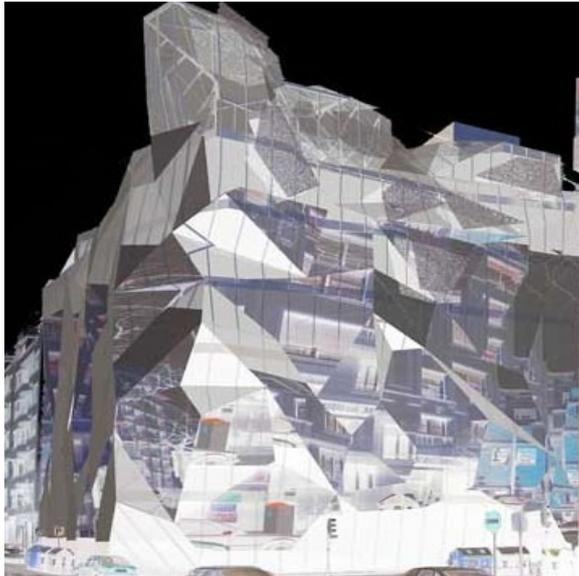


Unidad de Vigilancia Epidemiológica
Dirección Territorial de Sanidad de Bizkaia

Resumen de Vigilancia Año 2007



Subdirección de Salud Pública
Dirección Territorial de Sanidad de Bizkaia

PERSONAL DE LA UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE BIZKAIA DURANTE EL AÑO 2007

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: Marisa Barrena

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) 2007.....	5
DATOS DE VIGILANCIA (EDO) 2007.....	6
Botulismo.....	7
Brucelosis.....	7
Campylobacteriosis.....	7
Chagas, enfermedad de.....	8
Chikungunya.....	8
Cólera.....	9
Creutzfel-Jacob (ECJ).....	10
Dengue y dengue hemorrágico.....	11
Difteria.....	12
Disentería / Shigelosis.....	12
Enfermedades de transmisión sexual (ETS) otras.....	13
Escabiosis (Sarna, acariasis).....	13
Estreptococo grupo A (S pyogenes) enfermedad invasiva por.....	13
Fiebre amarilla.....	14
Fiebre Q.....	15
Fiebre tifo-paratífica.....	15
Gonocócica, Infección (Gonococia).....	16
Gripe (<i>Influenza</i>).....	16
Gripe aviar.....	17
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b.....	18
Hepatitis A.....	19
Hepatitis B aguda.....	19
Hepatitis C.....	20
Kingella Kingae.....	20
Legionelosis.....	21
Lepra.....	22
Listeriosis.....	23
Lyme. Enfermedad de.....	24
Meningocócica, Enfermedad.....	24
Meningitis bacterianas.....	25
Meningitis víricas.....	26
Neumocócica, enfermedad.....	27
Paludismo / Malaria.....	28
Parotiditis vírica (Paperas).....	29
Peste.....	30
Poliomielitis.....	30
Rabia.....	31
Rotavirus.....	32
Rubéola.....	33
Salmonelosis.....	33
Sarampión.....	34
SARM (Stafilococo Aureo Resistente a Meticilina).....	34
SIDA y VIH.....	34
Sífilis.....	36
Tétanos.....	36
Tos ferina / <i>Pertussis</i>	37

Toxiinfecciones de origen alimentario	38
Tuberculosis	39
Tularemia	40
Varicela	41
Yersiniosis.....	42
II. INMUNIZACIONES	42
III. DATOS DE VIGILANCIA Y TENDENCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.	45
A- CÁNCER.....	45
TODAS LAS LOCALIZACIONES	45
CÁNCER DE PULMÓN.....	49
CÁNCER DE MAMA.....	51
CÁNCER DE COLON Y RECTO	52
CÁNCER DE CUELLO UTERINO	53
B- DIABETES MELLITUS.....	56
C- ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	60
D- CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	63
IV. DATOS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA	65
V. DATOS DEL REGISTRO DE MORTALIDAD EN BIZKAIA	71
ANEXOS	
ANEXO 1: POBLACIONES.....	81
ANEXO 2: EDO INDIVIDUAL.....	82
ANEXO 3: SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA	87
ANEXO 4: TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS.....	93
ANEXO 5: CÁNCER	94

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
ELISA	Enzyme-linked InmunoSorbent Assay
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
IFI	Inmunofluorescencia indirecta
IgG	Inmunoglobulina G
IgM	Inmunoglobulina M
LDL	Lipoproteínas de baja densidad
MenC	Meningococo C
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSALAN	Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral
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
SRC	Síndrome de Rubeola congénita
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 2007 de entre los que destacamos los siguientes:

- Se han declarado 681 casos de parotiditis vírica; el brote continúa. La tercera parte de los casos se han confirmado, aunque seguimos constatando que la IgM resulta negativa en muchos casos previamente vacunados confirmados clínica y epidemiológicamente, e incluso con identificación del virus (aislamiento y/o PCR).
- El número de casos de tos ferina declarados es 19, la cifra más alta del último quinquenio (mediana de 2 casos). La mayoría (74%) han ocurrido en niños menores de 18 meses que no habían completado la primovacunación.
- Sigue aumentando el número de casos de sífilis, infección por *Chlamydia trachomatis* y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- La onda epidémica de hepatitis A, que arrastrábamos desde el año 2005 ha finalizado, hemos vuelto a la situación de baja incidencia.
- Se confirma la tendencia descendente del número de aislamientos de *Salmonella* registrado en el SIM en los últimos años, con una reducción del 70% desde el año 2004. Esto ha situado al *Campylobacter* como la primera causa de gastroenteritis bacteriana con diagnóstico microbiológico.
- Se pone en marcha el protocolo de prevención de casos secundarios de enfermedad invasiva por estreptococo Grupo A (*S. pyogenes*). La tasa de incidencia observada en 2007 ha sido de 1,83/100.000 (21 casos).
- El pico gripal 2007-2008 se produjo en la semana 2 de 2008 y la tasa máxima alcanzada en esta temporada fue 391 casos por 100.000. Circularon los virus tipo A subtipo H1N1 y el B con predominio del A en las primeras semanas y del B a partir de la semana 3.
- 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.
- La tasa de incidencia de legionelosis de este año es 3,8/100.000, la más baja de los últimos años.
- La tuberculosis presenta una tasa prácticamente igual a la del año anterior, 22 casos por 100.000. Aumenta el número de pacientes extranjeros que supone este año el 20 % del total de casos.
- En el año 2007 ha habido brotes de sarampión en varios países europeos. Continúa la circulación del virus en algunas CCAA del Estado. En Bizkaia se han declarado y se ha intervenido ante 3 sospechas de sarampión, que finalmente fueron descartadas.
- Algunas enfermedades importadas con escasa incidencia en nuestro medio pueden aumentar en el futuro debido a los viajes, la inmigración y el cambio climático. Presentamos por primera vez en este resumen la fiebre de Chikungunya, el Dengue y la enfermedad de Chagas.
- Durante 2007 nacieron 10.454 niños en el TH de Bizkaia y fallecieron 10.811 personas. Sigue el aumento de la inmigración iniciado hace varios años.

- La esperanza de vida al nacimiento en Bizkaia es de 76,8 y 84,3 años en hombres y mujeres respectivamente. Se han alcanzado los objetivos propuestos en el Plan de Salud para 2010.
- La tercera parte de los hombres fallece por causa de un tumor; la tercera parte de las mujeres fallece por una enfermedad del aparato circulatorio.
- Se diagnostican cerca de 900 cánceres de colon-recto, 700 de pulmón, 700 de próstata y 600 de mama anualmente en Bizkaia.
- Con las tasas actuales, casi 4 de cada 100 hombres y 2 de cada 100 mujeres tendrán un cáncer colorrectal (CCR) antes de cumplir los 75 años de edad. La detección de sangre oculta en heces seguida de colonoscopia es efectiva para la detección precoz de CCR.
- El Virus del Papiloma Humano (VPH) es causa necesaria, aunque no suficiente, para que se desarrolle cáncer de cuello uterino. En 2007 se incluyó en el calendario de vacunaciones de la CAPV la inmunización frente a VPH de las niñas de 12-13 años (curso escolar 1º ESO).
- Estimamos, para el año 2005, una prevalencia de diabetes de 4%, asumiendo las mismas tasas específicas por edad del estudio vigía 2000 y un cribado oportunista del 20% en adultos mayores de 45 años en Atención Primaria.
- Se perdieron 25.000 años potenciales de vida (APVP) por debajo de los 70 años de edad en el año 2005 en Bizkaia. La neoplasia maligna de pulmón es la primera causa de mortalidad prematura, con 3.000 APVP.

INTRODUCCIÓN

La vigilancia epidemiológica se define como la recogida sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones, y al mismo tiempo ser utilizada para su difusión.

En este informe se presenta un resumen de la distribución y características de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y otros procesos relevantes para la Salud Pública en el Territorio Histórico de Bizkaia con datos de 2007 y datos históricos de tendencia.

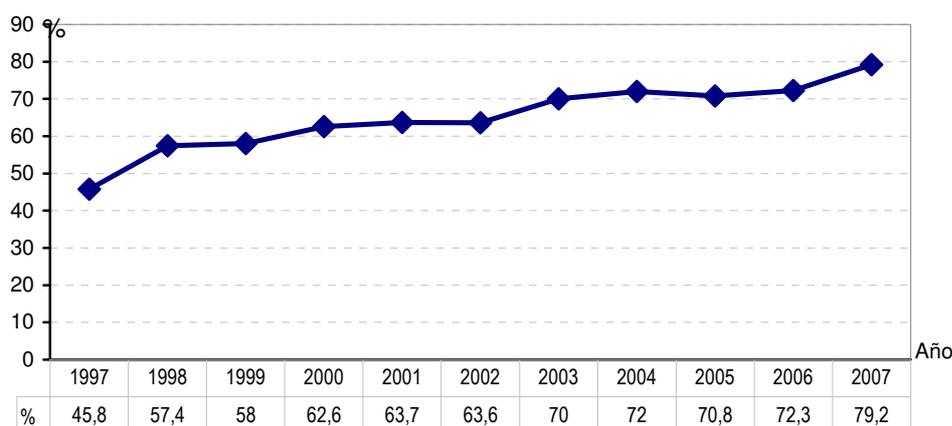
Comenzamos, como en años anteriores, describiendo la situación de las enfermedades transmisibles —ordenadas alfabéticamente— añadiendo al final de éstas un capítulo sobre inmunizaciones; se continúa con la vigilancia de las enfermedades no transmisibles, después con el análisis de altas hospitalarias, un capítulo de causas de mortalidad y, al final, 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).

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:

Evolución de la declaración obligatoria de enfermedades

EDO. Bizkaia. 1997- 2007



El gráfico describe la evolución del porcentaje de declaración de la última década. A partir del año 1997 la mayoría de las enfermedades de declaración obligatoria son declaradas de forma individualizada y con conjunto mínimo de datos referente a cada caso. Desde entonces la declaración ha ido mejorando alcanzándose en 2007 una cobertura en Bizkaia del 79,2%, cifra

más elevada que la de años anteriores. La utilización del programa Osabide para la declaración numérica de cada Centro Sanitario ha contribuido a dicha cobertura.

La mejoría de la declaración se da en todas las comarcas sanitarias pero sigue habiendo diferencias importantes entre ellas: Ezkerraldea-Enkarterri 63%, Uribe 80%, Interior 80% y Bilbao 91%.

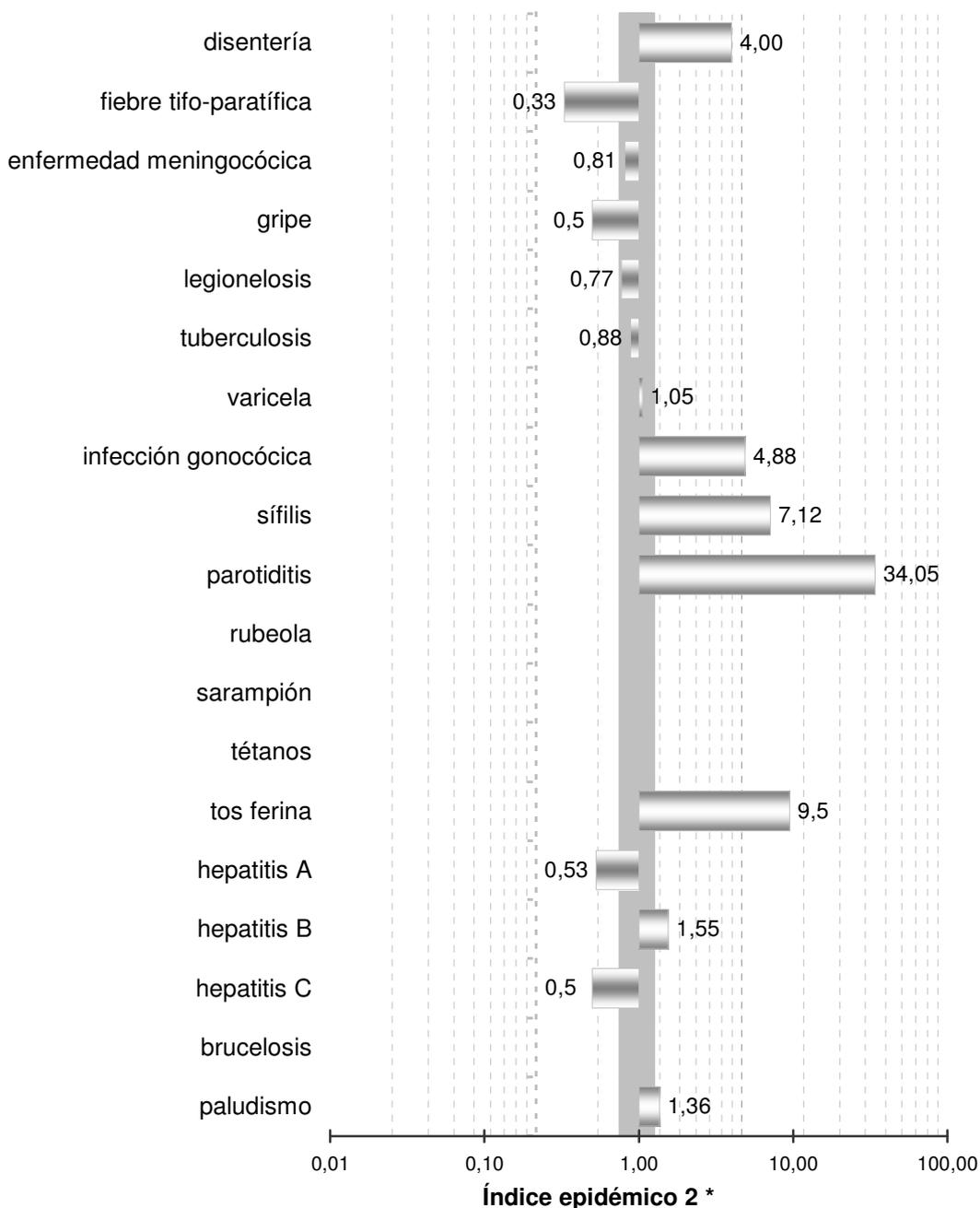
Excepto cuando se especifica explícitamente otro denominador, los denominadores de población empleados en este informe son los correspondientes al censo del año 2001, del cual se han realizado ciertas adaptaciones a fin de disponer de grupos de edad más acordes a la vigilancia epidemiológica: se ha extrapolado 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.

I. DATOS DE VIGILANCIA Y TENDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Tendencias 2007

Varias son las enfermedades que presentan en 2007 alta incidencia respecto al último quinquenio. El brote de parotiditis iniciado en 2006 ha continuado a lo largo de 2007 alcanzando la tasa mayor de la década tanto en la CAPV como en otras CCAA. La tos ferina ha triplicado el número de casos aunque se han presentado como casos aislados. La gonococia y sífilis continúan con la tendencia ascendente de los últimos años.



* 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 2007

La siguiente tabla resume los datos de vigilancia epidemiológica de las enfermedades de declaración obligatoria durante 2007. 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. 2007

Enfermedad	Nº casos	Tasa/ 100.000	Índice epidémico 1 ¹	Índice Epidémico 2 ²
Botulismo	0	-	-	-
Cólera	0	-	-	-
Disentería	12	1,07	1,71	4
Fiebre tifo-paratífica	1	0,09	0,25	0,33
Triquinosis	0	-	-	-
Enfermedad meningocócica	54	4,81	1,12	0,81
Gripe	17.508	1.559,54	1,21	0,50
Legionelosis	43	3,83	0,68	0,77
Tuberculosis	242	21,6	0,99	0,88
Varicela	5.911	526,53	1,62	1,05
Infección gonocócica	83	7,39	1,38	4,88
Sífilis	57	5,08	1,54	7,12
Difteria	0	-	-	-
Parotiditis	681	60,66	5,36	34,05
Poliomielitis	0	-	-	-
Rubéola	0	-	-	-
Sarampión	0	-	-	-
Tétanos	0	-	-	-
Tos ferina	19	1,69	3,17	9,50
Hepatitis A	20	1,78	0,25	0,53
Hepatitis B	17	1,51	1,89	1,55
Hepatitis C	2	0,81	-	0,50
Otras hepatitis víricas	0	-	-	-
Brucelosis	0	-	-	-
Rabia	0	-	-	-
Fiebre amarilla				
Paludismo	15	1,34	0,79	1,36
Peste				
Tifus exantemático				
Lepra	1	0,09	-	-
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 (2002-2006).

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 en el año 2007.

Botulismo

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

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

A partir del mes de agosto se declararon por el CNE varios casos de botulismo asociados al consumo de una infusión destinada al consumo infantil. En total se identificaron 8 lactantes de entre 1 y 6 meses de edad con síntomas de botulismo y con inicio de síntomas entre el 22/06/07 y 1/10/07. Solamente en 2 se detectó la toxina botulínica en heces. Los resultados del alimento fueron negativos en todos los casos. Ningún niño afectado residía en la CAPV.

Brucelosis

CIE-9: 023; CIE-10: A23

No se ha declarado ningún caso de brucelosis ni al sistema EDO ni al SIM en Bizkaia. En España se han notificado este año 254 casos, lo que supone una tasa de 0,57/100.000 habitantes.

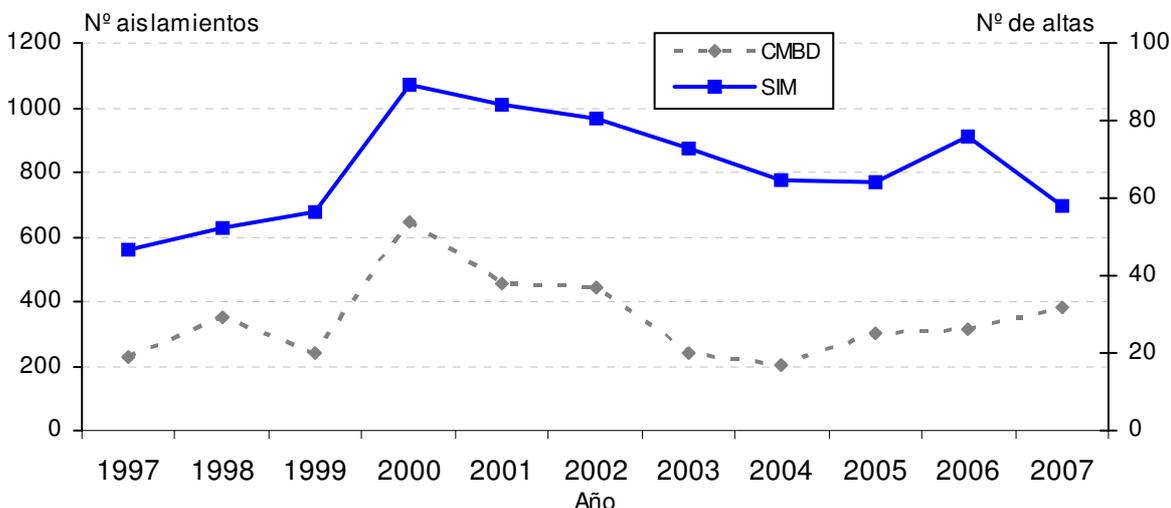
Campylobacteriosis

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

Se han notificado 697 aislamientos de *Campylobacter* al SIM, lo que supone un descenso del 23% respecto a 2006, llegando a niveles similares a los del año 1999. El 69% fueron en niños menores de 10 años y el 14% menores de 1 año. *Campylobacter Jejuni* representa el 92% del total de aislamientos. El campylobacter ha pasado a ser el microorganismo responsable de gastroenteritis mas frecuente de entre los declarados al SIM.

En el registro de altas de los hospitales de Osakidetza constan 32 casos con este diagnóstico.

Aislamientos y altas hospitalarias de campylobacter
SIM y CMBD Osakidetza. Bizkaia 1997-2007



Chagas enfermedad de

CIE-9: 086.0-086.2

La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis es una enfermedad endémica en el continente americano que debido al flujo migratorio de América Latina puede convertirse en una enfermedad emergente en nuestra comunidad.

A través de los laboratorios de microbiología de los hospitales de Osakidetza y del Centro Vasco de Transfusiones y Hemoderivados hemos identificado 18 casos de enfermedad de Chagas diagnosticados en 2007. Los afectados estaban en la fase crónica o indeterminada de la enfermedad por lo que el diagnóstico se ha hecho por serología (IFI y/o EIA o ELISA) y en algunos casos PCR.

El agente causal de la enfermedad es un protozoo flagelado, *Trypanosoma cruzi*, que puede observarse en sangre en la fase aguda de la enfermedad pero, pasada esta fase, adopta un comportamiento intracelular por lo que es difícilmente detectable. La infección en áreas endémicas se adquiere por vía vectorial principalmente. La segunda vía en importancia es la transfusional y en tercer lugar la vía materno-fetal. Ocasionalmente se puede transmitir a través de lactancia materna, alimentos contaminados, manipulación en laboratorio y también mediante transplante de órganos.

En áreas endémicas el control de la enfermedad se basa en la lucha contra el vector y en la vigilancia de la infección transfusional. En los países no endémicos los objetivos del control deben ser las mujeres gestantes y los potenciales donantes de sangre y/o tejidos. La detección y tratamiento precoz de la forma congénita alcanza cifras de curación próximas al 100%. Además, es preciso controlar las posibles manifestaciones crónicas de la enfermedad, ya que entre un 10 y un 30% de los enfermos manifestarán alteraciones graves como cardiopatía (miocardiopatía, trastornos del ritmo e incluso muerte súbita) o alteraciones digestivas (megaesófago, megacolon). El Real Decreto 1.088 de 2005, establece la necesidad de excluir como donante de sangre a personas que han sido transfundidas en zonas donde esta enfermedad es endémica a la vez que aconseja descartar la existencia de esta enfermedad cuando las circunstancias epidemiológicas lo aconsejen.

Chikungunya

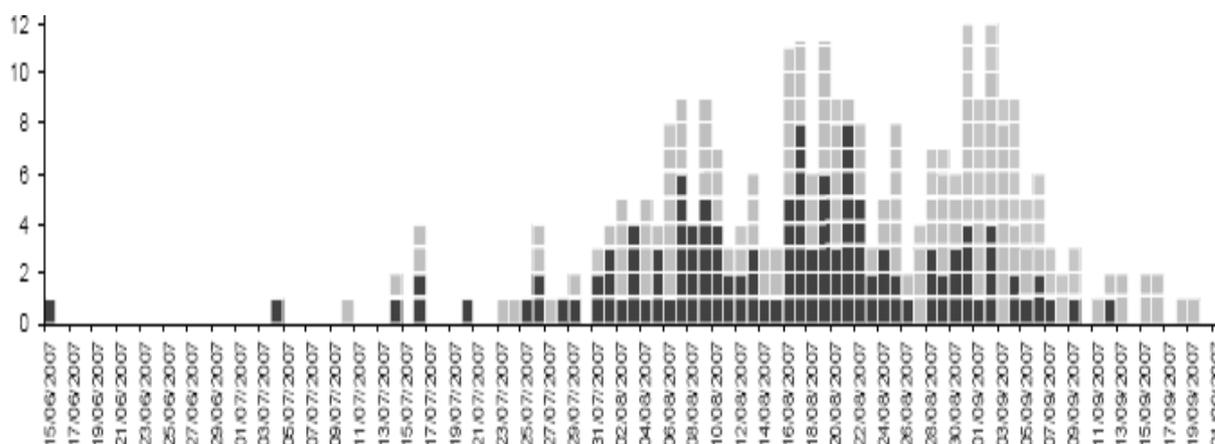
CIE-9: 066.3; CIE-10: A92.0

Este año se ha recibido en la UVE la primera declaración de fiebre Chikungunya importada. Se trata de una mujer de 29 años que había estado en India (Channa, Delhi, Himalaya), en viaje de turismo. La sintomatología, que duró tres meses, consistió en fiebre, artralgias, exantema, epistaxis, gingivorragias y adenopatías cervicales. El diagnóstico fue confirmado por serología, Ig M (+) e IgG (+) en el Laboratorio de Majadahonda.

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 hubo una circulación particularmente intensa del virus, produciéndose una epidemia en la Isla Reunión que afectó a más de 266.000 personas. También se vieron afectadas las islas Comores, Madagascar, Isla Mauricio y Seychelles. En la India hubo más de 1,4 millones de personas afectadas, llegando también a Pakistán, Sri Lanka, Malasia y Las Maldivas.

El 1^{er} brote de Chikungunya de transmisión autóctona conocido en Europa tuvo lugar entre el 15 de junio y el 21 de septiembre de 2007 en Italia. Afectó al menos a 292 personas de la región de Emilia-Romana. Su origen fue una persona que viajó a la India y regresó con fiebre. El vector de transmisión fue el mosquito *Aedes albopictus* que ya había sido detectado en la zona años antes (1990). La curva epidémica tiene tres picos, perfil típico de la transmisión por vectores.

Distribución de los casos sospechosos de fiebre Chikungunya por fecha de comienzo de síntomas. Italia. Fuente: OCDE.



El problema en Europa es, por un lado la posible importación del virus a través de viajeros infectados procedentes de zonas alta endemia y por otro, la aparición del vector, mosquito *Aedes albopictus*. Este mosquito ya ha sido localizado en ciertas zonas: Bélgica, Bosnia Herzegovina, Croacia, Francia, Grecia, Holanda, Serbia Montenegro, Eslovenia, España (Cataluña y Valencia), Italia y Suiza. La mayoría de los países del sur de Europa tienen clima y condiciones ecológicas favorables para el establecimiento del mosquito.

Por todo lo expuesto, no puede descartarse la posibilidad de aparición de casos importados de esta enfermedad y por ello se elaboró un Protocolo de fiebre Chikungunya que fue difundido en atención primaria durante el mes de octubre, momento en el que se produce el regreso de las personas que han estado de vacaciones en lugares donde la enfermedad es endémica.

Cólera

CIE-9: 001; CIE-10: A00

Desde el año 2005 hay en el mundo una emergencia de cólera que va paralela al incremento de la población vulnerable por vivir en condiciones insalubres. El número de casos de cólera declarados a la OMS creció dramáticamente en el año 2006 alcanzando los niveles de finales de los años 90. Cincuenta y dos países notificaron un total de 236.896 casos lo que supone un aumento del 79% en relación a 2005. La tasa de letalidad fue de 2,66% frente a 1,72% en 2005.

El 87% de los casos se notificaron en 33 países de África, continente en el que el aumento respecto al año 2005 ha sido de un 87%. El número de casos declarados en Asia fue 4 veces superior a los declarados en 2004; el 78% de estos han sido notificados en el subcontinente indio. En Europa 10 países declararon 62 casos, lo que supone 6 veces lo comunicado en 2005.

En el año 2007 Angola, Congo y Djibuti han continuado informando de casos de cólera que son continuación del brote de 2006. En agosto de 2007 se detectó un importante brote en Iraq que afectó a 30.000 personas, con 24 fallecidos.

En el Estado Español se han declarado 2 casos en 2007, uno importado de la India notificado por Andalucía y otro importado de Turquía notificado por Navarra.

Creutzfeld-Jakob (ECJ)

CIE-9: 046.1; CIE-10: A810

Se han declarado 8 casos sospechosos de ECJ de los que 4 han fallecido. Dos de las autopsias han confirmado el diagnóstico y en los otros dos se está pendiente del resultado. En la tabla se muestran los casos declarados al Registro de Encefalopatías Transmisibles Humanas del País Vasco en el período 1993- 2007.

