaración urgente de las sospechas de rubéola, y la recogida de muestras para genotipado del virus.

Respecto a la rubéola congénita (SRC), durante al menos los últimos 19 años, no se ha declarado ningún caso en Bizkaia.

Salmonelosis

CIE-9: 003; CIE-10: A02

El número de aislamientos declarados al SIM en 2006 ha sido de 750, similar al año 2005. Se confirma la tendencia descendente registrada en los últimos años. Los serotipos más frecuentes son Enteritidis (62%) y Typhimurium (9%). La población más afectada es la menor de 10 años (44 %).



En cuanto a la morbilidad hospitalaria, que da idea de la gravedad de la enfermedad, también se observa cierta estabilidad con respecto a 2005. El porcentaje de ingresos en los menores de 15 años es del 10%, y el de los mayores de 65 del 33%. Constan dos fallecimientos en el hospital por esta causa.

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 Estado Español se propuso como objetivo eliminar la morbilidad y mortalidad debida a sarampión para el año 2005. En la CAPV, desde el año 2001, la aparición de un caso sospechoso se considera “brote” y se debe poner en marcha el protocolo de actuación establecido.

En el año 2006, han tenido lugar brotes de sarampión en 13 Comunidades Autónomas del Estado, alguno de ellos con un número muy elevado de casos. En estos brotes se han identificado los genotipos B3, D4 y D6.

En enero de 2006, una niña enferma de sarampión, residente en La Rioja, consultó en el Servicio de Urgencias del Hospital de Basurto. Se puso en marcha el protocolo de actuación y, dentro de las medidas adoptadas, se indicó vacuna triple vírica (TV) a 21 susceptibles de los 51 contactos censados. No hubo ningún caso secundario.

Entre febrero y abril de 2006, se notificaron otras 5 sospechas de sarampión. Todas ellas fueron descartadas tras aplicar el protocolo.

En este contexto, la vacunación cobra especial importancia para lograr la eliminación del sarampión en nuestro medio. Siguiendo las recomendaciones de la OMS y del CNE, en octubre de 2006 se tomó la decisión de ofrecer la vacuna TV a grupos de población especialmente susceptibles o con especial riesgo de transmisión a otros:

- Personal sanitario.
- Cohortes nacidas entre 1976 y 1981, y entre 1997 y 1999, por observarse mayor número de susceptibles en las encuestas de seroprevalencia.
- Otros grupos vulnerables: colectivos marginales, adultos jóvenes y niños procedentes de países con menor tradición de vacunación con triple vírica, etc.

Además, se deben mantener altas las coberturas de vacunación con TV, a los 12 meses y 4 años de edad, así como la vigilancia e intervención ante todos los casos sospechosos.

SARM (Estafilococo Áureo Resistente a Meticilina)

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

Durante el año 2006 no se ha declarado ningún brote de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina.

Se han notificado 817 aislamientos en el SIM, un aumento muy importante respecto al año anterior (552 aislamientos).

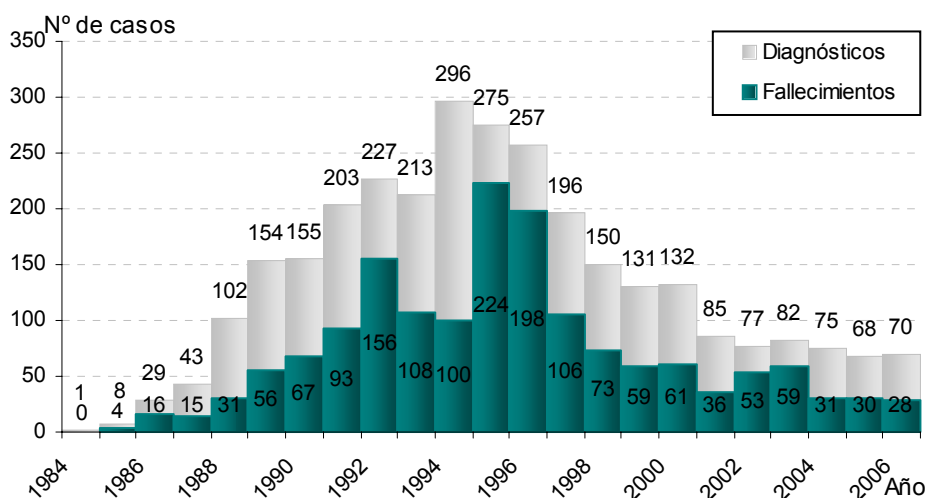
SIDA y VIH

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 2006 se han diagnosticado 70 casos de SIDA. El número acumulado desde 1984 hasta 2006 es de 3.029 casos; de estos han fallecido 1.604.

Casos de SIDA diagnosticados y casos de SIDA fallecidos.

Bizkaia. 1984-2006 Plan de Prevención y Control del SIDA

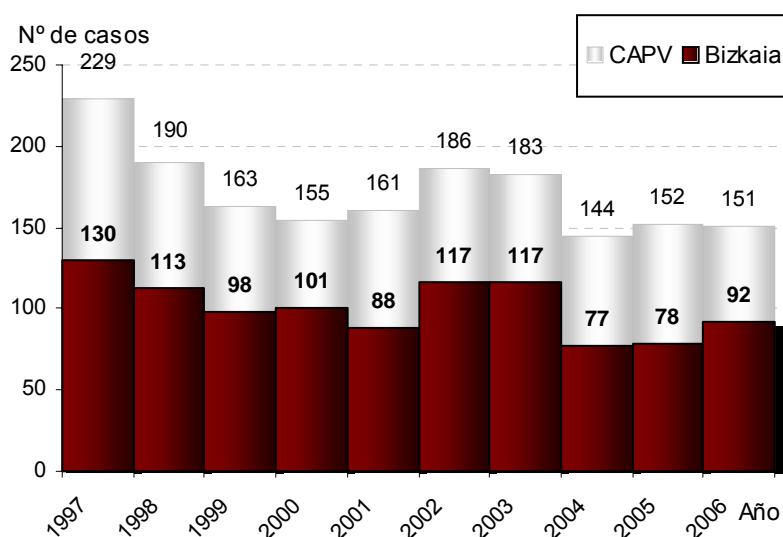


La evolución en el tiempo en el TH de Bizkaia, tanto del número de casos diagnosticados como de la letalidad, es muy semejante a la de la CAPV y al resto del Estado, con el pico de máxima incidencia en 1994.

De los 70 diagnósticos de SIDA durante el año 2006, 47 son hombres y 23 mujeres. Los mecanismos de transmisión identificados entre los nuevos casos de SIDA presentan ligeras variaciones con respecto al año 2005. Así, el 35,7% de los nuevos diagnósticos son usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) frente al 55,8 del 2005. En el 47,1% la transmisión es heterosexual frente al 35,3% del año 2005; la transmisión homo/bisexual también ha aumentado, 15,7 % frente al 7,4% en 2005.

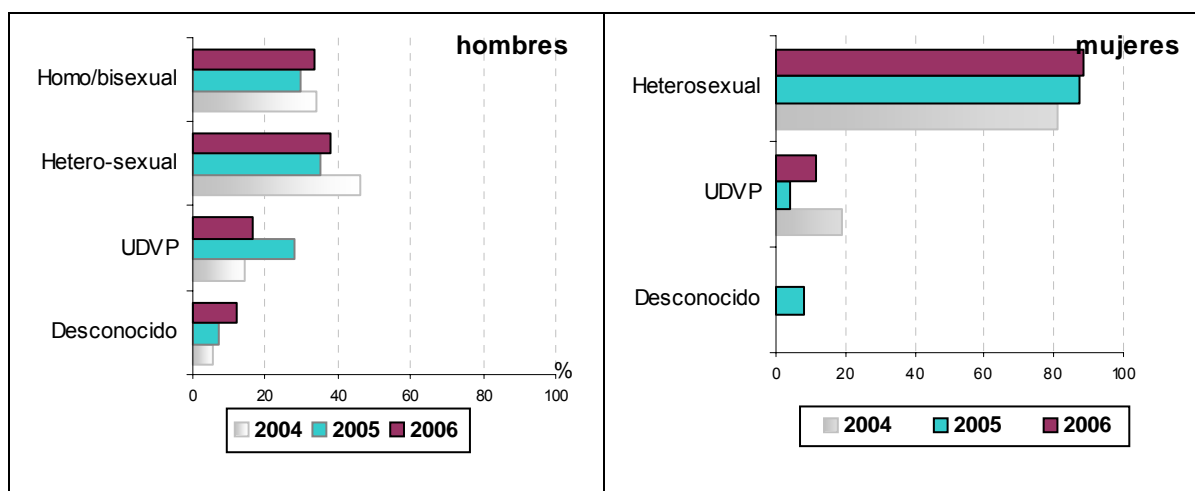
El “Registro de casos de SIDA” se inició en 1987. Desde enero de 2002 existe un “Sistema de Vigilancia de Nuevas Infecciones por VIH” cuyo objetivo es registrar los nuevos diagnósticos de infección por este virus y conocer de forma fiable como se está propagando actualmente el VIH en nuestra comunidad.

Casos de VIH diagnosticados.
CAPV y Bizkaia. 1997-2006. Plan de Prevención y Control del SIDA



Durante 2006 se han diagnosticado 92 nuevas infecciones por VIH en Bizkaia. El 71,7 (66) son hombres; la media de edad de los casos nuevos es de 37,6 años en los hombres y 33,5 en las mujeres.

VIH. Mecanismos de transmisión
Bizkaia. 2004-2006 Plan de Prevención y Control del SIDA



El 76,1% de los nuevos infectados ha adquirido la infección a través de la vía sexual (homo o heterosexual) y el 15,2% a través de la vía parenteral; en un 8,7% de las ocasiones el mecanismo de transmisión es desconocido. Las diferencias por sexo se observan en el gráfico anterior.

En el 31,1% de los casos, el diagnóstico de VIH coincide con el de SIDA. Esta circunstancia se da en el 25,0% de los hombres y en el 46,2% de las mujeres.

El 37% 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 registra el número de sífilis declarado desde Atención Primaria y la información generada por el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual. El número de casos de sífilis declarados ha sido de 37; 12 de ellos proceden de dicho centro.

Los laboratorios de Microbiología de Bizkaia declaran 76 serologías positivas para *Treponema pallidum*, frente a las 61 del año anterior. El 70% de los pacientes son hombres y más de la mitad (51% de los casos) corresponden a los grupos de edad de 30 a 49 años.

Tétanos

CIE-9:037, CIE-10: A35

En 2006 a través de las altas hospitalarias hemos recogido dos casos de tétanos: un hombre de 78 años y una mujer de 75. No consta la situación vacunal previa de los afectados y sólo conocemos el antecedente de una herida ocurrida tras una caída que pudo ser la puerta de entrada en uno de los afectados. La mujer falleció tras estar una semana ingresada.

Desde 1996, en Bizkaia han sido declarados al sistema EDO 11 casos de tétanos, 4 mujeres y 7 hombres. Excepto dos afectados que tenían 37 años de edad, los demás eran todos mayores de 64 años.

La vacuna del tétanos induce una buena y duradera protección contra la enfermedad. Actualmente expertos de la OMS están valorando la conveniencia de disminuir el número de dosis de recuerdo de esta vacuna por considerar que no son necesarias y no ofrecen beneficios añadidos. Es posible, por tanto, que se produzcan modificaciones en el calendario vacunal en un futuro próximo. A la vista de las edades de los casos sucedidos en Bizkaia en los últimos años, es importante vacunar a toda la población que nunca ha sido vacunada (primovacunación), especialmente a los adultos.

Tos ferina / *Pertussis*

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

En el año 2006, con 6 casos de Tos ferina declarados, se da la tasa más alta de los últimos años. En el anexo 2 se resumen los datos epidemiológicos más relevantes.

El diagnóstico ha sido por aislamiento en un caso y por PCR positiva en 4 casos. Cinco son lactantes menores de dos meses que todavía no habían iniciado la vacunación y uno tenía 8 meses de edad, pero tampoco estaba vacunado.

Aunque todos han sido casos aislados y pertenecientes a municipios alejados entre sí, 5 de ellos han ocurrido en los meses de abril y mayo. Han precisado hospitalización 5 de los niños.

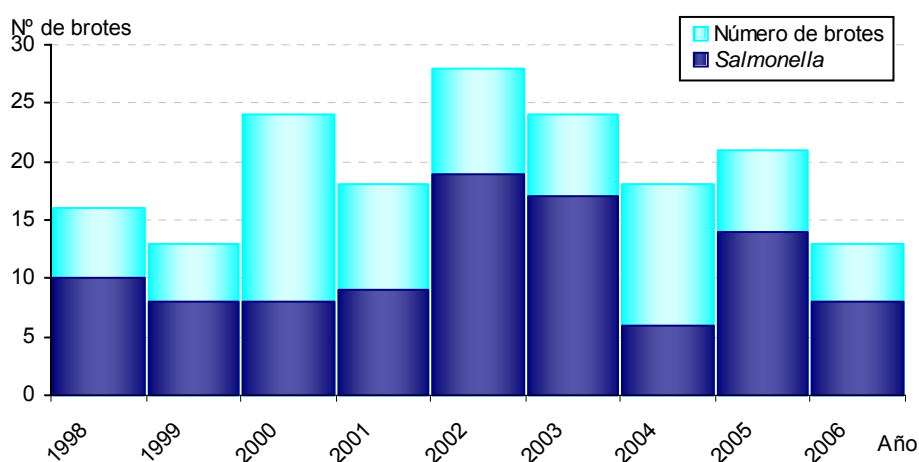
Toxiinfecciones de origen alimentario (TIAs)

Durante el año 2006 han sido investigados en la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia 13 brotes de TIA con al menos 77 personas afectadas. El número de brotes y el de afectados ha disminuido con respecto a 2005. Sin embargo, el número y porcentaje de hospitalizados este año es superior. Hubo 17 ingresados (22%), todos con infección por salmonela.

En todos los brotes el alimento fue elaborado en un establecimiento público, 10 en bares y/o restaurantes y 2 en pastelerías. En tres ocasiones el alimento se consumió en un lugar diferente al de su elaboración (domicilio o centro escolar). Excepto en una ocasión que hubo transmisión persona-persona, en el resto la transmisión fue alimentaria. El alimento implicado se identificó en 9 brotes: huevo (7) y carne/vísceras (2). El germen o toxina implicado fue: *Salmonella Enteritidis* (8), toxina estafilocócica (1) y bacilus cereus (1). La salmonela se aisló en muestras biológicas de los afectados de siete brotes. En los alimentos implicados en los brotes en dos ocasiones se identificó salmonela (croquetas y hamburguesas), en otra ocasión bacilus Cereus (pastel) y en otro brote, toxina estafilocócica (micuit de pato).

La gráfica refleja el número de brotes, especialmente los producidos por salmonela. Del total de afectados durante 2006, 45 (58%) están relacionados con salmonela.

Toxiinfecciones alimentarias global y por *Salmonella*
Bizkaia. Año 1998-2006



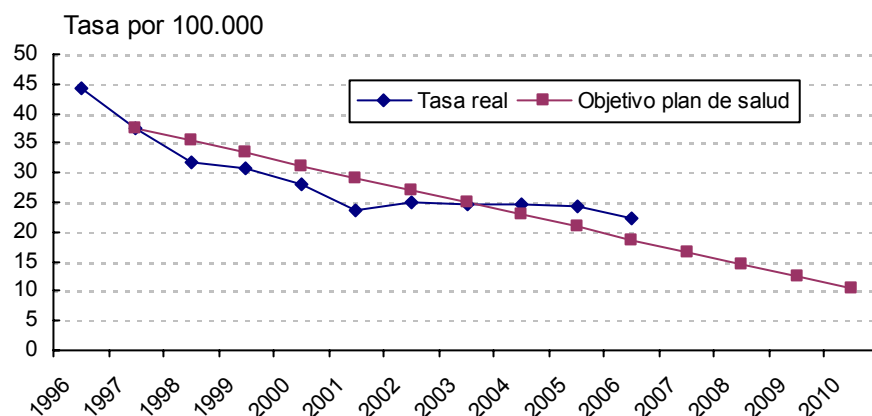
Se investigó un brote en una residencia de ancianos en abril. No se identificó el agente causal aunque por la clínica y evolución del brote la etiología más probable pudo ser vírica y la transmisión persona a persona. La tasa de ataque fue 85% (11/13) entre los residentes y 14% (1/7) entre los trabajadores. Hubo 6 residentes ingresados y uno de ellos falleció.

Tuberculosis

CIE-9: 010 - 018; CIE-10: A15 – A19

En el año 2006 se han declarado 250 casos de tuberculosis, lo que supone una tasa anual de 22,3 casos por 100.000 habitantes, dos puntos menor 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; se aprecia que este año la línea real vuelve a aproximarse al objetivo, del que se había separado en el último año, para retomar otra vez la tendencia descendente que abandonó en el año 2001.

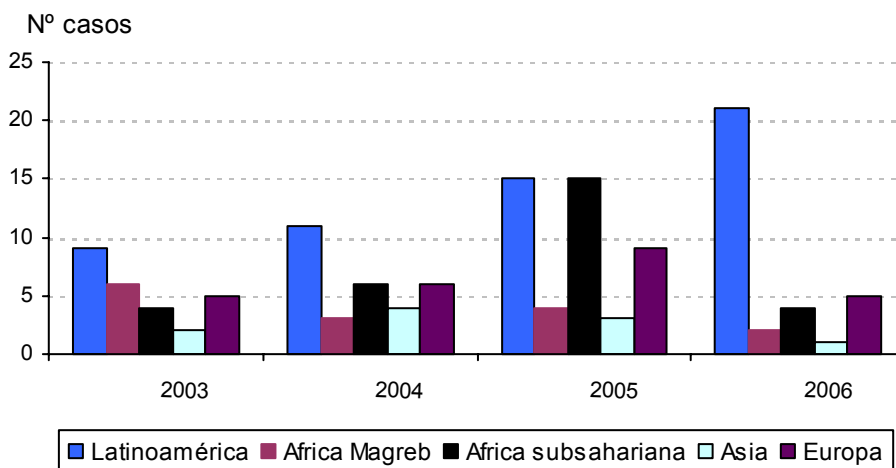
Tuberculosis. Tasas reales y tasas objetivo Plan de Salud. EDO. Bizkaia 1996-2010



La razón de sexos (hombres/mujeres) de los casos registrados es de 1,5. El grupo de edad de máxima incidencia vuelve a ser el de mayores de 64 años (32,83), tal y como cabe esperar en un país de endemia tuberculosa media.

Ha bajado el número de pacientes extranjeros, fundamentalmente por la disminución de enfermos de origen subsahariano. Así, este año han sido un total de 33 extranjeros (43 en 2005), que suponen un 13,2% del total, 21 procedentes de Latinoamérica, 6 de África (2 Magreb, 4 África subsahariana), 1 de Asia y 5 de Europa (2 Portugal, 2 Rumanía y 1 de Rusia). Utilizando como denominador la población extranjera de la revisión del padrón municipal de 2005, publicada por el INE, la tasa de tuberculosis en extranjeros supondría en Bizkaia 69,20 casos por 100.000 habitantes.

Tuberculosis. Casos en extranjeros según origen. EDO. Bizkaia 2003 a 2006



La localización de la enfermedad es pulmonar, con o sin otras localizaciones, en el 72,8 % de los casos. Se declararon 4 tuberculosis meníngeas en personas mayores. En Bizkaia no hemos registrado ningún caso de meningitis tuberculosa en niños desde el año 1996, es decir, en 10 años consecutivos.

El 70,4% de los casos declarados tuvieron diagnóstico bacteriológico con cultivo positivo en una o más muestras biológicas. La tasa de bacilíferos baja un poco con respecto a la del pasado año: 7,4 por 100.000 (8,2 en 2005).

SIDA y contacto reciente con un caso fueron los factores de riesgo más frecuentemente descritos, con 24 y 17 casos declarados respectivamente.

Con respecto a la distribución comarcal de los casos de tuberculosis, tal y como consta en el siguiente cuadro, Ezkerraldea-Enkarterri presenta la tasa mayor; 30,45 casos por 100.000. El mayor porcentaje de extranjeros corresponde a Uribe.

Tuberculosis. Tasa y nº de casos total y en extranjeros por comarca sanitaria.
EDO. Bizkaia 2006

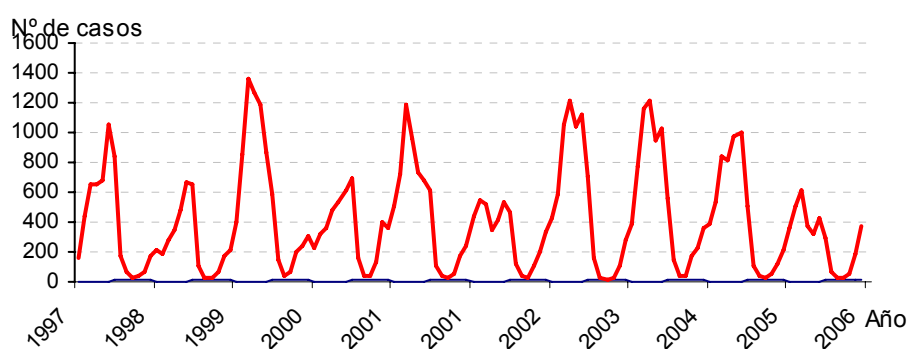
COMARCA	Tasa/ 100.000	Nº casos total	Nº casos en extranjeros	% de extranjeros
Bilbao	19,85	70	8	11,42
Ezkerraldea-Enkarterri	30,79	90	11	12,36
Interior	17,38	45	5	11,11
Uribe	18,52	37	8	21,62

Varicela

CIE-9: 052; CIE-10: B01

En 2006 se han declarado en Bizkaia 3.647 casos, lo que supone una tasa de 324,86 casos por 100.000, cifra inferior a la del año anterior (505 casos por 100.000) e inferior a la media quinquenal (Índice epidémico 2 = 0,6). Como en años anteriores, el mayor número de casos se produce en primavera y la transmisión se reduce alrededor de la Semana Santa.

Nº de casos de varicela por cuatrisesmana
EDO Bizkaia 1997-2006



En el registro de altas constan 35 ingresos hospitalarios con el código de varicela, de los cuales el 63% tenían 15 años o más. En 19 casos se trataba de varicela sin complicaciones, en 4 cursó como neumonitis hemorrágica, en uno como encefalitis, y 11 con otro tipo de complicación no especificada. No hubo ningún fallecido por esta causa en el hospital.

El herpes zoster, que es la enfermedad producida por la reactivación del virus de la varicela, se encuentra en 145 informes de alta. De estos pacientes, el 74% tiene más de 64 años. Entre las diversas complicaciones destacan 3 pacientes con meningitis herpéticas.

En el mes de octubre de 2005 el Departamento de Sanidad introdujo la vacuna frente a la varicela en el calendario vacunal infantil de la CAPV, para la población infantil de 10 años de edad que no haya pasado dicha enfermedad y que no haya sido inmunizada previamente. La vacuna está indicada además 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.

Yersiniosis

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

El número de aislamientos de *Yersinia* declarados al SIM en el año 2006 es 58; 56 serotipo enterocolítica, 1 serotipo Frederiksenii y 1 Sp.

El 60 % (35) de los casos se da en menores de 9 años y 19% de estos son menores de 1 año.

II. INMUNIZACIONES

Vacunación infantil. Coberturas vacunales.