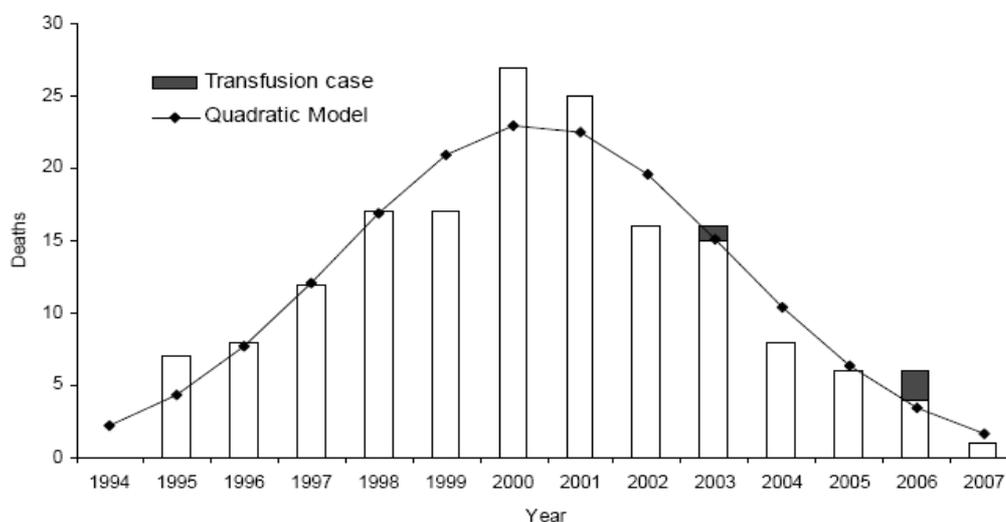
Casos declarados al Registro de Encefalopatías Transmisibles Humanas. País Vasco 1993-2007

	ALAVA	GIPUZKOA	BIZKAIA	CAPV
ECJ Posible	1	1	8	10
ECJ Probable	2	1	16	19
ECJ Definitivo	3	14	23	40
Total esporádicos	6	16	47	69
Tasa esporádicos	1,4	1,6	2,8	2,2
ECJ Familiar	1	2	-	3
I.Familiar Fatal	9	2	5	16
S.Gerstmann-SS	-	1	-	1

En el Reino Unido durante 2007 se ha diagnosticado un caso de la nueva variante de ECJ, lo que lleva a un total de 166 casos hasta el año 2007, de los que 163 han fallecido (5 en este año). El resto de los casos de nueva variante de ECJ se distribuyen en Francia (23), Irlanda (4), Estados Unidos (3), España (3), Holanda (2), Portugal (2), y 1 en cada uno de los siguientes países: Canadá, Italia, Japón, y Arabia Saudí.

La epidemia alcanzó el máximo en el año 2000, con 27 diagnósticos (ver figura) y 28 muertes. A pesar de que el pico ya ha pasado podrían verse otros en el futuro, posiblemente en grupos genéticos diferentes. También existe la posibilidad de transmisión a través de la sangre como los 4 casos debidos a transfusión que habían recibido sangre de los casos tempranos.

Figure 1: Quadratic-exponential model for vCJD diagnoses incidence trend



Dengue y dengue hemorrágico

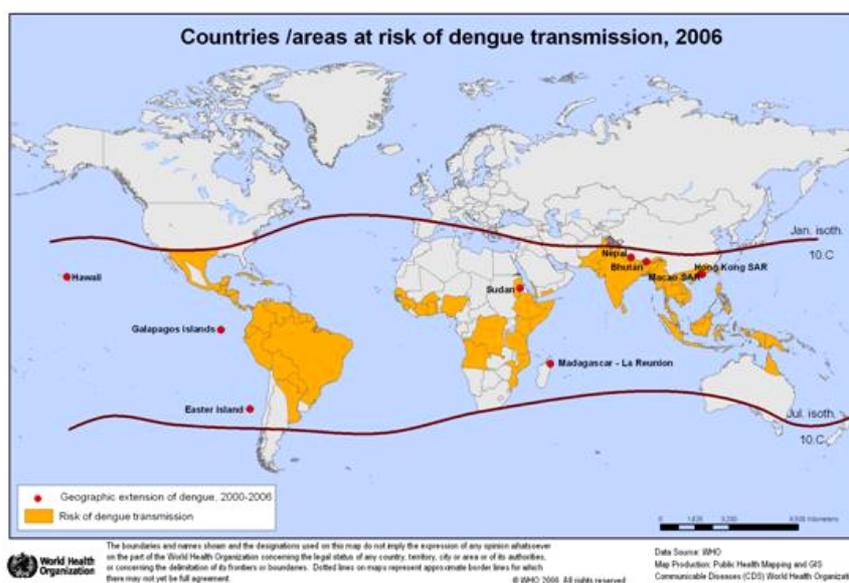
CIE-9:061-061.4

Tras realizar una búsqueda activa en los laboratorios de microbiología de los hospitales de Bizkaia, hemos recogido información de los casos de dengue diagnosticados de 2005 a 2007, que han sido 2, 3 y 5 casos respectivamente. Los afectados viajaron a zonas endémicas: Sur y Centro América (9) y Sudeste Asiático (1). Tras revisar los últimos 5 años en el CMBD se confirma que ha habido tres ingresos por dengue clásico durante 2005, 2006 y 2007, uno por año. Los tres ingresados fueron dados de alta entre 2 y 9 días después del ingreso.

El dengue es una enfermedad aguda producida por el virus del mismo nombre, que es un Flavivirus del que se conocen cuatro serotipos. Se transmite por la picadura del mosquito *Aedes aegypti* o *albopictus* previamente infectado al picar a un enfermo. La enfermedad clásica, con 3 a 15 días de periodo de incubación, se caracteriza por comienzo repentino, fiebre que dura de tres a cinco días (rara vez más de siete) y suele ser bifásica, con cefalea intensa, mialgias, artralgias, dolor retroorbital, anorexia, alteraciones del aparato gastrointestinal y erupción. En cualquier momento durante la fase febril pueden aparecer fenómenos hemorrágicos de poca intensidad, petequias, epistaxis o gingivorragia. La infección secundaria por un serotipo diferente al que produce la infección primaria es uno de los principales factores de riesgo de las formas clínicas graves, o dengue hemorrágico, caracterizado por incremento de la permeabilidad vascular, hemorragias, hemoconcentración y trombocitopenia.

La infección por un serotipo genera inmunidad homóloga de larga duración que no protege contra otros serotipos. Así, la circulación de anticuerpos heterólogos contra el dengue, adquiridos en forma pasiva en el caso de lactantes o activa por una infección anterior estimulan la infección de los fagocitos mononucleares por formación de complejos inmunitarios. Otros factores de riesgo importantes incluyen el origen geográfico de la cepa del virus del dengue, edad, género y susceptibilidad genética de los humanos.

La OMS informa de que hay dengue en más de 100 países en los que viven más de 2.500 millones de personas. En estos países más de 500.000 dengues son hemorrágicos y 25.000 fallecen anualmente.



Las medidas preventivas para evitar la infección en los viajeros, consisten básicamente en evitar la picadura del mosquito con el uso de repelentes y ropas adecuadas. Las personas que han tenido dengue presentan riesgo de aparición del cuadro severo de dengue hemorrágico en caso de reinfección, por lo que deberían extremar las precauciones si de nuevo viajan a zonas de riesgo.

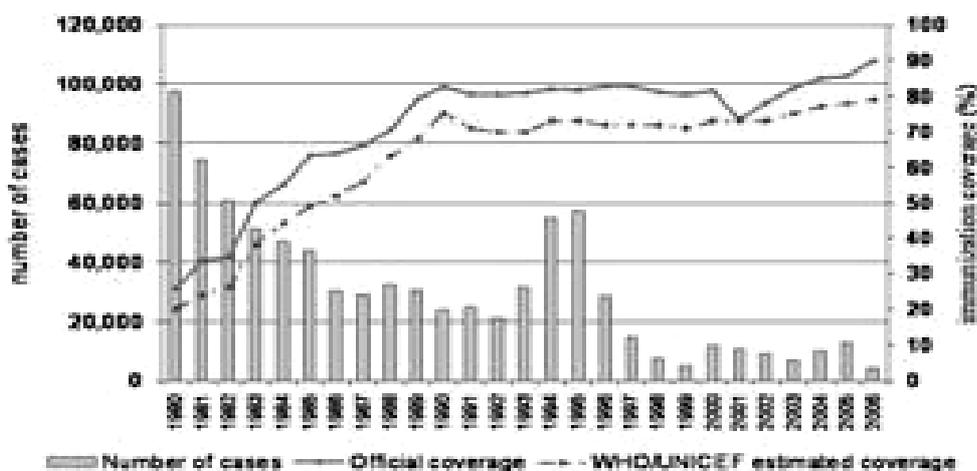
Difteria

CIE-9: 032; CIE-10: A36

La difteria es una enfermedad de declaración obligatoria urgente, objeto de vigilancia por la OMS. No hay nuevos datos de la OMS ni de OMS-Europa para 2007

La figura muestra las oscilaciones de los casos y su relación inversa con la cobertura vacunal. Se produce una disminución del número de casos declarados y un aumento de la cobertura vacunal desde 1980 a 1990. A partir de 1993 se inicia un repunte de casos que llega hasta 1996 para descender posteriormente y mantenerse así hasta 2006.

Diphtheria global annual reported incidence and DTP3 coverage, 1980-2006



Source: WHO/UNICEF database, 2007

WHO/UNICEF database, 2007

Date of data: 06 October 2007



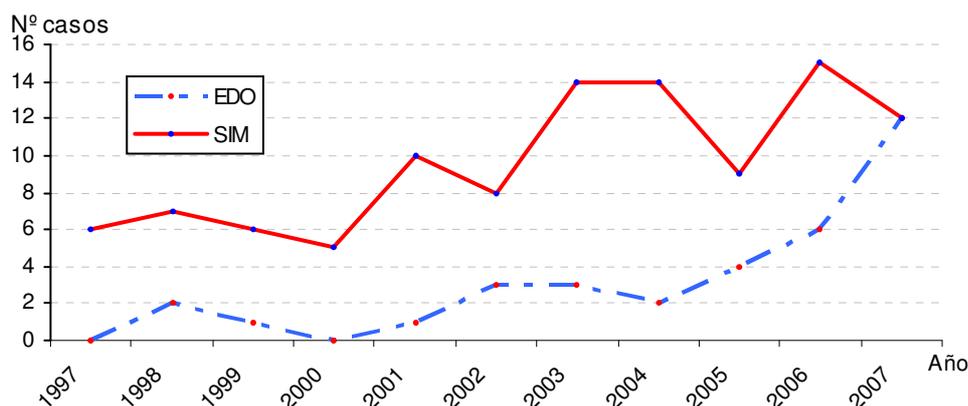
La vacuna antidiftérica induce una buena y duradera protección contra esta enfermedad por lo que está recomendada por la OMS para todos los países y se aplica junto la del tétanos.

Disentería / Shigelosis

CIE-9: 004; CIE-10: A03

Han sido declarados 12 casos de shigelosis. Los serotipos han sido 4 *S. Flexneri* y 8 *S. Sonnei*. Los factores de riesgo identificados han sido en 6 casos viaje a zona endémica y en uno de los casos laboral (trabajar en un laboratorio).

Evolución de los casos de shigelosis EDO y SIM Bizkaia 1997-2007



Enfermedades de transmisión sexual (ETS), otras

En los datos del Sistema de Información Microbiológica se produjo el año 2006 un gran aumento en la detección de Chlamydia trachomatis, 266 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. En 2007, han sido 194 los casos declarados por este sistema.

Se declaran al Sistema de Información Microbiológica 96 identificaciones de Herpes virus tipo 2, cifra más elevada que el año anterior.

Escabiosis (Sarna, acariasis)

CIE-9: 133.0; CIE-10: B86

La sarna o escabiosis no es una enfermedad de declaración obligatoria aunque es conveniente su declaración si cursa en forma de brotes en instituciones. En el mes de octubre se nos informó de la aparición de un brote en un centro de personas con discapacidad intelectual. Para resolver el problema se trabajó en colaboración con un especialista en dermatología hospitalario, personal de Atención Primaria y OSALAN. Entre los usuarios se detectaron 14 casos (tasa de ataque 9,8%) y entre los trabajadores 10 (tasa de ataque 19,6%). En algunos casos se indicó tratamiento oral con Ivermectina, fármaco que se ha de conseguir por medicación extranjera.

Estreptococo grupo A (S.pyogenes), enfermedad invasiva por

CIE-9: 48231, 04101, 0380, 3202

En el año 2007 se ha incluido en la declaración al SIM la enfermedad invasiva por Estreptococo A (EA), que está sometida a vigilancia especial. El brote de 3 casos de shock séptico ocurrido en 2006 en una guardería de Castro, seguido de otro caso en un niño en Bizkaia, hizo que se revisaran las líneas de actuación ante la aparición de casos de esta enfermedad, con la aprobación de un Protocolo que ha sido llevado a cabo a lo largo de este año.

De acuerdo a este protocolo se debe ofrecer quimioprofilaxis a los contactos estrechos de casos de enfermedad invasiva que se presenten con signos de severidad clínica o neumonía, que hayan estado expuestos al caso durante los 7 días previos al comienzo de síntomas y hasta 24 horas después de instaurado el tratamiento antibiótico, en exposiciones no protegidas. Los contactos estrechos de todos los casos, independientemente de su severidad, deben ser informados acerca de las manifestaciones clínicas de la enfermedad estreptocócica y de que deben acudir inmediatamente a un servicio médico si desarrollan síntomas tales como fiebre, dolor de garganta o dolor muscular localizado. Esta precaución debería ser observada durante un mes. Se deberá ofrecer tratamiento antibiótico a los contactos estrechos de casos de enfermedad invasiva sin signos de severidad clínica, que en este plazo de un mes desarrollen dichos síntomas.

Se han declarado 21 casos de enfermedad invasiva por EA (tasa:1,83/100.000habs.) cuyo diagnóstico ha sido en todos ellos por hemocultivo. Cinco casos se presentan en niños menores de 5 años, que cursan de forma leve.

Enfermedad invasiva por Estreptococo A por grupo de edad.

Bizkaia. Año 2007.

Grupo de edad	Nº
Menos de 1 año	2
1-4 años	3
5-9 años	1
10-14 años	-
15-24 años	1
25-64 años	7
Más de 64 años	7
TOTAL	21

De entre los 21 casos, 7 han cursado de forma grave: 2 sepsis, 1 miositis, 2 fascitis necrotizantes y 2 neumonías. Se han producido dos fallecimientos, ambos con forma clínica de sepsis, uno en un chico de 19 años cuya cepa era idéntica a la del brote de Castro y otro en una mujer de 48 años por una cepa distinta.

Se realizó intervención en cuatro centros escolares en los que hubo formas no graves, mediante información a las familias y a los pediatras de todos los niños. Después de esto, no se registró ningún caso secundario.

Febre amarilla

CIE-9: 060; CIE-10: A95

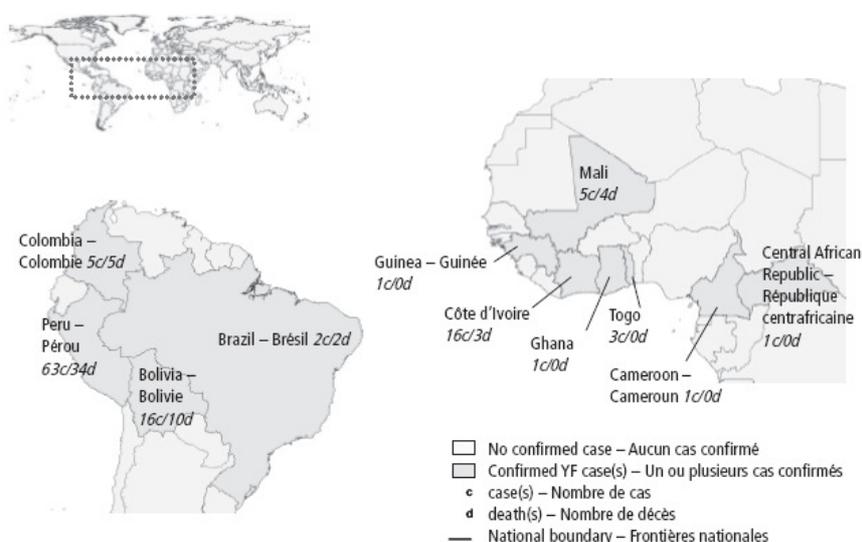
En el año 2006 se notificaron a la OMS 114 casos de fiebre amarilla, 58 de ellos mortales, en 11 países de África y América del Sur (ver mapa). Estos son únicamente los casos confirmados por los laboratorios nacionales competentes y por el laboratorio de referencia. Se cree que existe una importante infradeclaración de la enfermedad.

El brote declarado en 2006 a la OMS en Togo concluyó en 2007 con una campaña de vacunación en la que se administraron 1,5 millones de dosis.

En febrero de 2008 se han notificado a la OMS 48 casos en Brasil (13 fallecidos). Este brote sigue a una epizootia en monos declarada en abril de 2007. Además se han declarado 22 casos en Paraguay, seis de ellos fallecidos.

El *Reglamento sanitario internacional* (2005) ha entrado en vigor en junio de 2007. La fiebre amarilla es considerada una urgencia de salud pública internacionalmente, por lo que se puede exigir la vacunación a todos los viajeros a zona endémica y a todos los que abandonan una zona a partir de la que existe el riesgo de transmisión de la enfermedad. Un país donde existe el vector de la fiebre amarilla puede exigir la cuarentena a un viajero que procede de un país donde ha existido riesgo de transmisión y que no presenta certificado de vacunación o la contraindicación de la vacuna justificada. La duración máxima de la “cuarentena” es de 6 días, que corresponde con la duración del periodo de incubación de la enfermedad.

Febre amarilla, distribución geográfica de los casos de 2006 en África y América del sur. OMS



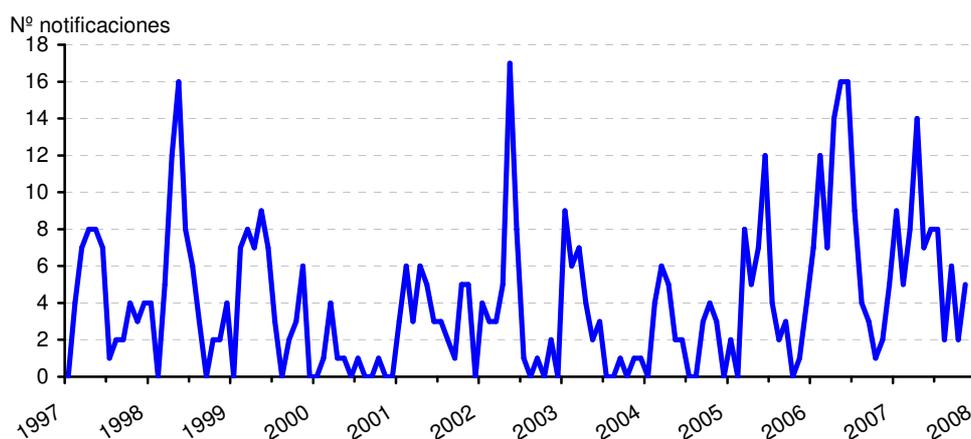
Fiebre Q

CIE-9: 0830; CIE-10: A78

La fiebre Q no es una enfermedad de declaración obligatoria, por lo que sólo disponemos de los datos recogidos por el SIM que son los que se presentan en la gráfica adjunta.

El número de serologías positivas de fiebre Q en el año 2007 es algo menor al de 2006, pero se mantiene en valores elevados. En la distribución en el tiempo se sigue observando el aumento de casos en los meses de finales de invierno y principios de primavera, coincidiendo con la paridera de los animales.

Evolución de los casos de fiebre Q
SIM - Bizkaia 1997-2007.



Durante el año 2007 hemos investigado una agrupación de 10 casos que se produce entre enero y marzo en una zona de la Comarca Interior. Excepto por el hecho de vivir en una zona rural no presentaban rasgos en común. Se detectó una venta de leche sin controlar y se estudiaron 2 rebaños de ovejas (439) en las que no se encontró enfermedad, aunque se consideró que el estudio se había realizado en un periodo de tiempo en el que la enfermedad ya es menos frecuente.

En el mes de abril se declaró un brote en 4 personas (3 de una misma familia) residentes en Bizkaia, pero que acudían regularmente los fines de semana a un municipio de Cantabria. Los domicilios de estos pacientes estaban próximos a una explotación ganadera y en la investigación que realizó la Consejería de Ganadería, Agricultura y Pesca del Gobierno de Cantabria se encontraron animales que, pese a no presentar síntomas de enfermedad, tenían resultados serológicos de infección y en algunos casos presencia de ADN de *Coxiella Burnetti* detectado por PCR. Esto fue más frecuente entre los animales ovinos, pero también se dio en algunos bovinos. Se indicaron medidas de limpieza, desinfección, desinsectación y desratización de las instalaciones de la explotación.

Fiebre tifo-paratífica

CIE-9: 002; CIE-10: A01

Se ha declarado un único caso de *S. Tiphy*. Se desconoce la fuente y forma de contagio.

En el registro de altas hospitalarias de Osakidetza se han recogido 3 ingresos por esta causa de los que solamente en uno se ha confirmado el diagnóstico por el SIM.

Gonocócica, infección (Gonococia)

CIE-9: 098; CIE-10: A54

La gonococia es una enfermedad de declaración obligatoria numérica. A través del sistema EDO se recogen las declaradas desde Atención Primaria y, desde el año 2005, también por el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual. En el año 2007 se han registrado 83 casos de infección gonocócica, 23 más que el año anterior; 72 de ellas han sido declaradas por el Centro de ETS y 11 por centros de Atención Primaria.

Por el contrario, desciende el número de aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae* declarado por los laboratorios de Microbiología de Bizkaia: 167, frente a los 221 del año anterior, con lo que cambia la tendencia ascendente que se observaba desde 2004, primer año en el que se recoge esta información. El 79% de los casos son hombres, y el 75% tienen entre 20 y 39 años de edad.

Gripe (Influenza)

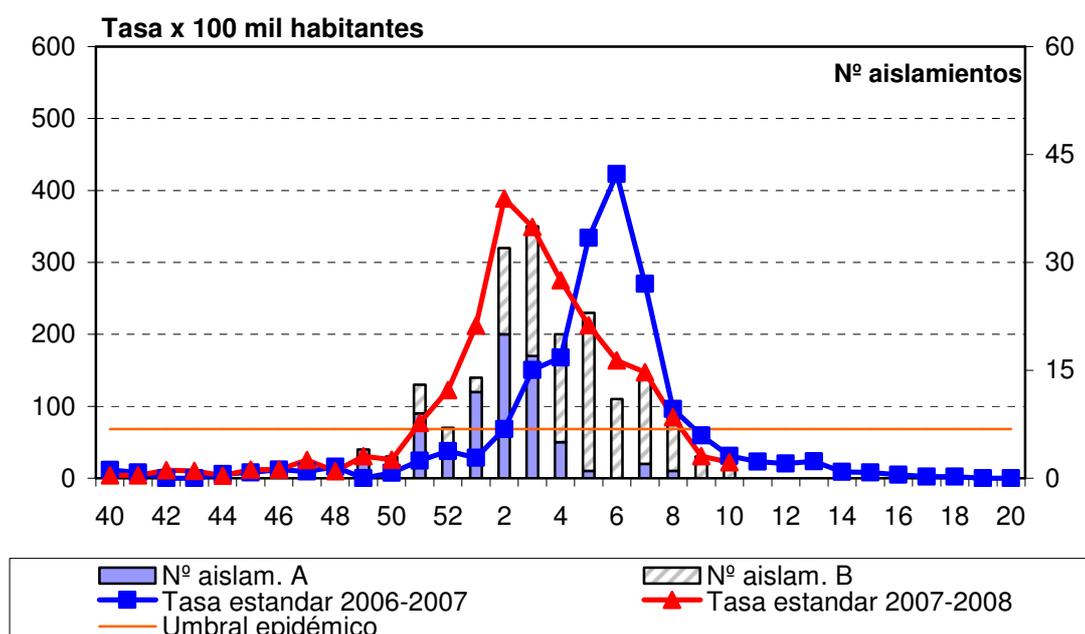
CIE-9: 487; CIE-10: J10-11

El sistema de Médicos Vigía para la vigilancia de la gripe en la CAPV, permite conocer su incidencia de forma precoz, recogiendo además información sobre los virus circulantes en nuestro medio, y variables como sexo, edad, síntomas y estado vacunal de los casos.

Participan 34 vigías entre médicos generales (24) y pediatras (10), que atienden una población de 51.000 habitantes (2,4% de la CAPV). Incluye también los casos ocurridos en tres residencias de ancianos así como información de la patología respiratoria atendida en los servicios de urgencias pediátricas hospitalarios.

En la gráfica se observa que la curva de gripe de la temporada 2007-2008 rebasó el umbral epidémico en la semana 51 de 2007 y alcanzó el máximo en la semana 2 de 2008, para volver a la situación basal en la semana 9. La onda epidémica ha sido de intensidad moderada pero ha tenido una duración superior a lo habitual (9 semanas por encima del umbral epidémico). El virus A (H1N1) ha sido predominante al inicio de la curva, pasando a una circulación de virus B casi exclusiva a partir de la semana 3.

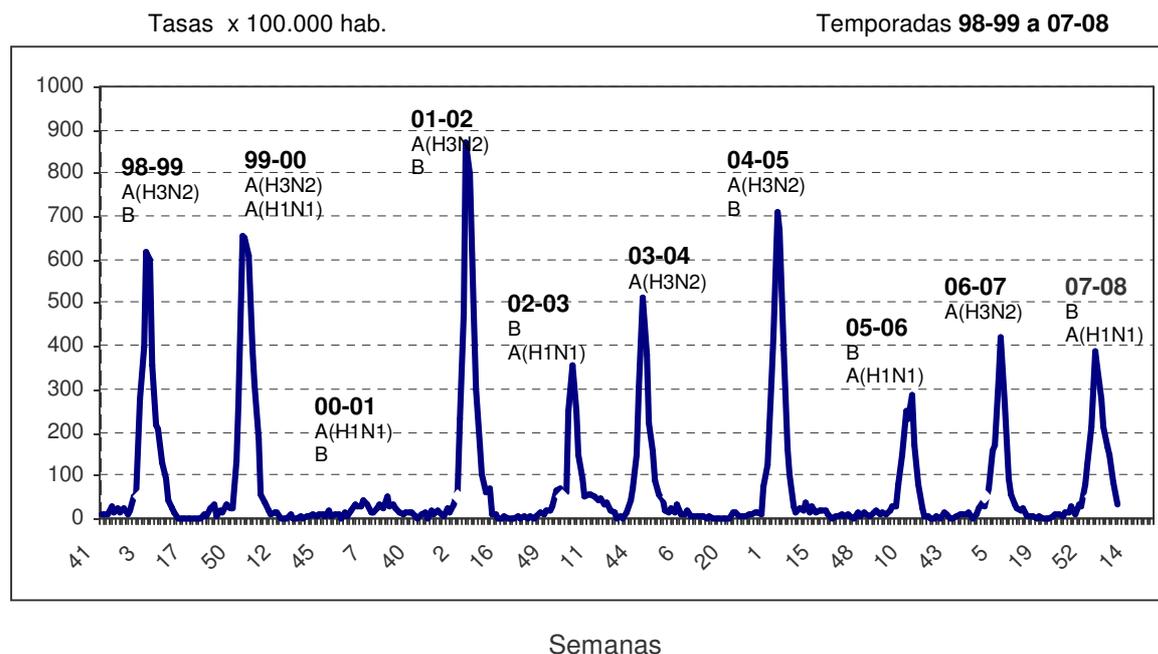
Vigilancia de gripe en la CAPV. Temporadas 2006- 2007 y 2007- 2008
Médicos vigía de la CAPV



A lo largo de la temporada se han caracterizado genéticamente los aislamientos virales de diferentes CCAA. El 51% corresponden a cepas A (H1) similares a las cepas incluidas en la vacuna 2007-2008. Sin embargo un 29% y 16% han sido cepas A (H1) y B respectivamente, que difieren de los virus incluidos en dicha vacuna.

El sistema de vigilancia europeo ha detectado resistencia al oseltamivir de los virus A (H1N1) en diversos países especialmente en Noruega y Francia. De las 52 cepas analizadas en España hasta el momento no se ha detectado ninguna resistencia.

Casos de gripe y aislamientos virales. CAPV. Temporadas gripales 98-99 a 07-08 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 composición de la vacuna de la gripe estacional para el hemisferio norte durante la temporada 2008-2009 recomendada por la OMS tendrá la siguiente composición:

- A/Brisbane/59/2007 (H1N1)-like virus
- A/Brisbane/10/2007 (H3N2)-like virus
- B/Florida/4/2006-like virus

Gripe aviar

La gripe aviar es una enfermedad infecciosa originada por el virus de la gripe tipo A, que habitualmente 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.

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, A/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 371 personas, de las cuales han fallecido 235 (Datos de la OMS a fecha 5 de marzo de 2008). Los países afectados son los siguientes:

Nº acumulado de casos humanos de gripe aviar A/(H5N1). OMS 5 marzo 2008

País	2003		2004		2005		2006		2007		2008		Total	
	c	f	c	f	c	f	c	f	c	f	c	f	casos	fallecidos
Azerbaijan	0	0	0	0	0	0	8	5	0	0	0	0	8	5
Camboya	0	0	0	0	4	4	2	2	1	1	0	0	7	7
China	1	1	0	0	8	5	13	8	5	3	3	3	30	20
Dibouti	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Egipto	0	0	0	0	0	0	18	10	25	9	3	1	46	20
Indonesia	0	0	0	0	20	13	55	45	42	37	12	10	129	105
Irak	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	3	2
Laos	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
Myanmar	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Pakistán	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Tailandia	0	0	17	12	5	2	3	3	0	0	0	0	25	17
Turquía	0	0	0	0	0	0	12	4	0	0	0	0	12	4
Vietnam	3	3	29	20	61	19	0	0	8	5	4	4	104	50
Total	4	4	46	32	98	43	115	79	86	59	22	18	371	235

El problema fundamental estriba en la posibilidad de que el virus Influenza A/H5N1 de las aves se adapte a los humanos y se transmita entre ellos, lo que llevaría a 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). No se recomienda ninguna restricción de viaje a las áreas afectadas por A/H5N1, incluyendo los países que han comunicado casos en humanos. Tampoco se recomienda ningún *screening* a los viajeros que regresan de las áreas afectadas por este virus.

Respecto a la situación en los animales, desde que se inició el brote un total de 61 países en Asia, Europa y África se han visto afectados por el virus A/H5N1. De estos 30 han experimentado brotes durante 2007, la mayoría en animales domésticos. En general ha habido una mejora mundial en el control de la situación en las aves, pero la infección persiste en tres continentes (Asia, África y Europa) y la enfermedad se está convirtiendo en enzootia en algunas regiones. En enero de 2008 se han seguido declarando brotes en las aves, la situación es particularmente preocupante en Indonesia, Bangla Desh y Egipto.

Hay que recordar que en esta fase 3 se considera caso sospechoso a aquella persona con clínica compatible y antecedente de estancia en país de riesgo en los 7 días precedentes al inicio de síntomas, que haya tenido contacto próximo (a menos de 1 metro de distancia) con aves domésticas o salvajes, o con un caso humano de gripe H5N1. En este caso se pondrán en marcha las medidas de aislamiento y toma de muestras establecidas en el "Protocolo de actuación ante un caso de gripe aviar (H5N1) o sus contactos. Actuación en Fase 3 de Alerta Pandémica" del Departamento de Sanidad.

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

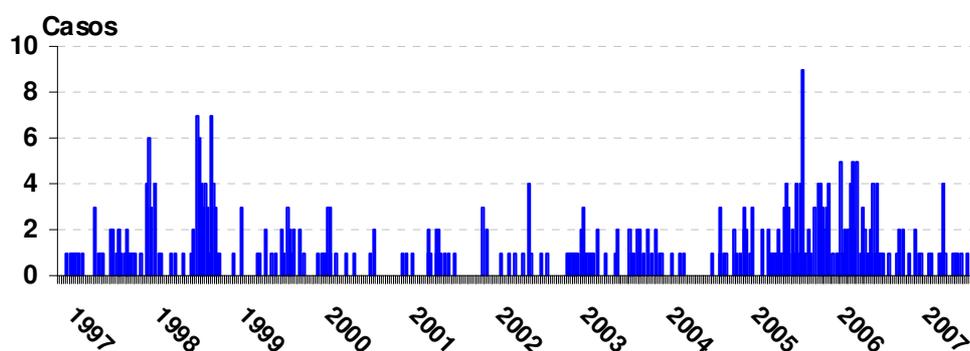
En el año 2007 el SIM ha registrado un solo caso de enfermedad invasiva por *H. influenzae* tipo b en menores de 5 años de edad, declarado por el hospital de Basurto. Es un niño de 10 meses de edad correctamente vacunado con tres dosis de vacuna que desarrolló un cuadro de neumonía con bacteriemia.

Hepatitis A

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

En la grafica adjunta se presenta la distribución de los casos de Hepatitis A en Bizkaia en la ultima década. Se observa un pico en el año 1998 debido a un brote localizado, de fuente común y corta duración, y una onda epidémica que comienza a finales de 2005 y se prolonga hasta el tercer trimestre de 2006. En estos dos años se dieron varias agrupaciones de casos en distintos municipios y, el hecho de que un tercio de los casos tuviera el antecedente de contacto con otro caso de hepatitis A, así como la mayor incidencia en menores de 20 años, sugiere que el contagio persona a persona fue el más frecuente. En nuestro medio es raro el antecedente de alimento o bebida como vehículo de infección.

Evolución de Hepatitis A. Número de casos declarados
EDO - Bizkaia 1997 -2007



En 2007 se han declarado 20 casos (tasa de 1,68 casos/100.000) lo que supone un Índice epidémico-2 de 0,56, que indica que volvemos a la situación de baja incidencia.

En el Anexo 2 se exponen la distribución temporal de los casos así como por grupo de edad y comarca sanitaria. La edad de los casos se desplaza de la niñez a la edad adulta.

Trece casos se han presentado como aislados, y no se ha dado ningún brote de origen común. Los factores de riesgo citados han sido viaje a zona endémica durante el periodo de incubación (5) y la existencia de otro caso en el medio familiar (3). En los 12 restantes no se ha observado ningún factor claro al que atribuir el contagio.

Se ha realizado estudio de contactos en 11 ocasiones; 5 no han precisado intervención con profilaxis y en 4 casos no se ha realizado por declaración tardía.

Hepatitis B aguda

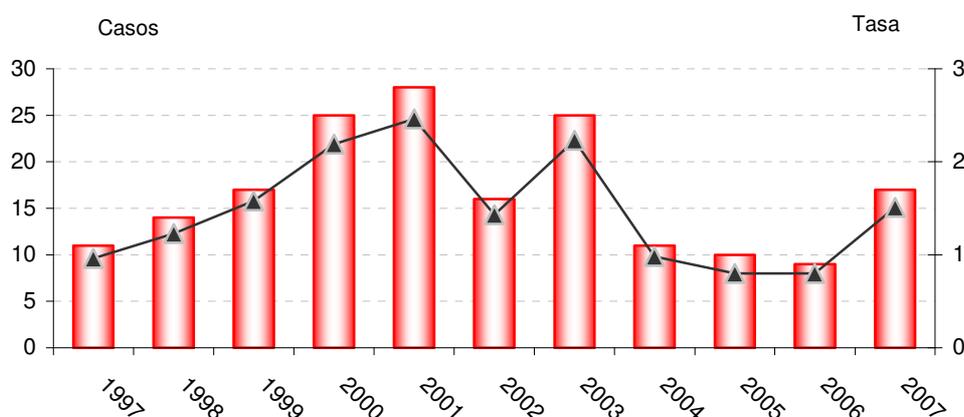
CIE-9: 070.2, 070.3; CIE-10: B16

Se han registrado 17 casos de hepatitis B que cumplen criterio de agudas, lo que supone una tasa de 1,8 casos por 100.000 habitantes, y un índice epidémico-2 de 1,55, lo que indica mayor incidencia que en los últimos años. La mayoría de los casos han sido declarados por los laboratorios de Microbiología al detectar una IgM+ para el AntiHBc del VHB. Sin embargo es necesario para incluirla como caso agudo o reciente que se den otros criterios como el resultado de las pruebas hepáticas y/o síntomas compatibles y/o antecedentes epidemiológicos de riesgo en el periodo de incubación.

Todos son hombres de edades entre 21 y 64 años con una mediana de 41. Los dos menores de 25 años no estaban vacunados. Todos los casos se han presentado de forma aislada, si bien la mitad de ellos han sido declarados de octubre a diciembre de 2007. En cuanto a los factores de riesgo

citados, en ocho casos se declara como probable la transmisión sexual, y seis no refieren ningún factor de riesgo.

Evolución de Hepatitis B. Casos y tasas. EDO - Bizkaia 1997 -2007



Dado que en la Hepatitis B el periodo de incubación es largo y el comienzo de síntomas o forma de presentación a veces poco expresiva, en la mayoría de los casos se desconoce el momento de contagio y el mecanismo de transmisión de la enfermedad. Para conocer mejor estos aspectos que ayudan a evitar nuevos casos, ante la sospecha de una Hepatitis B aguda o reciente es importante realizar la encuesta exhaustiva sobre los posibles factores de riesgo de transmisión sanguínea y sexual, insistiendo en cualquier punción realizada en cualquier momento dentro del periodo de incubación (en centros de *piercing* y tatuajes, de estética, así como centros sanitarios, gabinetes de odontología, etc.). En caso positivo especificar el lugar y las fechas donde se ha realizado. Ello facilita detectar casos que puedan estar asociadas a una misma fuente de contagio.

Hepatitis C

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

La Hepatitis C, con más frecuencia que la Hepatitis B, ocurre de forma asintomática. Detectar la seroconversión es poco frecuente y no disponemos de marcadores de infección reciente. La mayoría de los casos de Hepatitis C declarados en 2007 han sido hallazgo de laboratorio en casos asintomáticos y con factor de riesgo no conocido o no próximo en el tiempo. Dos casos han presentado seroconversión para VHC. Uno de ellos refiere limpieza de boca en las semanas anteriores y el segundo no refiere ningún factor de riesgo.

Kingella Kingae

En abril de 2007 investigamos una agrupación de niños con problemas osteo-articulares en una guardería de Bilbao. En un periodo de 10 días cuatro niños de 11 a 15 meses de edad, de la misma aula, presentaron problemas articulares que motivaron su ingreso hospitalario. En el aula había 16 niños por lo que la tasa de ataque fue elevada (25%). La clínica fue leve con cojera, hinchazón articular y febrícula. Todos fueron tratados con amoxicilina y la evolución fue buena hacia la curación sin secuelas. A todos ellos se les realizó gammagrafía ósea o resonancia, y los análisis microbiológicos realizados fueron negativos.

En el curso de la investigación epidemiológica se tuvo conocimiento de otros tres casos en niños de la misma edad con osteomielitis, uno de la guardería citada anteriormente y otros dos de otra guardería de Bilbao. En uno de estos dos, los resultados microbiológicos fueron positivos aislándose en hemocultivo *Kingella Kingae*.

Kingella kingae es un cocobacilo Gram negativo, que pertenece a la familia *Neisseriaceae*, y que fue descubierto en 1960 por la Dra. Elizabeth King. Su transmisión es por vía respiratoria de persona a persona o por fómites. El germen coloniza la mucosa respiratoria presentando las tasas más altas de colonización los niños de entre 6 meses y 4 años de edad. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son infecciones óseas, endocarditis y bacteriemia. La infección ósea más habitual es la artritis septicémica, que suele afectar a articulaciones grandes que soportan peso como la rodilla y el tobillo. La osteomielitis afecta con mayor frecuencia a huesos de la extremidad inferior. El diagnóstico se realiza por aislamiento del germen en sangre y/o líquido sospechoso, aunque generalmente presenta bastantes dificultades para su aislamiento.

Las dos guarderías de donde procedían los niños no compartían educadores, aunque eran de la misma red, y no hubo intercambio de niños entre ambas. El único nexo de unión fue indirecto a través de los educadores que habían tenido alguna reunión los meses previos.

Ante el desconocimiento del germen causal responsable del brote, pero pensando que podría ser *Kingella kingae*, se recomendó a los responsables de la guardería extremar las medidas higiénicas de limpieza de superficies, juguetes y lavado de manos, además de la ventilación adecuada de las aulas.

Tras citar a los padres para informar de la situación se les recomendó vigilar a los pequeños y consultar al pediatra ante cualquier duda, haciéndole saber el antecedente de la agrupación de casos en la guardería. Al mismo tiempo se informó a los pediatras de los niños para que extremaran la sospecha diagnóstica y derivaran a éstos, si lo consideraban necesario, al hospital.

Se tomó frotis a los 12 niños del aula de los casos y a las 3 educadoras para, en caso de obtener resultados positivos, indicar quimioprofilaxis. La pauta a utilizar hubiera sido la utilizada en un brote por *Kingella kingae* sucedido en Israel: rifampicina (20 mg/kg/día en 2 tomas durante 2 días) y amoxicilina (80 mg/kg/día en 2 tomas durante 4 días). Como todos los resultados fueron negativos a *Kingella Kingae* no fue necesario realizar quimioprofilaxis.

Se describen en la literatura muchos casos aislados de enfermedad por este germen aunque solo hemos encontrado dos agrupaciones de casos publicados, una en Minnesota en 2003 y otra en Israel en 2005.

Legionelosis

CIE-9: 482.8; CIE-10: A48.1 – A48.2

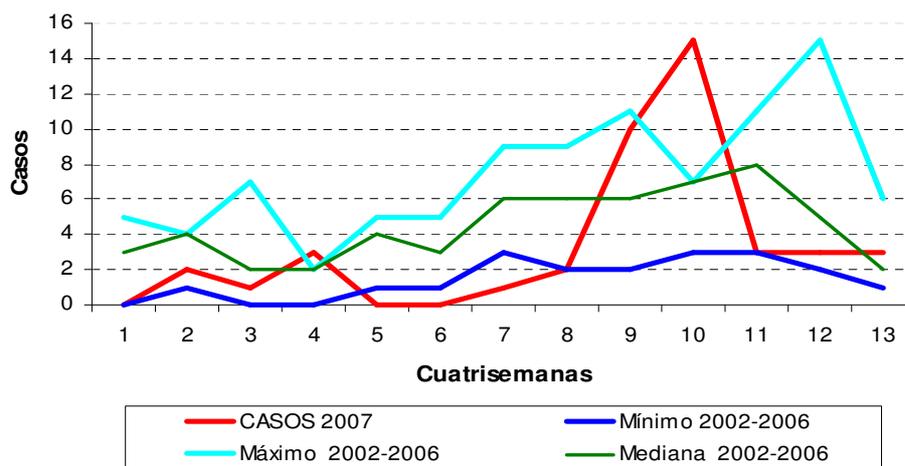
Se han declarado 43 legionelosis, lo que supone una tasa de incidencia de 3,8 por 100.000 habitantes; es la tasa más baja de los últimos años. Todos los casos han sido declarados tras la confirmación del Antígeno en orina; en 3 de ellos, además, se ha aislado *Legionella* en el cultivo de esputo. Se ha realizado encuesta epidemiológica de todos los afectados, bien a ellos mismos o a un familiar próximo.

El número de casos en los primeros meses del año ha sido muy bajo, registrándose la mayoría a partir de septiembre. En el mes de octubre se detectó una agrupación de seis casos en un municipio de la comarca Ezkerraldea-Enkarterri. Se inspeccionaron 42 torres de refrigeración y otros elementos de riesgo, no encontrándose la causa de esta agrupación. Tras la realización de esta intervención, no se produjeron nuevos casos.

En la distribución de los casos por comarca, sólo Bilbao mantiene una tasa similar a los dos años previos, descendiendo en el resto, siendo importante el descenso en las comarcas Interior y Uribe-Kosta.

Han fallecido 2 pacientes; uno de los casos restantes no ha precisado ingreso hospitalario.

Canal endemoepidémico de Legionelosis en Bizkaia EDO Bizkaia 2007 (2002-2006)



La mediana de edad de los casos declarados ha sido 53 años (30-94 años). Ha disminuido el número de casos en el grupo de 50 a 64 años (tasa 4/100.000) y la tasa más elevada sigue siendo la de los mayores de 64 años. La razón de sexos (hombre / mujer) fue de 6,2, mayor que en los últimos años.

El factor de riesgo personal más frecuente ha sido el consumo de tabaco, ya que el 46% son fumadores de más de 10 cigarrillos/día, seguido del alcohol, 40%. Seis (14%) de los casos presentan inmunosupresión, 7 (16,3%) cardiopatía y 5 (11,6%) diabetes.

Además de la intervención ambiental realizada en torno a la agrupación de casos detectada en octubre, se han realizado otras investigaciones ambientales. En una empresa a cargo de OSALAN, en el agua caliente sanitaria del edificio en el que residía un paciente, y en dos ocasiones, se ha solicitado a las autoridades sanitarias de otras comunidades autónomas la inspección de dos hoteles en los que los pacientes habían estado parte del periodo de incubación. En ninguna de estas circunstancias se ha detectado la bacteria causante de la enfermedad ni irregularidades significativas.

Lepra

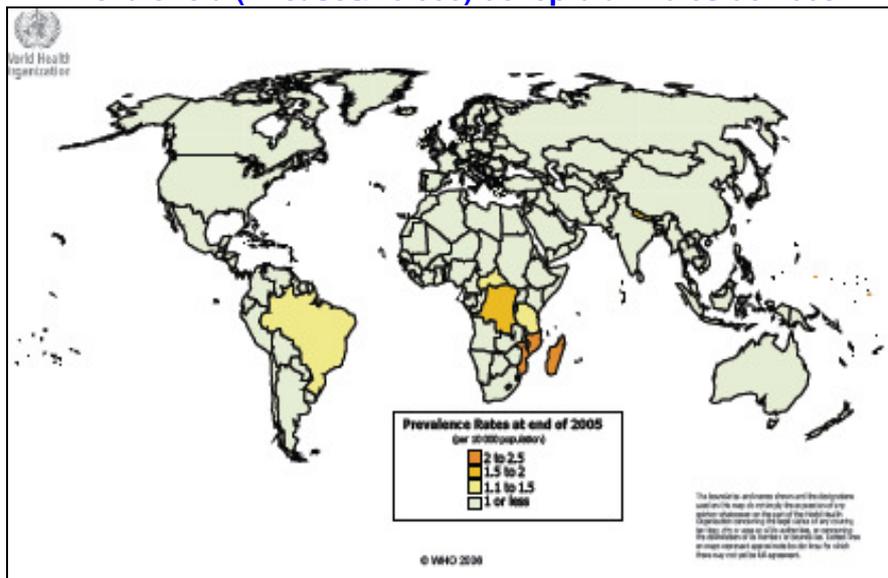
CIE-9: 030; CIE-10: A30

La lepra es una enfermedad de declaración obligatoria que, por sus características especiales, sobre todo por 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 2007 se notificaron 19 casos de lepra; 14 son incidentes, 3 son recidivas, uno es un recién llegado de Brasil y falta información de un caso. Los 14 incidentes son todos mayores de 14 años, 8 son hombres y seis mujeres; en 9 de los incidentes consta un país de procedencia distinto de España: Bolivia (1), Brasil (1), Colombia (1), Ecuador (1), Paraguay (2) y Senegal (3). Por otro lado, con fecha de enero del 2008, constan en dicho registro 63 casos prevalentes en las distintas CCAA, lo que supone una prevalencia de 0,14 casos por 100.000 habitantes.

En Bizkaia hay dos casos prevalentes y un incidente diagnosticado en 2007 correspondiente a un inmigrante con residencia actual en nuestro país. La posibilidad de transmisión de esta enfermedad es muy baja aunque es previsible que la incidencia aumente 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.

Prevalencia (nº casos/10.000) de lepra a finales de 2005.



En el mundo el número de casos de lepra disminuye de forma continua y consistente. A principios de 2007 quedaban cuatro países que aún no habían conseguido el objetivo global de eliminación de la lepra como problema de salud pública (definido como el logro de una tasa de prevalencia menor de 1 por 10.000 habitantes). Estos países eran: Brasil, República Democrática de Congo, Mozambique y Nepal.

El diagnóstico precoz de la enfermedad y el tratamiento con multiterapia continúan siendo el fundamento de la estrategia para reducir la carga de la enfermedad en el futuro. El énfasis debe permanecer en conseguir una asistencia de calidad, equitativamente distribuida y accesible a todos los afectados.

Listeriosis

CIE-9: 027.0; CIE-10: A32

El número de casos de listeriosis declarados por los laboratorios de microbiología de Bizkaia fue de 20, lo que supone una tasa de 1,78 casos por 100.000 habitantes. Se supera el número máximo de casos de la última década (18) en el año 2000, en el contexto de un brote epidémico.

Listeriosis SIM. Bizkaia 1994-2007



Uno de los casos se produce en una mujer embarazada en las últimas semanas de gestación, sin afectación del niño, que nace sano tras el tratamiento de la madre. Cuatro casos se producen en niños menores de 2 años siendo 3 de ellos recién nacidos infectados en el contexto de un brote nosocomial. El resto de los casos, 6 son en hombres y 10 mujeres, de edades comprendidas entre los 31 y 91 años (mediana: 71 años). Se aísla *Listeria monocytogenes* en 15 hemocultivos, 4 en líquido cefalorraquídeo y 1 en ambos tipos de muestras. Con respecto a la forma clínica, 7 casos cursan como meningitis, 2 como sepsis y el resto como bacteriemias. De los 10 casos que cursan con algún factor de riesgo conocido para listeriosis el cáncer y la toma de corticosteroides/inmunosupresión son los más frecuentes. Seis casos fallecen (letalidad: 30%).

El brote de listeriosis neonatal detectado se produce en un centro sanitario privado, con un primer caso de probable transmisión materno-fetal y dos secundarios con meningitis neonatal tardía, de probable transmisión nosocomial. El mecanismo de transmisión y el momento en que esta se produjo no se pueden establecer con certeza pero pudo ser durante las maniobras a las que fueron expuestos estos RN a través del personal y/o materiales por fallo de las barreras de higiene universales.

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 14 casos de serología positiva a *Borrelia burgdorferi*, el número más alto de los últimos años. De las 14 serologías hemos investigado 8 de ellas: en dos casos no se ha considerado que padecía la enfermedad de Lyme ya que los pacientes tenían otra patología que podría haber alterado las analíticas.

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

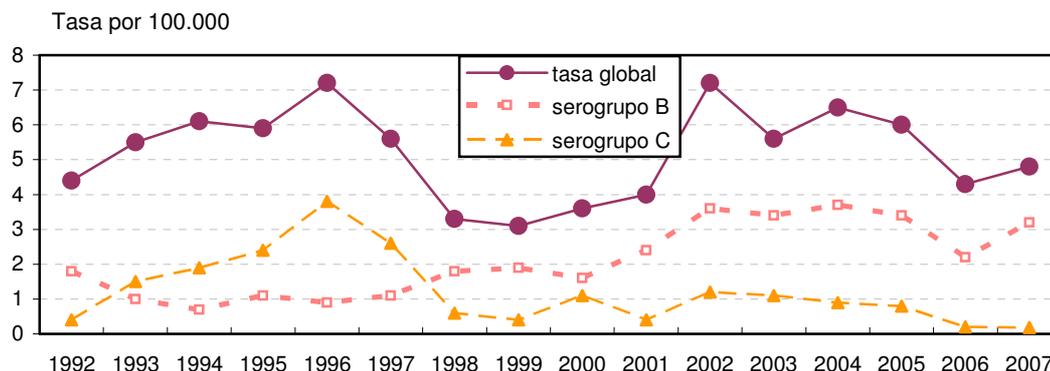
Han sido declarados 54 casos de enfermedad meningocócica, tasa de 4,8 por 100.000 habitantes, frente a la de 4,3 registrada en 2006 (48 casos), lo que supone un ligero ascenso en la incidencia de la enfermedad.

Se han confirmado microbiológicamente 40 de los 54 casos declarados (74%). En 36 pacientes se ha aislado Meningococo serogrupo B y en 2 serogrupo C. La combinación de serosubtipo predominante entre los meningococos serogrupo B tipados es la B NT:P1.9, a la que pertenecen 4 de los 23 meningococos B que han sido tipados (18 %).

Han fallecido 5 de los 54 enfermos, lo que representa una letalidad del 9,25 %, más alta que la habitual en nuestro entorno

Este año sólo se han producido 2 casos de enfermedad meningocócica por meningococo C, lo que supone una tasa de 0,18 por 100.000, la más baja de la década. Los 2 fueron adultos, de 30 y 36 años, no vacunados.

Casos de enfermedad meningocócica por año EDO- Bizkaia 1992-2007



No se observan diferencias destacables en las tasas de incidencia comarcales, son bastante homogéneas, entre 4,32 en Interior y 5,47 en Ezkerraldea-Enkarterri.

Casos de enfermedad meningocócica por grupos de edad y serogrupo. EDO. Bizkaia. 2007

Grupo de	Casos confirmados microbiológicamente			Casos probables (microbiología neg.)	Total	Tasa por 100.000	N fallecidos/ Letalidad %	
	Serogrupo							
	B	C	Otros					
<10 años	22	-	1	9	32	38,98	1	3,13
10-19 años	5	-	-	4	9	8,77	-	0,0
20-39 años	4	2	-	1	7	1,95	1	14,29
>39 años	5	-	1	-	6	1,04	3	50,0
TOTAL	36	2	2	14	54	4,81	5	9,26

El Centro Nacional de Epidemiología ha informado en el año 2007 de una tasa de enfermedad meningocócica para todo el Estado de 2 casos por 100.000 habitantes, y una letalidad del 10,4%. Las tasas varían entre las distintas Comunidades Autónomas en un rango entre 0,65 en Extremadura y 7,68 en Cantabria. El País Vasco presenta una tasa de 3,37.

Meningitis bacterianas

CIE-9: 320.0-320.9, 0360, 0270

Durante 2007 se han registrado 65 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 5,8 por 100.000 habitantes. Esta tasa es similar a la presentada en años anteriores (1996-2006). La letalidad ha sido de 12,3% oscilando entre el 43% de la meningitis por listeria y el 4,5 % de la producida por *N. meningitidis*.

Nº de casos, tasa de frecuentación y letalidad hospitalaria por meningitis bacteriana.

Bizkaia. Osakidetza. CMBD. 2007

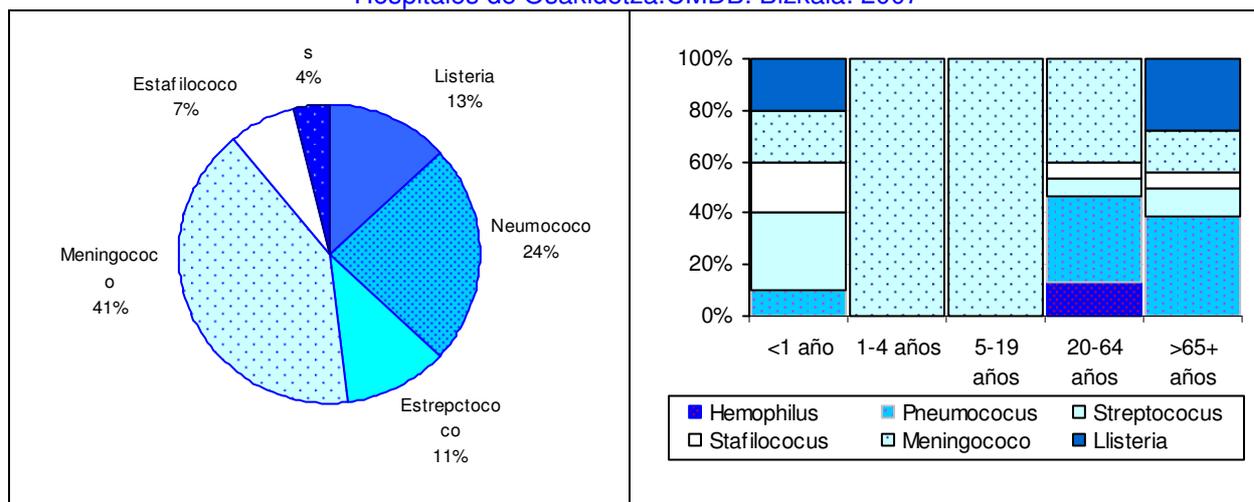
	Casos	Tasa	Fallecidos	Letalidad
<i>Haemophilus</i> (CIE-9:3200)	2	0,18	-	-
<i>Neumococo</i> (CIE-9:3201)	13	1,16	1	7,7%
<i>Estreptococo A</i> (CIE-9:3202)	6	0,53	2	33,3%
<i>Estafilococo</i> (CIE-9:3203)	4	0,36	0	-
Otras bacterias (CIE-9:3209)	11	0,98	1	9,1%
<i>Meningococo</i> (CIE-9: 0360)	22	1,96	1	4,5%
<i>Listeria</i> (CIE-9: 0270)	7	0,62	3	43%
Total Casos	65	5,8	8	12,3 %

Tasas de incidencia por 100.000 habitantes

En un 17% de las meningitis bacterianas 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. Como refleja la tabla este porcentaje ha disminuido con respecto a 2006 (39%). Otro cambio que llama la atención con respecto al año pasado es el número de meningitis por listeria que se ha duplicado en 2007. En los casos en los que se identifica el agente causal, las tres bacterias identificadas con mayor frecuencia son: meningococo (41%), neumococo (24%) y listeria (13%). La letalidad ha sido de las más altas de los últimos años lo que se debe sobre todo a la elevada letalidad de la listeria que este año ha aumentado.