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 2006 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. 2006

VACUNA	NUMERO DE DOSIS REGISTRADAS	POBLACION TEORICA A VACUNAR	COBERTURA ESTIMADA %
BCG	9.567	10.122	94,5
DTPa, Hib, Polio, Meningococo C [#] , HB (I,II,III)	28.179	30.591	92,1
DTPa, Hib, Polio (IV) (18 meses)	9.523	10.130	94,0
TV-1 (12 meses)	9.613	10.188	94,3
TV-2 (4 años)	9.133	9.403	97,1
DTPa (6 años)	8.388	8.862	94,6
Hepatitis B (13 años, 3 dosis)	9.063*	9.310**	97,3

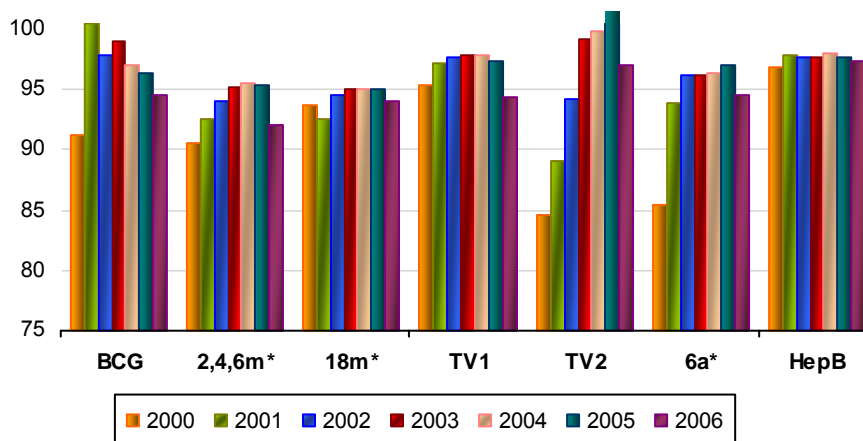
*Incluye alumnos vacunados previamente

** Censo escolar de 1º de ESO.

[#]En marzo de 2006 la vacuna antimeningococo C de los 6 meses pasó a administrarse a los 12 meses.

Por primera vez en varios años, se observa que casi todas las coberturas se encuentran por debajo del 95%. El siguiente gráfico muestra la evolución de las coberturas vacunales en Bizkaia en los últimos siete años.

Coberturas vacunales. Bizkaia. 2000-2006



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

En marzo de 2006 la vacuna antimeningococo C de los 6 meses pasó a administrarse a los 12 meses.

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

Estimación de coberturas vacunales (%) por comarca sanitaria. Bizkaia 2006

	INTERIOR*	EZKERRALDEA- ENKARTERRI	URIBE	BILBAO
BCG	89,9	95,5	91,3	99,7
DTPa, Hib, Polio, Meningitis C [#] , HB (I,II,III)	92,6	82,9	94,6	97,9
DTPa, Hib, Polio (IV) (18 meses)	93,5	83,7	94,1	102,9
TV-1 (12 meses)	92,3	87,4	97,7	98,8
TV-2 (4 años)	94,3	88,5	102,2	102,6
DTPa (6 años)	93,7	86,6	98,2	99,5
Hepatitis B (13 años, 3 dosis)**	97,2	98,9	97,6	95,8

* Incluye datos de municipios del TH de Bizkaia exclusivamente.

** Incluye los previamente vacunados

[#] En marzo de 2006 la vacuna antimeningococo C de los 6 meses pasó a administrarse a los 12 meses.

Como venimos observando los últimos años, en ocasiones la cobertura estimada supera el 100%. Pensamos que esto puede deberse a la población inmigrante, que pasa a engrosar el numerador (vacunas administradas), pero no consta en el denominador (población nacida en la comarca en el período correspondiente). En otras ocasiones, en cambio, las coberturas estimadas descienden por debajo del 95%. Esto podría ser debido a deficiencias en el registro de las vacunas administradas, que deben subsanarse.

Como en años previos, durante el curso 2005-2006 se ha vacunado frente al virus de la hepatitis B a los alumnos 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 178 centros escolares, con un total de 9.310 alumnos matriculados en este curso. La cobertura global ha sido del 76,5%; añadiendo los alumnos vacunados previamente (1.936), el total de escolares correctamente vacunados es del 97,3%.

En cuanto a la vacunación antivariçela, indicada en nuestro calendario a los niños y niñas de 10 años de edad que no hayan pasado la enfermedad y no estén previamente vacunados, no podemos calcular la cobertura por carecer de un denominador real. En el año 2006 se han distribuido 1.095 dosis de vacuna antivariçela a los centros de salud de Bizkaia, y se han administrado 881 dosis.

Cambios en el calendario de vacunación infantil

En el año 2006 se han producido cambios en el calendario de vacunación infantil:

- **Meningococo C.**

La pauta indicada a partir de marzo de 2006 es de 2, 4 y 12 meses. Este cambio viene motivado por las siguientes razones:

1. Los niveles de protección conferidos por dos dosis en el primer año de vida son similares a los obtenidos con tres dosis, motivo por el que todas las marcas comerciales modificaron su ficha técnica en este sentido.
2. Se habían producido, tanto en el Reino Unido como en el Estado español, algunos fallos vacunales que indicaban la necesidad de administrar una dosis de recuerdo en el segundo año de vida, cuando el sistema inmunitario del niño es más maduro.

- **Vacuna Hexavalente.**

En 2005 se retiró del mercado una de las dos vacunas hexavalentes comercializadas, por no ser suficientemente inmunógena para la hepatitis B. Esta vacuna era, además, la que

había motivado una señal de farmacovigilancia que desaconsejaba temporalmente la utilización de vacuna hexavalente en la vacunación sistemática. Así, quedaba en el mercado una sólo vacuna hexavalente, sin contraindicaciones para su utilización.

En 2006 se ha incluido la vacuna hexavalente (DTPa-VPI-HB+Hib) en el calendario vacunal infantil; de este modo, se evita un pinchazo a los lactantes en las visitas a los 2, 4 y 6 meses de edad.

Vacunación antineumocócica.

En el año 2006, el Departamento de Sanidad decidió iniciar la vacunación de la población de la CAPV de 65 o más años contra el neumococo. En una primera fase, llevada a cabo en el último trimestre de 2006, la vacuna se administró a la población residente en instituciones. En fases sucesivas, la vacunación se ampliará al resto de la población diana:

- Personas de 65 años o más residentes en el País Vasco.
- Personas inmunocompetentes con especial riesgo de contraer enfermedad neumocócica o sus complicaciones debido a enfermedades crónicas: enf. cardiovasculares, EPOC, diabetes mellitus, fístulas de líquido cefalorraquídeo, alcoholismo o cirrosis.
- Personas inmunocomprometidas con mayor riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones: asplenia anatómica o funcional o enf. de células falciformes, enfermedad de Hodgkin, linfoma, mieloma múltiple, insuficiencia renal crónica, síndrome nefrótico o trasplantes de órganos asociados a inmunodepresión, VIH.

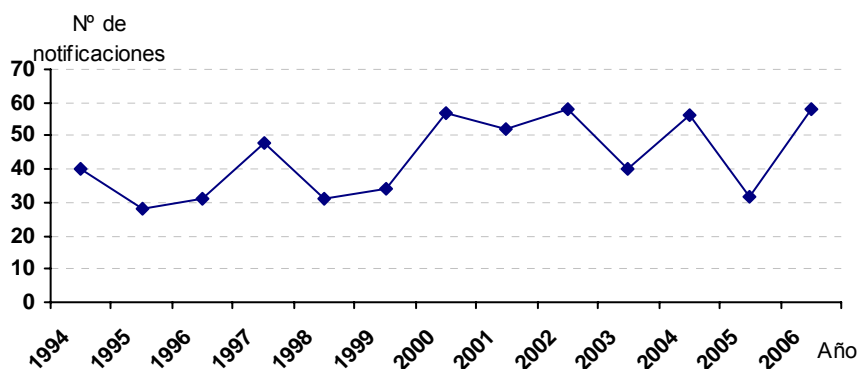
La vacuna administrada es la polisacárida, que incluye 23 serotipos de *S. pneumoniae*.

Vacunación de grupos susceptibles con vacuna triple vírica (TV).

Siguiendo las recomendaciones de la OMS y del CNE, en octubre de 2006 se tomó la decisión de ofrecer la vacuna TV a grupos de población especialmente susceptibles o con especial riesgo de transmisión a otros:

- Personal sanitario.
- Cohortes comprendidas entre 1976 y 1981, y entre 1997 y 1999, por observarse mayor número de susceptibles en las encuestas de seroprevalencia.
- Otros grupos vulnerables: colectivos marginales, adultos jóvenes y niños procedentes de países con menor tradición de vacunación con triple vírica, etc.

Aislamientos de Yersinia notificados
SIM – Bizkaia 1994-2006



III. VIGILANCIA Y TENDENCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

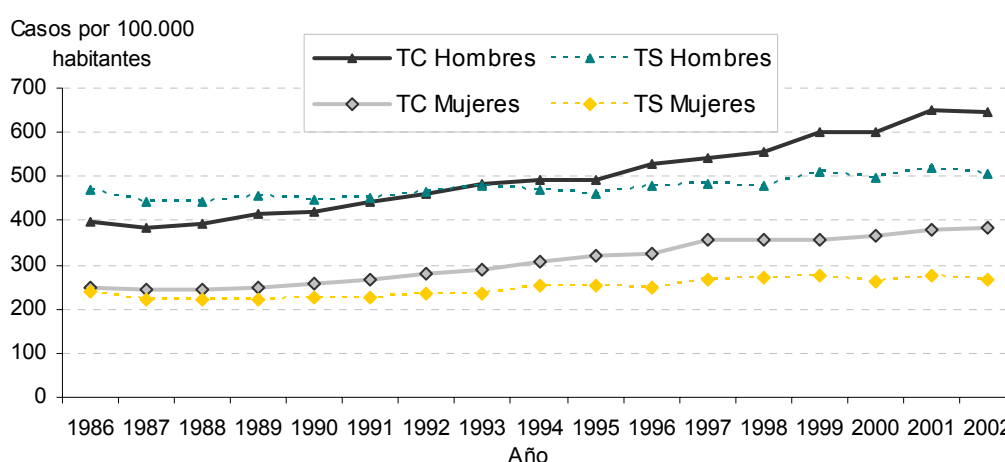
A- Cáncer

Todas las localizaciones³

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

Desde el inicio del registro poblacional tanto los casos anuales registrados de cáncer como las tasas brutas de incidencia reflejan una tendencia ascendente para ambos sexos en el periodo registrado: 1986-2002. En las tasas de incidencia ajustadas a la edad, la tendencia se aplana 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 de incidencia de tumores malignos
RCEME-Bizkaia 1986-2002



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

Durante los años 1986 a 2002, cada año se ha diagnosticado en Bizkaia al menos una neoplasia maligna por cada 204 varones y una por cada 323 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.

Tasas de incidencia de tumores malignos
RCEME-Bizkaia 1986-2002

	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	498,94	475,78	328,56	489,09	26.752,69
Mujeres	307,45	247,79	179,56	327,09	15.004,77
Ambos sexos	400,99	344,78	244,39	406,11	20.589,28

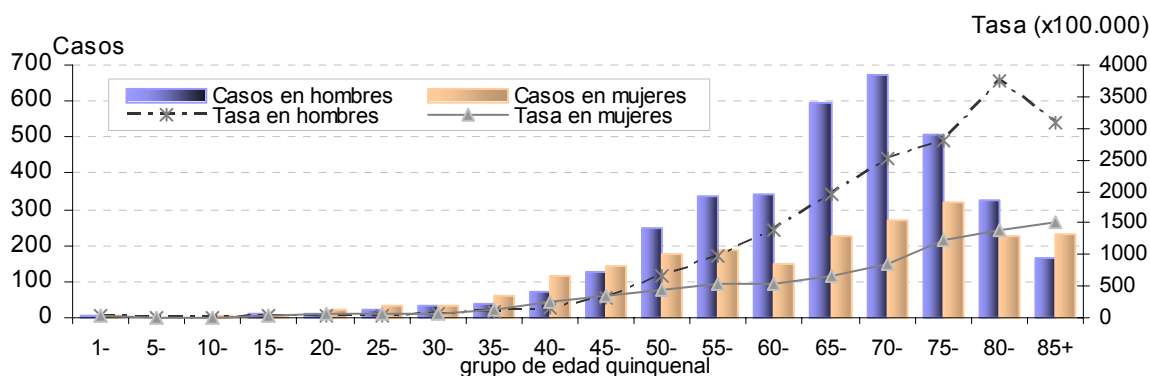
Tasas por 100.000 habitantes

En el año 2002 el registro poblacional de cáncer registró un total de 5.717 casos en Bizkaia, 3.505 (61%) en hombres y 2.212 (39%) en mujeres. El mayor número de casos se diagnostica en los grupos de edad de 65 a 79 años, siendo la diferencia con respecto a los otros grupos de edad mayor en hombres que en mujeres.

³ 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.

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

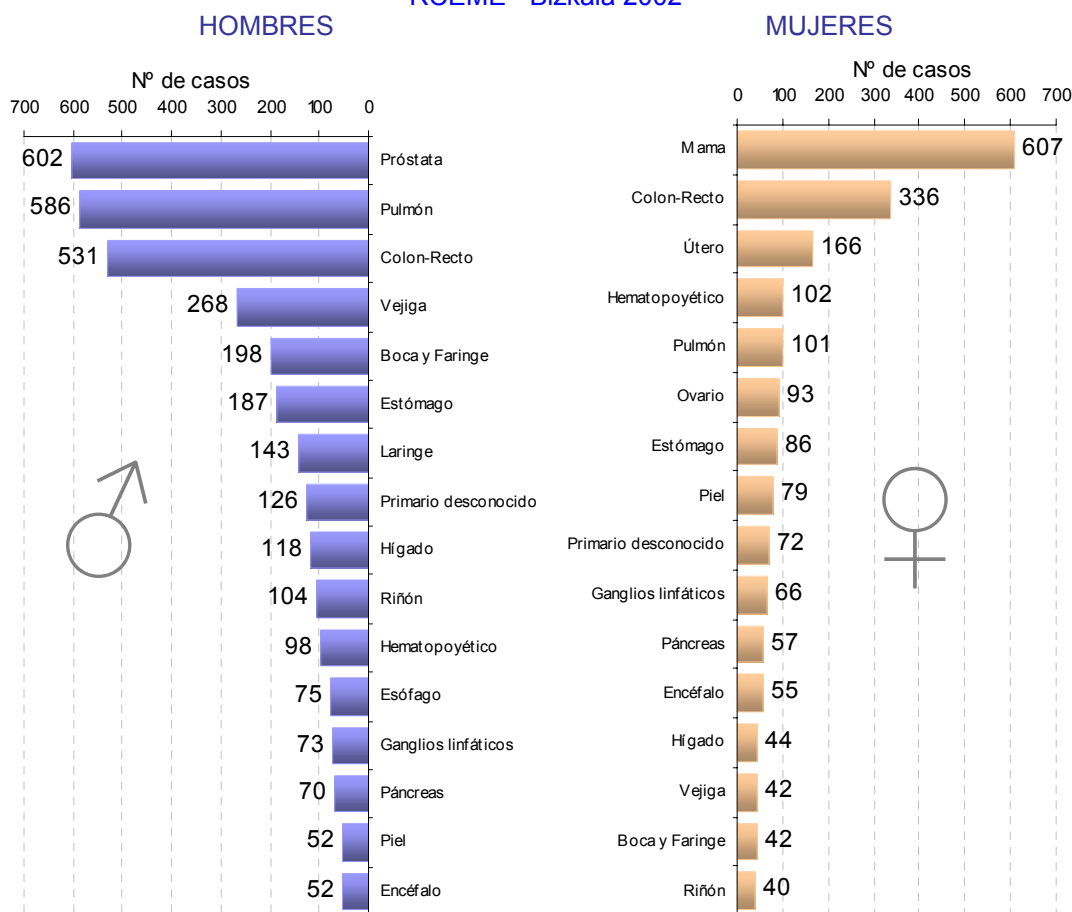
RCEME - Bizkaia: 2002



En los datos de incidencia por grupos de edad se aprecia que las tasas de incidencia han sido mayores en los hombres que en las mujeres a partir de los 50 años de edad, mientras que en los rangos de edad más jóvenes la diferencia no es grande o incluso las tasas son mayores en mujeres.

Casos nuevos de tumores malignos en el año 2002 en las localizaciones* más frecuentes

RCEME - Bizkaia 2002



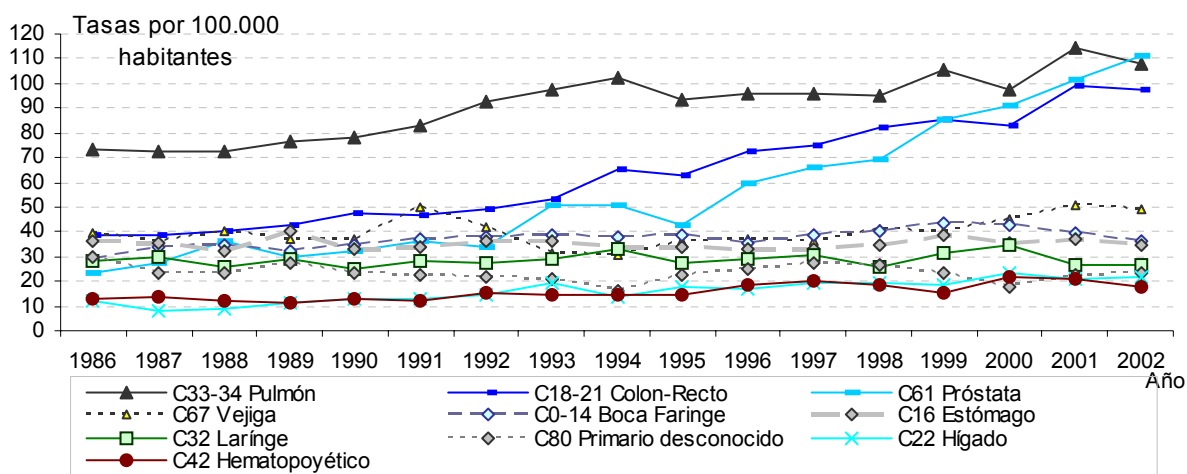
* Localización según CIE-10. Boca y Faringe: C00 a C14; Esófago: C15; Estómago: C16; Colon-Recto: C18 a C20; Hígado: C22; Páncreas: C25; Laringe: C32; Pulmón: C33 y C34; Piel: C44; Hematopoyético: C42; Mama: C50; Útero: C53 a C55; Ovario: C56; Próstata: C61; Riñón: C64; Vejiga: C67; Encéfalo: C71; Ganglios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

La localización más frecuente en los hombres en el año 2002 fue en la próstata, superando por primera vez el número de casos de pulmón; el tercer lugar lo ocupan los cánceres de colon-recto.

En las mujeres la localización más frecuente sigue siendo la mama y la segunda colon y recto. En el anexo-5 de este resumen se ofrecen las tasas correspondientes a todas las localizaciones.

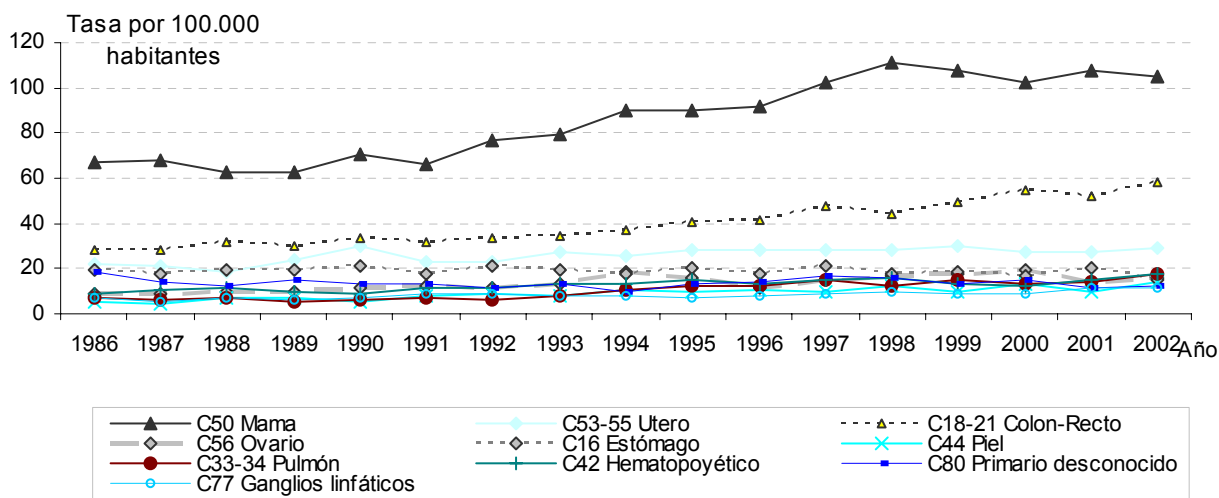
La evolución de las tasas en las localizaciones más frecuentes de los tumores malignos refleja cambios entre los años de registro. En el caso de los varones la localización más frecuente ha sido pulmón hasta el año 2002, en el cual la tasa correspondiente a esta localización es superada ligeramente por la tasa de cáncer de próstata. Las tasas correspondientes a próstata, pulmón y colon-recto presentan una tendencia ascendente a lo largo de todo el periodo de registro.

Localizaciones más frecuentes de tumores malignos en hombres RCEME - Bizkaia: 1986-2002



En el caso de las mujeres la localización más frecuente durante todo ese periodo ha sido en la mama, con una tendencia ascendente mantenida hasta 1998, que posteriormente se aplana. Se observa también una clara tendencia ascendente en colon-recto y en pulmón.

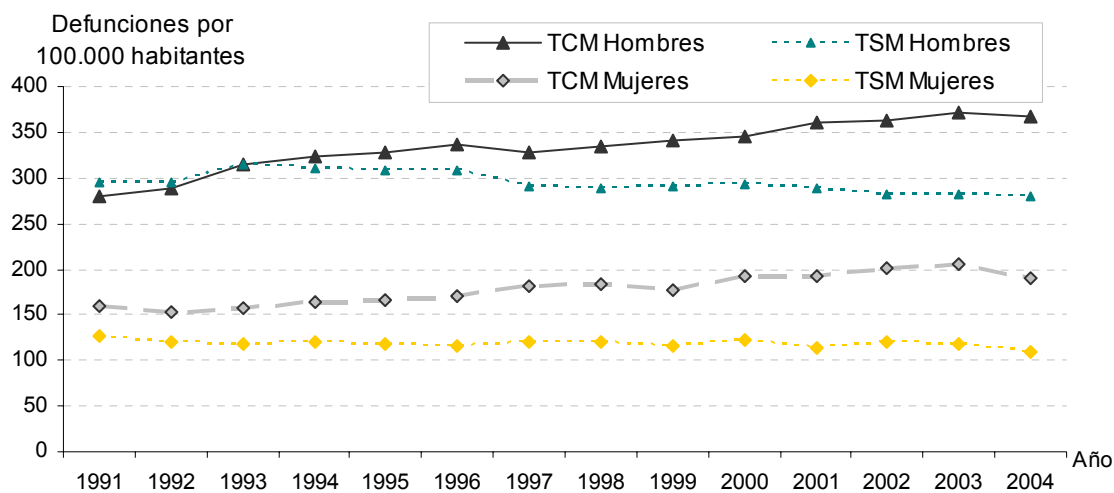
Localizaciones más frecuentes de tumores malignos en mujeres RCEME - Bizkaia: 1986-2002



En 2004, último año del que disponemos de datos, las tasas crudas de mortalidad por cáncer son de 368,25 por 100.000 (1.987 defunciones) para los hombres y de 189,12 por 100.000 (1.083

defunciones) para las mujeres. En 2004 las muertes por tumores representaron en los hombres el 36% de todas las muertes (1ª causa), mientras que en las mujeres fue del 22% (2ª causa).

Evolución anual de las tasas de mortalidad por tumores malignos Registro de Mortalidad - Bizkaia 1991-2004



TCM= Tasa Cruda de Mortalidad; TSM= Tasa Estandarizada de Mortalidad ajustada a la población europea

Al igual que la incidencia, la mortalidad por neoplasias malignas se muestra estable o ligeramente descendente a lo largo del periodo, tal como indican las tasas estandarizadas, tanto en hombres (alrededor de 280 por 100.000) como en mujeres (109 por 100.000). El aumento de la mortalidad cruda por tumores parece deberse fundamentalmente 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, en la comarca Ezkerraldea-Enkarterri respecto a la CAPV durante casi todos los años del periodo analizado y en la comarca Bilbao durante buena parte de estos años (1991-2004). Concretamente en 2004, la RME por cáncer de los hombres de Ezkerraldea-Enkarterri es significativamente mayor que la de los de la CAPV.