Etiología de las meningitis bacterianas según la bacteria y el grupo de edad.

Hospitales de Osakidetza.CMDB. Bizkaia. 2007



Los gráficos superiores representan la etiología de las meningitis y su porcentaje relativo según la edad de los afectados. En los menores de un año tenemos estreptococo tipo A (30%), meningococo (20%) estafilococo (20%) y listeria (20%). Entre los jóvenes de 1 a 19 años el único germen identificado ha sido el meningococo. De 20 a 64 años son importantes los meningococos, y los neumococos y en los mayores de 64 años, los gérmenes más frecuentes son el neumococo y la listeria.

Meningitis víricas

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 simplex, el herpes zoster y el virus de la parotiditis epidémica.

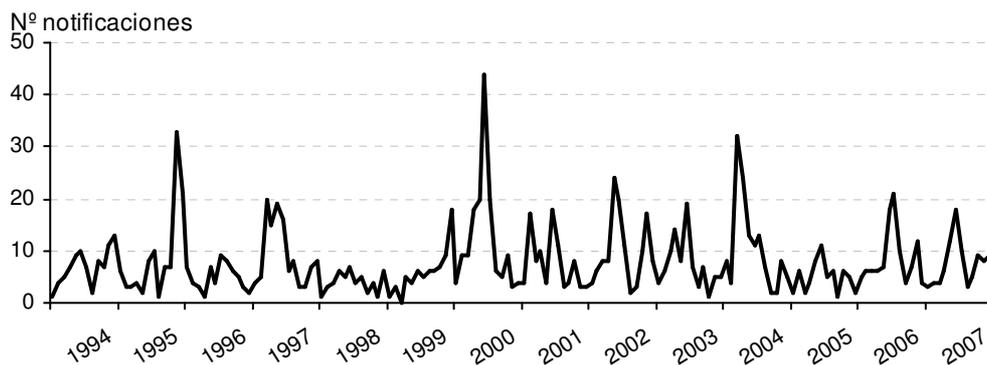
Desde el año 2004 el SIM aporta información sobre los aislamientos de enterovirus en LCR. En 2007 se declararon 39 aislamientos (55 en 2006), siendo 19 virus ECHO y 2 virus Coxsackie. El

64% de los aislamientos se produjeron entre mayo y junio, con un pico máximo de 13 aislamientos en junio. El 82% de los afectados tenían menos de 10 años.

En 2007 el Registro de Altas hospitalarias recoge 92 ingresos por meningitis vírica, de los que 43 son coriomeningitis linfocitarias (CIE-9:049.0) y el resto meningitis enterovíricas (CIE-9:047-047.9). El 21% eran menores de 10 años. Un 43 % de los ingresos se produjeron entre mayo y julio con un pico máximo en el mes de junio (18 ingresos).

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.
CMBD Osakidetza. Bizkaia. 1997-2007.



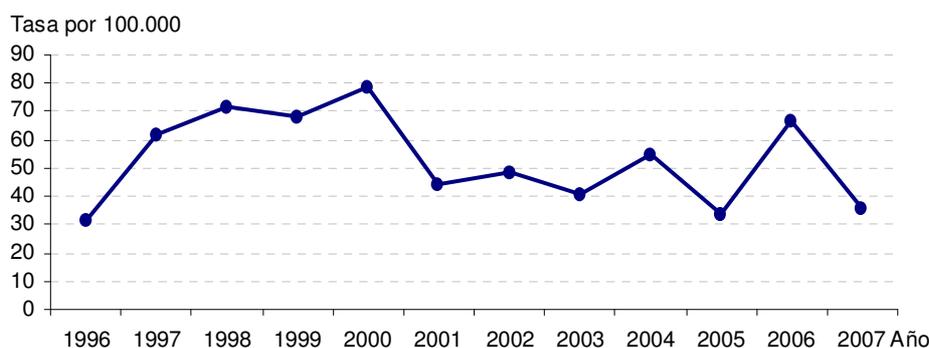
En el grupo de otras meningitis víricas se han producido tres meningitis por herpes zoster (CIE-9:0530) en tres personas de 25, 58 y 93 años, de las que dos presentaban inmunosupresión, y una meningitis por herpes simple (CIE-9:05472) que afectó a un hombre de 26 años con una enfermedad sistémica. Se han producido tres ingresos por meningitis urliana (CIE-9:0721); los afectados tenían 15, 17 y 28 años. No se ha producido ningún caso de meningitis por poliovirus ni por adenovirus.

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 15 casos de enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae* en niños menores de 5 años en Bizkaia, todos ellos aislados en hemocultivo y uno además en LCR. Esto supone una tasa de 35,8 casos por 100.000 para este grupo de edad.

Tasa de enfermedad neumocócica invasora en menores de 5 años
Bizkaia. Años 1996 a 2007



De entre los 13 casos del hospital de Cruces, la mayoría cursa como bacteriemia (8 casos), siendo el resto una neumonía, una sepsis, una meningitis, una osteoartritis y un absceso paraesternal. Solo uno de los serotipos de los neumococos aislados pertenece a alguno de los incluidos en la vacuna conjugada antineumocócica; los otros 12 pertenecen a serotipos distintos. Cuatro de los niños estaban vacunados con vacuna conjugada

Por lo que respecta al conjunto de la población, en Bizkaia, en el año 2007, se produjeron 654 altas hospitalarias por neumonía neumocócica [CIE-9: 481 en los dos primeros diagnósticos] en el conjunto de Osakidetza; de éstas, 454 (69,4%) se produjeron en **mayores de 64 años**, lo que supone una tasa de 209,3 por 100.000 habitantes en este grupo de edad. Además, en 2007 hubo 14 sepsis por neumococo (7 en mayores de 64 años) y 13 ingresos por meningitis (7 en mayores de 64 años).

Paludismo / Malaria

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

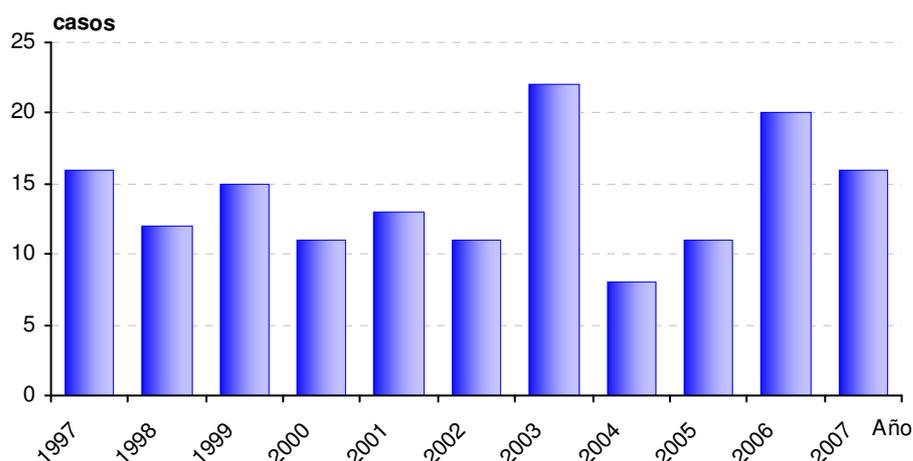
Se han declarado 16 casos de paludismo al sistema EDO, 8 mujeres y 8 hombres. El rango de edad es muy amplio, desde los 8 meses hasta los 74 años. En concreto, la distribución por edades es: 3 afectados con más de 45 años, 7 que tienen entre 22 y 44 años y, lo más llamativo, 6 menores de 14 años.

Se ha identificado *Plasmodium* en todos los casos: 1 *Plasmodium sp* y 15 *Plasmodium Falciparum*.

El lugar origen de la infección es, en todos los casos, un país africano: 6 Guinea Ecuatorial, 3 Malí, 1 Camerún, 1 Congo, 1 Costa de Marfil, 1 Gambia, 1 Ghana, 1 Nigeria y 1 Senegal.

En tres ocasiones el motivo del viaje era laboral o turístico y el resto son personas que viven en Bizkaia pero que viajan a sus lugares de origen, zonas endémicas de paludismo, sin tomar la quimioprofilaxis (6 casos), o bien acaban de llegar (7 casos). Solo en dos ocasiones los afectados habían tomado quimioprofilaxis.

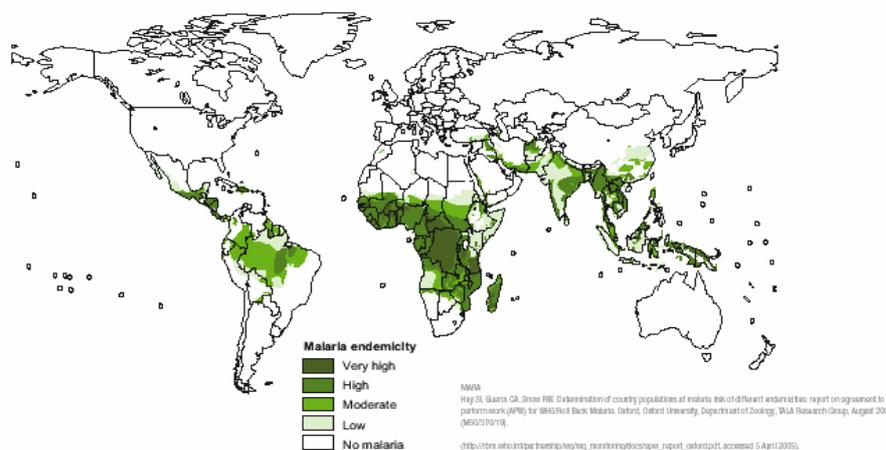
Número de casos de paludismo 1997-2007
EDO y CMBD Bizkaia



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

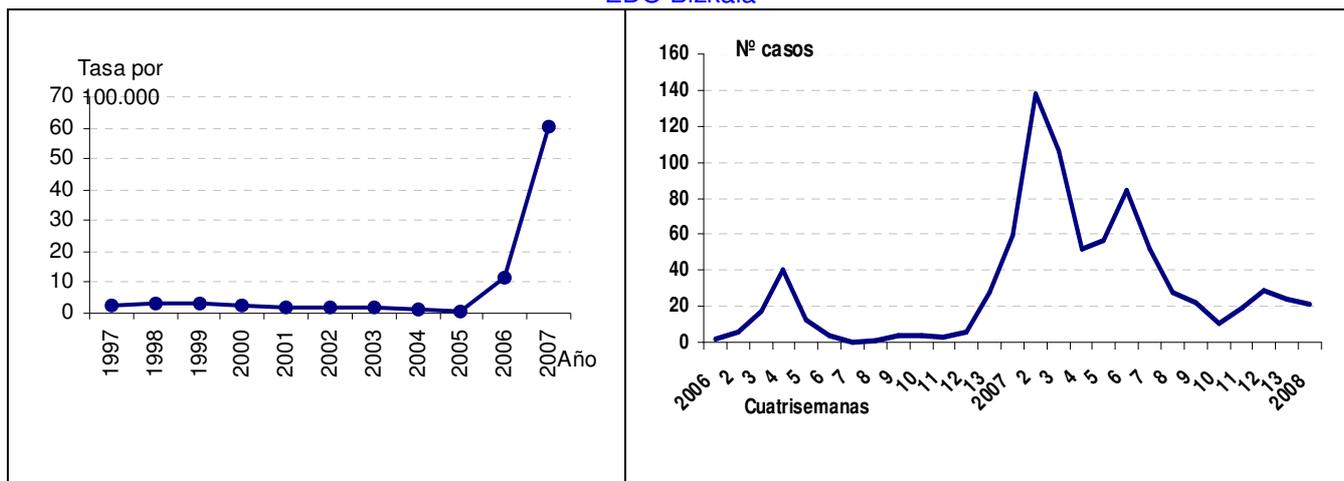


Parotiditis vírica (paperas)

CIE-9: 072; CIE-10: B26

Se han declarado 681 casos de parotiditis vírica a través del sistema EDO (tasa de 60,66 por 100.000). Tal y como se observa en la gráfica, en 2006 hubo un brote localizado en la Comarca Ezkerraldea-Enkarterri en la primavera, y a partir de diciembre comenzó un aumento de casos generalizado, no sólo en Bizkaia, sino en toda la CAPV. En Bizkaia el Índice Epidémico 2 pasa de 6,35 a 34,05. La razón de sexos H/M es de 1,5. En el anexo 2 pueden consultarse datos sobre distribución por edad y comarca sanitaria.

Tasa de parotiditis vírica por año 1997-2007 N° casos 2006-2007 EDO Bizkaia



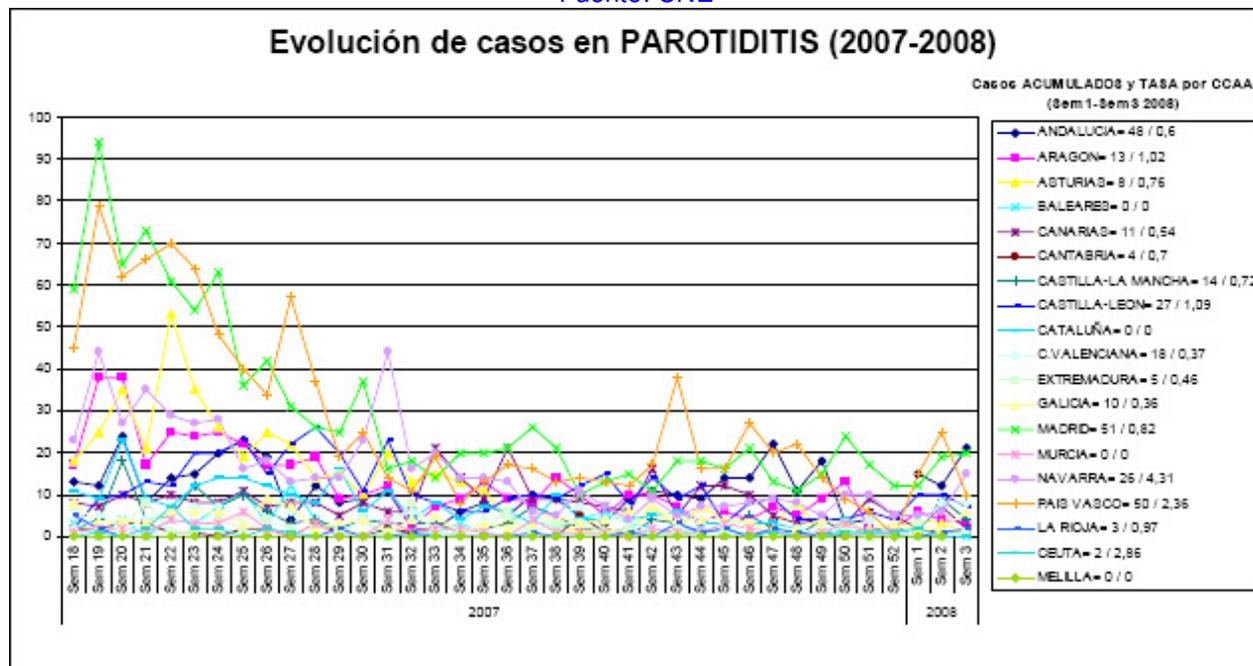
La mayor parte de los casos (513 casos, 75,3%) se han dado en los grupos de edad por debajo de 25 años. Según nuestra estimación de cobertura vacunal, el 98% de los menores de 20 años han recibido 2 dosis de vacuna triple vírica (TV), y del grupo de 21 a 25 años, un 78% ha recibido al menos una dosis. Respecto a la confirmación por laboratorio, 111 de los casos se han confirmado por IgM (+), 64 por identificación del virus (cultivo o PCR) y 22 por ambas técnicas. La IgM ha

resultado negativa en muchos casos vacunados que, sin embargo, eran confirmados epidemiológicamente e incluso con identificación del virus.

A través del sistema SIM se han notificado 105 casos más de parotiditis que no han sido declarados por el sistema EDO.

Tasa de parotiditis vírica por CCAA

Fuente: CNE



Este aumento de la incidencia en Bizkaia coincide con un aumento generalizado de la circulación del virus de la parotiditis en otras CCAA, aunque con diferentes incidencias. A comienzo de 2008 todavía continúa la declaración de casos en número mayor a lo esperado.

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 se produce por la picadura de las pulgas infectadas, contacto directo, 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.

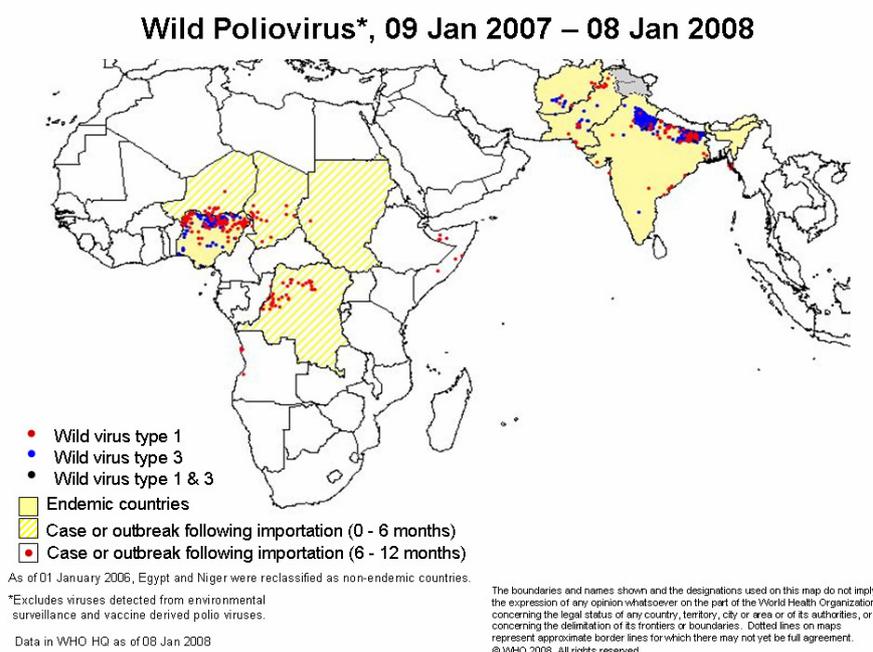
La peste es endémica en muchos países de África, en la antigua Unión Soviética, las Américas y Asia, pero es en África donde se están produciendo brotes en este siglo. En el año 2007 no se ha comunicado a la OMS ningún brote por esta enfermedad. Los brotes de peste están ligados a la pobreza, conflictos civiles y guerra en los que las infraestructuras sanitarias se rompen. La clave para evitar la extensión de la enfermedad es atajar rápidamente estos brotes.

Poliomielitis

CIE-9: 045; CIE-10: A80

En el año 2007 se han declarado a la OMS 1.083 casos de poliomiélitis debida a poliovirus salvaje, el 91% en los 4 países con endemia (Pakistán, Afganistán, India y Nigeria) y el resto, repartidos en 8 países no endémicos (Nepal, República Democrática del Congo, Chad, Níger, Sudan, Angola, Myanmar y Somalia). Se ha producido una importante disminución con respecto a 2006 de los casos debidos a poliovirus salvaje tipo 1, de 1.622 a 304, y un aumento de los causados por poliovirus salvaje tipo 3, de 290 a 779. Este hecho se explica por la prioridad que

se ha dado en el programa de erradicación de la polio a la vacunación contra el poliovirus 1, debido a su mayor agresividad.



Los pasos a seguir para conseguir un mundo libre de polio son superar rápidamente los problemas operacionales que subsisten en las áreas de los 4 países endémicos, movilizar rápidamente los recursos financieros para implantar las estrategias de erradicación, continuar las actividades de respuesta a los brotes en los países re infectados y minimizar el riesgo de una nueva posible diseminación de la polio, así como mantener la vigilancia de calidad de la Parálisis flácida en todos los países.

Hasta que se consiga la erradicación de la enfermedad en el mundo sigue habiendo riesgo de contraerla y los viajeros a países endémicos deberían protegerse mediante la vacunación, por lo que es aconsejable ofrecer a quienes viajen a zonas endémicas y han recibido tres o más dosis de VPO en el pasado, una dosis de vacuna de polio.

Durante el año 2007 se ha continuado la vigilancia de Parálisis Flácida, no habiéndose notificado ningún caso en menores de 15 años.

Rabia

CIE-9: 071; CIE-10: A82

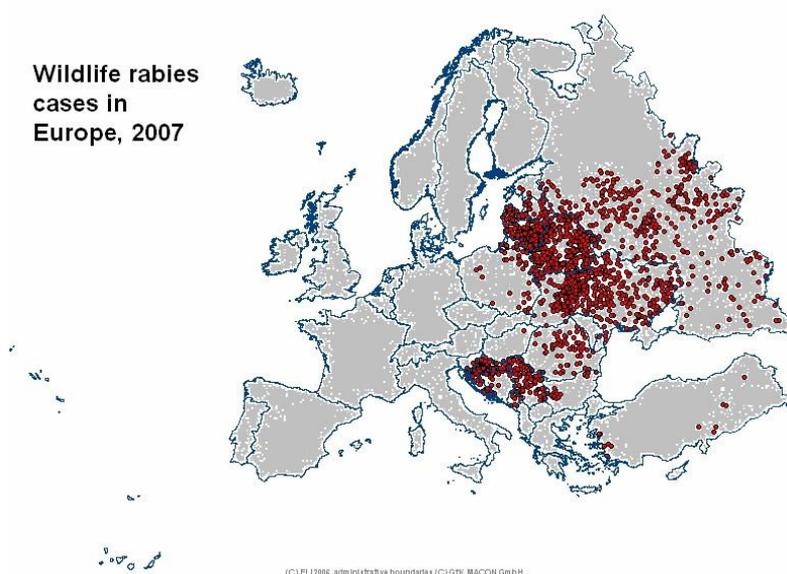
La rabia es una enfermedad zoonótica que, según las estimaciones, causa la muerte de entre 50.000 y 60.000 personas al año en el mundo, en particular niños. La OMS reconoce la rabia como la enfermedad infecciosa con la tasa más alta de casos fatales. La vía más común de las infecciones de rabia humana es la mordedura de perro, lo que justifica que un 99% de las muertes humanas sean por esta causa.

Los reservorios animales de la rabia difieren de una región del mundo a otra. En el hemisferio Norte, la rabia de los animales salvajes sigue siendo el principal problema. La rabia de los perros domésticos es ahora muy rara en Europa Occidental. En los países de Europa Oriental, el zorro rojo es el principal reservorio de la enfermedad y la rabia vulpina representa el 50% de los casos. En 2005 en esta región, 1 de cada 3 casos de rabia animal implicaba animales domésticos. La Unión Europea ha progresado significativamente en la eliminación de la rabia de la fauna silvestre mediante la utilización de la vacunación oral (ver figura).

En 2007 se han declarado dos casos de rabia en dos murciélagos agresores positivos a EBL-1, uno en Sevilla y otro en Granada.

En Bizkaia se ha proporcionado vacuna antirrábica a 34 personas, 8 tratamientos post-exposición y el resto preexposición, la mayoría por viajes a zonas endémicas con difícil acceso a los servicios sanitarios.

La publicación del decreto 101/2004 sobre tenencia de perros, hace que los ayuntamientos deban remitir a la UVE la notificación del incidente de agresión. Se han recibido en esta Unidad 39 notificaciones de agresión, correspondientes a 2 municipios de Bizkaia.



Rotavirus

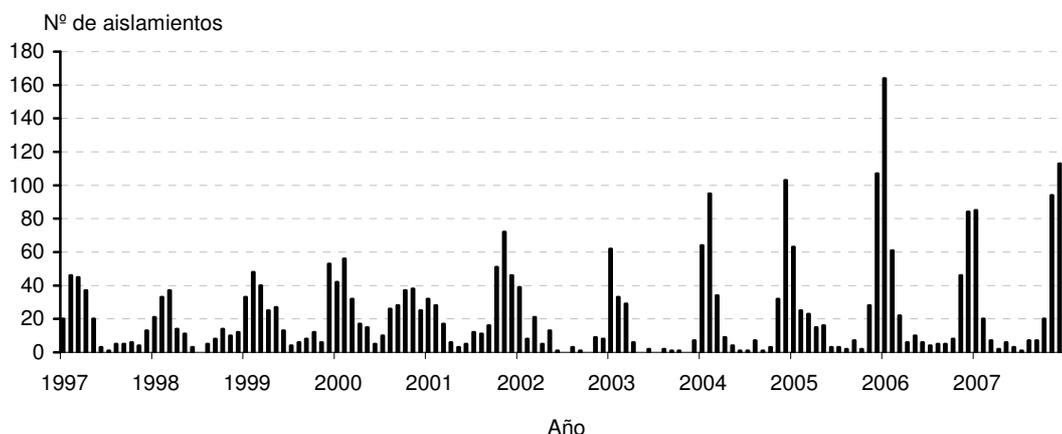
CIE-9: 008.61; CIE-10: A08.0

Se han declarado al SIM 365 aislamientos de rotavirus, 56 menos que el año anterior. El 80 % de los casos se registran entre los meses de noviembre, diciembre y enero, mostrando su alto componente estacional y la relación con los meses más fríos del año.

Este año, como en 2006, el 98 % de los casos declarados son menores de 9 años de edad y el 43% menores de un año.

Distribución por mes de aislamientos de rotavirus notificados

SIM - Bizkaia 1997-2007



En el registro de altas hospitalarias se han recogido 49 ingresos con aislamiento de rotavirus, de los que 49 son menores de 2 años.

Rubéola

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

En 2007 se han declarado 2 casos de sospecha de rubéola, que han sido finalmente descartadas.

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 32 años) y de los varones de cohortes nacidas a partir de 1981 (menores de 26 años) están vacunados con una o dos dosis de vacuna antirrubéola. 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.

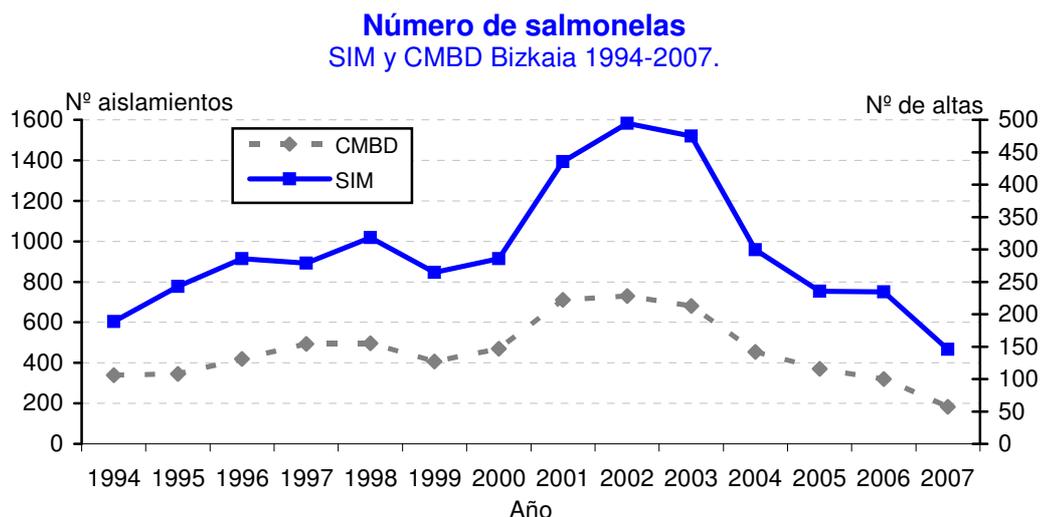
En 2006, atendiendo a las recomendaciones de la OMS, se actualizó el protocolo de vigilancia de la rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita (SRC). Entre otras actuaciones, dicho protocolo contempla la declaración urgente de las sospechas de rubéola, y la recogida de muestras para genotipado del virus.

Respecto a la rubéola congénita (SRC), durante al menos los últimos 20 años, no se ha declarado ningún caso en Bizkaia.

Salmonelosis

CIE-9: 003; CIE-10: A02

El número de aislamientos declarados al SIM ha sido de 467. Se confirma la tendencia descendente registrada en los últimos años que supone una reducción del 70% y del 38% respecto a los años 2002 y 2006 respectivamente. Esta tendencia es diferente según los serotipos y afecta sobre todo a S. Enteritidis, de manera que este serotipo supone solamente un 55% del total en 2007 frente al 67% que representaba en 2002. La distribución de los aislamientos es homogénea a lo largo del año. La población más afectada son los menores de 10 años (46%) seguida por los mayores de 60 (15%).



En cuanto a la morbilidad hospitalaria, que da idea de la gravedad de la enfermedad, también se observa un descenso muy importante, habiéndose reducido los ingresos casi a la mitad, comparándolos con el año 2006. De los ingresos por salmonelosis, un 14% son menores de 15 años y el 32% son mayores de 65.

Sarampión

CIE-9: 055; CIE-10: B05

Se han declarado 3 sospechas de sarampión, que finalmente fueron descartadas. En uno de los casos se identificó virus de parotiditis, y en otro parvovirus B19.

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 2007 ha habido brotes de sarampión en varios estados europeos. Así mismo, continúa la circulación del virus en algunas Comunidades Autónomas del Estado. Destaca el brote de Cataluña, con más de 200 casos confirmados.

En este contexto, la vacunación continúa siendo de importancia capital 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 triple vírica (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 2007 se han declarado agrupaciones de *Staphylococcus aureus* resistente a metilina en tres residencias de ancianos de Bizkaia que, tras la aplicación del protocolo, se han resuelto sin problemas.

Se han notificado al SIM 893 aislamientos, lo que supone un importante aumento con respecto a los declarados en 2006 y 2005, 817 y 552 casos, respectivamente.

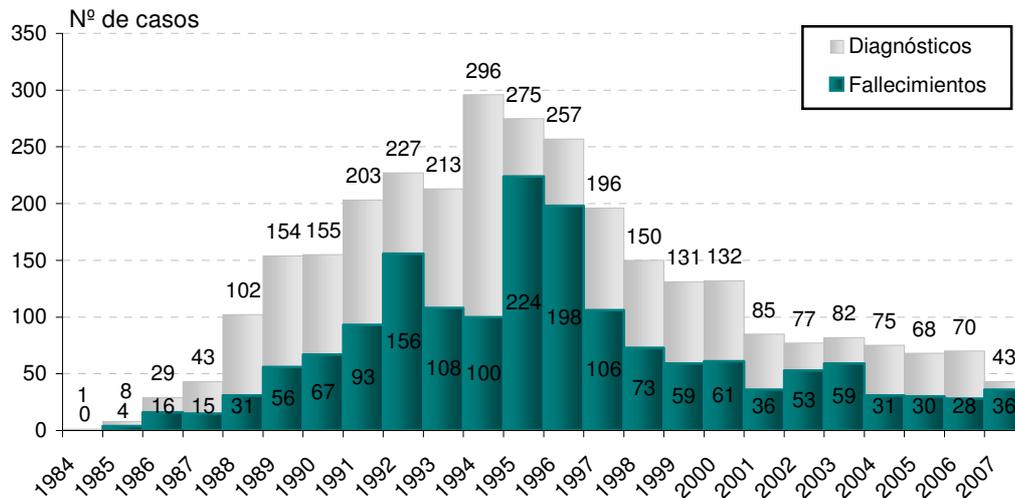
SIDA y VIH

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 2007 se han diagnosticado 43 casos de SIDA, 39% menos que el año anterior. El número acumulado desde 1984 hasta 2006 es de 3.072 casos; de estos han fallecido 1.640.

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.

Casos de SIDA diagnosticados y casos de SIDA fallecidos Bizkaia. 1984-2007 Plan de Prevención y Control del SIDA

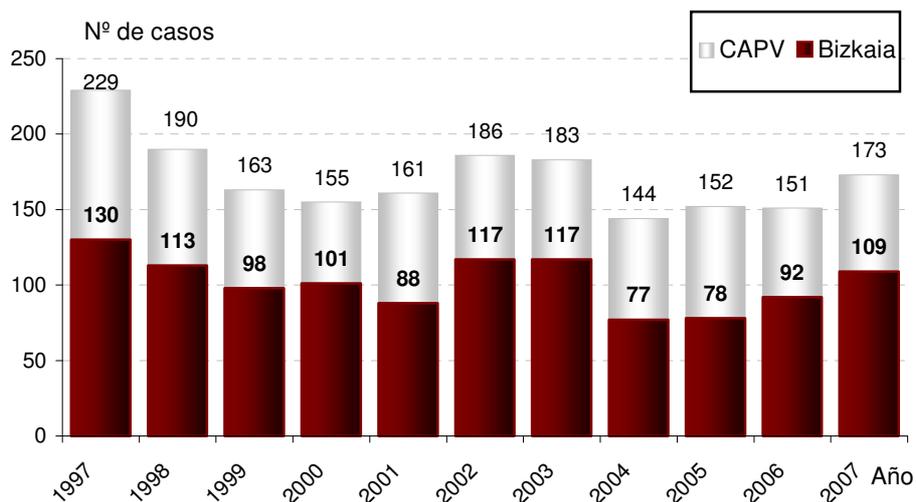


De los 43 diagnosticados de SIDA durante el año 2007, 32 son hombres y 11 mujeres. En el 37% el mecanismo de transmisión identificado es el uso de drogas por vía parenteral (UDVP), en 28% la transmisión heterosexual y en 19% la transmisión homo/bisexual

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. 1997-2007. Plan de Prevención y Control del SIDA

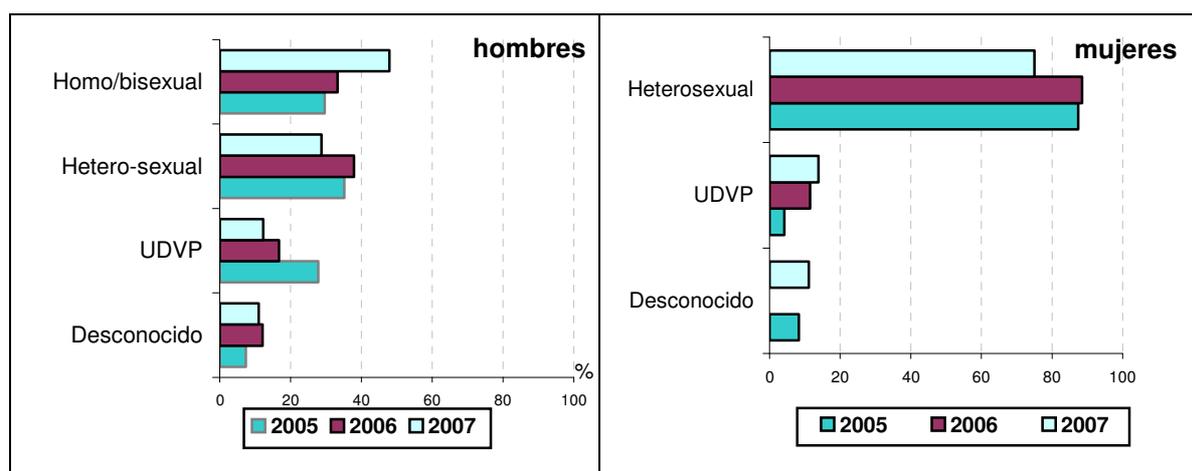


Durante 2007 se han diagnosticado 109 nuevas infecciones por VIH en Bizkaia. El 67% son hombres; la media de edad de los casos nuevos es de 39 años en los hombres y 30 en las mujeres.

El 76 % de los nuevos infectados ha adquirido la infección a través de la vía sexual (homo o heterosexual), el 13% a través de la vía parenteral; y en un 11% de las ocasiones el mecanismo de transmisión es desconocido. Las diferencias por sexo se observan en el gráfico siguiente

VIH. Mecanismos de transmisión

Bizkaia. 2005-2007 Plan de Prevención y Control del SIDA



El porcentaje de nuevas infecciones en extranjeros a descendido a 23% (37% en 2006).

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 en 2007 ha sido de 57, 35 de ellos procedentes de dicho centro.

Los laboratorios de Microbiología de Bizkaia declaran 91 serologías positivas para *Treponema pallidum*, frente a las 76 del año anterior, de las cuales el 77% corresponde a hombres. El 81% de los casos pertenecen al grupo de edad de entre 20 y 50 años.

Ambos sistemas de información reflejan una tendencia ascendente de esta enfermedad en los últimos años.

Tétanos

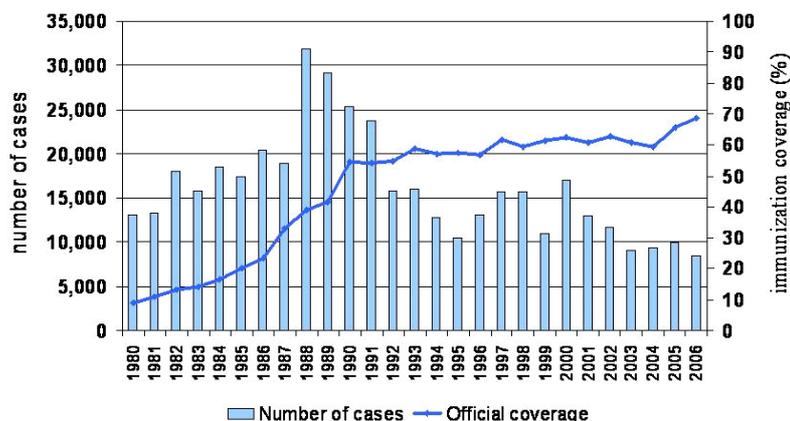
CIE-9:037, CIE-10: A35

No se ha declarado ningún caso, ni tampoco aparece ningún ingreso por esta causa en el Registro de Altas hospitalarias.

Desde el año 1996 han sido declarados en Bizkaia 11 casos de tétanos, 9 de los cuales eran mayores de 64 años.

Un objetivo de la OMS respecto a esta enfermedad ha sido la eliminación del tétanos neonatal en el mundo. El número de fallecimientos por esta causa ha pasado de 800.000 en los años 80 a 180.000 en 2002. A pesar del progreso que esto supone no se ha conseguido el objetivo inicial de eliminarlo antes de 1995, ni el posterior de eliminar la mortalidad por esta causa antes del año 2005, ya que en 47 países no habían eliminado la mortalidad por tétanos neonatal en diciembre del año 2007.

Neonatal tetanus global annual reported incidence and TT2+ coverage, 1980-2006



Source: WHO/IVB database, 2007
193 WHO Member States. Data as of September 2007

Date of slide: 10 September 2007



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.

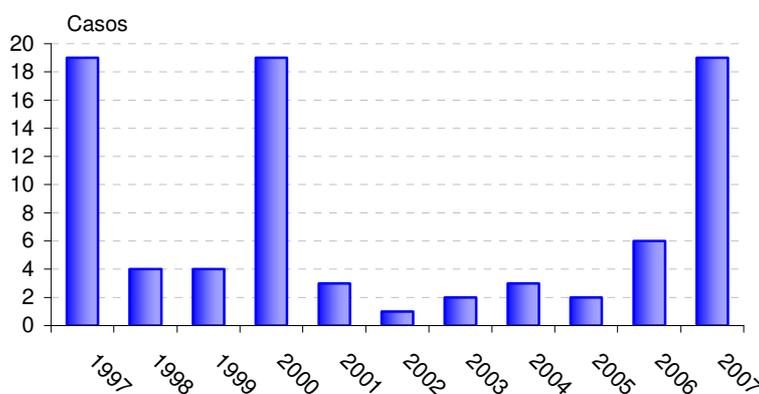
Tos ferina / Pertussis

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

Han sido declarados 19 casos de tos ferina (tasa 1,69 por 100.000), la cifra más alta del último quinquenio, resultando un Índice epidémico² de 9,5.

Todos los casos han sido confirmados en el laboratorio: cinco por aislamiento y cultivo de frotis faríngeo y el resto por PCR.

Casos de Tos Ferina declarados por año EDO. Bizkaia 1997-2007



Siete de los casos tenían menos de 2 meses de edad, por lo que todavía no habían iniciado su primovacunación, y el resto, entre 2 meses y 13 años, tenían las dosis de vacuna adecuadas para su edad (excepto uno al que faltaba una dosis).

Cuatro de los casos se han presentado asociados a un mismo centro escolar, en niños de 5 a 13 años. Los niños estudiaban en aulas diferentes pero el comienzo de síntomas coincidió en todos en el mes de abril. Revisado el calendario vacunal de los compañeros, todos tenían el número de dosis correspondientes a su edad.

El resto de los casos se han presentado aislados, aunque existe una agrupación temporal en el cuarto trimestre de 2007 (7 casos) que continúa en las primeras semanas de 2008. La distribución de los casos por comarca sanitaria es diferente: 11 son de Ezkerraldea Enkarterri y 5 de la comarca Interior; Bilbao y Uribe han presentado 1 y 2 casos respectivamente.

Toxiinfecciones de origen alimentario (TIAs)

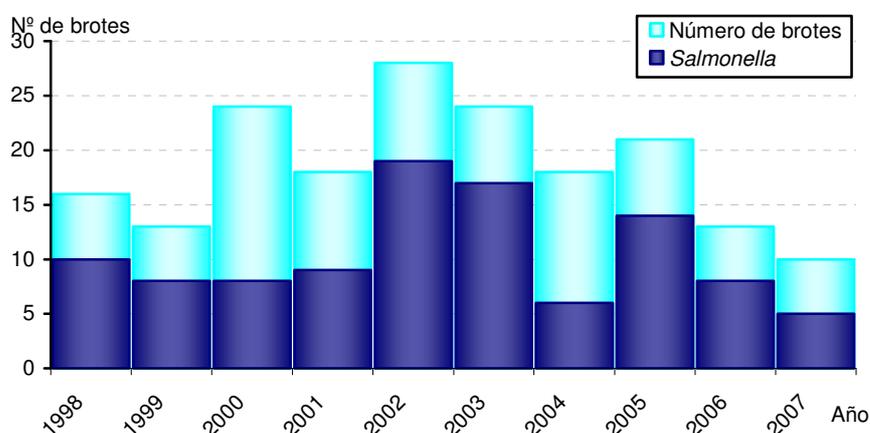
Han sido investigados 10 brotes de Toxiinfecciones de origen alimentario con al menos 73 personas afectadas. El número de brotes y el de afectados ha disminuido con respecto a 2006. Hubo 3 ingresados, todos con infección por salmonela.

En 8 de los brotes el alimento fue elaborado en un establecimiento público. El alimento implicado se identificó en 8 brotes: huevo/ovoproducto (5), marisco/ensalada de pescado (2) y harina de maíz (1). El agente causal fue en 5 brotes *Salmonella Enteritidis* y en otro *Datura estramonio*, que se identificó en harina de maíz.

La salmonela se aisló en muestras biológicas de los afectados de cinco brotes y en un alimento implicado en un brote (huevos utilizados en la elaboración de tortilla).

La gráfica refleja el nº total de brotes por año, resaltando aquéllos cuyo agente causal ha sido salmonela. Del total de afectados durante 2007, 28 (38%) están relacionados con este agente.

Toxiinfecciones alimentarias global y por *Salmonella*
Bizkaia. Año 1998-2007



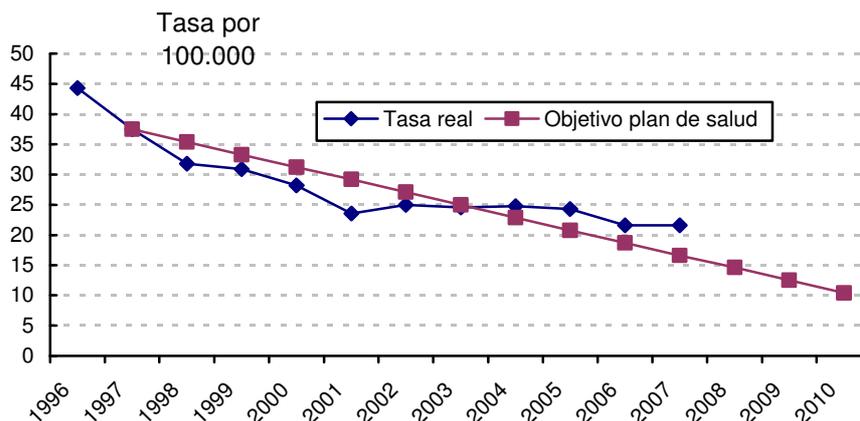
Mención especial merece uno de los brotes, que se produjo en una familia en la que sus cuatro miembros presentaron un síndrome anticolinérgico leve (mareos, vómitos y dificultad para la micción), dos horas después de consumir talo elaborado en su domicilio con harina de maíz. Durante la investigación del brote se recogieron muestras de harina y de maíz del mismo origen y se observó que, entre los granos de maíz con el que se había elaborado la harina, había unas semillas semejantes a las de la planta *Datura estramonio*. Esta planta contamina con frecuencia los cultivos de maíz y contiene unos alcaloides tóxicos, principalmente atropina, escopolamina e hiosciamina, que producen un síndrome anticolinérgico similar al presentado por los afectados. El tóxico responsable fue confirmado en el laboratorio al identificar en dichas semillas los alcaloides escopolamina y hiosciamina. Los afectados se recuperaron entre 24 y 48 horas tras la aparición de síntomas sin tratamiento.

Tuberculosis

CIE-9: 010 - 018; CIE-10: A15 – A19

Se han declarado 242 casos de tuberculosis, lo que supone una tasa anual de 21,6 por 100.000 habitantes, prácticamente igual a la del año pasado. El objetivo del Plan de Salud de la CAPV para el año 2010 es llegar a una tasa de 10. La gráfica inferior simula la situación que se tendría que dar en los próximos años para alcanzar dicho objetivo, observándose un alejamiento del mismo cada vez mayor.

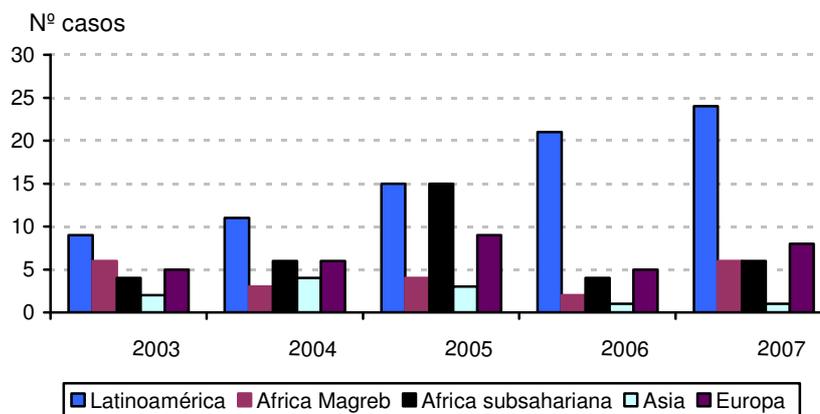
Tuberculosis. Tasas reales y tasas objetivo Plan de Salud.
EDO. Bizkaia 1996-2010



La razón de sexos (hombres/mujeres) de los casos registrados es de 2. El grupo de edad de máxima incidencia es el de mayores de 64 años (30,76), tal y como cabe esperar en un país de endemia tuberculosa media.

Ha aumentado el número de pacientes extranjeros, que este año han sido un total de 47 (33 en 2006), suponiendo ya casi un 20 % del total de casos registrados. La mayoría de estos pacientes proceden de Latinoamérica (24), 12 de África (6 Magreb, 6 África subsahariana), 1 de Asia y 10 de Europa (1 Portugal, 8 Rumanía y 1 de Moldavia).

Tuberculosis. Casos en extranjeros según origen.
EDO. Bizkaia 2003 a 2007



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 98,6 casos por 100.000 habitantes.

La localización de la enfermedad es pulmonar, con o sin otras localizaciones, en el 65,6% de los casos. Se declararon 6 tuberculosis meníngeas en personas mayores. En Bizkaia no hemos registrado ningún caso de meningitis tuberculosa en niños desde el año 1996, es decir, en 11 años consecutivos.

El 74,8% de los casos declarados tuvieron diagnóstico bacteriológico con cultivo positivo en una o más muestras biológicas. La tasa de bacilíferos es similar a la del pasado año: 7,3 por 100.000 (7,4 en 2006).

SIDA y alcoholismo 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 mayor incidencia, con 27 casos por 100.000. Más de la mitad de los pacientes tuberculosos extranjeros tienen su residencia en comarca Bilbao.

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

EDO. Bizkaia 2007

COMARCA	Tasa/ 100.000	Nº casos total	Nº casos en extranjeros	% de extranjeros
Bilbao	22,68	80	24	30,00
Ezkerraldea-Enkarterri	26,68	78	7	9,006
Interior	16,12	47	7	14,89
Uribe	14,51	29	9	31,00

Tularemia

CIE-9: 021; CIE-10: A21

La tularemia es una zoonosis propia de lagomorfos y roedores. El agente etiológico es la *Francisella tularensis* cocobacilo gram negativo, resistente al frío y soluciones salinas. La transmisión entre animales se realiza mediante contacto directo, contacto con orina, heces, secreciones y a través de vectores artrópodos (pulgas y garrapatas). En liebres y roedores la letalidad es alta dejando inmunidad por varios años. En animales domésticos a menudo la enfermedad es subclínica.

La enfermedad se transmite al hombre por contacto directo con el animal enfermo o muerto, ingestión de agua contaminada, inhalación, ingestión de carne cruda o poco cocida de animal enfermo o por picaduras de artrópodos. El período de incubación oscila entre 1 y 21 días. Presenta diferentes formas clínicas: ulceroglandular, glandular, oculoglandular, orofaríngea, intestinal, neumónica y tifoídica.

Hasta finales de 1997, fecha de aparición de un brote en algunas provincias de Castilla y León, no existía constancia de la presencia de la enfermedad en España.

En el mes de junio de 2007 se notificaron los primeros casos de un brote en una zona de Palencia, y en León por lo que se puso en alerta a toda la red de vigilancia. Hasta el 12 de febrero de 2008 en Castilla-León se habían detectado 492 casos, de los cuales 273 correspondían a Palencia. El 81% de los afectados eran hombres, la mayoría de entre 50 y 54 años. Alrededor de la mitad de casos presentaron en el mes de julio. Las formas clínicas de presentación más frecuentes fueron la tifoídica y la neumónica (67% de los pacientes) lo que sugiere la vía inhalatoria como puerta de entrada. Entre los factores de exposición destacan la relación de los

casos con actividades en el medio rural, tareas agrícolas (siega y empaquetado de paja), jardinería, limpieza de cunetas y contacto con roedores y cangrejos de río.

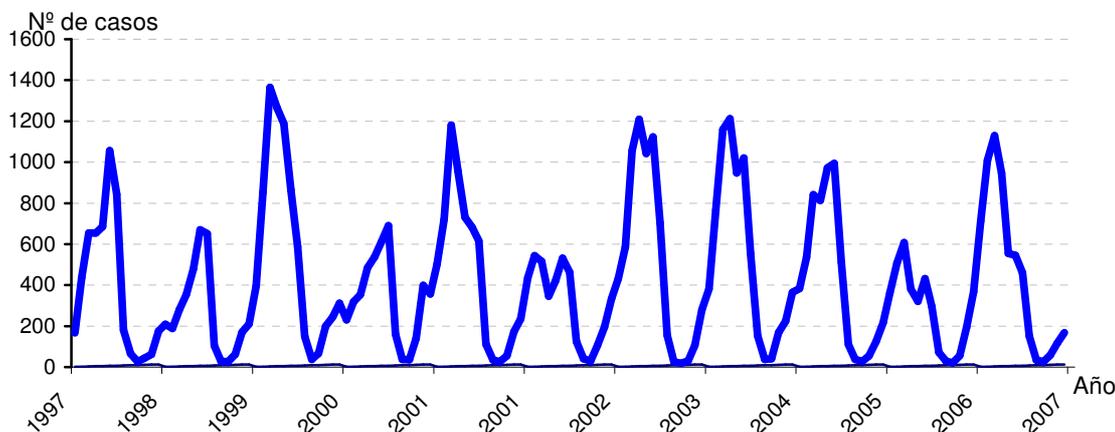
Durante el año 2007 se han declarado a la Unidad de Vigilancia de Bizkaia 13 casos de tularemia, de 49 años de edad media (7 a 73 años); solo hay una mujer. Diez de los casos presentan antecedentes de estancia en la Comunidad de Castilla-León, y solo uno presenta exposición de riesgo en nuestro Territorio Histórico.

Varicela

CIE-9: 052; CIE-10: B01

Se han declarado 5.911 casos de varicela, lo que supone una tasa de 526,53 casos por 100.000, cifra superior a la del año anterior (324 casos por 100.000), pero similar a la media quinquenal (Índice epidémico 2 = 1,05). Como en años anteriores, el mayor número de casos se produce en primavera y la transmisión se reduce alrededor del periodo vacacional de Semana Santa.

Nº de casos de varicela por cuatrisesmana
EDO Bizkaia 1997-2007



En el registro de altas constan 49 ingresos hospitalarios con el código de varicela, de los cuales el 47% tenían 15 años o más. En 18 casos se trataba de varicela sin complicaciones, en 17 cursó como neumonitis hemorrágica, en dos como encefalitis, y 12 con otro tipo de complicación no especificada. Un hombre de 78 años inmunodeprimido falleció tras enfermar de varicela.

El herpes zoster, que es la enfermedad producida por la reactivación del virus de la varicela, se encuentra en 154 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 evaluar el impacto de la introducción de la vacuna en la distribución y gravedad de la enfermedad, en el año 2007 se ha tomado la decisión de constituir una red de médicos vigía para varicela y herpes zóster, que se pondrá en marcha en el primer trimestre de 2008.

Yersiniosis

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

El número de aislamientos de *Yersinia* declarados al SIM en el año 2007 es 60; todas son serotipo enterocolítica.

Casi la mitad 27 (45%) de los casos se da en menores de 9 años y 7 (25%) de estos son menores de 1 año. Otros 8 (12%) corresponde a personas de más de 80 años.

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 2007 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. 2007

VACUNA	NUMERO DE DOSIS REGISTRADAS	POBLACION TEORICA A VACUNAR	COBERTURA ESTIMADA %
BCG	9.780	10.454	93,5
DTPa, Hib, Polio, HB (I,II,III)	28.447	30.677	92,7
Meningococo C (I,II,III)	29.100	30.600	95,1
TV-1 (12 meses)	9.829	10.055	97,7
DTPa, Hib, Polio (IV) (18 meses)	9.629	10.112	95,2
TV-2 (4 años)	9.994	9.783	102,1
DTPa (6 años)	8.766	8.996	97,4
Hepatitis B (13 años, 3 dosis)	8.862*	9.166**	97,2

*Incluye alumnos vacunados previamente

** Censo escolar de 1º de ESO.

Aunque las coberturas han mejorado ligeramente con respecto al año 2006, continúan siendo bajas en las edades más tempranas.

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

Estimación de coberturas vacunales (%) por comarca sanitaria. Bizkaia 2007

	INTERIOR*	EZKERRALDEA-ENKARTERRI	URIBE	BILBAO
BCG	89,8	90,1	94,3	97,5
DTPa, Hib, Polio, HB (I,II,III)	93,4	88,9	92,6	95,3
Meningococo C (I,II,III)	94,5	90,9	96,2	98,5
TV-1 (12 meses)	95,2	95	99,2	101,4
DTPa, Hib, Polio (IV) (18 meses)	95,4	91,2	95,7	97,9
TV-2 (4 años)	100,9	94,3	105,4	107,8
DTPa (6 años)	96,1	91,6	104,1	99,7
Hepatitis B (13 años, 3 dosis)**	97,3	98,5	97,9	95,2

* Incluye datos de municipios del TH de Bizkaia exclusivamente.