Durante 2004, se perdieron 14.473 años potenciales de vida (APVP) por causa de tumores malignos en Bizkaia, lo que supone una tasa de APVP ajustada a la población europea de 13,58 por mil.

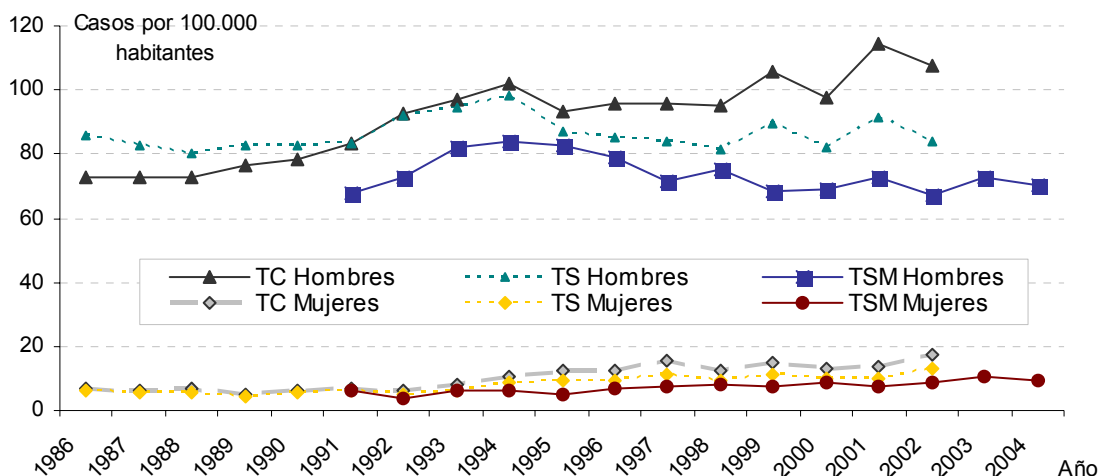
Cáncer de Pulmón

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

Entre los años 1986 y 2002 fueron diagnosticados en Bizkaia 8683 casos de cáncer de pulmón en hombres, siendo esta la localización más frecuente de los tumores malignos en varones; en las mujeres esta cifra fue de 1.014 casos.

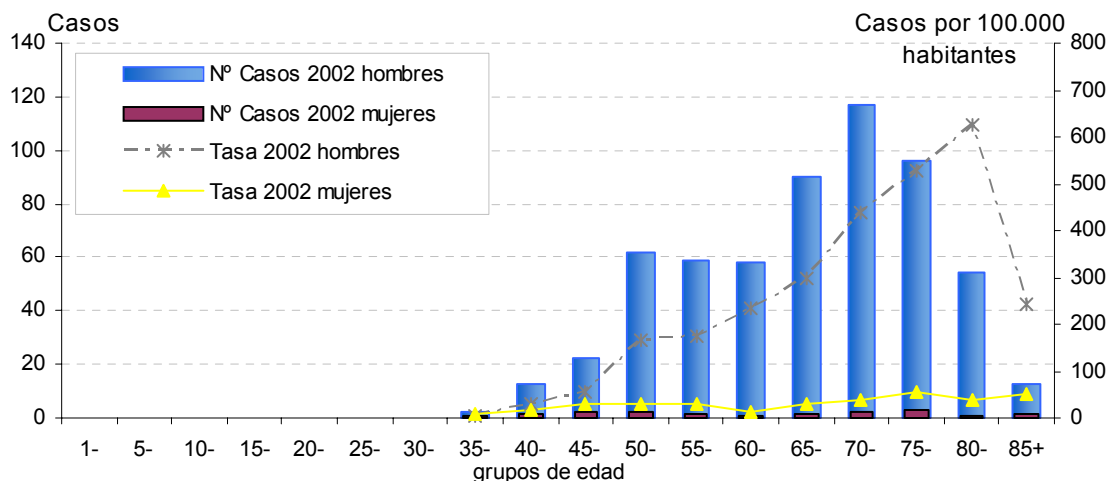
La evolución de las tasas de incidencia y de mortalidad en este tipo de cáncer discurren de forma paralela, tal y como se aprecia en el siguiente gráfico. Esto se explica por la alta letalidad de los tumores de estas localizaciones.

Evolución anual de las tasas de incidencia y mortalidad de tumores de pulmón RCEME – Bizkaia. 1986-2002; Registro de Mortalidad 1991-2004



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

Número de casos nuevos y tasas de incidencia por grupo de edad de tumores de brónquios y pulmón en hombres y mujeres RCEME - Bizkaia: 2002

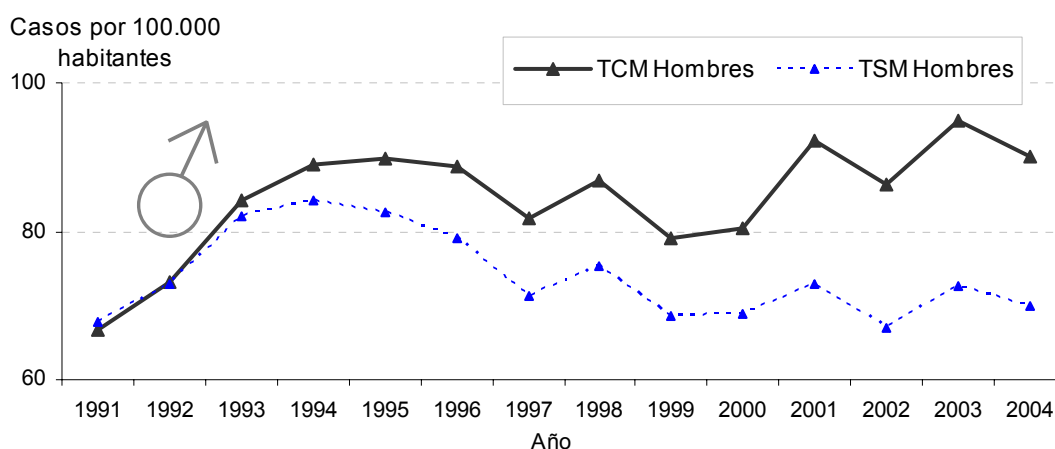


De los 687 tumores diagnosticados en bronquios y pulmón en el año 2002, el 85,3% fueron diagnosticados en hombres. De los casos incidentes de 2002 de los que se dispone información anatomopatológica, el tipo histológico más frecuente en hombres fue el carcinoma epidermoide, con 169 casos; el segundo lugar lo ocupan los adenocarcinomas, con 124 casos; después siguen los carcinomas de células pequeñas (58 casos), de células grandes (37 casos) y en grano de avena (30 casos). En las mujeres el tipo histológico más diagnosticado fue el adenocarcinoma (41

casos). Los casos empiezan a aparecer en la cuarta década de la vida, y las tasas correspondientes aumentan progresivamente hasta los 80-85 años.

Evolución anual de las tasas de mortalidad de tumores de pulmón en hombres

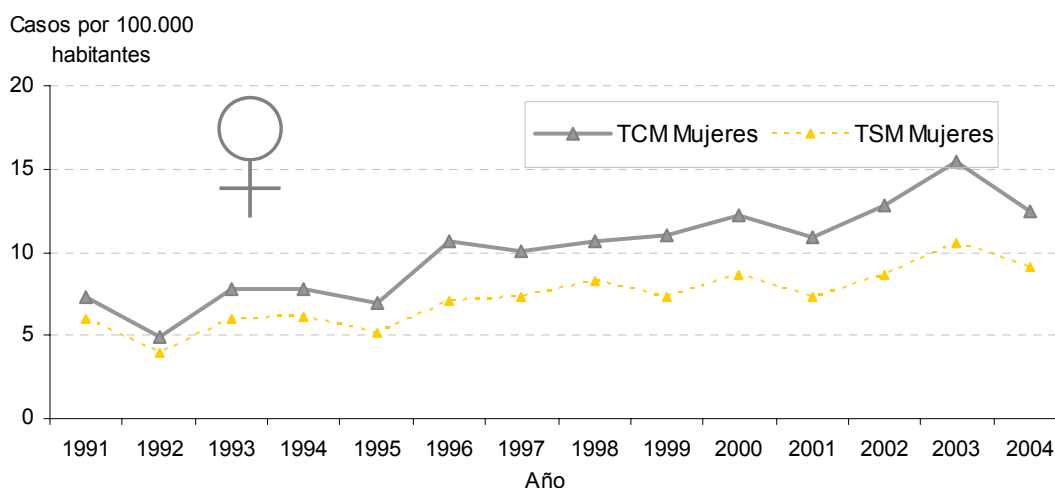
Registro de Mortalidad – Bizkaia. 1991-2004



El cáncer de pulmón sigue siendo la segunda causa de mortalidad en hombres de Bizkaia en el año 2004, con una tasa estandarizada a la población europea de 69,95 por 100.000 (486 defunciones) y la décima en mujeres con tasas de 9,14 por 100.000 (71 defunciones).

Evolución anual de las tasas de mortalidad de tumores de pulmón en mujeres

Registro de Mortalidad – Bizkaia. 1991-2004



La Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) indica que la mortalidad por cáncer de pulmón de los hombres de Bizkaia es sistemáticamente mayor a la de los hombres de la CAPV durante todo el periodo estudiado (1991-2004), siendo significativamente mayor en 5 de los 14 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.

El cáncer de pulmón es la primera causa de mortalidad prematura en hombres de Bizkaia y la cuarta en mujeres. En el año 2004 causó un total de 2.697 años potenciales de vida perdidos entre los varones y 732 entre las mujeres de este TH.

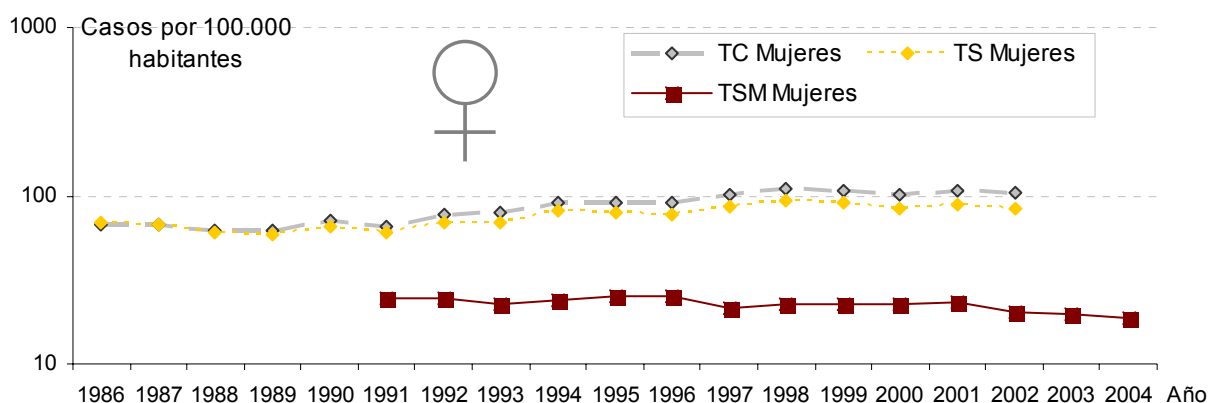
Cáncer de Mama

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

Según datos del registro de cáncer, durante los años analizados (1986-2002) 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 al final de esta década parece estabilizarse. Esta última evolución de las tasas muy probablemente sea debido a la puesta en marcha del programa de *screening* de cáncer de mama a partir del año 1997.

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

RCEME -Bizkaia 1986-2002 y Registro de Mortalidad Bizkaia 1991-2004

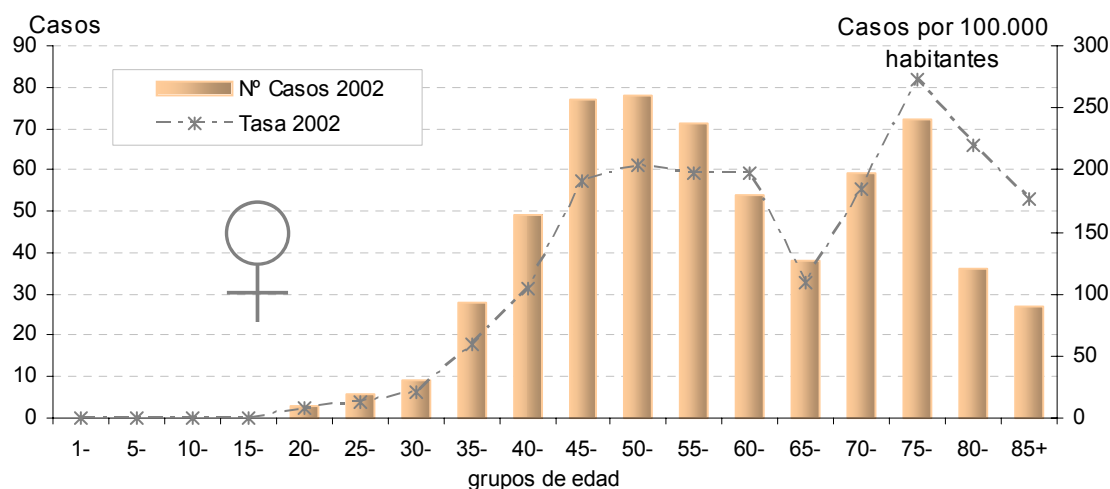


TC= Tasa Cruda; TS= Tasa Estandarizada (población de referencia: Población Europea); TSM= Tasa Estandarizada de Mortalidad (población de referencia: Población Europea).

Por grupos de edad, el incremento de tasas sufre una inflexión ascendente a partir de los 30 años; a partir de los 45 años las tasas se estabilizan y vuelven a aumentar hacia los 70 años, llegando al máximo en el grupo de edad de 75-80 años.

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

RCEME - Bizkaia: 2002



Durante los años 1991 a 2004 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 2004. El cáncer de mama es la segunda causa de mortalidad prematura en mujeres, con pérdidas de 1.101 años potenciales de vida en mujeres en el año 2004.

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 durante los años 1986 a 2002. En Bizkaia esta patología ha pasado de 390 casos nuevos registrados en 1986 a 843 en el año 2002.

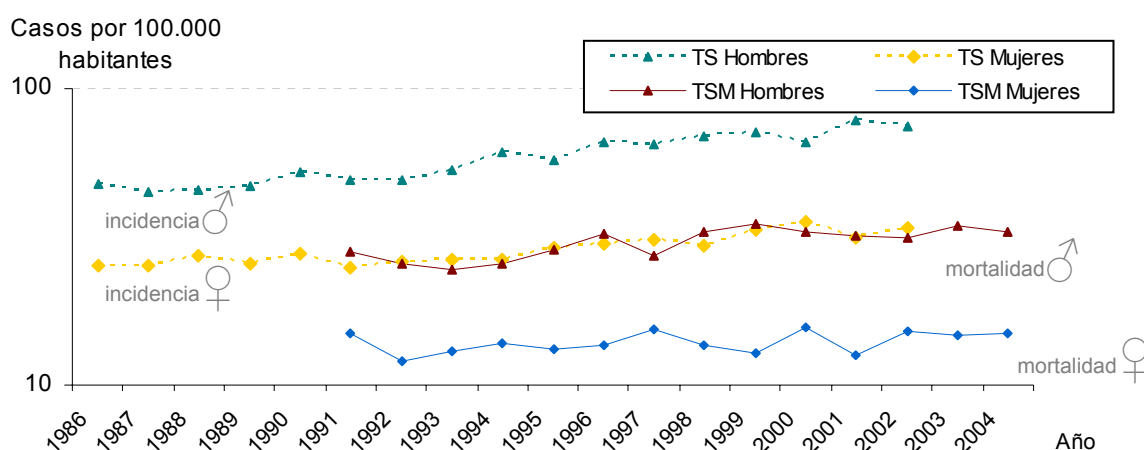
Es la segunda localización más frecuente en mujeres (tras el cáncer de mama) y la tercera para los hombres (tras próstata y pulmón). Las tasas brutas registradas para el año 2002 indican que durante este año hubo en hombres 97,69 casos por cada 100.000 habitantes y en mujeres 58,36 por cada 100.000.

La incidencia de cáncer colorrectal ajustada a la edad de la población europea también aumenta, pasando de tasas globales en torno a los 35 casos por cada 100.000 habitantes en 1986-1988 a unos 50 casos por cada 100.000 habitantes en el trienio 2000-2002. Este incremento parece deberse fundamentalmente al aumento de la incidencia en los hombres, ya que las tasas en las mujeres se han mantenido más estables en los últimos años.

La mortalidad por cáncer de colon y recto en el año 2004 fue de 44,85 y de 29,51 casos por cada 100.000 hombres y mujeres respectivamente. Al igual que el número de casos incidentes, el de defunciones debidas a esta enfermedad ha ido en aumento en los últimos años; así, mientras en 1991 se registraron 270 muertes por esta causa en Bizkaia, en 2004 esta cifra ascendió hasta 411 defunciones.

Evolución anual de las tasas estandarizadas de incidencia (1986-2002) y de mortalidad (1991-2004) de tumores de colon y recto

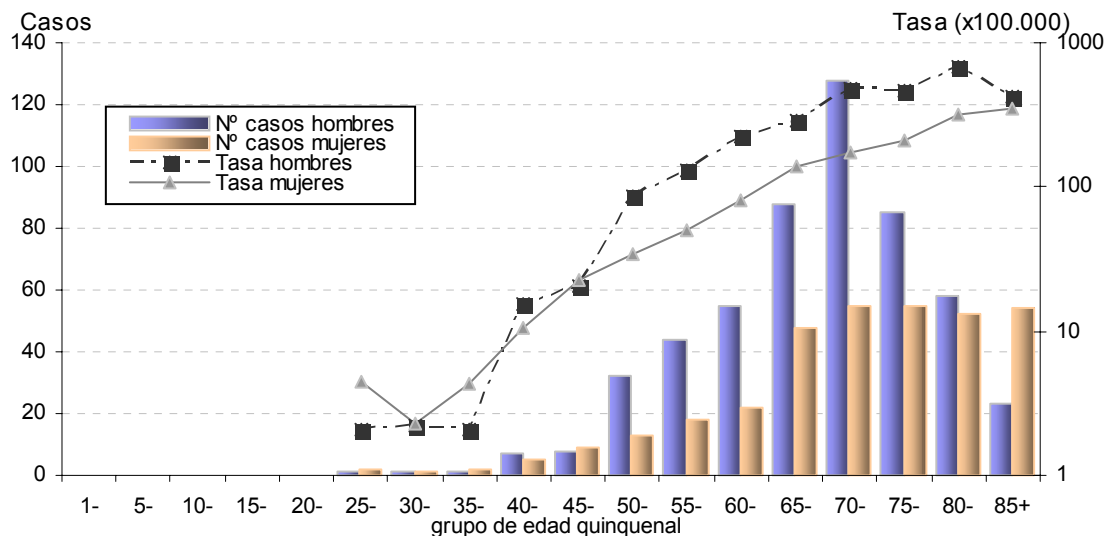
RCEME-Bizkaia. 1986-2002 y Registro de Mortalidad - Bizkaia 1991-2004



Las tasas de incidencia aumentan con la edad tanto en hombres como en mujeres, siendo las tasas en las mujeres, entre los 50 y los 85 años, menos de la mitad que la de los hombres en cada

grupo de edad (obsérvese que las tasas se representan en la gráfica en escala logarítmica). La mayor cantidad de casos se acumula entre los 60 y 85 años.

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: 2002



La mortalidad por cáncer de colon y recto observada en Bizkaia no difiere significativamente de la correspondiente a la CAPV ni en hombres ni en mujeres. El cáncer de colon y recto no es causa muy importante de mortalidad prematura. En el año 2004 causó 1201 años potenciales de vida perdidos (APVP), lo que equivale a una tasa estandarizada de 1,11 APVP por 1.000 habitantes.

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 tipo II; la tasa de incidencia fue 4,5 por mil y la prevalencia 47 por mil habitantes.

Complicaciones y factores de riesgo asociados. Riesgo cardiovascular

Posteriormente se seleccionó, para seguimiento, una cohorte de 737 pacientes, diagnosticados en los años 1998 a 2000. Durante los 5 años de seguimiento se registraron 39 (5,3%) pérdidas de la cohorte inicial.

Fallecieron, después de estos 5 años, 101 pacientes (13,7%); 329 presentaron complicación macroangiopática, 229 neuropatía, 226 nefropatía y 121 retinopatía.

La evolución de los principales factores de riesgo entre el inicio del estudio y después del quinto año es favorable para todos ellos -presión arterial sistólica y diastólica, colesterol total, HDL y LDL, triglicéridos, consumo de tabaco, sedentarismo y peso- excepto hemoglobina glicosilada (coherente con la evolución de la enfermedad).

Esta mejora resulta difícil de interpretar ya que estamos ante un estudio de seguimiento sin grupo de comparación (grupo control), el cual nos permitiría determinar cuales son las “actuaciones” que han favorecido estas mejoras en los resultados. Diferentes sesgos podrían estar influyendo en las observaciones.

El riesgo coronario entre el año 2000 y 2005, comparado mediante el método UKPDS (*United Kingdom Prospective Diabetes Study*), muestra que el cambio es mínimo en hombres y en mujeres. Tanto en 2000 como en 2005 las mujeres presentan un riesgo cardiovascular muy inferior al de los hombres, agrupándose con mayor frecuencia en la categoría de riesgo bajo, ligero o moderado. La media del riesgo en el año 2005 se sitúa en 15 (riesgo moderado) en mujeres y 23 (riesgo alto) en hombres.

Morbilidad Hospitalaria; prevalencia de complicaciones

En Bizkaia, en el año 2006, se produjeron 671 altas hospitalarias en los hospitales de Osakidetza por causa de diabetes [Diagnóstico Principal: CIE-9: 250]. Estas cifras suponen una tasa de 0,6 altas por 1.000 habitantes y año. Por comarcas, las tasas oscilan entre 0,4 altas por 1.000 habitantes en Uribe y 0,7 en Interior y Ezkerraldea-Enkarterri. El 54% de los ingresos corresponden a los hombres. Por grupos de edad 18% de los ingresos se producen entre los menores de 44 años, 24% entre 45 y 64 años, y el resto (58 %) es mayor 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, con una media de 644 altas por año y un rango entre 596 y 685.

Si analizamos la presencia de diabetes en cualquiera de los seis primeros diagnósticos, encontramos 9.578 altas. Esto supone una tasa de frecuentación hospitalaria de 8,3 por 1.000 habitantes; las cifras oscilan entre 9,4 por 1.000 en Ezkerraldea-Enkarterri y 6,7 por 1.000 en Uribe. La evolución del número de casos ha sido ascendente a lo largo de los últimos cinco años.