** Incluye los previamente vacunados

Como venimos observando los últimos años, en ocasiones las coberturas estimadas superan el 100%. Esta tendencia es mayor a medida que aumenta la edad de administración de la vacuna. 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). La carencia de un registro nominal nos impide obtener las coberturas reales.

En la comarca Ezkerraldea-Enkarterri, ninguna de las coberturas supera el 95%, si exceptuamos la hepatitis B a los 13 años, que se realiza en el medio escolar. Esta situación nos parece

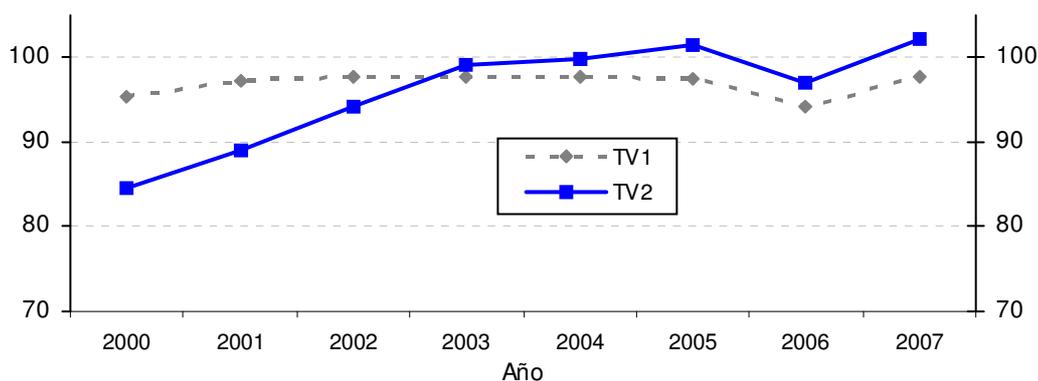
preocupante teniendo en cuenta el nivel de implantación de las vacunas en Bizkaia, y en el País Vasco en general. Aunque creemos que los problemas en el registro de la vacunación pueden estar en el origen de estas cifras tan bajas, no podemos confirmarlo.

Como en años previos, durante el curso 2006-2007 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 177 centros escolares, con un total de 9.166 alumnos matriculados en este curso. La cobertura global ha sido del 75,5%; añadiendo los alumnos vacunados previamente (1.990), el total de escolares correctamente vacunados es del 97,2%.

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 2007 se han distribuido 1.517 dosis de vacuna antivariçela a los centros de salud de Bizkaia, y se han registrado 909 dosis administradas.

En el siguiente gráfico se muestra la evolución de las coberturas de la vacuna triple vírica a los 12 meses (TV1) y a los 4 años (TV2) de edad. Llama la atención la baja cobertura de la TV2 en al año 2000 y siguientes, coincidiendo con el cambio de pauta en el calendario (pasó de los 11 años a los 4 años). En la actualidad, la cobertura con TV2 ha alcanzado, e incluso superado, las coberturas habituales en nuestro medio.

Coberturas vacunales TV1 y TV2. Bizkaia 2000-2007



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, la vacuna se administró a la población residente en instituciones. En el año 2007, se amplió la vacunación 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: enfermedades 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 enfermedad 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*.

El cálculo de coberturas nos ha sido imposible por no disponer de la población diana. Además, creemos que ha habido dificultades para el registro, dada la gran cantidad de población que acudió a vacunarse simultáneamente. En 2007 se han distribuido 149.590 dosis de vacuna a los centros de salud de Bizkaia, y se han registrado 104.166 dosis administradas.

Vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH).

El virus del papiloma humano (VPH) es causa necesaria, aunque no suficiente, para que se produzca cáncer de cérvix. La existencia de vacunas frente a los VPH tipos 16 y 18, presentes en el 70% de los cánceres de cuello uterino, hace posible prevenir la aparición de la mayoría de éstos cánceres, mediante la vacunación universal de niñas antes del inicio de las relaciones sexuales y consiguiente infección por VPH 16 y 18.

La Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial de Salud, con representación de todas las CCAA decidió, en junio de 2007, la vacunación sistemática de una cohorte de niñas entre los 11 y 14 años. El Comité Asesor de Vacunas de Euskadi recomendó al Departamento de Sanidad iniciar la vacunación de la cohorte de mujeres que cursan 1º curso de Educación Secundaria Obligatoria en el curso escolar 2007-2008.

Si bien no dispondremos de datos de cobertura hasta finalizar el curso, sabemos que en 2007 se han repartido 5.411 dosis de esta vacuna y que se han administrado las 2 primeras dosis.

Los resultados de inmunogenicidad de la vacuna utilizada indican respuestas superiores al 99%. Es una vacuna segura y poco reactógena; sólo se ha detectado un aumento de reacciones locales con dolor y tumefacción. La vacuna VPH puede administrarse simultáneamente a la vacuna frente a la hepatitis B, que se administra a la misma edad. En tal caso, ambas vacunas deben administrarse en lugares anatómicos diferentes.

Adaptación de otras pautas al calendario de la C.A.P.V.

El siguiente esquema pretende servir de orientación para la adaptación de diversas situaciones de vacunación al calendario de vacunaciones de la CAPV.

ADAPTACIÓN DE PAUTA VACUNAL AL CALENDARIO DE VACUNACIÓN DE LA C.A.P.V.							
Dosis que se debe tener o completar en el momento de la captación							
	6 meses	7-12 meses	13-17 meses	18 meses-3años	4-6 años	7-18 años	> 18 años
DTPa		3 Dosis Intervalo mínimo de 4 semanas	3 Dosis Intervalo mínimo de 4 semanas	4 Dosis Interv. mín. de 4 semanas 4ª dosis interv. mín. 6 meses	4 Dosis Interv. mín. 4 semanas 4ª dosis interv. mín. 6 meses		
VR		3 Dosis Intervalo mínimo de 4 semanas	3 Dosis Intervalo mínimo de 4 semanas	4 Dosis Interv. mín. 4 semanas 4ª dosis interv. mín. 6 meses	4 Dosis Interv. mín. 4 semanas 4ª dosis interv. mín. 6 meses	3 Dosis (0-1-6 ó 12 meses)	
Hib		2 Dosis Intervalo mínimo de 4 semanas	1 Dosis	1 Dosis	1 Dosis (hasta 60 meses de edad)		
Men C Conjugada		2 Dosis Interv. mín. de 6 semanas 2ª dosis interv. mín. 6 meses	1 Dosis	1 Dosis	1 Dosis	1 Dosis	1 Dosis sólo recibida a partir de 1984
Hep. B		3 Dosis 2ª dosis interv. mín. 4 semanas 3ª dosis interv. mín. 6 semanas	3 Dosis 2ª dosis interv. mín. 4 semanas 3ª dosis interv. mín. 6 semanas	3 Dosis 2ª dosis interv. mín. 4 semanas 3ª dosis interv. mín. 6 semanas	3 Dosis 2ª dosis interv. mín. 4 sem. 3ª dosis interv. mín. 6 sem. (sólo a partir de 2004)	3 Dosis (0-1-6 meses) (0-1-6 años a partir de 2006 en P.E.S.O.)	3 Dosis (0-1-6 meses) sólo recibida a partir de 1981
TV		1 Dosis (a los 12 meses)	1 Dosis	1 Dosis	2 Dosis Intervalo mínimo 4 semanas	2 Dosis Intervalo mínimo 4 semanas	2 Dosis nacidos desde 1981 Recibo 1 dosis
Td						3 Dosis (0-1-6 ó 12m)	3 Dosis (0-1-6 ó 12m)
Vaño II						1 Dosis (Intramusc. Edad 10 años) Recibida a partir de 1992	
Papiloma						3 Dosis (0-1-6 meses) sólo en 1ª ESO	
Continuar calendario						Continuar calendario	

Enero 2008

III. VIGILANCIA Y TENDENCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

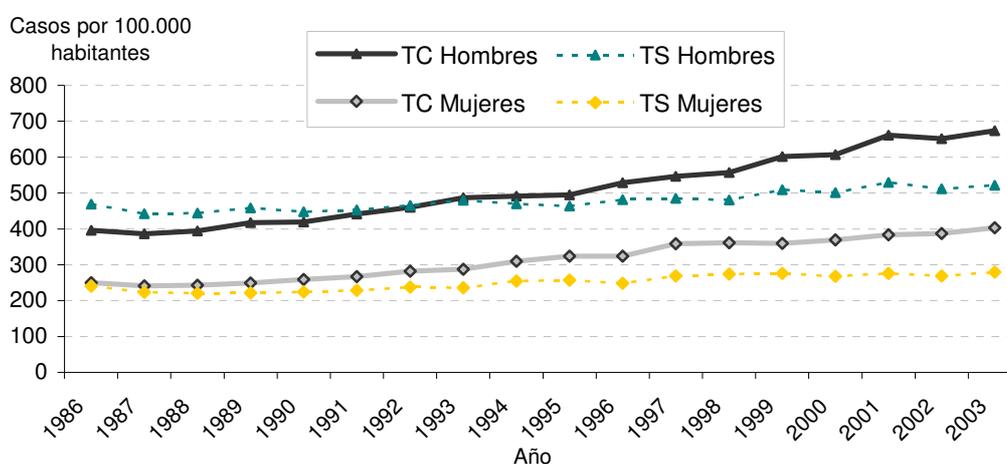
A- Cáncer

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 de los años 1986-2003. En las tasas de incidencia ajustadas a la edad, la tendencia se aplatina indicando que el envejecimiento de la población es uno de los factores que explican el ascenso observado en las tasas crudas.

Evolución anual de las tasas de incidencia de tumores malignos
RCEME-Bizkaia 1986-2003



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

Durante los años 1986 a 2003, cada año se ha diagnosticado en Bizkaia una neoplasia maligna por cada 200 varones y una por cada 320 mujeres. Con las tasas observadas durante ese periodo, a más de uno de cada 3 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 5.

Tasas de incidencia de tumores malignos
RCEME-Bizkaia 1986-2003

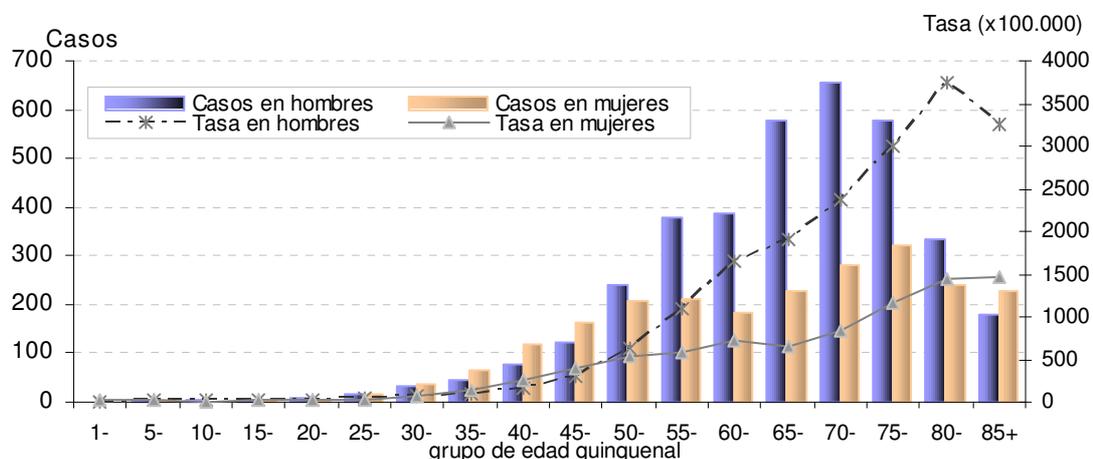
	Tasa cruda	Tasa estandarizada a la población europea	Tasa estandarizada a la población mundial	Tasa estandarizada a población truncada (35-64 años)	Tasa acumulada (0-74 años)
Hombres	508,97	479,44	331,23	493,22	38.583,89
Mujeres	312,82	249,97	181,35	331,25	19.400,43
Ambos sexos	408,59	347,72	246,66	410,17	28.206,91

Tasas por 100.000 habitantes

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.

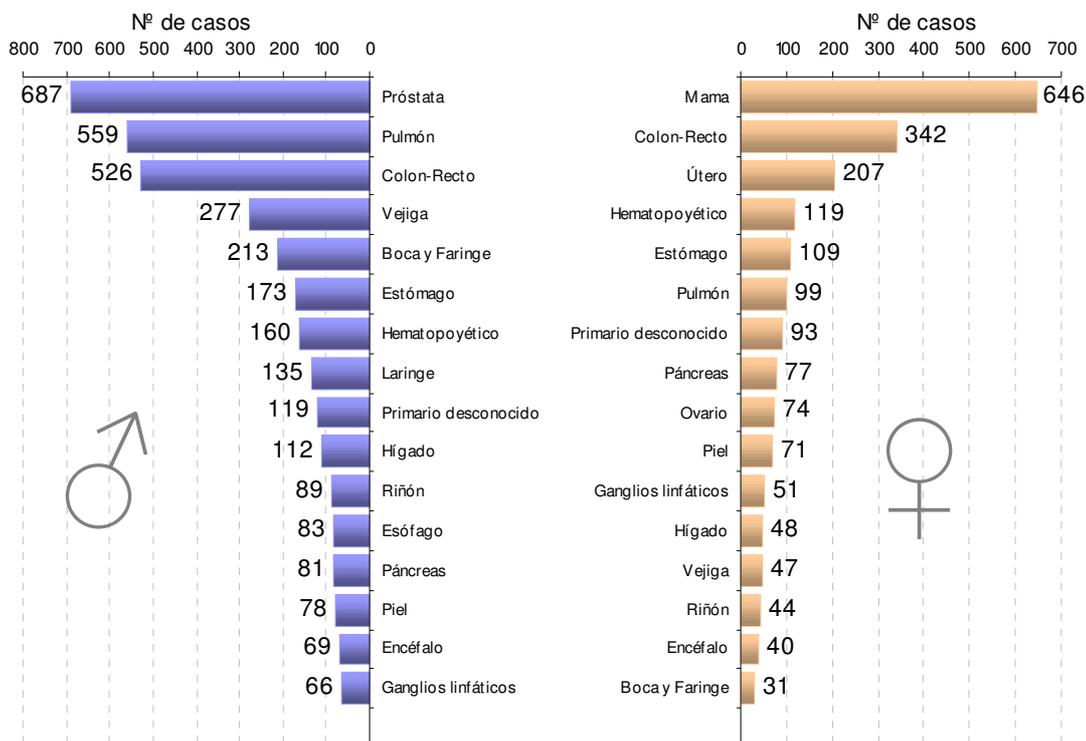
En el año 2003 el registro poblacional de cáncer registró un total de 5.962 casos en Bizkaia, 3.646 (61%) en hombres y 2.316 (39%) en mujeres. El mayor número de casos se diagnostica en los grupos de edad de 65 a 79 años, siendo la diferencia con respecto a los otros grupos de edad mayor en hombres que en mujeres.

Número de casos nuevos y tasas crudas de incidencia por grupo de edad de tumores malignos en hombres y mujeres. RCEME - Bizkaia: 2003



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 2003 en las localizaciones* más frecuentes. RCEME - Bizkaia 2003

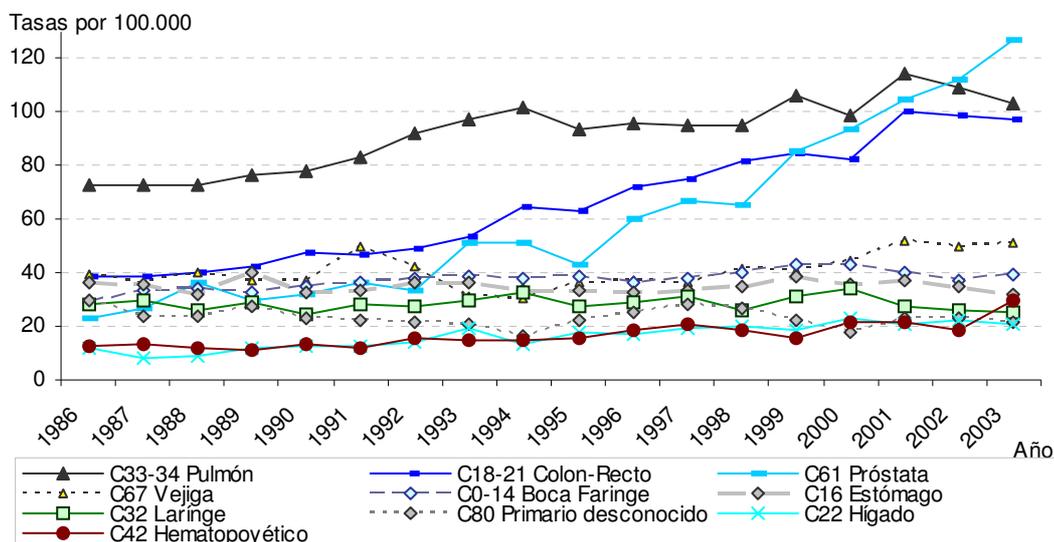


* Localización según CIE-10. Boca y Faringe: C00 a C14; Esófago: C15; Estómago: C16; Colon-Recto: C18 a C20; Hígado: C22; Páncreas: C25; Laringe: C32; Pulmón: C33 y C34; Piel: C44; Hematopoyético: C42; Mama: C50; Útero: C53 a C55; Ovario: C56; Próstata: C61; Riñón: C64; Vejiga: C67; Encéfalo: C71; Ganglios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

La localización más frecuente en los hombres en el año 2003 fue en la próstata, aumentando la diferencia respecto al año anterior con la segunda localización más frecuente, el pulmón; el tercer lugar lo siguen ocupando los cánceres de colon-recto. En las mujeres la localización más frecuente sigue siendo la mama, que supone el 28% y la segunda colon y recto. En el anexo-5 de este resumen se ofrecen las tasas correspondientes a todas las localizaciones.

Localizaciones más frecuentes de tumores malignos en hombres

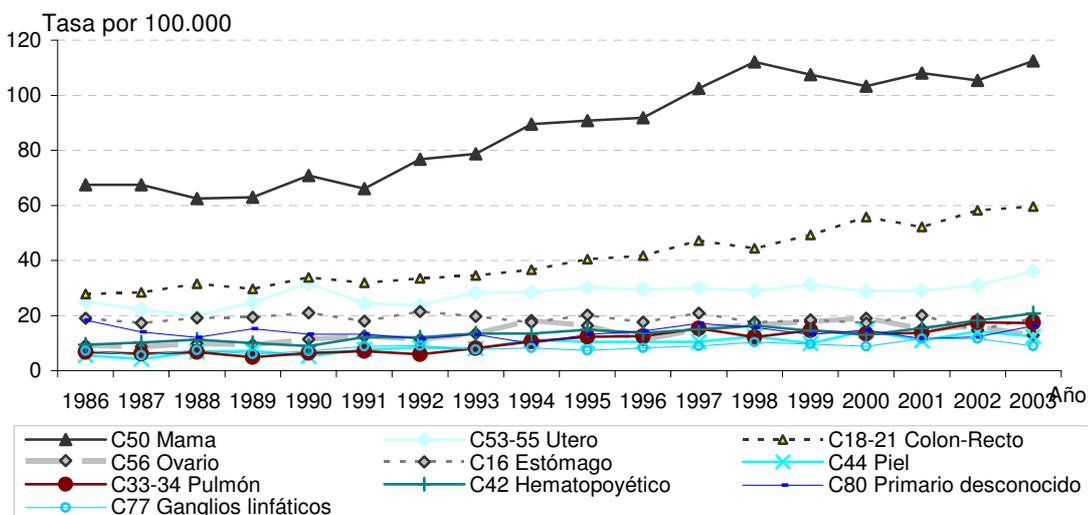
RCEME - Bizkaia: 1986-2003



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 hombres, la tasa correspondiente a la próstata sigue una tendencia claramente ascendente, superando a la de cáncer de pulmón a partir del año 2002. En cuanto a las siguientes localizaciones por frecuencia, las tasas de pulmón y colon-recto, que tienden a ascender hasta el año 2003, parecen estabilizarse o incluso iniciar un descenso en los dos últimos años de registro.

Localizaciones más frecuentes de tumores malignos en mujeres

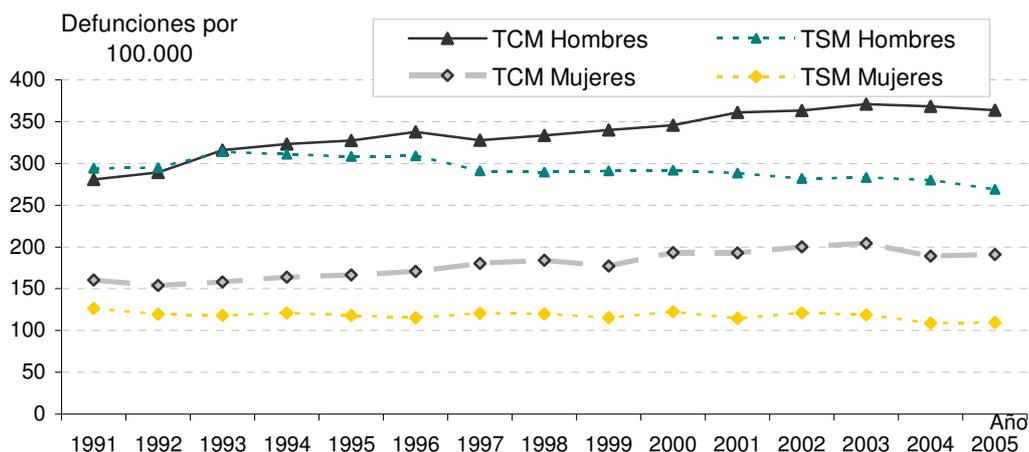
RCEME - Bizkaia: 1986 -2003



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.

En 2005, último año del que disponemos de datos, las tasas crudas de mortalidad por cáncer son de 363,62 por 100.000 (1.955 defunciones) para los hombres y de 191,03 por 100.000 (1.091 defunciones) para las mujeres. En 2005 las muertes por tumores representaron en los hombres el 34% de todas las muertes (1ª causa), mientras que en las mujeres fue del 21% (2ª causa).

Evolución anual de las tasas de mortalidad por tumores malignos Registro de Mortalidad - Bizkaia 1991-2005



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

La tasa cruda de mortalidad por neoplasias malignas, que hasta 2003 seguía una tendencia ascendente, tanto en hombres como en mujeres, se estabiliza en los dos últimos años. En cuanto a las tasas estandarizadas, han seguido una línea más estable, lo que parece indicar que el aumento de mortalidad cruda observada en la mayor parte del periodo era debido 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 (1991-2005), también en 2005, y en la comarca Bilbao durante algunos de estos años. Durante 2005 se perdieron 13.919 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 13,38 por mil.

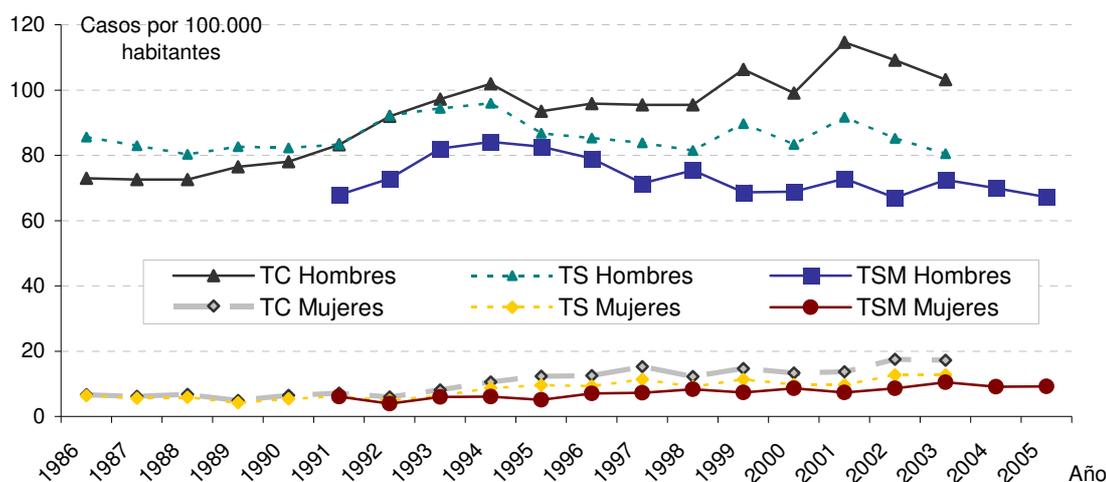
Cáncer de Pulmón

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

Entre los años 1986 y 2003 fueron diagnosticados en Bizkaia 9.255 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 1.117 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. 1986-2003; Registro de Mortalidad 1991-2005

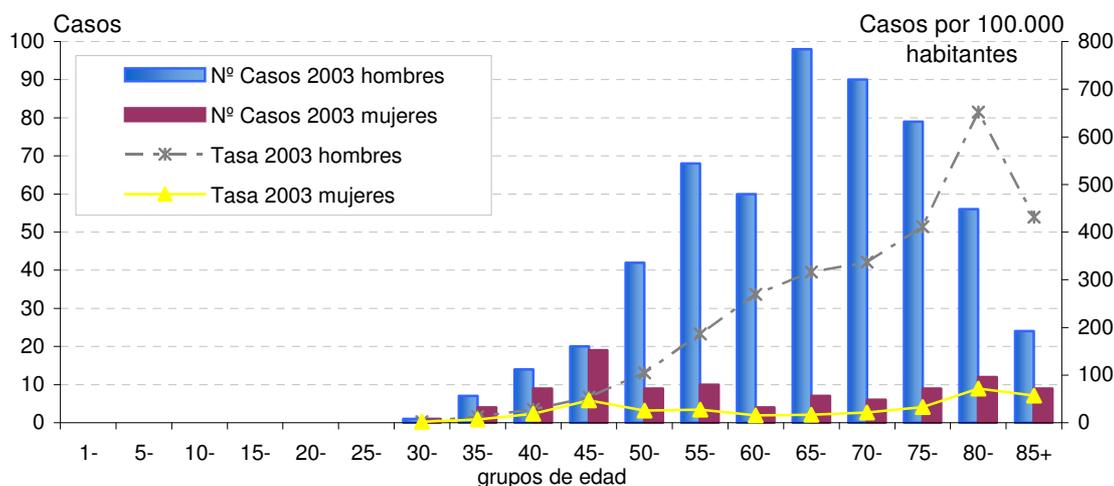


TC= Tasa Cruda; TS= Tasa Estandarizada (población de referencia: Población Europea); TSM= Tasa Estandarizada de Mortalidad (población de referencia: Población Europea).

Por grupos de edad, las tasas aumentan en hombres de forma continua hasta los 80 años, en mujeres presentan más altibajos.