CMBD. Bizkaia. Hospitales de Osakidetza.
Diagnóstico Principal y Diagnóstico secundario. 2006

	Diag1-Diag6 2006	Diag.Principal 2006
D. M. sin mención de complicación (CIE-9: 250.0)	7.714	43
D. M. complicaciones agudas		
D. M. con cetoacidosis (CIE-9: 250.1)	123	97
D. M. con coma hiperosmolar (CIE-9: 250.2)	84	47
D. M. con otro tipo de coma (CIE-9: 250.3)	10	9
D. M. complicaciones crónicas		
D. M. con manifestaciones renales (CIE-9: 250.4)	273	24
D. M. con manifestaciones oftalmológicas (CIE-9: 250.5)	429	80
D. M. con manifestaciones neurológicas (CIE-9: 250.6)	161	28
D. M. con manifestaciones circulatorias periféricas (CIE-9: 250.7)	234	66
D. M. con otras manifestaciones y sin especificar (CIE-9: 250.8-9)	883	277
D.M. con o sin complicación	9.578	671
D. M. Procedimientos quirúrgicos		
Amputaciones de extremidad inferior (CIE-9:PROCQ:841)	146	
Otras enfermedades en Diagnóstico principal		
Enfermedad Cerebrovascular	581	
Enfermedad cardíaca isquémica (IAM)	617	

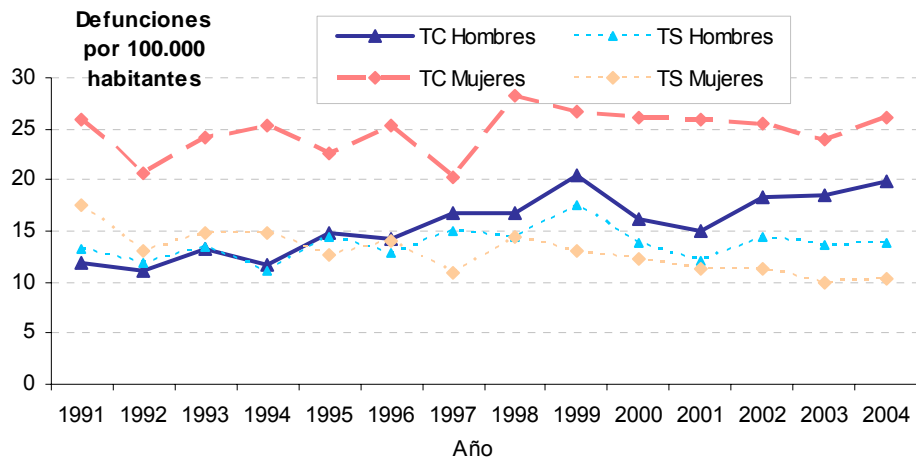
Como se observa en la tabla, entre los 671 ingresos cuyo diagnóstico principal fue diabetes, el 23% ingresó por algún tipo de coma (cetoacidosis, coma hiperosmolar o coma de otro tipo); en un 71% el motivo de ingreso es una complicación crónica y en un 6% de los casos el motivo fue la enfermedad sin complicaciones.

Considerando el total de altas con diagnóstico de diabetes en los seis primeros diagnósticos, el 23% presenta al menos una complicación de su diabetes, ya sea aguda (2%) o crónica (21%). Entre las complicaciones crónicas, destacan las oftalmológicas (5%), renales (3%), circulatorias periféricas (2%) y neurológicas (2%). En un 1,5% de los informes se indica la realización de un procedimiento quirúrgico consistente en algún tipo de amputación de extremidad inferior. Por último, el 6% han ingresado por una enfermedad cerebrovascular y otro 6% por una enfermedad cardíaca isquémica.

Mortalidad

La tasa de mortalidad por diabetes en 2004 fue 23,02 por 100.000 (256 defunciones), superior en mujeres (26,02) que en hombres (19,83); la diabetes mellitus fue la 8ª causa de muerte entre las mujeres y la 11ª entre los hombres de Bizkaia en 2004.

Evolución anual de las tasas de mortalidad por diabetes mellitus
 Registro de Mortalidad - Bizkaia 1991-2004



Tal como se observa en la figura, la evolución de las tasas de mortalidad a lo largo del periodo 1991-2004, aunque es fluctuante en ambos sexos, parece marcar una tendencia ascendente en las tasas crudas de mortalidad, probablemente debida al envejecimiento de la población, ya que no se observa en las tasas estandarizadas.

C- Enfermedad cerebrovascular

CIE-9: 430-434 y 436-437; CIE 10: I60-I69

La enfermedad cerebrovascular (ECV) en Bizkaia en 2004 es la primera causa de muerte en las mujeres y la tercera en los hombres, tras la cardiopatía isquémica y la neoplasia de pulmón. Además, es descrita como primera causa de incapacidad y segunda de demencia tras el Alzheimer.

La incidencia y la prevalencia de esta enfermedad aumentan de forma paralela al envejecimiento de la población y esto, unido al hecho de que hay factores de riesgo conocidos (HTA, cardiopatías embolígenas, diabetes, etc.) que son potencialmente modificables, explican que sea un problema prioritario de salud pública.

La encuesta de salud de la CAPV de 2002 indica una morbilidad percibida de 5,1% en hombres y 3,2% en mujeres por encima de los 65 años. La percepción de la enfermedad comienza a ser importante en ambos sexos a partir de los 45 años, siendo muy semejante para ambos entre los 45 y 65 años (0,8% para los hombres y 0,7% para las mujeres).

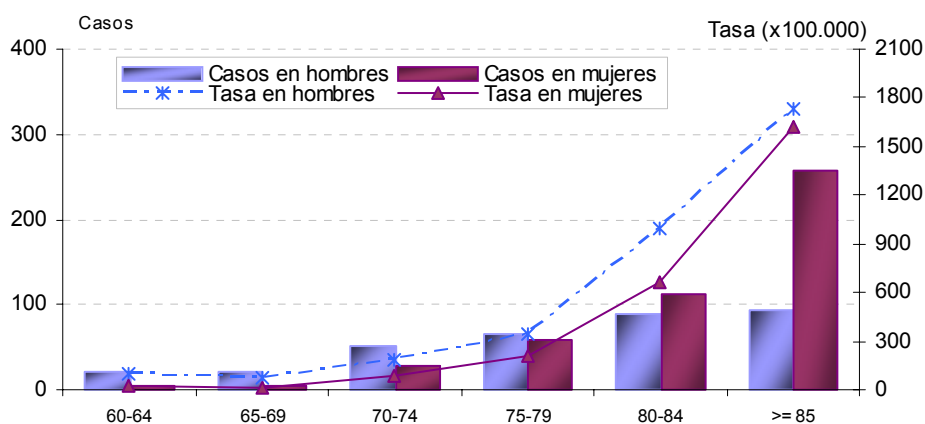
Presentamos los últimos datos disponibles de la ECV en Bizkaia a partir de dos sistemas de información: el registro de mortalidad (2004) y el registro de altas hospitalarias del CMBD (2005). Para el cálculo de las tasas utilizamos proyecciones de población a partir del censo de 2001; para la estandarización usamos la población europea.

Mortalidad

CIE 10: I60-I69

El registro de mortalidad contabiliza 885 defunciones: 394 hombres y 491 mujeres durante 2004. Las tasas crudas por 100.000 habitantes fueron: 85,74 para mujeres y 73,02 para los hombres; esta diferencia de género se invierte y aumenta al estandarizar por edad, siendo 34,26 en mujeres y 56,3 en hombres. En la gráfica siguiente se observa que las tasas específicas por edad y sexo son, en todos los grupos de edad, superiores entre los hombres, aunque en números absolutos mueren más mujeres a partir de los 80 años. Como se informa en el capítulo de mortalidad de esta memoria, las tasas de mortalidad han disminuido para ambos sexos de forma continuada entre 1991 y 2004.

**Número de fallecidos y tasa de mortalidad por ECV según sexo y edad.
Registro de mortalidad. Bizkaia. 2004**



En 2004 la RME (Razón de Mortalidad Estandarizada) por ECV fue significativamente mayor en la comarca Uribe que en el resto de la CAPV.

Morbilidad Hospitalaria

CIE-9-MC: 430-434 y 436-437

Durante 2005 fueron ingresados por ECV 3.144 personas residentes de Bizkaia, esto supone una tasa cruda de frecuentación hospitalaria de 280 por 100.000 habitantes y una tasa estandarizada de 183,52 por 100.000.

Por sexos, la tasa de frecuentación es de 258,27 para mujeres y de 310,43 para los hombres; al estandarizar por edad, las tasas disminuyen, aunque siguen siendo más altas para los hombres (130,20 por 100.000 para mujeres y 225,11 para los hombres).

Hubo 285 fallecidos durante el ingreso, lo que supone un letalidad de 9,1 fallecidos por cada 100 ingresos. El porcentaje de reingresos por ECV, identificados como ingresos en el mismo hospital y en el mismo año con el mismo número de historia clínica, fue del 6% (188).

La evolución de la morbilidad hospitalaria a lo largo de los años 1996 a 2005 ha sido ascendente en números absolutos, aumentando la tasa cruda de frecuentación hospitalaria desde 246/100.000 en 1996 hasta 280 en 2005; no obstante la tasa estandarizada se ha mantenido constante y la morbilidad proporcional ha experimentado pocos cambios, oscilando entre 2,1 y 2,5%.

El 53% de los ingresados eran hombres. Por edad, el 4 % de las altas correspondían a menores de 45 años, 19 % tenían entre 45 y 64 años y el 77% eran mayores de 64 años.

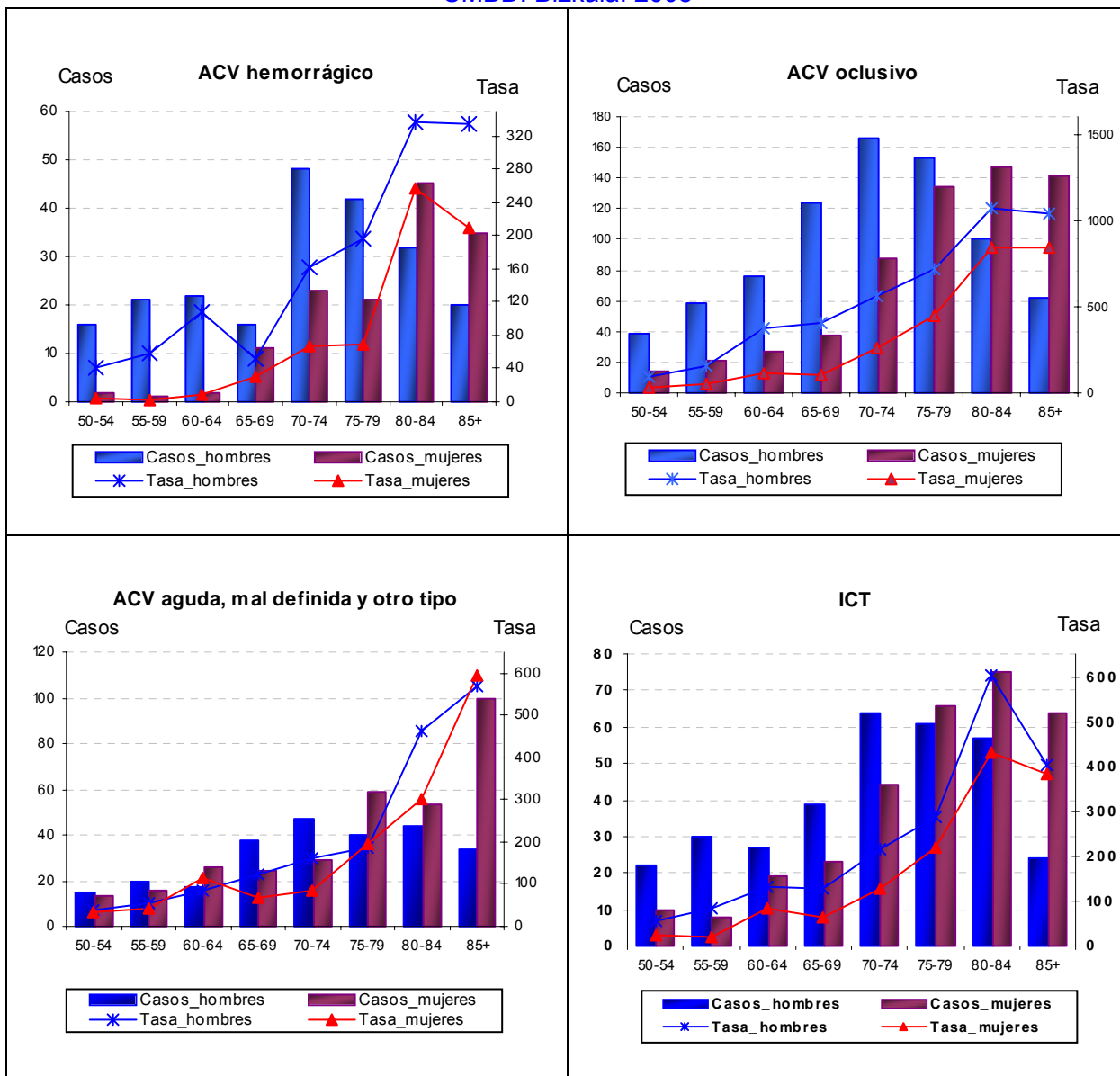
El 46% de los ingresos por ECV es debido a Accidentes Cerebrovasculares (ACV) por oclusión de algún vaso, 12% son ACV hemorrágicos, 20% son ECV aguda mal definida u otro tipo de ECV y el 22% corresponde a Isquemia Cerebral Transitoria (ICT). La letalidad es diferente según el tipo de ACV y según el sexo; es superior en todos los tipos de ECV entre las mujeres, lo que puede deberse a que la enfermedad se presenta en las mujeres a edad más avanzada.

Altas, fallecimientos y letalidad hospitalaria por ECV según el sexo y el tipo de ECV.CMBD. Bizkaia. 2005

Diagnósticos	Hombres			Mujeres		
	altas	fallecidos	letalidad	altas	fallecidas	letalidad
ACV hemorrágico (CIE-9: 430-433)	230	52	22,6	157	44	28,0
ACV isquémico-oclusivo (CIE-9: 433-434)	813	53	6,2	642	49	7,6
ICT (CIE-9: 435)	350	8	2,3	329	7	2,1
ACV aguda mal definida y otros (CIE-9: 436-437)	276	28	10,1	347	44	12,7
Total	1.669	141	8,45	1.475	144	9,76

La tasa de frecuentación más elevada es por ACV oclusivo o isquémico, alcanzando cifras de 151,2 y de 112,4 ingresos por 100.000 habitantes en mujeres y en hombres respectivamente. El ACV hemorrágico presenta las tasas más bajas: 42,78 y 27,49 por 100.000 para hombres y mujeres respectivamente. Sólo la 'ECV aguda mal definida y otro tipo de ECV' generan una tasa de frecuentación superior entre la mujeres (60,76) que entre los hombres (51,33).

Altas y tasa de frecuentación hospitalaria por tipo de ECV y por sexo.
CMBD. Bizkaia. 2005



Aunque las tasas de frecuentación aumentan lógicamente con la edad, el mayor número de ingresos se da entre los hombres a la edad de 70-80 y entre las mujeres 10 años más tarde, en las mayores de 80 años.

La estancia hospitalaria depende del tipo de ECV, y oscila entre 16 días en el ACV hemorrágico y 8 días en ACV oclusivo-isquémico.

Por comarca de residencia, las tasas de frecuentación hospitalaria oscilan entre 302,17 de Bilbao y 223,14 de Uribe; al estandarizar se acortan las diferencias entre comarcas oscilando entre 164,74 por 100.000 en Uribe y 173,75 en Interior; en ningún caso las diferencias son estadísticamente significativas.

**Número de altas y tasa de frecuentación hospitalaria por ECV
según comarca sanitaria. CMBD.Bizkaia. 2005**

	N altas	Tasa cruda	TS* IC 95%
Bilbao	1.036	302,17	168,00 (156,58-180,43)
Ezkeraldea- Enkarterri	787	277,50	166,65 (153,86-180,44)
Interior	803	277,59	173,75 (160,88-186,62)
Uribe	465	223,14	164,74 (149,23-180,25)
Otras /NC comarca	53	-	-
Bizkaia	3.144	282,39	165,85 (1,85-178,92)

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

La ECV consta como diagnóstico principal determina el ingreso hospitalario en 3.144 ocasiones. Si revisamos los diagnósticos desde el 2º al 6º, encontramos que en el 50% de los ingresos hay hipertensión, en 18% fibrilación auricular y en otro 18% diabetes. Estas tres enfermedades son factores de riesgo importantes en la ECV.

IV- MORBILIDAD HOSPITALARIA. 2005.

Presentamos los resultados obtenidos tras analizar los datos del CMBD del Registro de Altas Hospitalarias correspondientes al Territorio Histórico de Bizkaia durante el año 2005, con información disponible de todos los hospitales de la Comunidad Autónoma tanto públicos como privados.

La población de estudio son los pacientes residentes en Bizkaia que fueron dados de alta durante 2005 en cualquier hospital de la Comunidad Autónoma Vasca.

La unidad de análisis es el alta hospitalaria; esto implica que a un mismo paciente puede corresponderle más de un registro y por diferente enfermedad.

Nos centramos en el análisis del 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.

Para analizar la morbilidad, además de las frecuencias absolutas, utilizamos la tasa de frecuentación hospitalaria (número de ingresos por 1.000 habitantes) por edad, sexo y comarcas de Osakidetza y la morbilidad proporcional por sexo. Analizamos estas patologías por grupos de edad 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 2005 se produjeron en la CAPV 287.811 altas hospitalarias; en 138.755 (48%) el Territorio Histórico de residencia del paciente era Bizkaia. Prácticamente no ha habido cambios respecto al año 2004. Estas cifras suponen una frecuentación hospitalaria de 123,6 altas por 1000 habitantes, tasa similar a la de 2004.

El 78% de las altas se produjeron en los Hospitales Públicos de Osakidetza (74% en los hospitales de agudos y 4% en los de media y larga estancia) y el resto (22%) en los hospitales privados. Un 3% de las altas se han producido en hospitales o clínicas de otro Territorio Histórico. Del total de las altas, 28.512 (21%) tenían estancia inferior a un día.

Morbilidad hospitalaria por Grandes Grupos de la CIE-9

Del total de altas hospitalarias, el 52% (71.944) corresponden a mujeres. Si descontamos las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (11.393), el porcentaje de altas correspondiente a mujeres desciende hasta el 48%. Esto supone una tasa de frecuentación hospitalaria de 121,3 por cada 1000 hombres y, descontando el embarazo, 103,8 por 1000 mujeres.

Los cinco grandes grupos de enfermedades que requieren asistencia hospitalaria con mayor frecuencia son, por este orden: enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades digestivas, enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos, enfermedades del aparato respiratorio y tumores. La tabla mostrada a continuación refleja las diferencias que determina el sexo en el tipo de patología presentada.

Morbilidad proporcional según el diagnóstico principal, por grandes grupos (CIE-9) y por sexo. Bizkaia. 2005.

CIE-9-MC	Diagnósticos	Total		Hombres		Mujeres	
		Nº	%	hombres	%	mujeres	%
001-139	Infecciosas y parasitarias	1.577	1,1	927	1,4	650	0,9
140-239	Tumores	12.878	9,4	6.895	10,4	5.983	8,4
240-279	Endocrino-metabólicas	1.663	1,2	712	1,1	951	1,3
280-289	Sangre y órganos hematopoyéticos	1.195	0,9	605	0,9	590	0,8
290-319	Trastornos mentales	2.539	1,8	1.389	2,1	1.150	1,6
320-389	Sistema nervioso y sentidos	14.117	10,3	5.799	8,8	8.317	11,7
390-459	Aparato circulatorio	17.476	12,7	9.966	15,1	7.510	10,5
460-519	Aparato respiratorio	14.128	10,3	8.432	12,7	5.696	8,0
520-579	Aparato digestivo	15.422	11,2	9.110	13,8	6.310	8,9
580-629	Aparato genito-urinario	7.671	5,6	2.854	4,3	4817	6,8
630-676	Embarazo parto y puerperio	11.394	8,3	0	0,0	11.393	16,0
680-709	Piel y tejido subcutáneo	2.171	1,6	1.224	1,9	947	1,3
710-739	Sistema osteo-muscular y conectivo	10.364	7,5	5.090	7,7	5.272	7,4
740-759	Anomalías Congénitas	1.286	0,9	724	1,1	562	0,8
760-779	Patología perinatal	761	0,6	398	0,6	363	0,5
780-799	Signos y síntomas mal definidos	5.623	4,1	3.030	4,6	2.592	3,6
800-999	Traumatismos y envenenamientos	10.350	7,5	5.794	8,8	4.556	6,4
V01-V82	Código V	6.826	5,0	3.200	4,8	3.623	5,1
	TOTAL	137.441	100	66.149	100	71.282	100

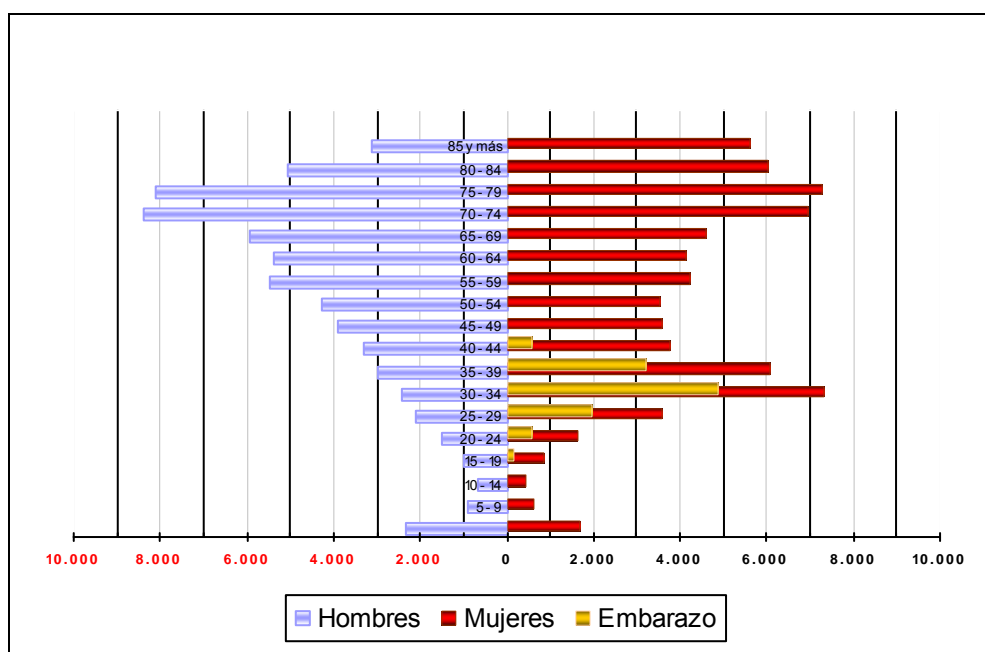
Entre las mujeres, la causa de alta hospitalaria más frecuente es el embarazo, parto y puerperio; le siguen por orden de frecuencia las enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos, las enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades del aparato digestivo, y en quinto lugar los tumores. Entre los hombres, el primer lugar por orden de frecuencia lo ocupan las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades digestivas, las respiratorias, los tumores y, en quinto lugar, las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos y traumatismos y envenenamientos.

Morbilidad hospitalaria según el sexo y la edad

En el gráfico siguiente se observa la influencia que tiene el embarazo en las altas hospitalarias entre los 15-44 años. Solo entre los 20 y 44 años de edad, debido a las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, y en las edades superiores a los 80 años, el número de altas en cifras absolutas entre mujeres supera al de los hombres. Es llamativo el mayor número de ingresos que presentan los hombres en la infancia, y las mujeres mayores de 80 años.

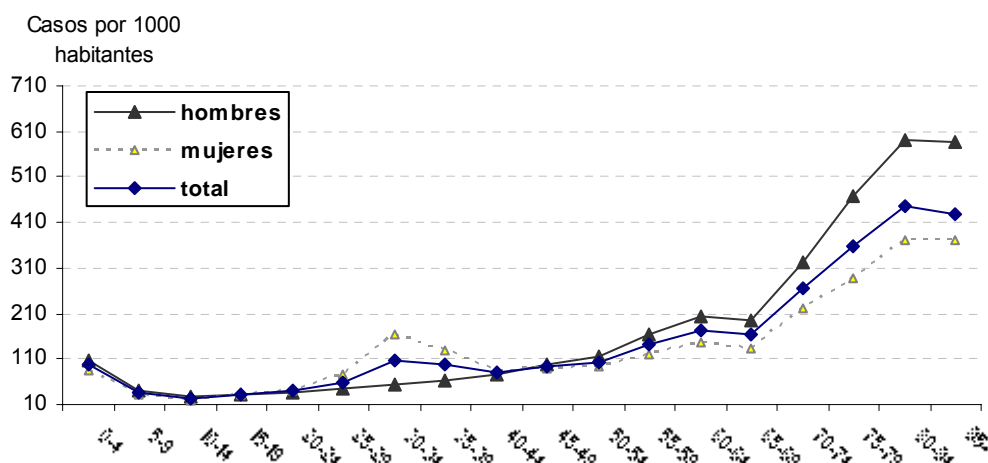
Un 6% de las altas corresponde a menores de 20 años, 25% al grupo de 20-44 años, 25% al grupo de 45-65 y el 44% restante a los mayores de 64 años. En los grupos de edad extremos, menores de 5 años y mayores de 84, aunque hay poca población las tasas de frecuentación son altas: 93 y 442 por 1000 habitantes respectivamente. La frecuentación más baja es la del grupo de jóvenes 5-19 años con 31 por 1000, seguidas el grupo de 20-44 que es de 77/1.000 y, finalmente entre 45 y 64 la tasa es de 186/1.000.

Morbilidad hospitalaria por grupos de edad y por sexo. CMBD Bizkaia: 2005



Entre los 5 y los 55 años las tasas de frecuentación hospitalaria son semejantes para hombres y para mujeres, siempre y cuando eliminemos la influencia del embarazo en las edades fértiles de la mujer. Entre las mujeres mayores de 80 años el número de altas es superior al de los hombres pero la tasa de frecuentación sigue siendo mayor entre los hombres (11.638 mujeres frente a 8.201 hombres) ya que su esperanza de vida es menor.

Tasa de frecuentación hospitalaria por grupos de edad y por sexo. CMBD. Bizkaia. 2005.

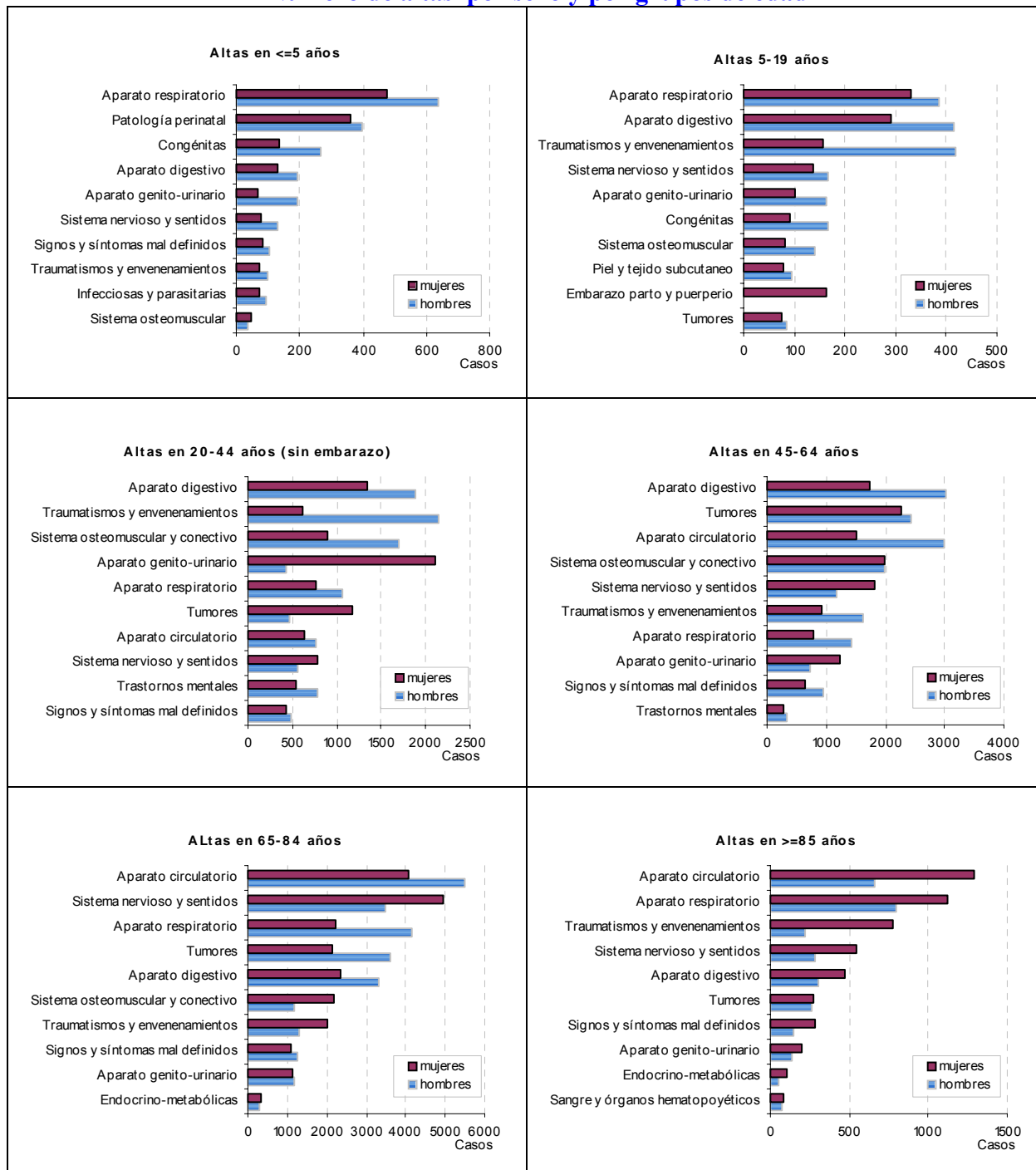


El pico de frecuentación hospitalaria que se da en los menores de 5 años se debe a enfermedades del aparato respiratorio, patología perinatal y anomalías congénitas. Entre 5 y 19 años las causas de alta, por orden de frecuencia, son las enfermedades del aparato respiratorio, las enfermedades digestivas y los traumatismos y envenenamientos.

Entre 20-44 años, la causa más frecuente de alta es la relacionada con el embarazo, parto y puerperio. Aparte del embarazo, en ese grupo de edad hay grandes diferencias determinadas por el sexo. Entre las mujeres las causas de alta más frecuentes son las enfermedades del aparato genito-urinario, las enfermedades del aparato digestivo y los tumores. Entre los hombres las

causas de altas más frecuentes son los traumatismos y envenenamientos, las enfermedades del aparato digestivo y las enfermedades del sistema osteo-muscular. Llama la atención la gran diferencia de género que hay en el caso de los tumores (mujeres) y traumatismos y envenenamiento (hombres).

Número de altas por sexo y por grupos de edad



En el grupo de 45-64, además de las enfermedades del aparato digestivo y circulatorio adquieren importancia los tumores. En este grupo de edad los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio son mucho más frecuentes entre los hombres.

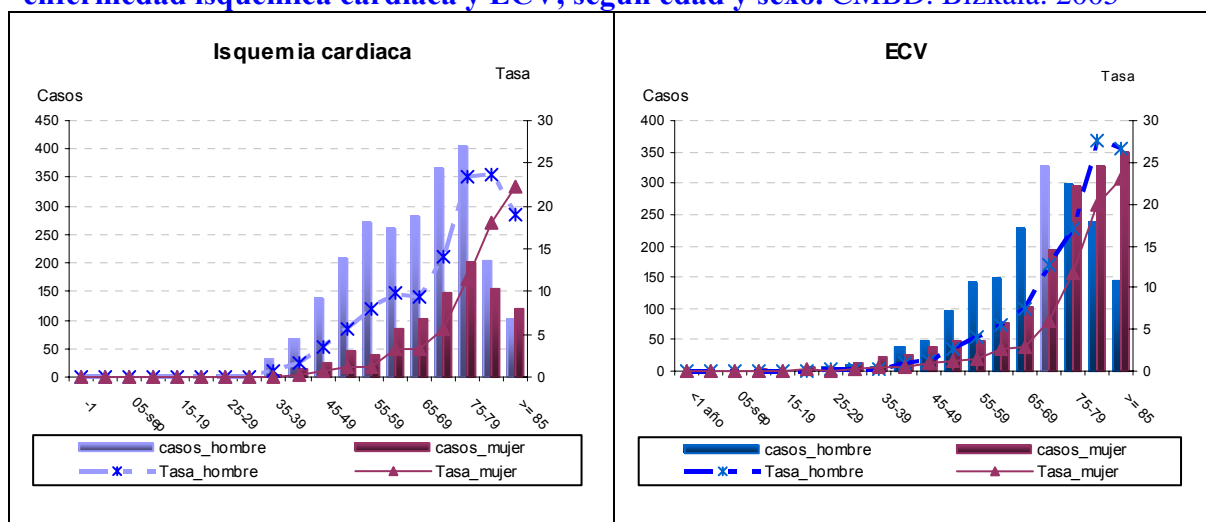
Entre los mayores de 64 años son las enfermedades circulatorias las que más peso tienen seguidas por las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos. Hemos representado un nuevo grupo de edad que debido al envejecimiento de la población es cada vez

más grande, el grupo de mayores de 84 años; en este grupo llama la atención el mayor número de altas entre mujeres y la importancia que adquieren los traumatismos.

Morbilidad hospitalaria por grupos de causas

Dentro de las **enfermedades del aparato circulatorio**, los dos grupos más importantes son la enfermedad isquémica cardíaca (19%) y las enfermedades cerebro-vasculares (19%). El gráfico inferior representa las diferencias que en la enfermedad determinan la edad y el sexo. Las tasas de frecuentación hospitalarias en el grupo de mujeres aumentan progresivamente en ambas enfermedades sin presentar descenso en los últimos grupos de edad como sucede en los hombres.

Número de altas y tasas de frecuentación hospitalaria (por 1.000 habitantes), por enfermedad isquémica cardíaca y ECV, según edad y sexo. CMBD. Bizkaia. 2005



En el grupo de **enfermedades del aparato digestivo**, el 24 % son hernias de la cavidad abdominal que son tres veces más frecuentes entre los hombres.

En el grupo de **enfermedades respiratorias** un 32% son enfermedades infecciosas respiratorias agudas, neumonía y gripe; el 32% son EPOC y enfermedades asociadas y en este grupo se observa que el número de ingresos presentado por los hombres es el doble que el presentado por las mujeres; el 20% son otras enfermedades del tracto respiratorio superior; un 2% son neumoconiosis u otras enfermedades pulmonares ocasionadas por agentes externos; el resto, hasta un 15%, son otras enfermedades del aparato respiratorio.

El 74% de las altas por **enfermedades del sistema nervioso** corresponden a trastornos del ojo y de los anexos, el 5% son por trastornos del oído y procesos mastoideos, y el 21% son trastornos del Sistema Nervioso como enfermedades inflamatorias, hereditarias degenerativas y otras. Un 80% de los trastornos del ojo y anexos son cataratas; este porcentaje, es ligeramente superior entre las mujeres (4.971/3.478). De los trastornos del SN periférico, la patología más frecuente es la mono o polineuritis del miembro superior (96%) siendo el diagnóstico más frecuente el síndrome del tunel carpiano que se da prácticamente sólo entre las mujeres.(1.643/332).

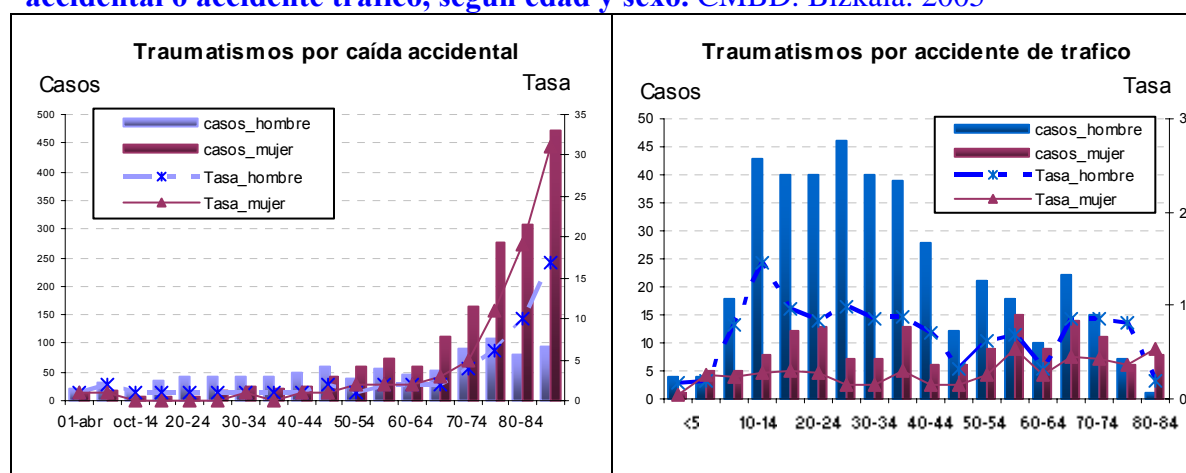
Los tumores, que suponen el 9,4% del total, son la segunda causa de alta entre los 45 y 64 años, y presentan grandes diferencias de género según el tipo de tumor.

Número de altas por tumores según el sexo. Bizkaia. 2005.

Localización y/o tipo de neoplasia	Hombre	Mujer	relación: H/M
Neoplasia de labio, cavidad oral y faringe	262	53	4,9
Neoplasia de órganos digestivos y peritoneo	1675	886	1,9
Neoplasia de aparato respiratorio e intratorácica	987	159	6,2
Neoplasia de hueso, tejido conectivo, piel y mama	198	1009	0,2
Neoplasia de órganos genito-urinarios	1412	675	2,1
Neoplasia de otras localizaciones y NEOM	1000	860	1,2
Neoplasia de tejidos linfáticos y hematopoyéticos	376	270	1,4
Neoplasias benignas	650	1651	0,4
Carcinomas in situ	63	126	0,5
Neoplasia de comportamiento no determinado	167	183	0,9
Neo de naturaleza no especificada	105	111	0,9
Total	6895	5983	1,2

En el último grupo de enfermedades de la CIE-9, los **traumatismos y envenenamientos** supone el 7,5% del total de las altas. Los traumatismos son más frecuentes entre los hombres, sobre todo hasta los 65 años, en que empiezan a ser más importantes entre las mujeres. En el 64% de los accidentes consta la causa externa que motivó el accidente. Así, las caídas accidentales son la causa de al menos el 40% de los ingresos por traumatismo; y los accidentes de tráfico el 9%. La diferente distribución por edad y sexo se ve reflejada en la siguiente gráfica.

Número de altas y tasas de frecuentación (por 1.000 hab.) por traumatismo debido a caída accidental o accidente tráfico, según edad y sexo. CMBD. Bizkaia. 2005



Las enfermedades **del sistema osteomuscular y del tejido conectivo** se clasifican en cuatro grandes grupos. El 50% son artropatías y trastornos relacionados, un 16% son dorsopatías, un 17% son reumatismos y el 17% restante son osteopatías, condropatías y deformidades adquiridas de los miembros. Los tres trastornos más frecuentes son: los trastornos internos de rodilla (19%), que son 2 veces más frecuentes en hombre; las artrosis (19%), que son 1,6 veces superiores en mujeres y las deformidades adquiridas del primer dedo del pie (10%), que son 5 veces más frecuente en las mujeres.

Morbilidad hospitalaria por comarca sanitaria de Osakidetza

Las tasas crudas de frecuentación hospitalaria por comarca sanitaria de Osakidetza no muestran grandes diferencias, destacando la menor tasa en Comarca Uribe 114,5 altas por 100000

habitantes. Al estandarizar las tasas las diferencias entre comarcas se hacen más estrechas, sin embargo las tasas de Interior son significativamente más altas y las de Bilbao significativamente más bajas.

Morbilidad hospitalaria por Comarcas. Bizkaia. 2005.

Comarca	N	T cruda	TS (IC 95%)
Bilbao	42.907	122,6	98,28 (97,32-99,24)
Ezkerraldea -Enkarterri	36.705	124,45	101,78 (100,72-102,83)
Interior	32.305	124,78	104,74 (103,62-105,87)
Uribe	22.875	114,51	102,14 (100,88-103,40)
Bizkaia	136.990	122,03	101,12(100,59-10,.66)

Tasa cruda por 100.000 habitantes. TS=Tasa Estandarizada por 100.000 habitantes (P. Referencia: Europea)

V. REGISTRO DE MORTALIDAD

En este capítulo describimos las defunciones (número y causas) acaecidas entre la población residente en el Territorio Histórico de Bizkaia durante el año 2004. 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.

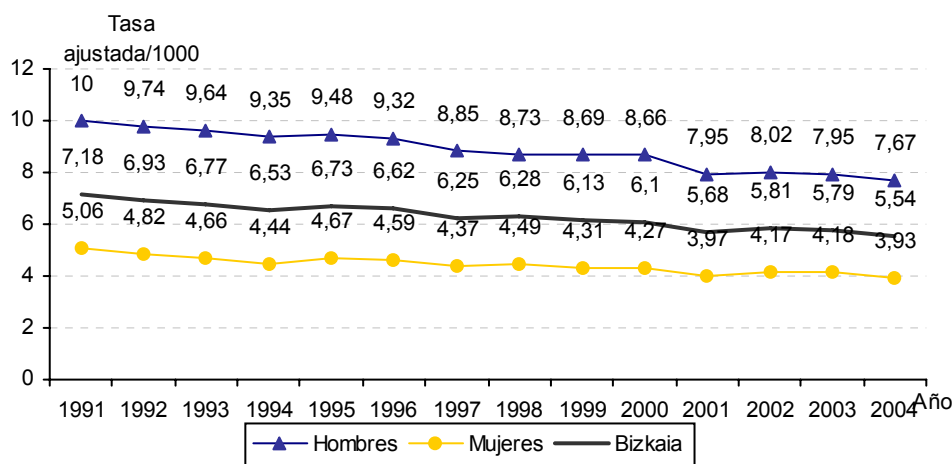
La población para el año 2004 y para el resto de años intercensales analizados se ha obtenido mediante interpolación lineal de las poblaciones del censo 1991, padrón 1996 y censo 2001. La estandarización directa de las tasas se ha realizado utilizando la población europea como población de referencia; la indirecta utiliza la CAPV como estándar.

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 (género, edad), lugar (comarcas sanitarias) y tiempo (1991 a 2004).

Mortalidad general

Durante el año 2004 fallecieron 10.388 personas residentes en Bizkaia, 53% hombres y 47% mujeres. La tasa de mortalidad general fue de 9,34 por mil habitantes, superior en los hombres (10,16) que en las mujeres (8,57). La tasa estandarizada por edad de la población europea fue de 5,54 por mil habitantes, también mayor en los hombres (7,67) que en las mujeres (3,93).

Tasa de Mortalidad general ajustada por edad
Bizkaia 1991-2004



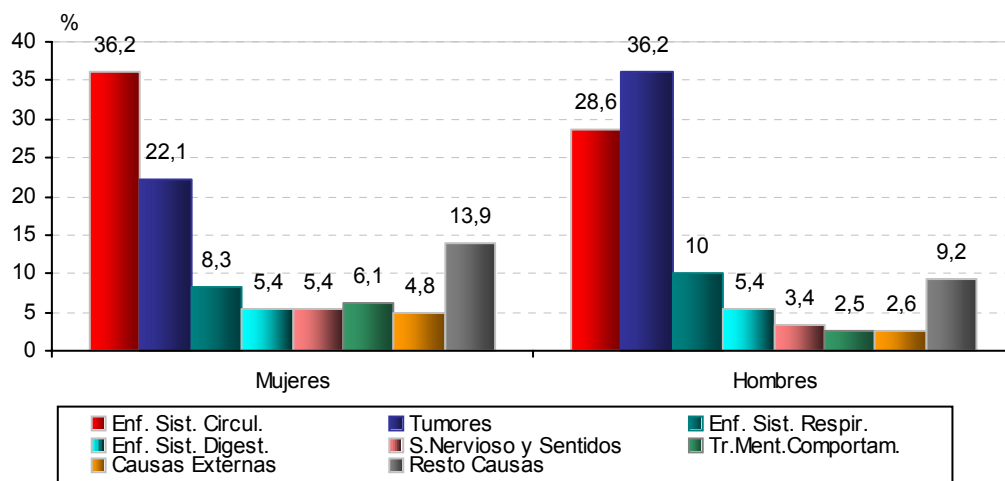
Tal como se observa en la figura previa, las tasas estandarizadas descienden desde 1991 (7,18) hasta 2001 (5,68) aumentan ligeramente en 2002 (5,81) y continúan descendiendo en 2003 y 2004 (5,54). Las tasas crudas continúan aumentando, fruto del envejecimiento de la población.

Mortalidad proporcional

Las enfermedades del aparato circulatorio fueron las responsables del mayor número de defunciones (36%) en las mujeres seguidas por los tumores (22%), 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 géneros provocando el 9% de las defunciones en el conjunto de la población. El grupo de las enfermedades del aparato

digestivo ocupan el cuarto de importancia (5%) y el de las enfermedades del sistema nervioso el quinto (4%).

Mortalidad Proporcional. Defunciones por sexo y grandes grupos de causas Bizkaia 2004



Mortalidad por causas

GRANDES GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE

La siguiente tabla muestra la distribución de las defunciones y las tasas estandarizadas por edad según los 19 grandes grupos de causas de muerte. 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 causas Bizkaia 2004

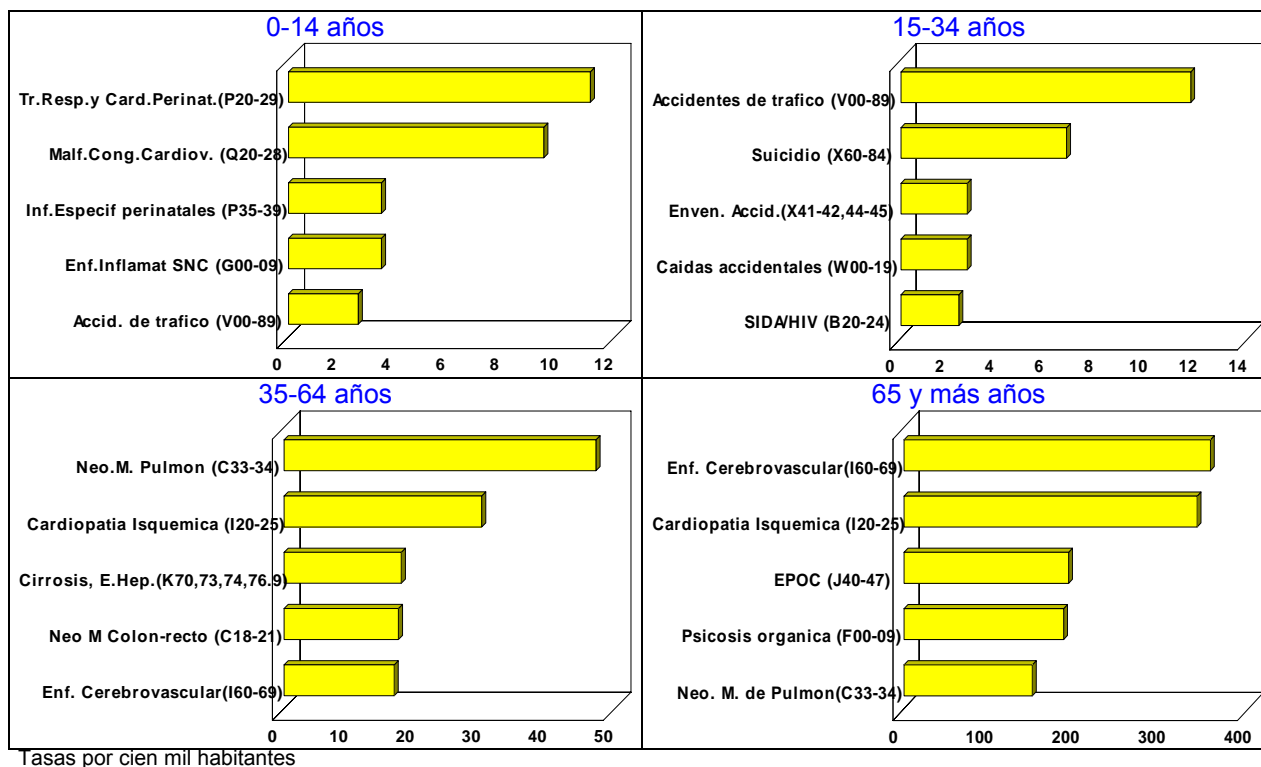
	Hombres		Mujeres		Total	
	Muertes	Tasa *	Muertes	Tasa *	Muertes	Tasa *
Enf. infecciosas y parasitarias (I)	118	16,62	110	10,76	228	13,57
Tumores (II)	1.987	279,86	1.083	108,92	3.070	182,22
Enf. sangre y órg.hematop.;Tr. inmunit. (III)	16	2,23	33	2,59	49	2,51
Enf. endocrinas, nutrición. y metabólicas (IV)	118	15,29	177	12,70	295	13,89
Tr. mentales y del comportamiento (V)	137	18,28	297	18,69	434	19,10
Enf. sistema nervioso, ojo y oído (VI,VII,VIII)	185	25,56	266	20,23	451	22,48
Enf. sistema circulatorio (IX)	1.567	215,58	1.775	122,31	3.342	163,84
Enf. sistema respiratorio (X)	550	73,52	406	27,48	956	44,51
Enf. sistema digestivo (XI)	294	40,61	267	21,28	561	30,22
Enf. piel y tejido subcutáneo (XII)	6	0,89	10	0,88	16	0,85
Enf. S. osteomuscular y tej. conjuntivo (XIII)	20	2,88	52	3,74	72	3,42
Enf. sistema genito-urinario (XIV)	108	14,57	101	6,93	209	9,46
Embarazo, parto, puerperio (XV)	---	---	0	0,00	0	0,00
Afecciones perinatales (XVI)	12	3,73	12	4,01	24	3,87
Malf. congénitas, defor., an. cromoso. (XVII)	14	3,08	18	5,28	32	4,10
Causas mal definidas (XVIII)	86	13,20	169	11,66	255	12,68
Causas externas (XIX)	265	40,88	129	15,43	394	27,50
TOTAL	5.483	766,79	4.905	392,90	10.388	554,22

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

PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE SEGUN EDAD

Las causas de muerte son distintas según la edad. Entre los menores de 15 años fallecieron 60 niños (tasa 51,16 por 100.000). Los trastornos respiratorios y cardíacos perinatales, las anomalías congénitas cardiovasculares y las infecciones específicas perinatales son las tres primeras causas de muerte, con tasas de 11,09; 9,38 y 3,33 por 100.00 respectivamente.