Número de casos nuevos y tasas de incidencia por grupo de edad de tumores de brónquios y pulmón en hombres y mujeres

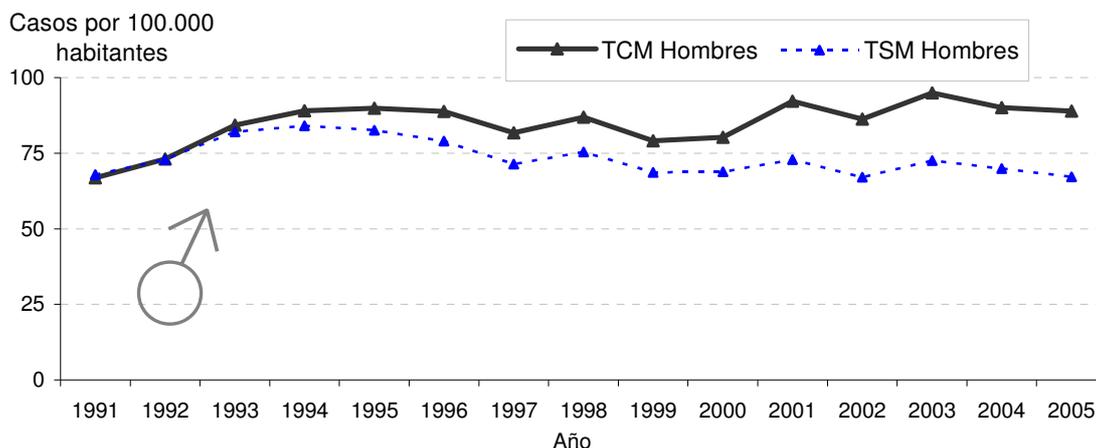
RCEME - Bizkaia: 2003



De los 658 tumores diagnosticados en bronquios y pulmón en el año 2003, el 85% fueron diagnosticados en hombres. De los casos incidentes de 2003 de los que se dispone de información anatomopatológica, el tipo histológico más frecuente en hombres fue el carcinoma

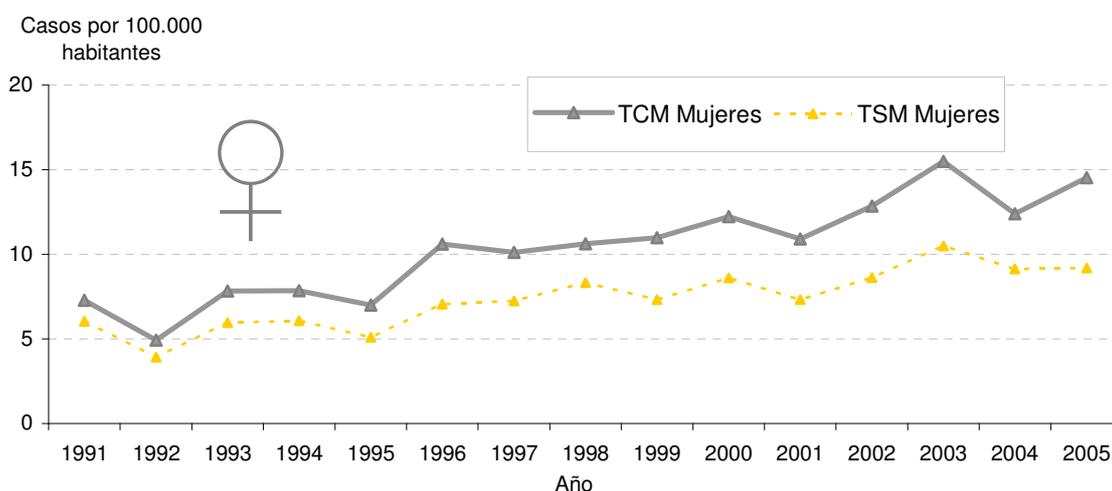
epidermoide, con 157 casos; el segundo lugar lo ocupan los adenocarcinomas, con 128 casos, después siguen los carcinomas de células pequeñas (42 casos), carcinomas de células grandes (36 casos), y en grano de avena (27 casos). En las mujeres el tipo histológico más diagnosticado fue el adenocarcinoma (33 casos), seguido del carcinoma de células pequeñas (12 casos) y el carcinoma epidermoide (10). Los casos empiezan a aparecer en la tercera 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. 1991-2005



El cáncer de pulmón sigue siendo la segunda causa de mortalidad en hombres de Bizkaia en el año 2005, con una tasa estandarizada a la población europea de 67,20 por 100.000 (478 defunciones), mientras en mujeres, con tasas de 9,19 por 100.000 (83 defunciones), no se encuentra entre las diez primeras causas de muerte.

Evolución anual de las tasas de mortalidad de tumores de pulmón en mujeres Registro de Mortalidad – Bizkaia. 1991-2005



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 (1991-2005), siendo significativamente mayor en 4 de los 15 años analizados. Este exceso de mortalidad por cáncer de pulmón se produce a expensas de la comarca Ezkerraldea-Enkarterri y, en menor medida, Bilbao.

El cáncer de pulmón es la primera causa de mortalidad prematura en hombres de Bizkaia y la sexta en mujeres. En el año 2005 causó un total de 2.459 años potenciales de vida perdidos entre los varones y 526 entre las mujeres de este TH.

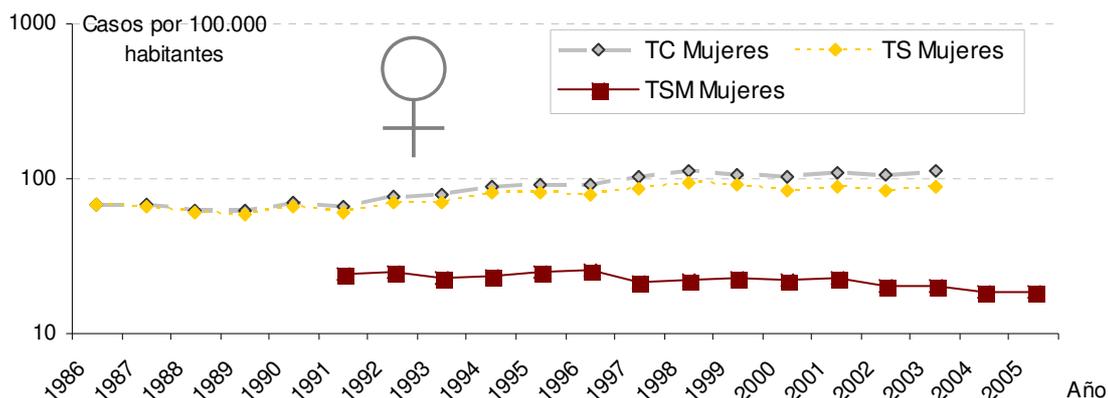
Cáncer de Mama

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

Según datos del registro de cáncer, durante los años analizados (1986-2003) los tumores malignos de mama fueron los más frecuentes en mujeres, mientras los casos en hombres son poco más del 1% de los de mujeres. 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 de 1997.

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

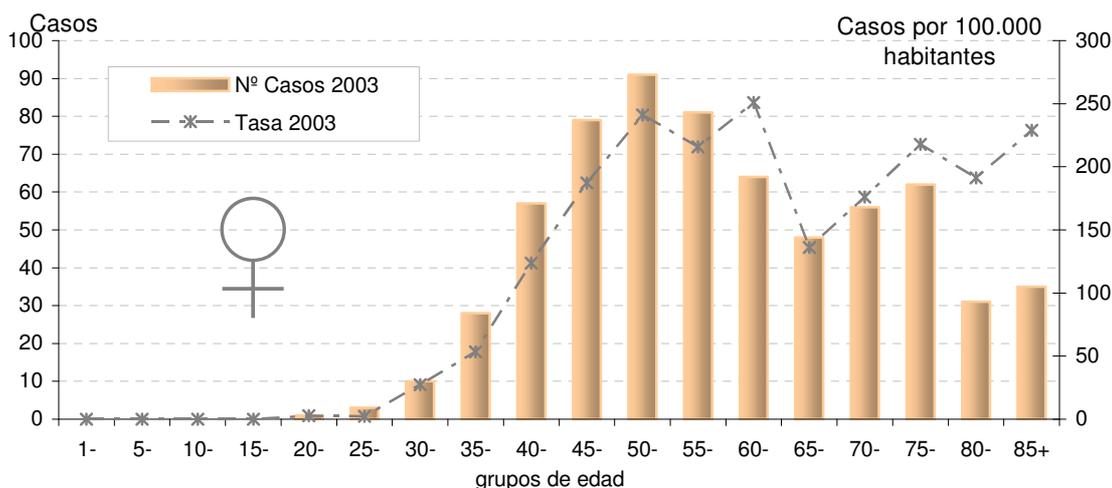
RCEME -Bizkaia 1986-2003 y Registro de Mortalidad Bizkaia 1991-2005



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, las tasas sufren una inflexión ascendente a partir de los 30 años, llegando al máximo en el grupo de edad de 60-65 años, bajan en el siguiente grupo de edad, y a partir de los 70 años se recupera la tendencia ascendente.

Número de casos nuevos y tasas de incidencia por grupo de edad de tumores de mama (C50) en mujeres. RCEME - Bizkaia: 2003



Durante los años 1991 a 2005 la razón de mortalidad estandarizada (RME) por cáncer de mama en mujeres de Bizkaia no muestra diferencias significativas respecto a las de la CAPV; entre las comarcas, en 2005 existe diferencia significativa en la comarca Uribe. El cáncer de mama es la primera causa de mortalidad prematura en mujeres, con pérdidas de 1.200 años potenciales de vida en mujeres en el año 2005.

Cáncer de Colon y Recto

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

El cáncer de colon y recto es la primera localización en frecuencia de tumores malignos durante los últimos años. En Bizkaia esta patología ha pasado de 390 casos nuevos registrados en 1986 a 868 en el año 2003.

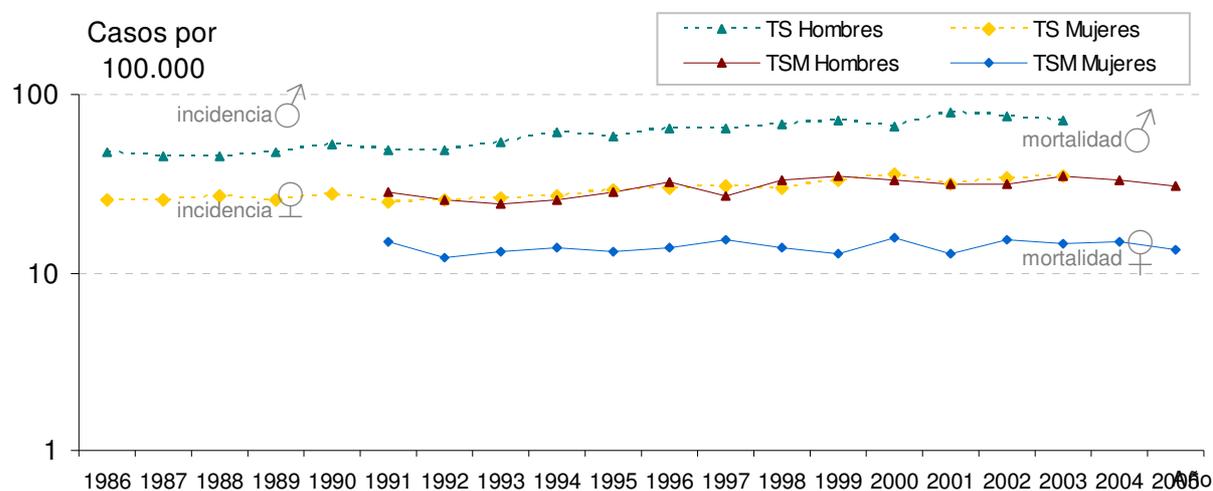
Es la segunda localización más frecuente en mujeres (tras el cáncer de mama) y la tercera para los hombres (tras próstata y pulmón). Las tasas brutas registradas para el año 2003 indican que durante este año hubo en hombres 97,14 casos por cada 100.000 habitantes y en mujeres 59,56 por cada 100.000 habitantes.

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 2001-2003. Este incremento parece deberse fundamentalmente al aumento de la incidencia en los hombres, ya que las tasas estandarizadas en las mujeres se han mantenido más estables en los últimos años.

La mortalidad por cáncer de colon y recto en el año 2005 fue de 43,52 y de 25,56 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 2003 esta cifra ascendió hasta 417 defunciones, para descender ligeramente en los dos años siguientes (380 en 2005).

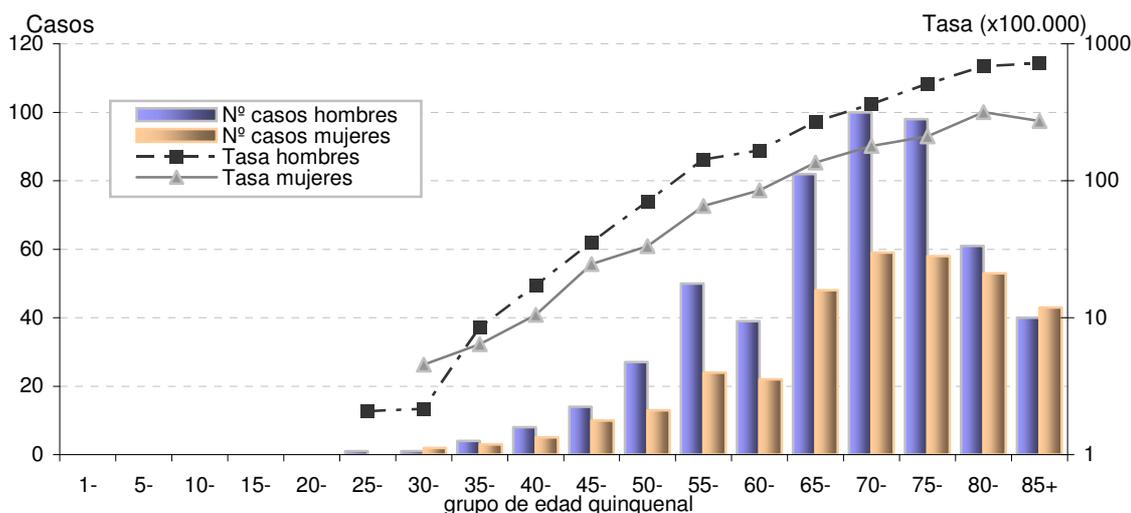
Evolución anual de las tasas estandarizadas de incidencia (1986-2003) y de mortalidad (1991-2005) de tumores de colon y recto

RCEME-Bizkaia. 1986-2003 y Registro de Mortalidad - Bizkaia 1991-2005



Las tasas de incidencia aumentan con la edad tanto en hombres como en mujeres, siendo las tasas en las mujeres, a partir de los 50 años, 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 65 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: 2003



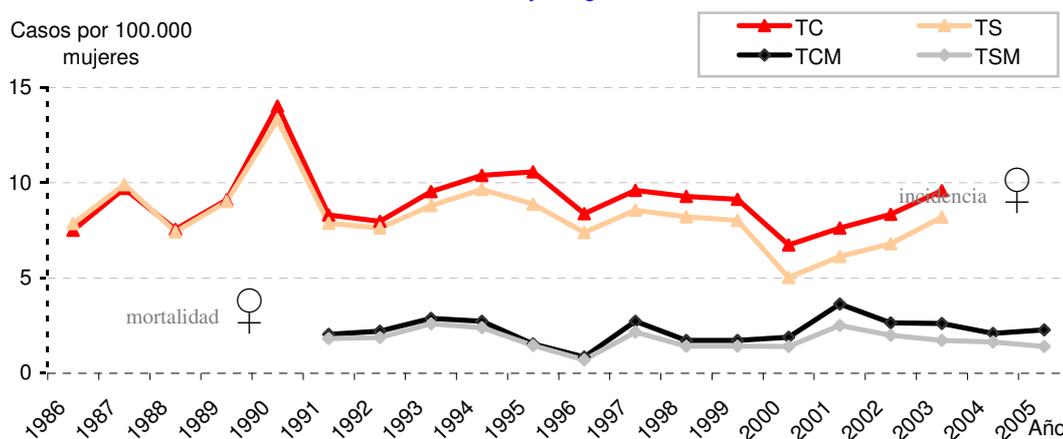
La mortalidad por cáncer de colon y recto observada en Bizkaia no difiere significativamente de la correspondiente a la CAPV ni en hombres ni en mujeres. El cáncer de colon y recto no es causa muy importante de mortalidad prematura. En el año 2005 causó 1.119 años potenciales de vida perdidos (APVP), lo que equivale a una tasa estandarizada de 1,04 APVP por 1.000 habitantes.

Cáncer de cuello uterino

CIE-9: 180; CIE-10: C53

El cáncer invasor de cuello uterino se sitúa en el noveno lugar en frecuencia y supone el 2% de las neoplasias malignas en mujeres de Bizkaia. La mortalidad proporcional por cáncer de cérvix en el conjunto de las defunciones por cáncer de todas las localizaciones en mujeres de Bizkaia es del 1%.

Evolución de las tasas crudas y estandarizadas de incidencia y de mortalidad de tumores de cuello. RCEME 1986-2003 y Registro de Mortalidad 1991-2005. Bizkaia



TC: Tasa de incidencia por 100.000 mujeres. TS: Tasa de incidencia por 100.000 mujeres estandarizada por edad de la población europea
TCM: Tasa de mortalidad por 100.000 mujeres. TSM: Tasa de mortalidad por 100.000 mujeres estandarizada por edad de la población europea.

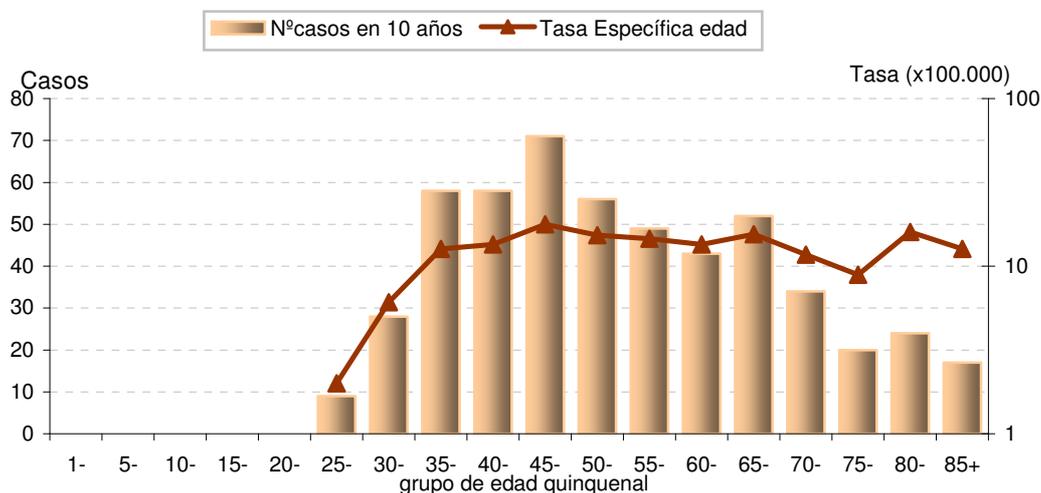
Las tasas de Incidencia, tanto Crudas (9,58 por 100.000 en el año 2003) como estandarizadas a la edad de la población europea (8,20 por 100.000 en el año 2003) se mantienen bastante estables, aunque descienden desde 1996 a 2000 para comenzar a subir de nuevo hasta 2003.

Las Tasas de Mortalidad permanecen estables en torno a 2 por 100.000 (Cruda) y 1,5 por 100.000 (Ajustada). El análisis de la mortalidad por cáncer de cuello uterino presenta la

limitación de que una parte de las mujeres que mueren por esta causa se codifican como cáncer de útero no especificado en el Boletín Estadístico de Defunción (BED). Es probable que si se corrigiese por los tumores de útero no especificados tal vez se hubiera observado un descenso.

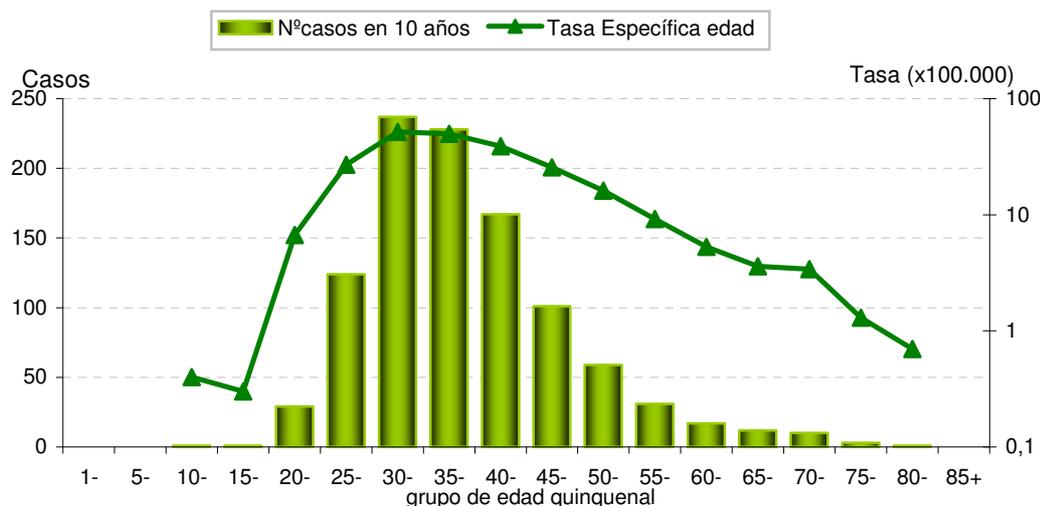
En el gráfico siguiente se observa la distribución por grupos de edad. Debido a la inestabilidad que se observa en el periodo de un año, se describen los casos del decenio 1994-2003.

Número de casos nuevos y tasas específicas de incidencia por edad de cáncer invasor de cérvix (C53). Bizkaia. RCEME-Decenio 1994-2003



El cáncer Invasor de cuello uterino es una neoplasia de mujeres jóvenes. El mayor número de casos se produce entre los 45 y 49 años y más de la mitad (54%) de los casos de cáncer invasor de cuello son menores de 55 años. Las tasas específicas van aumentando en cada grupo de edad desde los 25-29 hasta los 45-49 años y se mantienen a partir de esta edad entre 9 y 16 por 100.000.

Número de casos nuevos y tasas específicas de incidencia por grupo de edad de cáncer In situ de Cérvix (C53). Bizkaia. RCEME-Decenio 1994-2003



La distribución de los cánceres In situ por grupos de edad es muy distinta a la observada en los invasores; el máximo se produce a los 30-35 años de edad y desciende bastante bruscamente en mujeres de edad media y mayores 87% son menores de 50 años.

En los últimos años, se observan fluctuaciones en el número de altas hospitalarias con código 180 (cáncer invasor) y cierta estabilidad en las altas con código 233.1 (cáncer In Situ) en el diagnóstico principal en el conjunto de hospitales públicos y privados de Bizkaia.

Medidas preventivas frente al cáncer de cuello uterino

Está demostrado que el Virus del Papiloma Humano (VPH) es causa necesaria, aunque no suficiente, para que se desarrolle cáncer de cuello uterino. La mayoría de las infecciones por VPH se resuelven espontáneamente pero a veces persisten, sobre todo las debidas a los tipos 16 y 18, y pueden dar lugar a lesiones intraepiteliales precursoras de cáncer invasor.

La prevención primaria del cáncer de cuello uterino se basa en la vacunación frente a determinados tipos de VPH. Hay dos vacunas comercializadas que presentan una eficacia cercana al 99% frente a CIN 2/3 o AIS causalmente relacionados con VPH 16 o 18. A finales del año 2007, el Departamento de Sanidad incluyó en el calendario de vacunaciones de la CAPV la inmunización frente a VPH; la población diana es la correspondiente a la cohorte de niñas de 12-13 años (curso escolar 1º ESO).

La prevención secundaria consiste actualmente en la identificación de lesiones pre-neoplásicas o en estadio temprano mediante el test de Papanicolau. Tras dos citologías negativas en dos años consecutivos a la edad de 25 años, o 3 años después del primer coito, deberían realizarse nuevos test con periodicidad no menor a 3 años.

Por último, en el contexto de una vacunación universal, se debe realizar la educación sanitaria necesaria que evite que la percepción de seguridad tras la vacunación lleve al aumento de prácticas sexuales no seguras entre los jóvenes.

B-Diabetes *Mellitus*

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

La Diabetes *Mellitus* (DM) es una de las patologías crónicas que más ha aumentado en los últimos años en las sociedades occidentales debido al envejecimiento de la población y a los cambios en el estilo de vida (dieta, sedentarismo,...). Es un problema de salud pública prioritario por el gran impacto que tiene en la salud y calidad de vida de la población, porque genera un importante consumo de recursos sanitarios, y por la posibilidad real de disminuir su incidencia y la frecuencia de complicaciones a través de medidas de salud pública.

El Plan de Salud de Euskadi 2002-2010 identifica la Diabetes *Mellitus* como una de las áreas prioritarias de intervención, en el capítulo de las enfermedades no transmisibles. Los objetivos recogidos en el Plan de Salud son reducir en un tercio las complicaciones de la DM: ceguera, insuficiencia renal crónica (IRC) y amputaciones. Estos objetivos son similares a los establecidos por la OMS y la Federación Internacional de Diabetes.

Este año 2007 hemos realizado un estudio junto con el Servicio del Plan de Salud de Bizkaia con el objetivo de conocer la situación de la DM en Bizkaia, su impacto en la población y en el uso de servicios de salud, y describir el proceso y los resultados de la atención a este problema. Presentamos aquí un resumen de la epidemiología de la DM descrita en este estudio.

Incidencia, prevalencia

La tasa de incidencia de DM en Bizkaia calculada por la Red de Médicos Vigía en el año 2000 es 2,6/1.000 y la de prevalencia de 2,5-2,8 por 100 en 2000 o 2002 según la Red de Médicos Vigía y ESCAPV respectivamente. En un estudio realizado en Leioa en 1993, en población mayor de 30 años, se encontró una incidencia de DM tipo 2 de 8/1.000 y una prevalencia de 6,4% de la que el 3,6% era DM desconocida.

La práctica de cribado (medición de glucemia plasmática) en atención primaria ha ascendido de 19% a 26% y 34% en los años 2005, 2006 y 2007 respectivamente, y este cribado está influyendo en el aumento del número de diabéticos conocidos acercándose cada vez más a la prevalencia real. Si asumimos que la prevalencia calculada por la Red Vigía se ha mantenido estable desde el año 2000 a 2005 y que durante esos años en atención primaria, impulsado por la Oferta Preferente, se ha realizado un cribado al 20% de la población mayor de 45 años, la prevalencia de DM estimada para el año 2005 es de 4%.

Morbilidad y carga hospitalaria

Durante el año 2005, en 703 registros el motivo del ingreso hospitalario fue DM lo que supone una tasa de frecuentación hospitalaria por diabetes de 0,63 ingresos por 1.000 habitantes. Además, en un 7% (9.525) de los ingresos por cualquier causa el paciente era diabético.

A partir de la prevalencia estimada de diabetes (4%) y utilizando la población de Bizkaia del EUSTAT de 2005, hemos calculado una población de diabéticos tipo 2 en nuestro territorio de 45.962. Durante ese año hubo 9.525 ingresos en los que el paciente era diabético (CIE-9:250 en cualquiera de los seis primeros diagnósticos del informe de alta hospitalaria) por lo que podemos estimar una tasa de frecuentación hospitalaria entre los diabéticos, por cualquier causa, de 207,2/1.000. Por otro lado, la tasa de frecuentación hospitalaria por todas las causas entre los no diabéticos es de 116,1/1.000. La probabilidad de ingresar es por tanto 1,8 veces mayor entre la población de diabéticos que en la población general no diabética.

Si analizamos la morbilidad hospitalaria durante los años 1996-2005, el número de altas en las que consta DM como motivo de ingreso oscila entre 601 (año 1998) y 735 (año 2002). Aunque ha aumentado ligeramente la tasa cruda, la estandarizada prácticamente no ha variado y la diferencia no es significativa en ninguno de los 10 años analizados. Sin embargo, el número de

altas en las que aparece algún código relacionado con la DM en los seis primeros diagnósticos ha aumentado de forma continua y significativa desde el año 1996 (5.018 altas) hasta 2005 (9.525 altas). La morbilidad proporcional también ha aumentado desde el 4,5% en el año 1996 hasta el 6,9% en 2005.

El 97% del total de los ingresos de diabéticos corresponden a mayores de 44 años aumentando la frecuentación con la edad. No se observan diferencias respecto al sexo.

Cuando la DM es la causa del ingreso hospitalario, sólo en el 9% de las altas se codifica como “DM sin complicación”, en el resto el ingreso es debido a complicaciones de la diabetes: 21% agudas (cetoacidosis, coma hiperosmolar o de otro tipo), 26% crónicas (renales, circulatorias, oftalmológicas) y en 43% hay una complicación no especificada.