Principales causas de muerte por edad. Bizkaia 2004



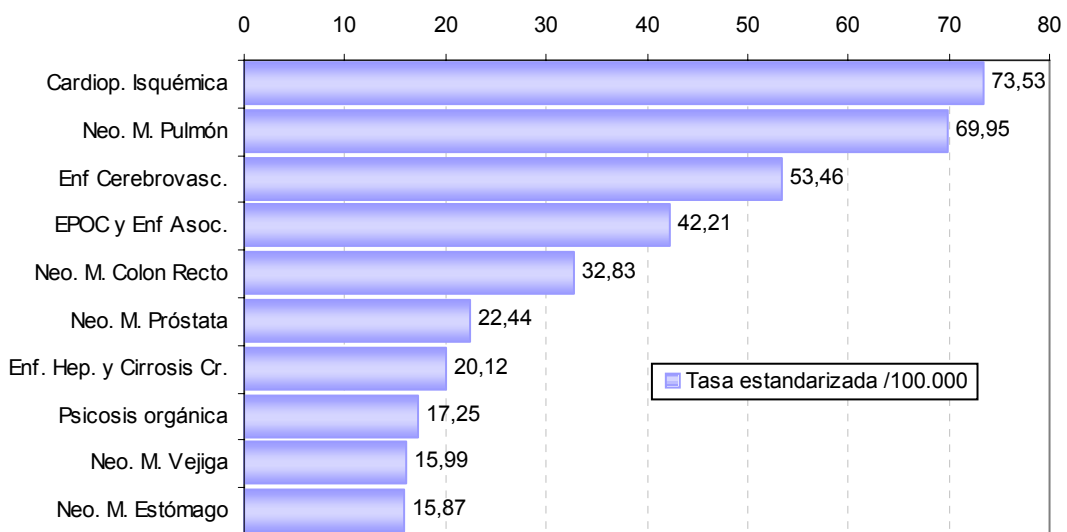
En el grupo de edad de 15 a 34 años la mortalidad es 50,99 por 100.000 (153 defunciones); la principal causa de muerte son los accidentes de tráfico, con una tasa de 11,66 por cien mil habitantes; le siguen el suicidio y los envenenamientos accidentales. En el grupo de edad de 35 a 64 años, cuya mortalidad global es 362,11 por 100.000 (1.699 defunciones), la primera causa es el cáncer de pulmón (47,10 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 355,79 por 100.000), seguido de la cardiopatía isquémica y la EPOC; la mortalidad por todas las causas en este grupo de edad es de 3.755,51 por 100.000 (8.476 defunciones).

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE SEGUN 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 (46% y 47% en hombres y mujeres respectivamente).

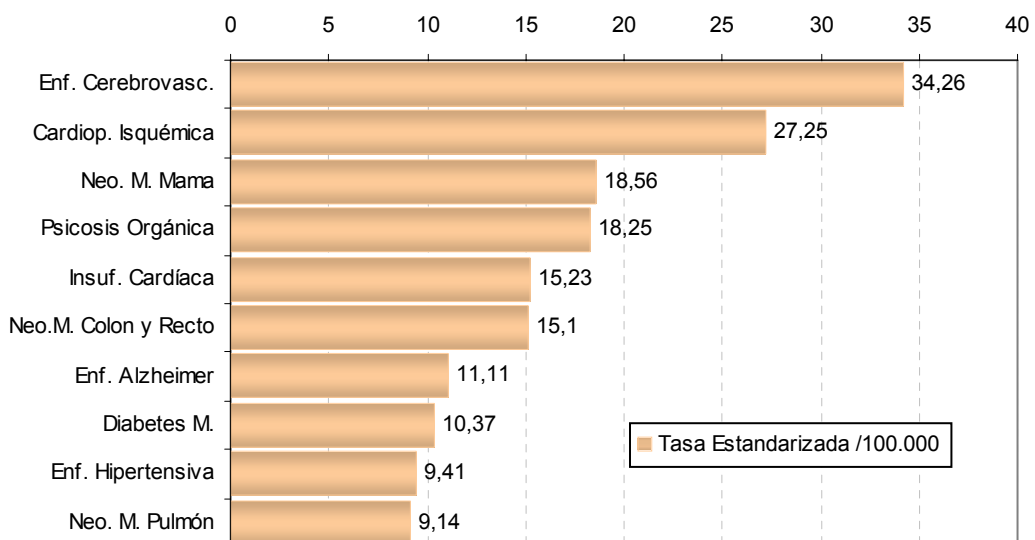
La primera causa en varones sigue siendo la cardiopatía isquémica, con una tasa estandarizada de 73,53 por 100.000 (530 defunciones), seguida del cáncer de pulmón con tasa de 69,95 por 100.000 (486 defunciones). La enfermedad cerebrovascular sigue siendo la tercera causa con una tasa ajustada de 53,46 por 100.000 (394 defunciones).

Diez primeras causas de muerte en hombres Bizkaia 2004



Entre las mujeres, las causas más frecuentes de defunción son la enfermedad cerebrovascular con tasa ajustada de 34,26 por 100.000 (491 defunciones), la cardiopatía isquémica con tasa de 27,25 por 100.000 (381 defunciones) y la neoplasia maligna de mama, tasa de 18,56 por 100.000 (158 defunciones).

Diez primeras causas de muerte en mujeres Bizkaia 2004



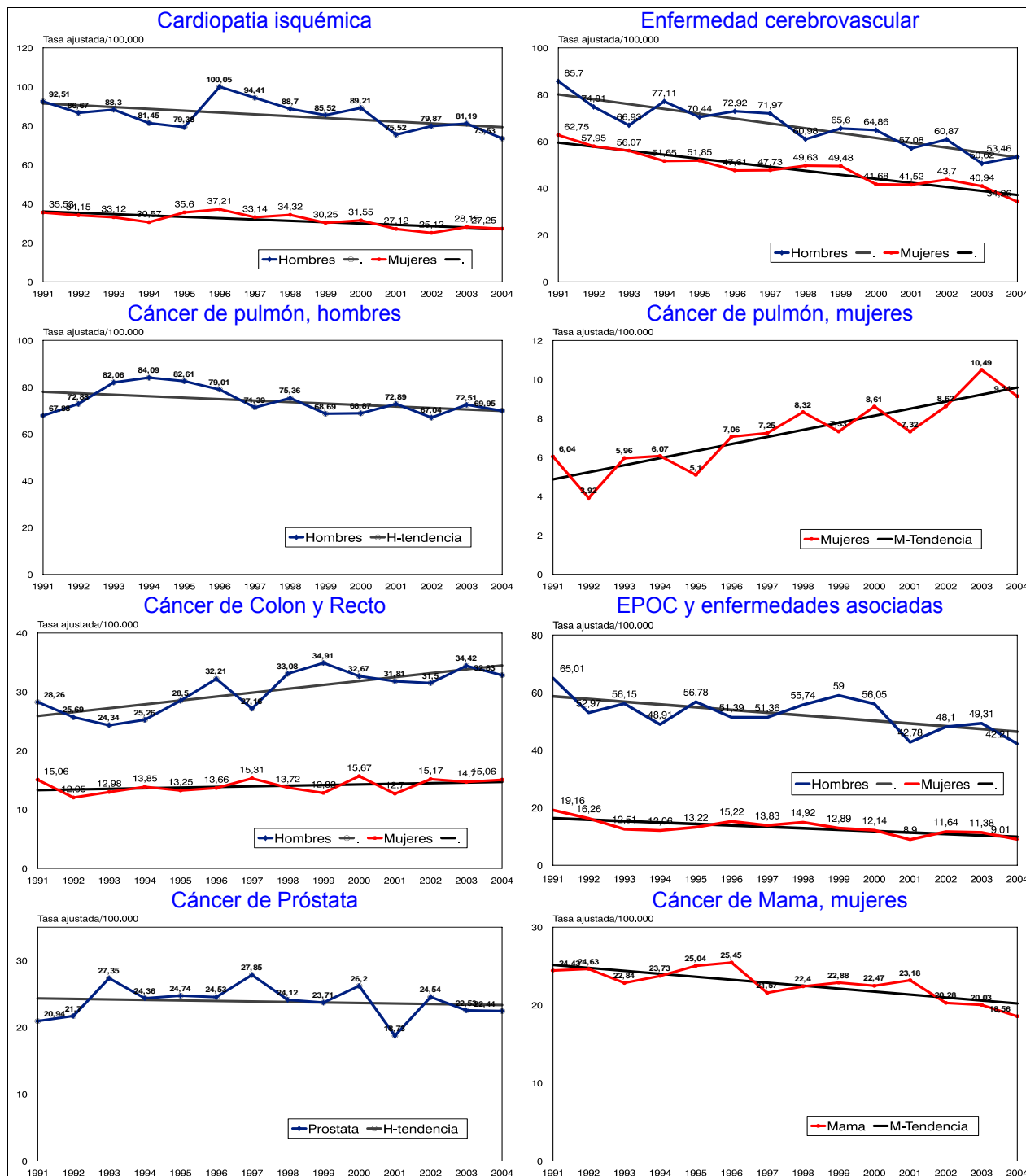
PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EN EL TIEMPO

La evolución de las primeras causas de muerte en los 14 últimos años indica que la mortalidad por cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular, sobre todo esta última, mantienen una tendencia descendente (tasas estandarizadas).

El cáncer de pulmón comienza a descender en hombres pero muestra una tendencia claramente ascendente en las mujeres. La mortalidad por cáncer de colon y recto 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. La mortalidad por EPOC también indica una tendencia descendente en estos años.

Evolución de las principales causas de muerte según sexo. Bizkaia 1991-2004

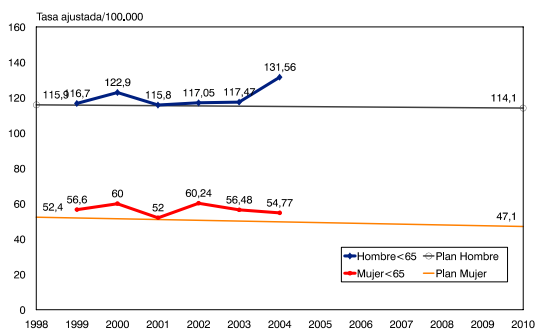


INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD (PLAN DE SALUD)

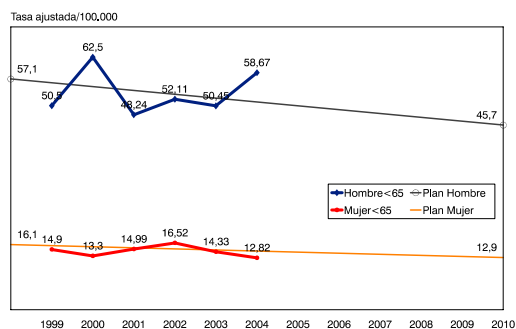
En la tabla y gráfico siguientes se comparan los datos de mortalidad de los años 1999 a 2004 con los objetivos del Plan de Salud de 2002-2010.

Plan de Salud 2002-2010. Objetivos de reducción de mortalidad por causas seleccionadas

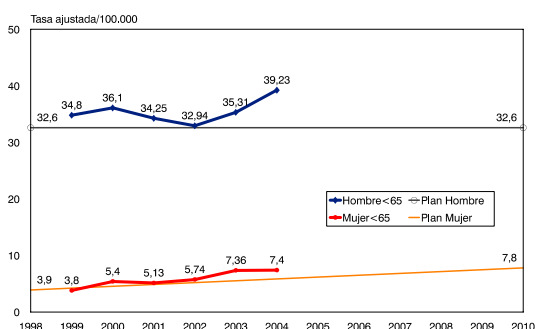
Tumores <65años



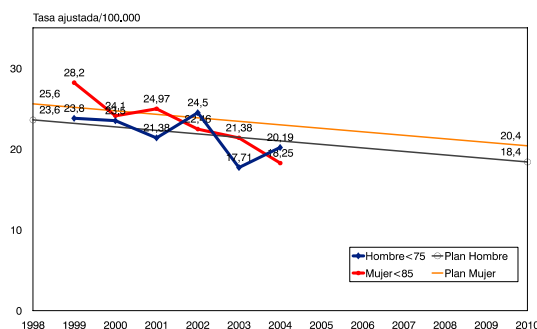
A. Circulatorio <65años



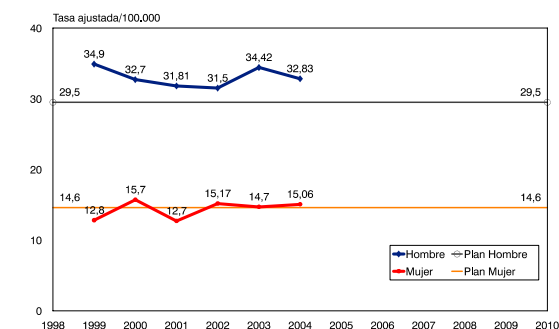
Neo Pulmón <65años



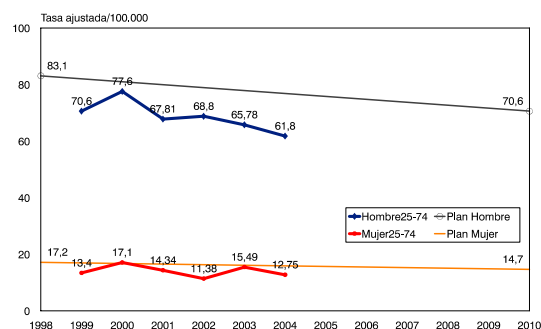
Enf. Cerebrovascular <75 años hombres y <85 años en mujeres



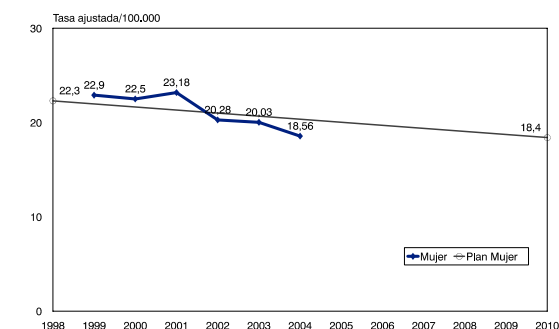
Neo Colon y Recto



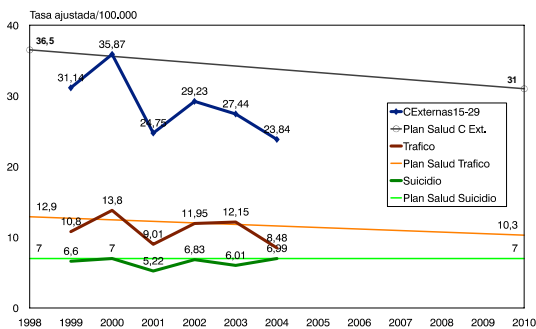
Cardiopatía isquémica 25-74 años



Cáncer de Mama, mujeres



Causas Externas 15-29 años; Acc. Tráfico; Suicidio



Tanto la mortalidad debida a todos los tumores malignos en menores de 65 años, como la causada por aquéllos tumores de localizaciones específicas priorizados en el Plan de Salud, están todavía lejos del objetivo 2010; sólo el cáncer de mama está por debajo de la línea descendente marcada. Entre las enfermedades cardiovasculares, la tasa de cardiopatía isquémica entre 25 y 74 años de edad en ambos sexos y la de enfermedad cerebrovascular de las mujeres menores de 85 años están por debajo del objetivo formulado para 2010, pero el

conjunto de las enfermedades circulatorias en menores de 65 años está por encima del objetivo. La mortalidad por causas externas ha alcanzado el indicador 2010.

Mortalidad por causas priorizadas en el Plan de Salud. Bizkaia 1999 a 2004.

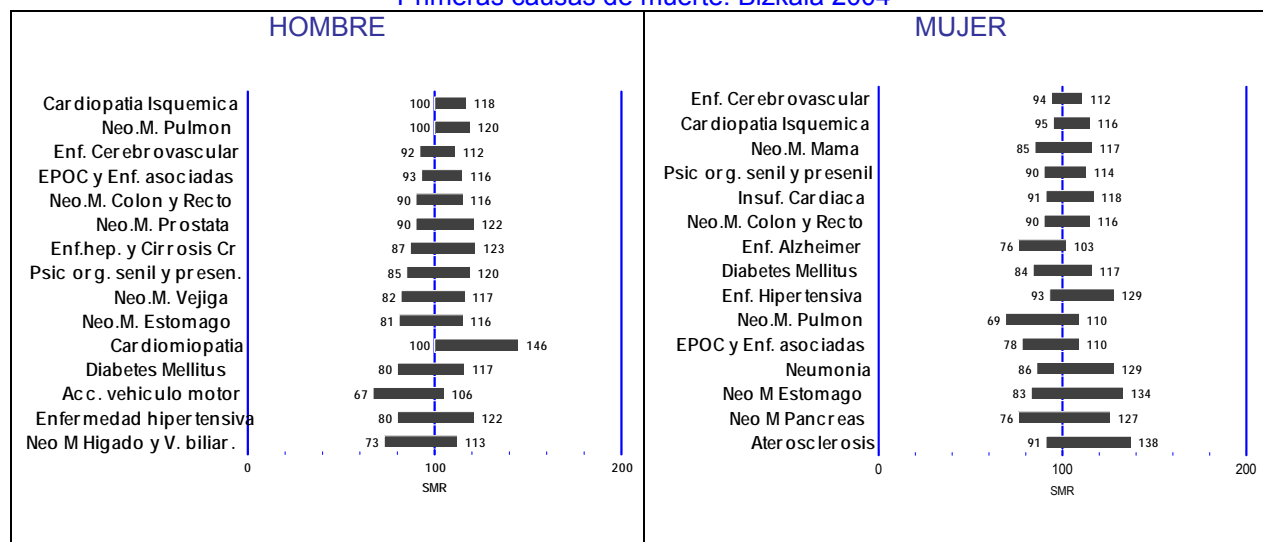
Causas	Tasa 1999	Tasa 2000	Tasa 2001	Tasa 2002	Tasa 2003	Tasa 2004	Objetivos del Plan Salud Para la CAPV 2010
Tumores malignos hombres <65 a.	116,7	122,9	115,8	117,05	117,47	131,56	Iniciar tendencia descendente
Tumores malignos mujeres <65 a.	56,6	60,0	52,0	60,24	56,48	54,77	47,1
Cáncer de pulmón hombres <65 a.	34,8	36,1	34,25	32,94	35,31	39,23	Invertir tendencia ascendente
Cáncer de pulmón mujeres <65 a.	3,8	5,4	5,13	5,74	7,36	7,40	Frenar tendencia ascendente
Cáncer de mama en mujeres	22,9	22,5	23,18	20,28	20,03	18,56	18,4
Cancer de Colon-recto en hombres	34,9	32,7	31,81	31,50	34,42	32,83	Estabilizar las tasas
Cancer de Colon-recto en mujeres	12,8	15,7	12,70	15,17	14,70	15,06	Estabilizar las tasas
Cancer de cabeza y cuello hombres	13,4	12,4	10,93	14,53	13,67		20,3
Enf. Ap. circulatorio hombres <65 a.	50,5	62,5	48,24	52,11	50,45	58,67	45,7
Enf. Ap. circulatorio mujeres <65 a.	14,9	13,3	14,99	16,52	14,33	12,82	12,9
Enf. cerebrovascular hombres <75 a.	23,8	23,5	21,38	24,50	17,71	20,19	18,4
Enf. cerebrovascular mujeres <85 a.	28,2	24,1	24,97	22,46	21,38	18,25	20,4
Cardiop. isquémica hombres 25-74 a.	70,6	77,6	67,81	68,80	65,78	61,80	70,6
Cardiop. isquémica mujeres 25-74 a.	13,4	17,1	14,34	11,38	15,49	12,75	14,7
Accidentes de tráfico	10,8	13,8	9,01	11,95	12,15	8,48	10,3
Suicidio	6,6	7,0	5,22	6,83	6,01	6,99	Mantener inferior a 7/100.000
Causas externas jóvenes 15-29 a.	32,14	35,87	24,75	29,58	27,44	23,84	31,0

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

RAZON 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 2004

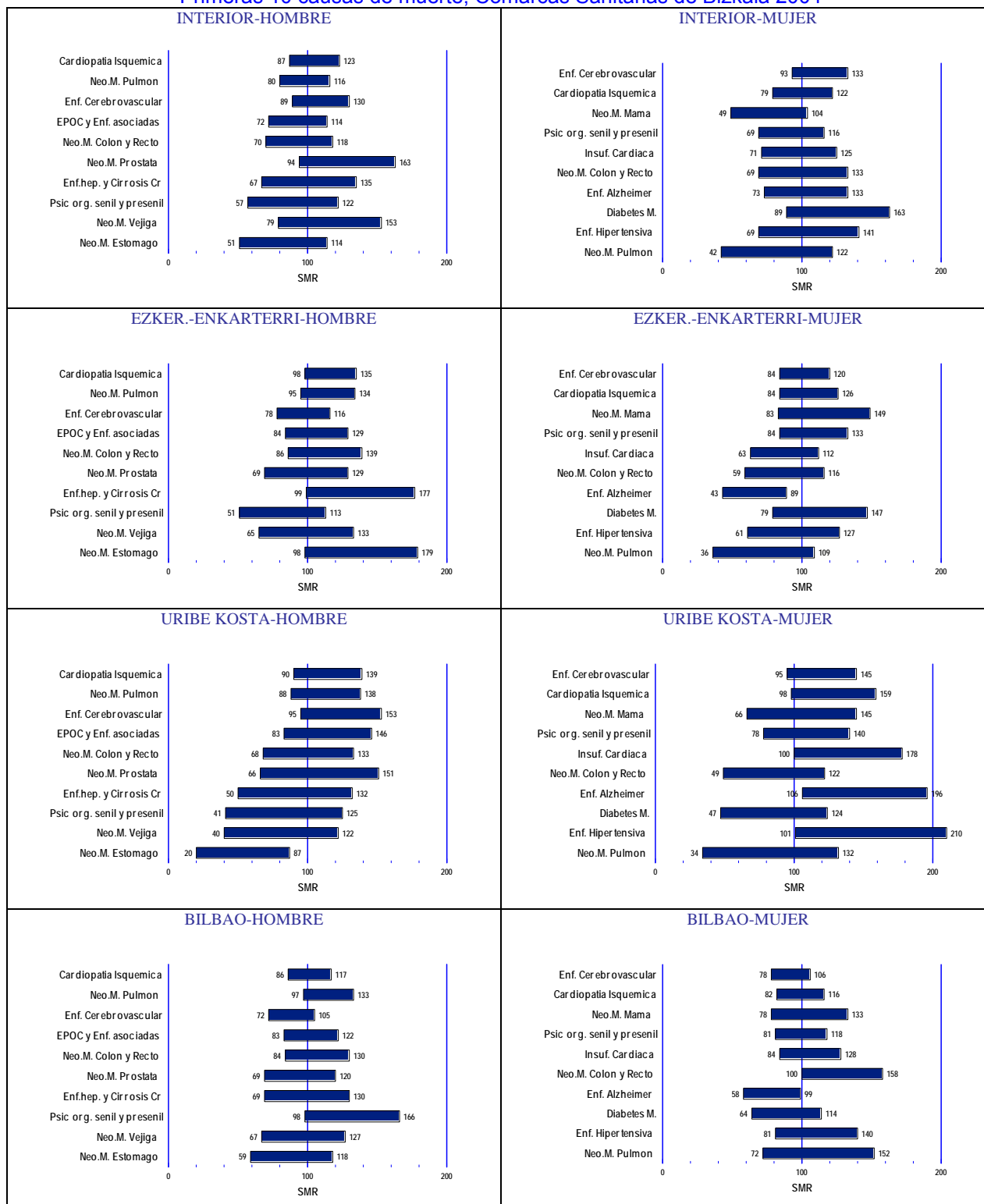


La mortalidad por todas las causas en Bizkaia, durante el año 2004, fue similar a la de la CAPV (RME=102, (IC 95% 100-104)) tanto en hombres como en mujeres. Como se observa en la figura previa, la mortalidad debida a cada una de las 15 principales causas no fue significativamente distinta a la de la CAPV ni en hombres ni 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 Uribe para mujeres (RME=108, (IC 95% 101-116)).

Razón de mortalidad estandarizada según sexo

Primeras 10 causas de muerte, Comarcas Sanitarias de Bizkaia 2004



Como se observa en la figura, ni los hombres ni las mujeres de comarca Interior tienen una mortalidad significativamente distinta al resto de la CAPV por ninguna de las 10 primeras causas de muerte.

En 2004, por segundo año consecutivo en los últimos años, los hombres de Ezkerraldea-Enkarterri no tienen una mortalidad significativamente mayor que el resto de la CAPV por cáncer de pulmón; las mujeres de esta comarca mueren menos por Alzheimer que las de la CAPV.

Entre los hombres de la comarca Uribe la mortalidad por cáncer de estómago es significativamente menor que la del resto de hombres de la CAPV; las mujeres tienen mayor mortalidad que las de la CAPV por Alzheimer y enfermedad hipertensiva.

Los hombres de Bilbao no tienen, como en algunos años previos, mayor mortalidad por cáncer de pulmón que los de la CAPV; las mujeres difieren significativamente de las de la CAPV respecto a mortalidad causada por enfermedad de Alzheimer.

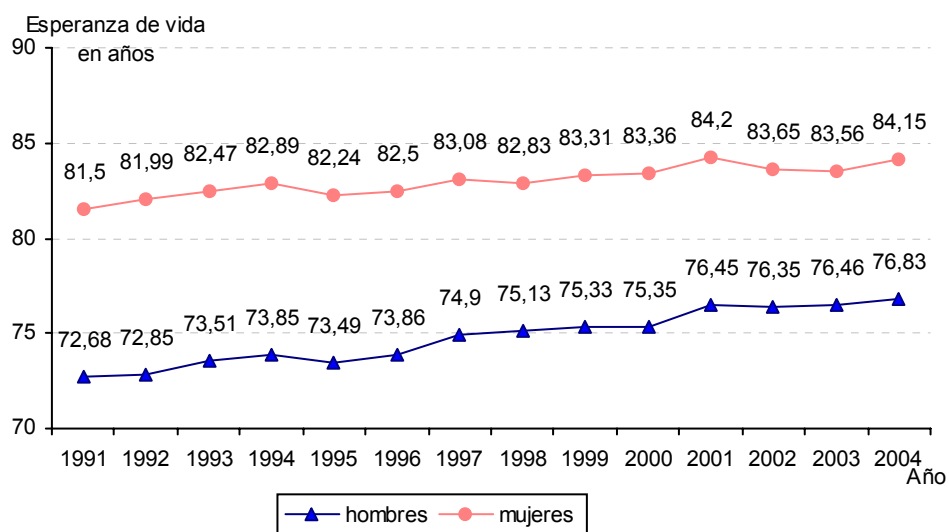
Mortalidad Infantil

Durante 2004 se produjeron 41 fallecimientos en niños menores de un año de Bizkaia, lo que supone una tasa de mortalidad infantil de 4,1 por 1.000 nacidos vivos (4,8 y 3,5 en niños y niñas respectivamente).

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer, ha ido aumentando desde 1991 hasta el año 2001, disminuyó en el año 2002 en ambos sexos y en 2003 en las mujeres, pero vuelve a ascender en 2004; se sitúa en 80,54 años, menor en los hombres (76,83) que en las mujeres (84,15). Los objetivos propuestos en el Plan de Salud para 2010 son de 76,8 y 84,3 años de esperanza de vida al nacimiento en hombres y mujeres respectivamente.

Esperanza de vida al nacimiento según sexo
Bizkaia. 1991-2004



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 2004 en menores de 70 años fue de 38.647, equivalente a una tasa ajustada de 39,33 por mil habitantes; el número de años de vida perdidos fue mayor en los hombres (26.069 años) que en las mujeres (12.578 años). Las primeras causas de APVP son distintas en ambos géneros; entre los hombres destacan la neoplasia maligna de pulmón, la cardiopatía isquémica y los accidentes de tráfico; entre las

mujeres las primeras causas de APVP son, en este orden, las anomalías congénitas, la neoplasia maligna de la mama y los accidentes de tráfico.

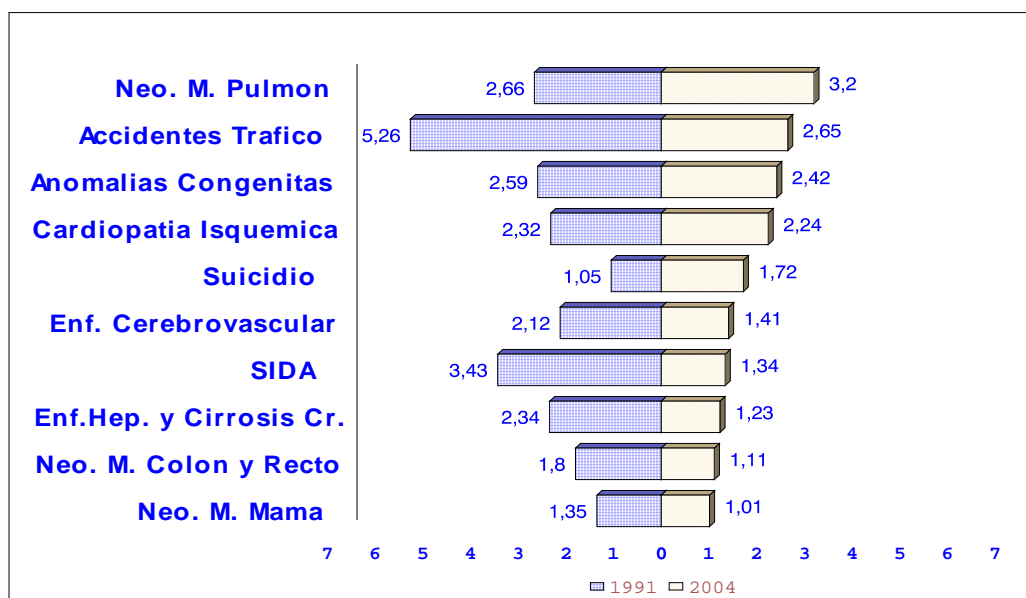
Años potenciales de vida perdidos. Bizkaia 2004

Causas	Hombres		Mujeres		Total	
	Años	T. APVP (*)	Años	T. APVP (*)	Años	T. APVP (*)
Neo. M. Pulmón (C33-34)	2.697	5,24	732	1,27	3.429	3,20
Accid. Tráfico (V01-89)	1.980	3,89	593	1,37	2.573	2,65
Anom. Congénitas (Q00-99)	519	1,48	980	3,44	1.499	2,42
Card. Isquémica (I20-25)	2.128	4,02	305	0,53	2.433	2,24
Suicidio (X60-84)	1.469	2,59	480	0,83	1.949	1,72
Enf. Cerebrovascular (I60-69)	1.007	1,84	487	1,01	1.494	1,41
SIDA (B20-24)	1.223	2,03	406	0,67	1.629	1,34
Cirrosis (K70,73,74,76.9)	1.037	1,94	306	0,54	1.343	1,23
Neo. M. Colon-recto (C18-21)	763	1,46	437	0,79	1.200	1,11
Neo. M. Mama (C50)	-----	-----	1.101	1,99	1.101	1,01
Neo. Cav. Bucal, faringe(C00-C14)	735	1,39	64	0,12	799	0,74
Neo. M. Encéfalo (C71)	429	0,92	184	0,36	613	0,64
Neo. M. Estómago (C16)	465	0,87	205	0,36	670	0,61
Enven. A. Drogas (X41,42,44,45)	392	0,63	155	0,28	547	0,46

(*) Tasas por 1.000 habitantes estandarizadas por edad de la población europea

Aunque tanto la cantidad de APVP como las causas que los provocan sufren ligeras variaciones a lo largo de estos 14 años (1991-2004), se ha producido una disminución en las tasas ajustadas de APVP para la mayoría de las 10 principales causas de muerte, sobre todo accidentes de tráfico y sida, con la excepción del cáncer de pulmón y el suicidio, que aumentan.

Años potenciales de vida perdidos. Bizkaia Años 1991 y 2004



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

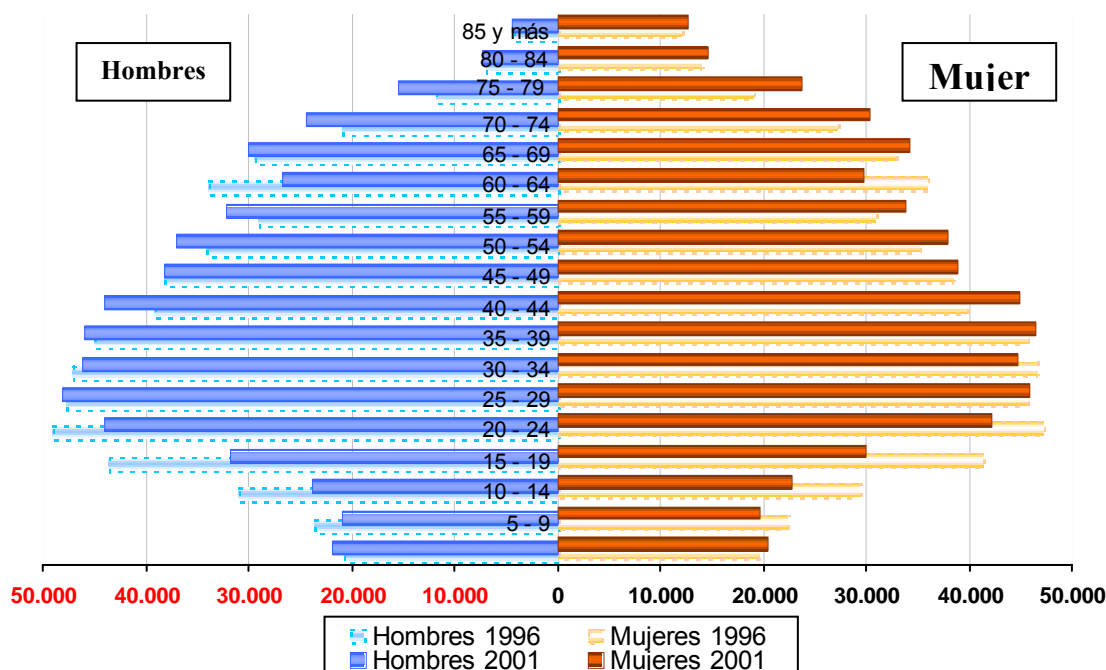
*Los datos de los menores de 1 año son los nacidos en el año 2001 (hasta el 1/11/2001). # Los grupos de edad según edad a 31/12/2001

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 2001-2006
DISTRIBUCION SEGUN PERSONA, LUGAR Y TIEMPO**

Brucelosis

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nº Casos	3	9	1	1	-	1
Tasas	0,26	0,80	0,09	0,09	-	0,09
Razón de sexos (H/M)	2	2	-	-	-	-
Indice epidémico 2	0,3	1,12	0,11	0,17	-	1

Fiebre tifo-paratífica

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nº Casos	1	8	2	3	2	4
Tasas	0,09	0,71	0,18	0,27	0,2	0,36
Razón de sexos (H/M)	-	0,6	0	0,5	1	-
Indice epidémico 2	0,5	4	1	1,5	1	2

Enfermedad meningocócica

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Nº Casos	46	81	63	73	67	48	
Tasas	4,03	7,22	5,61	6,50	5,97	4,28	
Razón de sexos (H/M)	1	0,76	1,10	1,15	0,7	1,18	
Indice epidémico 2	1,1	1,98	1,54	1,59	1,1	0,72	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	87,55	121,68	51,97	90,59	116,5	8	103,53
1-4 años	24,60	23,43	35,16	64,45	58,6	17	49,80
5-9 años	15,21	14,91	17,40	12,45	19,9	3	7,45
10-14 años	4,96	13,43	13,43	8,96	4,5	3	6,72
15-24 años	4,41	11,50	10,78	8,63	3,6	4	2,87
Mayores de 24 años	1,60	3,97	2,22	2,68	2,7	13	1,52
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	4,22	8,88	5,36	6,95	4,25	4	1,54
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	4,21	9,49	6,05	8,21	8,6	18	6,21
URIBE	6,79	3,00	5,61	7,01	3	6	3
BILBAO	2,23	6,29	5,14	4,82	7,1	19	5,35
OTROS (1 caso de Ermua)	-	-	-	-	-	-	-

Hepatitis A

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Nº Casos	16	16	38	15	69	80	
Tasas	1,40	1,43	3,38	1,3	6,15	7,13	
Razón de sexos (H/M)	1,29	1	1,71	2	1,1	1,58	
Indice epidémico 2	-	0,64	2,24	0,88	4,3	5	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	-	-	-	-	-	-	-
1 a 9 años	-	4,03	5,38	3,53	28,2	15	20,17
10 a 19 años	3,43	1,95	3,90	-	9,75	20	19,50
20 a 29 años	2,64	0,14	6,84	3,42	6,3	11	6,27
30 a 39 años	1,63	2,71	5,97	3,26	10,3	26	14,11
40 a 49 años	1,28	0,59	2,95	-	4,7	8	4,72
Mayor de 49 años	0,26	0,73	0,49	-	-	-	-
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	0,77	2,32	2,68	1,16	4,25	18	6,95
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	1,29	1,02	3,70	1,37	4,8	26	9
URIBE	2,09	0,50	2,04	0,5	4	11	5,50
BILBAO	1,11	1,71	4,57	1,99	10,1	24	6,75
OTROS (1 caso en Ermua)	-	-	-	-	-	-	-

Hepatitis B

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Nº Casos	28	16	25	11	10	9	
Tasas	2,46	1,43	2,23	0,98	0,8	0,8	
Razón de sexos (H/M)	1,80	3	2,57	4,5	4	8	
Indice epidémico 2	1,20	0,64	1	0,44	0,4	0,56	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 15 años	0,68	-	1,58	0,8	-	-	-
15 a 19 años	3,53	-	1,73	-	1,7	-	-
20 a 24 años	1,04	-	1,23	1,23	-	-	-
25 a 29 años	2,15	5,30	2,12	2,12	1,1	-	-
30 a 64 años	3,89	1,27	2,53	1,51	1,3	6	1,1
Mayores de 64 años	-	1,90	2,38	-	0,5	3	1,4
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	1,15	1,16	0,77	1,16	-	1	0,39
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	1,62	0,68	4,04	1,37	0,7	3	1,04
URIBE	3,13	0,50	-	-	0,6	1	0,50
BILBAO	3,90	2,86	3,14	1,13	1,7	4	1,26
OTROS	-	-	-	-	-	-	-

Hepatitis C

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Nº Casos	42	6	4	5	3	-	
Tasas	3,68	0,53	0,36	0,45	0,3	-	
Razón de sexos (H/M)	1,60	5	1	1,5	3	-	
Indice epidémico 2	-	-	-	-	-	-	

Legionelosis

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Nº Casos	65	58	49	56	51	63	
Tasas	5,7	5,17	4,36	4,98	4,54	5,61	
Razón de sexos (H/M)	3,6	8,67	5,12	3	2,9	2,7	
Indice epidémico 2	-	1,61	0,89	1,02	0,9	1,12	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 30 años	0,24	-	0,56	-	0,3	-	-
30-49 años	6,17	7,63	4,52	5,09	4,5	23	6,50
50-64 años	9,54	7,05	7,05	9,06	11,1	18	9,01
Mayores de 64 años	13,42	8,09	8,09	9,52	5,7	22	10,47
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	4,22	5,41	3,44	3,09	5,8	13	5,02
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	3,24	4,75	5,72	3,08	5,5	20	6,90
URIBE	6,79	6,01	2,55	3,50	1,5	11	5,50
BILBAO	8,64	5,14	5,14	8,79	4,8	19	5,35
OTROS	-	-	-	-	-	-	-
METODO DIAGNOSTICO (%)						Nº CASOS	%
AISLAMIENTO	4,62	3,4	10,2	14,3	5,8	2	3,2
SEROCONVERSION	-	-	-	-	-	-	-
Ag EN ORINA	98,46	96,6	89,8	98,2	92,1	63	100

Tuberculosis

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Nº Casos	269	281	276	278	273	250	
Tasas	23,60	25,03	24,58	24,76	24,31	22,27	
Razón de sexos (H/M)	1,42	1,53	1,48	1,5	1,21	1,48	
Indice epidémico 2	0,74	0,80	0,86	1,00	0,98	0,91	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 10 años	6,90	1,22	2,44	2,44	6,09	3	3,65
10-14 años	-	2,24	2,24	4,48	-	1	2,24
15-19 años	9,40	10,36	13,81	15,54	13,81	10	17,27
20-24 años	21,80	28,32	20,93	22,17	12,31	21	25,86
25-29 años	29,00	23,34	40,31	20,16	24,39	28	29,70
30-49 años	25,20	29,40	28,83	29,96	32,79	87	24,59
50-64 años	18,60	26,19	19,64	15,61	18,12	31	15,61
Mayores de 64 años	45,90	33,31	32,83	41,87	35,68	69	32,83
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	14,60	21,63	20,57	23,17	20,47	45	17,38
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	27,20	29,16	25,56	21,21	24,97	90	30,79
URIBE	15,60	18,02	19,52	22,53	18,52	37	18,52
BILBAO	30,10	27,43	24,57	30,62	29,49	70	19,85
METODO DIAGNOSTICO (%)						Nº CASOS	%
BK POSITIVO EN ESPUTO	34,20	36,30	35,14	31,89	33,70	91	36,40
CULTIVO(+) EN ALGUNA MUESTRA	65,40	69,75	62,0	60,5	71,43	176	70,40

Parotiditis

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Nº Casos	23	23	20	18	10	127	
Tasas	2,02	2,02	1,78	1,6	0,9	11,31	
Razón de sexos (H/M)	1,60	1,87	0,81	0,80	3,5	1,49	
Indice epidémico 2		0,64	0,67	0,78	0,43	6,35	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	12,51	-	12,94	12,94	-	0	-
1-4 años	15,38	14,65	11,72	5,86	5,86	11	32,23
5-9 años	19,88	22,37	4,97	7,45	2,48	27	67,1
10-14 años	4,48	8,96	8,96	11,19	2,24	37	82,84
15-19 años	-	5,18	3,45	3,45	1,73	24	41,44
20-29 años	2,85	0,57	2,85	2,85	1,71	16	9,12
≥ de 30 años	0,26	0,13	0,26	-	0,26	12	1,57
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	2,30	1,96	1,91	2,32	0,8	18	6,95
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	1,94	0,68	2,69	1,03	0,34	82	28,31
URIBE	2,09	1	2,55	2,5	1	11	5,51
BILBAO	1,95	3,71	0,57	1,13	1,4	14	3,94
OTROS (2 casos en Ermua)	-	-	-	-	-	-	-

Rubéola

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Nº Casos	3	6	0	1	10	1	
Tasas	0,36	0,53	-	0,09	0,9	0,1	
Razón de sexos (H/M)	-	2	-	-	1,5	-	
Indice epidémico	-	1,2	-	0,20	3,3	0,33	

Sarampión

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Nº Casos	0	1	0	0	0	0	
Tasas	-	0,09	-	-	-	-	
Razón de sexos (H/M)	-	-	-	-	-	-	
Indice epidémico	-	0,33	-	-	-	-	

Tos ferina

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Nº Casos	3	1	2	3	2	6	
Tasas	0,26	0,09	0,18	0,30	0,2	0,53	
Razón de sexos (H/M)	-	-	1	0,5	1	0,2	
Indice epidémico	-	0,25	0,5	1	0,66	3	

EDOs INDIVIDUALES. BIZKAIA 2001-2006
DISTRIBUCION ESTACIONAL

Hepatitis A

DISTRIBUCION TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2005	3	7	4	2	3	3	5	12	8	9	10	3
Año 2006	11	8	3	9	14	10	7	6	6	3	1	2
Periodo 2001-2006	25	25	13	19	23	22	15	27	16	24	16	9

Enfermedad Meningocócica

DISTRIBUCION TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2005	17	7	6	5	7	3	4	1	3	5	6	3
Año 2006	9	5	9	3	5	4	2	1	1	3	2	4
Periodo 2001-2006	69	45	50	39	34	23	20	6	15	16	37	24

Legionelosis

DISTRIBUCION TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2005	0	5	2	2	5	1	4	4	8	3	12	5
Año 2006	3	4	5	4	4	5	7	12	4	7	5	3
Periodo 2001-2006	16	19	12	17	21	21	46	48	40	47	36	19

Parotiditis

DISTRIBUCION TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2005	2	-	-	1	-	2	3	-	-	-	1	1
Año 2006	3	5	37	24	10	2	0	6	3	4	8	25
Periodo 2001-2006	14	14	44	34	19	9	15	10	7	10	13	32

SISTEMA DE INFORMACION MICROBIOLÓGICA BIZKAIA AÑO 2006 - RESULTADOS GLOBALES

	Laboratorio declarante						
	Basurto	Cruces	San Eloy	Galdakao	Sta. Marina	Laboratorios Privados*	TOTAL
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL							
<i>Chlamydia trachomatis</i>	260	1	0	0	0	0	261
<i>Herpes simple tipo 2</i>	67	5	0	0	0	0	72
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	164	23	13	20	0	1	221
<i>Treponema pallidum</i>	33	41	1	0	1	0	76
INFECCIONES GASTROINTESTINALES							
<i>Campylobacter</i>	295	350	78	157	0	28	908
<i>Entamoeba histolytica</i>	4	6	0	0	0	0	10
<i>Escherichia coli</i> EH	0	1	0	0	0	0	1
<i>Fasciola hepatica</i>	1	1	0	0	0	0	2
<i>Listeria monocytogenes</i>	8	6	0	0	1	0	15
<i>Salmonella</i>	262	268	70	126	0	24	750
<i>Salmonella typhi</i>	3	2	0	0	0	0	5
<i>Shigella</i>	11	0	0	1	0	1	13
<i>Yersinia</i>	22	19	0	17	0	0	58
Adenovirus 40 y 41	42	15	15	1	0	0	73
Rotavirus	146	198	35	36	0	6	421
INFECCIONES RESPIRATORIAS							
<i>Coxiella burnetii</i>	34	16	1	42	1	1	95
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	15	8	0	8	0	0	31
<i>Legionella pneumophila</i>	15	39	1	22	0	0	77
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	11	36	2	35	0	0	84
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (en hemocultivo)	85	73	7	30	6	0	201
<i>Virus sincitial respiratorio</i>	81	84	0	0	0	0	165
MICOBACTERIAS							
<i>M. tuberculosis</i>	56	73	14	33	19	1	196
<i>M. kansasii</i>	7	11	4	2	2	0	26
Otras micobacterias	2	30	3	6	2	0	43
INFECCIONES DEL SNC							
<i>Enterovirus</i>	5	50	0	0	0	0	55
<i>Neisseria meningitidis</i>	10	23	0	3	0	0	36
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (en L.C.R.)	3	6	1	3	0	0	13
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN							
<i>Bordetella pertussis</i>	1	4	0	0	0	0	5
<i>Haemophilus influenzae</i>	2	5	0	0	0	0	7
Hepatitis B	12	4	4	5	0	0	25
Hepatitis A	29	29	6	19	0	0	83
<i>Virus de la parotiditis</i>	4	26	1	0	0	1	32
<i>Virus de la rubéola</i>	1	6	0	0	0	1	8
<i>Virus del sarampión</i>	0	0	0	0	0	0	0
ZOONOSIS							
<i>Bartonella</i>	0	18	0	0	0	2	20
<i>Borrelia burgdorferi</i>	0	4	0	0	0	0	4
<i>Brucella</i>	0	1	0	0	0	0	1
<i>Echinococcus granulosus</i>	2	0	0	1	0	0	3
<i>Leptospira</i>	0	1	0	0	0	0	1
<i>Rickettsia conorii</i>	0	0	0	0	0	0	0
OTROS							
<i>Leishmania</i>	0	0	0	0	0	0	0
<i>Plasmodium</i>	16	1	0	0	0	0	17
<i>Taenia</i>	5	8	3	7	0	0	23
<i>Staphylococcus aureus</i> meticilín resistente	257	281	48	169	62	0	817

(*) Laboratori pribatuak aitorleak: P. Martínez de la Fuente, Lab. Clínica Axpe, Dra. Tánago y G. Riego.

SISTEMA DE INFORMACION MICROBIOLÓGICA (SIM). BIZKAIA 2001-2006

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
Nº identificaciones

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Chlamydia trachomatis</i>				1	62	161
<i>Herpes simple tipo 2</i>				7	61	72
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>				60	102	221
<i>Treponema pallidum</i>				37	61	76
TOTAL				105	286	530

INFECCIONES GASTROINTESTINALES
Nº identificaciones

Campylobacter

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>C. coli</i>	41	19	6	6	7	9
<i>C. fetus</i>	2	18	11	1	1	0
<i>C. jejuni</i>	927	862	812	746	689	829
<i>Campylobacter sp</i>	37	63	38	23	68	70
Otros	-	3	6	2	5	0
TOTAL	1007	965	873	778	770	908

Listeriosis

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>L. monocytogenes</i>	12	16	7	12	18	15

Salmonella

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>S. enteritidis</i>	1009	1064	1144	625	465	466
<i>S. fyris</i>	4	12	1	-	-	-
<i>S. hadar</i>	8	1	4	2	6	1
<i>S. infantis</i>	-	-	3	-	-	3
<i>S. london</i>				3	4	4
<i>S. montevideo</i>	1	-	2	-	-	-
<i>S. newport</i>				2	2	-
<i>S. ohio</i>	1	-	1	-	1	1
<i>S. tilburg</i>	2	7	2	-	-	-
<i>S. typhimurium</i>	82	97	87	90	103	68
<i>S. virchow</i>	3	11	2	1	2	1
<i>S. grupo B</i>	26	33	31	30	25	34
<i>S. grupo C</i>	42	26	48	21	41	31
<i>S. grupo D</i>	151	234	139	114	75	69
<i>S. grupo E</i>				1	-	-
<i>Salmonella sp.</i>	56	89	49	67	29	67
Otras	8	8	6	2	1	5
TOTAL	1393	1582	1519	958	754	750

Fiebre tifo-paratífica

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>S. typhi</i>	1	5	2	2	3	5
<i>S. paratyphi</i>	-	1	-		-	1
TOTAL	1	6	2	2	-	6

Shigella

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>S. flexneri</i>	2	2	5	1	2	7
<i>S. sonnei</i>	8	3	8	11	7	4
<i>S. boydii</i>	-	2	-	1	-	-
Otras	-	-	1	1	1	2
TOTAL	10	7	14	14	10	13

Yersinia

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Y. enterocolitica</i>	52	58	40	55	32	56
<i>Yersinia sp.</i>	-	-	-	-	-	1
<i>Y. frederiksenii</i>				1	-	1
TOTAL	52	58	40	56	32	58

Adenovirus

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Adenovirus	30	17	8	52	31	73

Rotavirus

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rotavirus	299	108	143	354	294	421

INFECCIONES RESPIRATORIAS

Nº identificaciones

Fiebre Q

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Coxiella burnetii</i>	42	44	34	29	48	95

Clamidiasis

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	3	1	29	87	75	31

Legionella pneumophila

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Legionella pneumophila</i>	61	61	42	57	53	77

Mycoplasma pneumoniae

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	47	35	75	63	54	84

Streptococcus pneumoniae

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	179	211	196	197	221	214

Virus sincitial respiratorio

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Virus sincitial respiratorio</i>				215	129	165

Micobacterias tuberculosas

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>M. tuberculosis</i>	207	218	194	219	183	196
<i>M. bovis</i>	2	-	3	-	-	0
<i>M. africanum</i>	-	-	-	-	-	0
TOTAL	209	218	197	219	183	196

Micobacterias atípicas

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>M. avium</i>	10	11	4	10	23	17
<i>M. chelonae</i>	-	-	-	-	-	1
<i>M. fortuitum</i>	-	2	2	2	6	5
<i>M. gordonae</i>	3	6	1	3	9	14
<i>M. kansasii</i>	86	59	61	48	45	26
<i>M. marinum</i>	2	2	2	1	-	-
<i>M. scrofulaceum</i>	-	-	-	-	-	-
<i>M. simiae</i>	1	-	1	1	1	-
<i>M. szulgai</i>	-	3	-	-	-	1
<i>M. xenopi</i>	1	-	-	-	-	-
<i>M. sp</i>	-	-	1	-	2	3
<i>M. genarensis</i>	-	-	1	-	-	-
<i>M. lentiflavum</i>	-	-	1	-	-	2
<i>M. malmoeure</i>	-	-	1	-	1	-
TOTAL	103	83	75	65	87	69

INFECCIONES DEL S.N.C.

Nº identificaciones

Neisseria meningitidis

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>N. meningitidis</i> grupo B	34	41	40	49	36	30
<i>N. meningitidis</i> grupo C	5	13	10	6	10	3
<i>N. meningitidis</i> grupo A	-	-	-	-	-	-
<i>N. meningitidis</i> grupo Y	-	-	-	2	-	-
<i>N. meningitidis</i> no grupada	-	5	7	5	1	3
TOTAL	39	59	57	62	47	36

Enterovirus

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Virus Coxackie				16	0	6
Echovirus				3	8	42
Enterovirus sin especificar				1	7	7
TOTAL				20	15	55

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACION

Nº identificaciones

Bordetella pertussis

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Bordetella pertussis</i>	6	-	-	4	2	5

Haemophilus influenzae

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Haemophilus influenzae</i>	11	11	9	10	8	3

Hepatitis B

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Hepatitis B	13	23	35	15	11	25

Hepatitis A

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Hepatitis A	23	10	26	11	63	83

Virus de la parotiditis

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Virus de la parotiditis</i>	8	4	2	4	0	32

Virus de la rubéola

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Virus de la rubéola	7	7	1	6	8	8

Virus del sarampión

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Virus del sarampión	-	1	-	-	0	0

ZONOSIS

Nº identificaciones

Bartonella

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Bartonella	-	-	-	22	20	20

Borrelia burgdorferi

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Borrelia burgdorferi</i>	2	6	3	4	9	4

Brucella

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>B. melitensis</i>	1	-	-	-	-	-
<i>Brucella sp.</i>	10	4	1	5	-	1
<i>B. abortus</i>	-	1	-	-	-	-
No consta	-	3	-	-	-	-
TOTAL	11	8	1	5	-	1

Equinococcus granulosus

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Equinococcus granulosus</i>	8	15	3	9	5	3

Leptospira

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Leptospira</i>	-	-	2	1	-	1

Rickettsia conorii

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<i>Rickettsia conorii</i>	2	18	9	-	-	-

RELACION DE TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS 2006

Nº	FECHA	MUNICIPIO	LUGAR DEL SUCESO	ENCUESTA		Nº de EXPUESTOS	Nº de AFECTADOS	VEHICULO	AISLAMIENTOS						AGENTE CAUSAL
				Afectados					Manipulador		Alimentos				
				Sí	No				Sí	No	Sí	No			
1	Marzo	Getxo	Bar/domicilio	X		¿	4	Hamburguesa	X	-	-	X			Salmonella enteritidis
2	Marzo	Getxo	Pastelería	X		¿	7	Buñuelos de crema		X			X		Salmonella enteritidis
3	Marzo	Bilbao	Residencia	X		20	11	Desconocido	X	-	-		X		Desconocido
4	Abril	Bilbao	Bar	X		¿	2	Tortilla de patata		-	-		X		Salmonella enteritidis
5	Abril	Bilbao	Restaurante	X		16	8	Higado de pato	X	-	-	X			Toxina estafilocócica
6	Mayo	Igorre	Restaurante	X		14	12	Tostadas de crema	X	-	-	X			Salmonella enteritidis
7	Mayo	Bilbao	Bar	X		¿	2	Tortilla de patata	X	-	-		X		Salmonella enteritidis
8	Octubre	Bilbao	Pastelería/Domicilio	X		¿	5	Pastel	-	-	-	X			Bacillus cereus
9	Noviembre	Leioa	Restaurante	X		¿	5	Desconocido	-	-	-		-		Desconocido
10	Octubre	Zamudio	Restaurante	X		¿	4	Desconocido	X	-	-		X		Salmonella enteritidis
11	Noviembre	Leioa	Restaurante	X		¿	3	Desconocido	-	-	-		X		
12	Diciembre	Bilbao	Restaurante	X		17	7	Croquetas	X	-	-	X			Salmonella enteritidis
13	Diciembre	Balmaseda	Bar/instituto	X		¿	7	Tortilla de patata	X	-	-		-		Salmonella enteritidis



Tasas anuales de tumores malignos en hombres de Bizkaia; 2002 RCEME*

CIE	LOCALIZACIÓN	casos	TB	TSE	TSM	TT	TA
C00-C14	LABIO, CAVIDAD ORAL Y FARINGE	198	36,42	31	22,26	51,73	2112,16
C00	Labio	23	4,23	3,26	2,18	3,23	181,74
C01	Base de lengua	25	4,6	4,24	3,13	8,86	336,25
C02	Otras partes no especificadas de lengua	14	2,58	2,14	1,42	2,96	109,43
C03	Encías	3	0,55	0,38	0,26	0	33,06
C04	Suelo de boca	28	5,15	4,54	3,38	8,76	348,03
C05	Paladar	9	1,66	1,51	1,14	2,72	145,13
C06	Otras partes y no especificadas de la boca	11	2,02	1,6	1,14	2,22	87,12
C07	Glándula parótida	1	0,18	0,11	0,06	0	0
C08	Otras glándulas salivales mayores y no especificadas	0	-	-	-	-	-
C09	Amígdala	11	2,02	1,59	1,16	2,29	82,77
C10	Orofaringe	17	3,13	2,73	2,01	5,26	179,82
C11	Nasofaringe	10	1,84	1,58	1,19	2,86	101,45
C12	Seno piriforme	23	4,23	3,63	2,5	6,11	237,91
C13	Hipofaringe	13	2,39	2,07	1,46	3,48	148,32
C14	Otras localizaciones y las mal definidas de labio, cavidad bucal y faringe	10	1,84	1,62	1,23	2,98	121,13
C15-C26	APARATO DIGESTIVO	1034	190,24	145,86	97,31	139,02	7823,77
C15	Esófago	75	13,8	11,55	8,23	17,7	809,69
C16	Estómago	187	34,41	25,75	16,7	18,81	1281,28
C17	Intestino delgado	17	3,13	2,5	1,74	3,29	175,08
C18	Colon	328	60,35	45,47	30,16	40,9	2291,81
C19	Unión rectosigmoidea	61	11,22	8,61	5,61	6,18	405,97
C20	Recto	136	25,02	19,17	12,95	18,32	1087,06
C21	Año y conducto anal	6	1,1	0,87	0,63	0,81	55,27
C22	Hígado y conductos biliares intrahepáticos	118	21,71	16,55	11,09	15,71	920,31
C23	Vesícula biliar	11	2,02	1,6	0,96	1,28	49,42
C24	Otras partes y no especificadas del tracto biliar	20	3,68	2,71	1,71	2,18	91,09
C25	Páncreas	70	12,88	10,35	7,11	13,84	640,26
C26	Otras localiz. y las mal definidas del aparato digestivo	5	0,92	0,73	0,42	0	16,53
C30-C39	APARATO RESPIRATORIO Y ORGANOS INTRATORACICOS	759	139,66	110,98	76,3	137,61	6613,51
C30	Fosa nasal y oído medio	5	0,92	0,71	0,51	0,8	58,72
C31	Senos accesorios	4	0,74	0,6	0,39	0,9	34,75
C32	Laringe	143	26,31	22,39	15,82	35,62	1558,6
C33	Tráquea	0	-	-	-	-	-
C34	Bronquios y pulmón	586	107,83	84,13	57,16	96,17	4785,73
C37	Timo	3	0,55	0,42	0,32	0	21,61
C38	Corazón mediastino y pleura	16	2,94	2,37	1,79	3,13	128,57
C39	Otras localiz. y las mal definidas del apar. respiratorio y órg. intratorác.	2	0,37	0,36	0,31	0,99	25,53
C40-C41	HUESOS, ARTICULACIONES Y CARTILAGOS ARTICULARES	7	1,28	1,25	1,24	0,87	97,64
C40	Huesos, artic. y cartilagos artic. de extremidades	6	1,1	1,12	1,14	0,87	81,11
C41	Huesos, artic. y cartil. artic. de otras partes y no espec	1	0,18	0,13	0,1	0	16,53
C42	SISTEMA HEMATOPOYETICO Y RETICULOENDOTELIAL	98	18,03	15	11,2	12,91	754,52
C44	PIEL	52	9,57	8,17	5,87	10,18	481,3
C47	NERVIOS PERIFERICOS Y SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO	0	-	-	-	-	-
C48	PERITONEO Y RETROPERITONEO	5	0,92	0,67	0,48	0,49	45,82
C49	TEJIDO CONJUNTIVO, SUBCUTANEO Y OTROS	16	2,94	2,37	1,74	3,03	155,26
C50	MAMA	8	1,47	1,06	0,7	0,49	29,29
C60-C63	APARATO GENITAL MASCULINO	657	120,89	92,18	63,83	60,78	5238,74
C60	Pene	11	2,02	1,6	0,92	1,14	60,53
C61	Glándula prostática	602	110,77	82,98	54,98	56,71	4650,05
C62	Testículo	42	7,73	7,13	7,31	2,93	505,65
C63	Otros órganos urinarios y no especificados	2	0,37	0,47	0,62	0	22,51
C64-C68	APARATO URINARIO	392	72,13	56,19	38,19	58,95	3105,39
C64	Riñón	104	19,14	15,15	10,93	18,44	995,59
C65	Pelvis renal	8	1,47	1,15	0,75	1,01	49,38
C66	Uréter	4	0,74	0,56	0,39	0,52	36,61
C67	Vejiga urinaria	268	49,31	38,19	25,41	38,08	1972,53
C68	Otros órganos urinarios y no especificados	8	1,47	1,14	0,71	0,9	51,28
C69-C72	OJO, ENCEFALO Y OTROS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	60	11,04	8,85	6,8	9,7	496,05
C69	Ojo y anejos	3	0,55	0,44	0,32	0,38	47,72
C70	Meninges	2	0,37	0,23	0,11	0	0
C71	Encéfalo	52	9,57	7,66	5,85	8,89	418,97
C72	Médula espinal, nervios craneales y estructuras relacionadas	3	0,55	0,52	0,52	0,43	29,36
C73	TIROIDES Y OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS	15	2,76	2,86	2,9	2,81	193,58
C73	Glándula tiroides	8	1,47	1,32	1,06	2,43	98,99
C74	Glándula suprarrenal	5	0,92	1,3	1,69	0,38	78,06
C75	Otras glándulas endocrinas y estructuras relacionadas	2	0,37	0,24	0,15	0	16,53
C76	LOCALIZACIONES MAL DEFINIDAS	5	0,92	0,74	0,46	0,84	23,96
C77	GANGLIOS LINFATICOS	73	13,43	11,02	8,26	10,63	604,84
C80	LOCALIZACION PRIMARIA DESCONOCIDA	126	23,18	18,43	12,31	17,19	975,19
C00-C80	TOTAL	3.505	644,88	506,63	349,85	517,23	28751,02

* 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; 2002 RCEME*

CIE	LOCALIZACIÓN	Casos	TB	TSE	TSM	TT	TA,
C00-C14	LABIO, CAVIDAD ORAL Y FARINGE	42	7,29	5,3	3,84	7,89	306,3
C00	Labio	5	0,87	0,39	0,23	0	0
C01	Base de lengua	1	0,17	0,17	0,15	0,48	12,39
C02	Otras partes no especificadas de lengua	6	1,04	0,9	0,65	1,78	62,58
C03	Encías	1	0,17	0,09	0,06	0	0
C04	Suelo de boca	4	0,69	0,6	0,4	1,08	41,91
C05	Paladar	3	0,52	0,41	0,3	0,83	23,73
C06	Otras partes y no especificadas de la boca	7	1,22	0,74	0,51	0,78	39,02
C07	Glándula parótida	2	0,35	0,26	0,17	0,36	13,97
C08	Otras glándulas salivales mayores y no especificadas	0	-	-	-	-	-
C09	Amígdala	1	0,17	0,17	0,15	0,48	12,39
C10	Orofaringe	2	0,35	0,23	0,17	0,42	10,73
C11	Nasofaringe	6	1,04	0,7	0,57	0,42	35,89
C12	Seno periforme	0	-	-	-	-	-
C13	Hipofaringe	2	0,35	0,36	0,28	0,9	25,4
C14	Otras localizaciones y las mal definidas de labio, cavidad bucal y faringe	2	0,35	0,28	0,2	0,36	28,29
C15-C26	APARATO DIGESTIVO	591	102,65	58,9	38,68	51,06	2796,21
C15	Esófago	7	1,22	0,73	0,48	0,9	25,4
C16	Estómago	86	14,94	8,85	5,89	8,29	440,2
C17	Intestino delgado	6	1,04	0,7	0,51	1,3	39,75
C18	Colon	214	37,17	21,23	13,93	17,16	1046,14
C19	Unión rectosigmoidea	40	6,95	4,42	3,1	3,88	253,67
C20	Recto	77	13,37	7,77	5,16	7,55	390,63
C21	Año y conducto anal	5	0,87	0,59	0,45	0,96	39,1
C22	Hígado y conductos biliares intrahepáticos	44	7,64	4,21	2,62	3,65	168,15
C23	Vesícula biliar	33	5,73	3,18	2,04	2,67	157,39
C24	Otras partes no especif. del tracto biliar	19	3,3	1,55	0,91	0,47	18,29
C25	Páncreas	57	9,9	5,47	3,49	4,23	217,49
C26	Otras localiz. y las mal definidas del aparato digestivo	3	0,52	0,2	0,1	0	0
C30-C39	APARATO RESPIRATORIO Y ORGANOS INTRATORACICOS	122	21,17	15,11	10,96	24,23	918,57
C30	Fosa nasal y oído medio	1	0,17	0,07	0,03	0	0
C31	Senos accesorios	1	0,17	0,15	0,13	0,41	10,7
C32	Laringe	8	1,39	0,89	0,63	1,19	49,75
C33	Tráquea	0	-	-	-	-	-
C34	Bronquios y pulmón	101	17,54	12,77	9,21	21,26	789,41
C37	Timo	1	0,17	0,09	0,06	0	0
C38	Corazón mediastino y pleura	9	1,56	1,08	0,87	1,37	68,71
C39	Otras localiz. y las mal definidas del apar. respiratorio y órganos intratorác.	1	0,17	0,06	0,03	0	0
C40-C41	HUESOS, ARTICULACIONES Y CARTILAGOS ARTICULARES	11	1,91	1,93	1,96	1,96	141,57
C40	Huesos, artic. y cartilagos artic. de extremidades	4	0,69	0,61	0,46	1,19	51,98
C41	Huesos, artic. y cartil. artic. de otras partes y no espec	7	1,22	1,32	1,5	0,77	89,59
C42	SISTEMA HEMATOPOYICO Y RETICULOENDOTELIAL	102	17,72	11,85	9,28	8,89	692,25
C44	PIEL	79	13,72	10,29	8,22	13,57	696,59
C47	NERVIOS PERIFERICOS Y SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO	1	0,17	0,08	0,04	0	0
C48	PERITONEO Y RETROPERITONEO	10	1,74	1,02	0,69	0,89	57,62
C49	TEJIDO CONJUNTIVO, SUBCUTANEO Y OTROS	17	2,95	2,57	2,11	2,91	194,18
C50	MAMA	607	105,44	83,07	61,87	152,69	5522,68
C51-C58	APARATO GENITAL FEMENINO	297	51,57	37,59	27,32	56,28	2451,04
C51	Vulva	20	3,47	1,83	1,13	1,78	62,58
C52	Vagina	3	0,52	0,22	0,13	0	0
C53	Cuello uterino	46	7,99	6,44	4,87	11,75	424,85
C54	Cuerpo del útero	120	20,84	14,21	9,79	18,35	869,14
C55	Útero, sai	10	1,74	1,36	1,11	2,03	80,83
C56	Ovario	93	16,15	12,94	9,83	22,01	974,51
C57	Otros órganos genitales femeninos y no especificados	4	0,69	0,44	0,29	0,36	28,29
C58	Placenta	1	0,17	0,15	0,17	0	10,84
C64-C68	APARATO URINARIO	84	14,6	9,19	6,27	9,67	549,16
C64	Riñón	40	6,95	4,83	3,54	5,19	342,48
C65	Pelvis renal	0	-	-	-	-	-
C66	Uréter	2	0,35	0,12	0,06	0	0
C67	Vejiga urinaria	42	7,3	4,24	2,67	4,48	206,68
C68	Otros órganos urinarios y no especificados	0	-	-	-	-	-
C69-C72	OJO, ENCEFALO Y OTROS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	64	11,11	8,86	7,7	7,67	551,17
C69	Ojo y anejos	8	1,39	1,41	1,55	0,36	107,52
C70	Meninges	0	-	-	-	0	-
C71	Encéfalo	55	9,55	7,29	6,01	7,31	432,4
C72	Médula espinal, nervios craneales y estructuras relacionadas	1	0,17	0,16	0,14	0	11,25
C73-C75	TIROIDES Y OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS	39	6,77	5,33	4,77	5,78	353,03
C73	Glándula tiroides	37	6,43	4,87	4,15	5,78	316,73
C74	Glándula suprarrenal	1	0,17	0,35	0,53	0	21,99
C75	Otras glándulas endocrinas y estructuras relacionadas	1	0,17	0,11	0,09	0	14,31
C76	LOCALIZACIONES MAL DEFINIDAS	8	1,39	0,68	0,42	0,48	12,39
C77	GANGLIOS LINFATICOS	66	11,46	8,02	6,72	5,59	428,46
C80	LOCALIZACION PRIMARIA DESCONOCIDA	72	12,51	6,7	4,38	5,22	293,21
C00-C80	TOTAL	2212	384,17	266,49	195,23	354,78	15964,43

* 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).