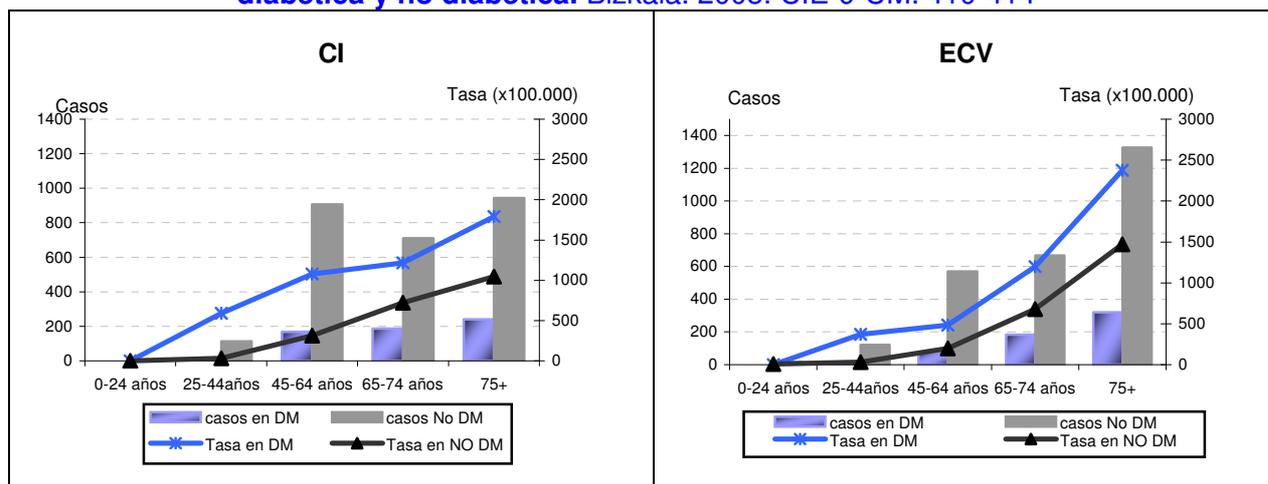
Al igual que en el conjunto de la población, las enfermedades cardiovasculares son la causa más frecuente de ingreso de los diabéticos, pero la morbilidad proporcional por esta causa (27,7%) es mayor entre los diabéticos que en los no diabéticos (11,6%). Las enfermedades del aparato respiratorio son la segunda causa de ingreso.

a) Complicaciones macrovasculares

En la cohorte de diabéticos diagnosticados en la Red de Médicos Vigía de la CAPV se observó que en el momento del diagnóstico un 14,7% (111/755) de los pacientes ya habían presentado una **complicación cardiovascular**: un 4,8% enfermedad cerebrovascular (ECV), un 7,5% cardiopatía isquémica (CI) y hasta el 13,5% presentaban enfermedad arterial periférica (EAP).

En los cinco años de seguimiento se registraron 98 episodios de enfermedad cardiovascular (incluye ECV, CI, EAP). Asumiendo que el 30% de los fallecidos de la cohorte lo han hecho por enfermedad del aparato circulatorio, al igual que sucede en la población general, la tasa de incidencia acumulada de enfermedad cardiovascular puede alcanzar la cifra de 20%.

Altas y frecuentación hospitalaria por cardiopatía isquémica y ECV en población diabética y no diabética. Bizkaia. 2005. CIE-9-CM: 410-414



Las enfermedades cardiovasculares que con mayor frecuencia generan ingreso hospitalario entre los diabéticos son la ECV y la cardiopatía isquémica. Como refleja el gráfico superior, el RR de ingresar por CI es 5,4 veces superior en los diabéticos, y el riesgo de ingresar por ECV es 5,2 veces superior.

b) Complicaciones microvasculares

Retinopatía

Entre los diabéticos diagnosticados por la Red de Médicos Vigía en 1998-2000, un 9,5% presentaban **retinopatía** en el momento del diagnóstico.

A través de la ONCE sabemos que el número de ciegos por causa de DM, residentes en el País Vasco y registrados en esta asociación en el año 2005 era de 267.

Nefropatía

El desarrollo de **nefropatía diabética** se asocia a un gran incremento de la morbilidad y de mortalidad prematura en pacientes con DM.

Entre los diabéticos diagnosticados por los Médicos Vigía del País Vasco en 1998-2000, un 14,9% presentaban una nefropatía en el momento del diagnóstico. Durante el periodo de seguimiento 2000-2005 se produjeron 110 complicaciones de neuropatía.

Según UNIPAR (Unidad de Información de pacientes en tratamiento renal sustitutorio de la CAPV) que registra enfermos en el último estadio de insuficiencia renal, estadio 5 (RFG: <15 ml/min), que están en diálisis y/o con injerto renal funcional, en Bizkaia el 17,7% de los pacientes incidentes de 2005 tienen la DM como enfermedad renal primaria. El número de casos de IRC registrados tanto nuevos como prevalentes aumentan a lo largo de los años. La incidencia se ha duplicado desde 1996 hasta 2005 y la prevalencia aumenta mucho, probablemente debido a la mayor supervivencia de estos pacientes.

El pie diabético

El **“Pie diabético”** es una de las complicaciones de la DM con mayor influencia sobre la calidad de vida de los pacientes. Entre los diabéticos diagnosticados por la Red de Médicos Vigía del País Vasco en 1998-2000, un 13,5% presentaban enfermedad arterial periférica y el 15,6% neuropatía. El pie diabético es con frecuencia consecuencia de ambas patologías.

Los datos del CMBD sobre las amputaciones de extremidades inferiores en diabéticos reflejan el fracaso terapéutico o el estadio más grave de esta enfermedad ya que aportan datos sobre la severidad de la DM en nuestra población y sobre su evolución en el tiempo. Durante el año 2005 se han contabilizado 282 ingresos en los que se ha realizado un procedimiento quirúrgico de amputación. Entre estos, al menos en 152 (54%) se recoge la existencia de diabetes como proceso acompañante. El RR de amputación en la población diabética es 28 veces superior al de la población no diabética.

Calculo del riesgo cardiovascular

La Red de Médicos Vigía del País Vasco ha sometido a seguimiento a los 777 pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2 durante los años 1998, 1999 y 2000 durante 5-7 años (hasta el año 2005). Durante el seguimiento hubo 35 (4,5%) pérdidas de la cohorte inicial y fallecieron 127 pacientes (16,3%). De los 644 diabéticos tipo 2 libres de enfermedad cardiovascular, en 585 se dispone de valores en todas las variables que intervienen en el cálculo.

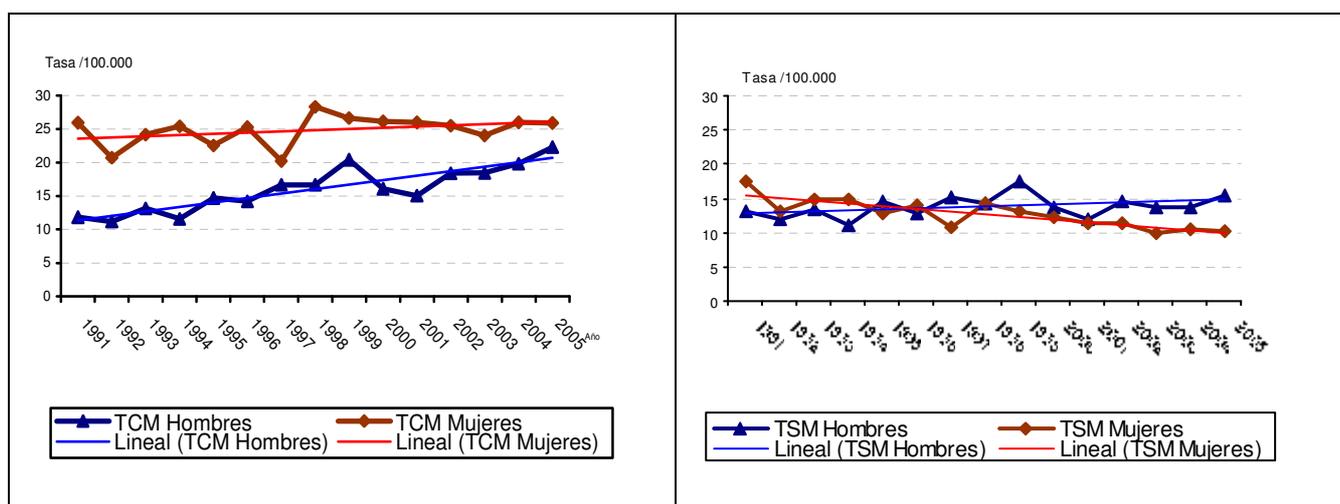
En el año 2000 se calculó en la cohorte identificada el nivel del riesgo coronario mediante el modelo propuesto por el *“The United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS)”*. Dicho cálculo estimó que el **37,9 %** (IC95%: 34,0% a 42,0%) presentaban un riesgo de sufrir un evento coronario en 10 años mayor o igual al 20% (riesgo alto y muy alto). Los hombres tenían un nivel de riesgo coronario a 10 años significativamente mayor que las mujeres (51,2% frente al 24,1% respectivamente) (p<0.001).

En el año 2005 el **38,1%** (IC95%: 33,3% a 43,3%) de los diabéticos tenía un riesgo de sufrir un evento coronario en 10 años, calculado de idéntica forma, mayor o igual a 20% (53,8% en hombres y 23,4% en mujeres) ($p < 0.001$). Esto es, el riesgo se mantiene estable tras 5 años de seguimiento. Esto podría explicarse porque el beneficio derivado del buen control metabólico de la enfermedad, mejoría de la tensión arterial y lípidos, se contrarrestaría con la mayor duración de la enfermedad y el incremento de hemoglobina glicosilada, parámetros todos ellos que intervienen en el cálculo del riesgo coronario.

Mortalidad

La tasa de mortalidad por diabetes en el año 2005 fue 24,17 por 100.000 habitantes (268 defunciones), superior en mujeres (25,91) que en hombres (22,32). Tal como se observa en la figura, la evolución de las tasas de mortalidad a lo largo del periodo 1991-2005, 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 dicho ascenso en las tasas estandarizadas.

Evolución anual de las tasas de mortalidad por diabetes mellitus Registro de Mortalidad - Bizkaia 1991-2005



TM: Tasa por 100.000 habitantes. TSM: Tasa estandarizada por 100.000 habitantes. Lineal (TCM): Tendencia lineal

C- Enfermedad cerebrovascular

CIE-9: 430-438; CIE 10: I60-I69

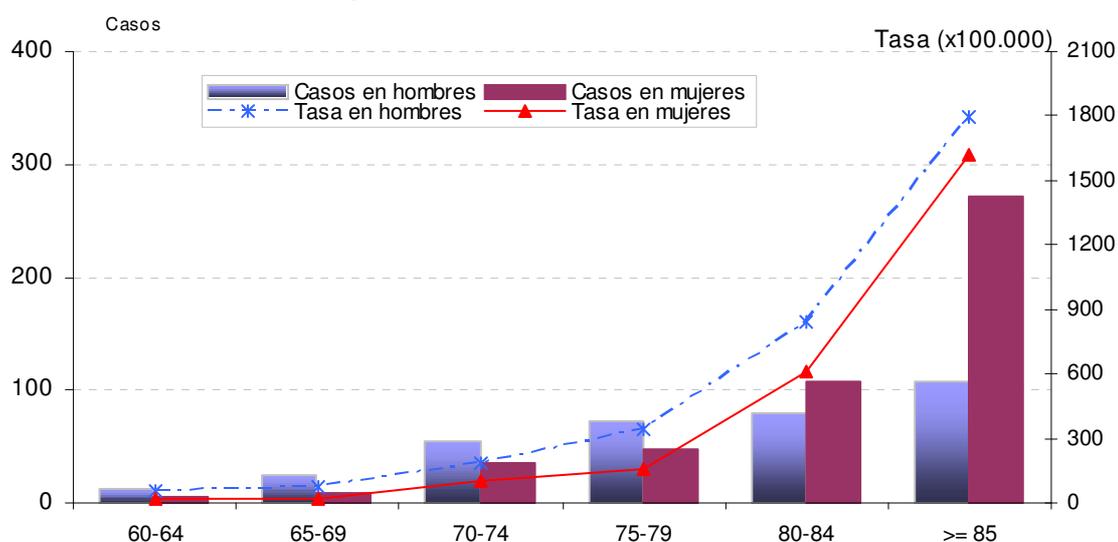
Presentamos los últimos datos disponibles de la Enfermedad Cerebro Vascular (ECV) en Bizkaia a partir de dos sistemas de información: el registro de mortalidad del año 2005 y el registro de altas hospitalarias del CMBD del año 2006. Para el cálculo de las tasas utilizamos proyecciones de población a partir del censo del año 2001; para la estandarización de tasas usamos la población europea.

Mortalidad

CIE 10: I60-I69

El registro de mortalidad, durante 2005, contabiliza 873 defunciones por ECV: 378 hombres y 495 mujeres. Las tasas crudas por 100.000 habitantes fueron: 86,67 para mujeres y 70,31 para los hombres; esta diferencia de género se invierte al estandarizar por edad, siendo 33,82 en mujeres y 49,53 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 estandarizadas de mortalidad han disminuido para ambos sexos de forma continuada entre 1991 y 2005.

**Número de fallecidos y tasa de mortalidad por ECV según sexo y edad.
Registro de mortalidad. Bizkaia. 2005**



El 49% de los fallecimientos por enfermedad cerebrovascular son debidos a un accidente cerebrovascular agudo mal definido u otro tipo de ECV NEOM (CIE-10:I64-I67), el 28% son hemorragias cerebrales (CIE-10:I60-62), y el 22% son infartos (CIE-10:I63).

Morbilidad Hospitalaria

CIE-9-MC: 430-438

Durante 2006 fueron ingresados por ECV 3.118 personas residentes de Bizkaia, esto supone una tasa cruda de frecuentación hospitalaria de 281,2 por 100.000 habitantes y una tasa estandarizada de 173,4 por 100.000.

Por sexos, la tasa de frecuentación es 316,4 para los hombres y 248,1 para mujeres; al estandarizar por edad, aunque las tasas disminuyen en ambos sexos siguen siendo significativamente diferentes.

Hubo 318 fallecidos durante el ingreso, lo que supone un letalidad de 10 fallecidos por cada 100 ingresos (11 por cada 100 pacientes, eliminando los reingresos). 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 7% (203).

La evolución de la morbilidad hospitalaria a lo largo de los años 1996 a 2006 ha sido ascendente en números absolutos, aumentando la tasa cruda de frecuentación desde 246/100.000 en 1996 hasta 281 en 2006; no obstante la tasa estandarizada se ha mantenido constante y la morbilidad proporcional ha experimentado pocos cambios, manteniéndose en el 2%.

Más de la mitad (55%) de los ingresados eran hombres. Por edad, el 5% de las altas correspondían a menores de 45, 20% tenían entre 45 y 64 y el 75% eran mayores de 64 años.

El 57% de los ingresos por ECV son debidos a Accidentes Cerebrovasculares (ACV) por oclusión de algún vaso, 15% son ACV hemorrágicos, 10 % son ECV aguda mal definida u otro tipo de ECV y el 16% corresponde a Isquemia Cerebral Transitoria. Comparando con el año 2005, ha aumentado un 11% el ACV tipo oclusivo y un 3%, el ACV hemorragico probablemente debido a un mejor diagnostico ya que el grupo de 'ECV aguda mal definida' y 'ECV de otro tipo' ha disminuido un 10%.

La letalidad es diferente según el tipo de ACV y es superior en todos los tipos de ACV entre las mujeres lo que se debe, en parte, a que la enfermedad se presenta entre éstas a edad más avanzada.

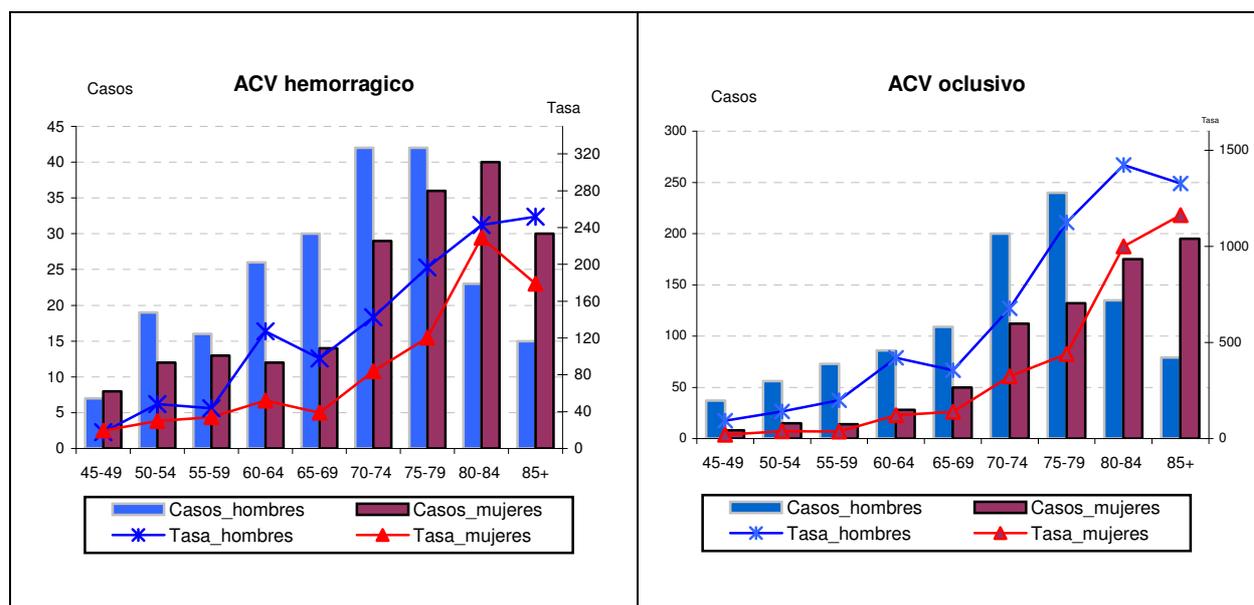
Altas, fallecimientos y letalidad hospitalaria por ECV según el sexo y el tipo de ECV.CMBD. Bizkaia. 2006

		Hombres			Mujeres		
		altas	fallecidos	letalidad	altas	fallecidos	letalidad
430-432	ACV hemorrágico	246	56	22,76	221	52	23,53
433-434	ACV isquémico-occlusivo	1030	81	7,86	746	95	12,73
435	Isquemia cerebral transitoria	265	7	2,64	248	4	1,61
436-437	ACV aguda mal definida y otro tipo	133	6	4,51	178	15	8,43
438	Efectos tardios de ECV	27	1	3,70	24	1	4,17
Total		1701	151	8,88	1417	167	11,79

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 media hospitalaria depende del tipo de ECV, y oscila entre 13 días en el ACV hemorrágico y 8 días en ACV oclusivo-isquémico.

Altas y tasa de frecuentación hospitalaria por tipo de ECV y por sexo.
CMBD. Bizkaia. 2006



Por comarca de residencia, las tasas de frecuentación hospitalaria oscilan entre 318,5 de Bilbao y 200,7 de Uribe; al estandarizar se acortan las diferencias entre comarcas y las diferencias dejan de ser estadísticamente significativas.

Número de altas y tasa de frecuentación hospitalaria por ECV según comarca sanitaria. CMBD. Bizkaia. 2006

	N altas	Tasa cruda	TS* IC 95%
Bilbao	1092	318,51	179,79 (167,77-191,53)
Ezkeraldea- Enkarterri	799	281,73	171,18 (158,21-184,16)
Interior	747	258,23	163,56 (150,96-176,17)
Uribe	414	200,67	146,57 (131,97-161,16)

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

En cuanto a la comorbilidad, en 42% de los ingresos existe hipertensión, en 19% fibrilación auricular y en 19% diabetes. Estas tres enfermedades son factores de riesgo importantes en la ECV. Además, en un 13% de los ingresos constaba el abuso de tabaco (85% hombres).

D-Cardiopatía isquémica. Infarto de miocardio.

Presentamos los últimos datos disponibles de la cardiopatía isquémica (CI) en Bizkaia a partir de dos sistemas de información: el registro de mortalidad (2005) y el registro de altas hospitalarias del CMBD (2006). Para el cálculo de las tasas utilizamos proyecciones de población a partir del censo de 2001; para la estandarización de tasas usamos la población europea.

Mortalidad

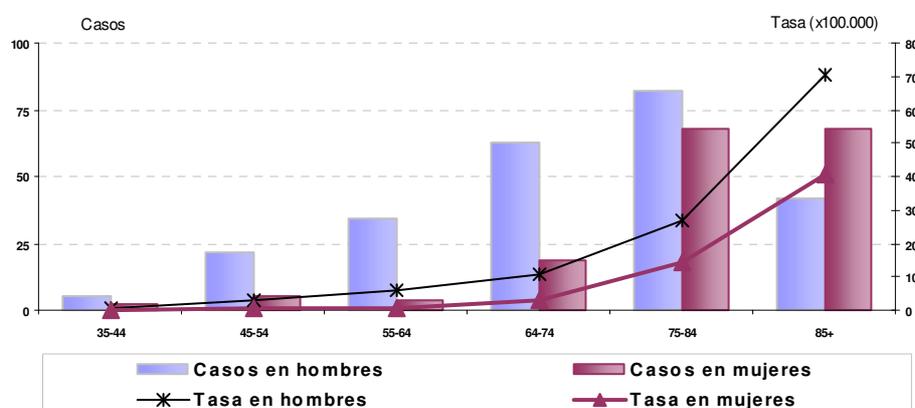
CIE 10: I21-I25

Durante 2005 hubo 3.403 fallecimientos por enfermedades del aparato circulatorio, siendo estas enfermedades la causa del 35% de las muertes en las mujeres (1ª causa de muerte) y del 28% de las muertes de los hombres (2ª causa después de los tumores).

El 27% (908) de los fallecimientos producidos por estas enfermedades se debieron a cardiopatía isquémica (CI) con una tasa estandarizada por 100.000 habitantes de 75,11 en hombres y de 24,95 en mujeres. Estas tasas, como refleja el capítulo de mortalidad de esta memoria, están disminuyendo de forma progresiva desde 1991.

El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) produce el 49% (440) de las muertes por CI. En el siguiente gráfico se observa la diferente distribución por sexo y edad del IAM. La mortalidad aumenta progresivamente con la edad; entre los hombres supera la tasa de 100/100.000 en el grupo de 64-75 años y entre las mujeres 10 años más tarde. Así, el 82% de los fallecimientos por IAM que se producen en las mujeres afecta a las mayores de 75 años.

**Número de fallecidos y tasa de mortalidad por IAM según sexo y edad.
Registro de mortalidad. Bizkaia. 2005**



En 2005 la CI fue la 3ª causa de pérdida de años de vida, con una tasa ajustada a la población europea de 2,12 /1.000. Los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) miden la mortalidad prematura, sucedida antes de los 70 años de edad.

Morbilidad hospitalaria

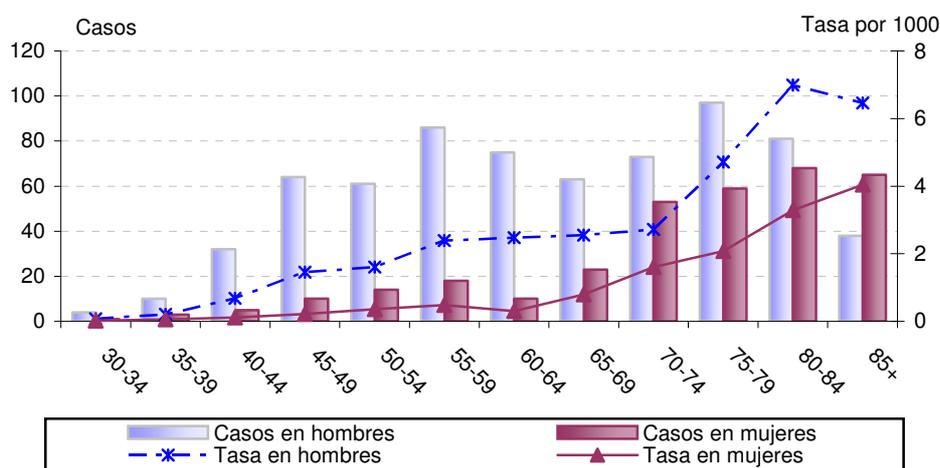
CIE-9: 410-414

Durante el año 2006, el 13% (18.112) de los ingresos hospitalarios, correspondientes a residentes en Bizkaia se debió a enfermedades del aparato circulatorio. Dentro de este grupo la cardiopatía isquémica (CI) supuso el 20% (3.425) y, más concretamente el infarto agudo de miocardio (IAM) supuso 6% (1.013) de los ingresos por enfermedad cardiovascular.

Como refleja la gráfica siguiente, los ingresos por IAM son más frecuentes entre hombres (68%) en todas las edades, a excepción del grupo de mujeres mayores de 85 años. La distribución por edades es diferente según el género: el 42% de los IAM de los hombres y sólo el 16% de los de las mujeres se producen en el grupo de 45 a 64 años de edad; la relación se invierte entre los 65 y 84 años produciéndose 46% y 62% de los Infarto Agudo de Miocardio de hombres y mujeres respectivamente; entre los mayores de 84 años se producen el 20% de los IAM de mujeres y solo el 6% de los infartos de los hombres.

Nº de ingresos y tasas de frecuentación hospitalaria por IAM, por edad y sexo.

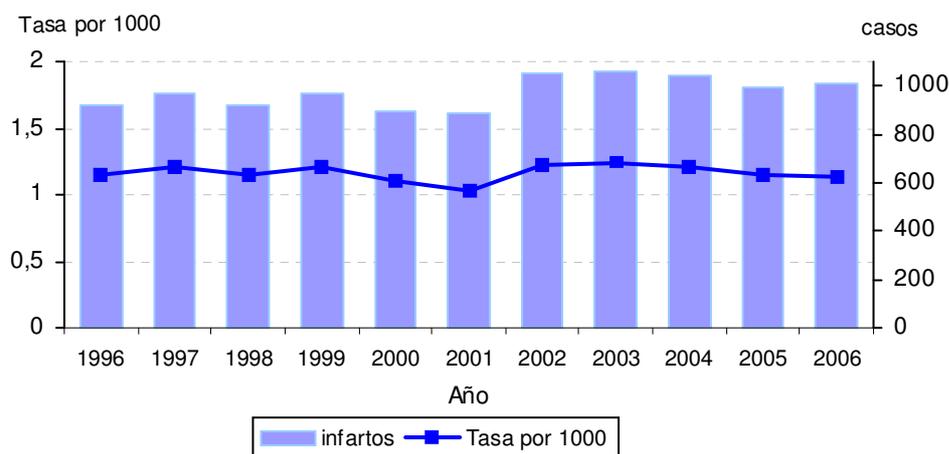
Bizkaia. 2006.



La estancia media es de 9 días, con un rango de 0 a 82 días; el 50% de los infartados permanecen 6 días ingresados. La tasa de letalidad fue de 9,3% por cada 100 ingresos y el 70% de los fallecimientos se produjeron los 8 primeros días.

Tasa de frecuentación hospitalaria e ingresos por IAM, en mayores de 25 años.

Bizkaia. 1996-2006.



La tasa de morbilidad proporcional por IAM disminuye casi de forma constante desde el año 1996 (0,96 infartos por cada 1000 ingresos) hasta el año 2006 (0,76/ 1000). Por contra, como se observa en la gráfica anterior, tanto la tasa de frecuentación como el número de IAM se han mantenido bastante estables con ligera tendencia descendente en los últimos años.

La letalidad hospitalaria ha variado entre un máximo de 13,6 fallecimientos por cada 100 ingresos en 2001 y 9,1 en el 2005 (9,3% en el 2006).

IV. MORBILIDAD HOSPITALARIA. 2006.

Presentamos los resultados obtenidos tras analizar los datos del CMBD del Registro de Altas Hospitalarias correspondientes al Territorio Histórico de Bizkaia durante el año 2006, con información disponible de todos los hospitales de la C. A. tanto públicos como privados.

La población de estudio son los pacientes residentes en Bizkaia que fueron dados de alta durante 2006 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. Analizamos las patologías por grupos de edad y por sexo.

La población utilizada como denominador para el cálculo de las tasas de frecuentación hospitalaria en Bizkaia es la actualización del padrón de 2005 (EUSTAT) y para el cálculo de frecuentación en las Comarcas de Osakidetza la del censo de 2001.

Morbilidad hospitalaria: casos y tasas de frecuentación

Durante el año 2006 se produjeron en la CAPV 296.276 altas hospitalarias; en 144.728 (48,8%) el Territorio Histórico de residencia del paciente era Bizkaia lo que supone una tasa de frecuentación hospitalaria de 126 altas/1.000 habitantes (123,6 en 2005). Hay 5.973 altas más que en 2005, el 80% de este aumento se debe al incremento de las estancias menores de un día.

El 77% de las altas se produjeron en los Hospitales Públicos de Osakidetza (73% en los hospitales de agudos y 4% en los de media y larga estancia) y el resto (23%) en los hospitales privados. Un 2,6% de las altas se han producido en hospitales o clínicas de otro Territorio Histórico de la CAPV. Del total de las altas, 33.232 (23 %) tenían estancia inferior a un día.

Morbilidad hospitalaria por Grandes Grupos de la CIE-9

Del total de altas hospitalarias, el 52% (74.892) corresponden a mujeres. Si descontamos las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (11.284), el porcentaje de altas correspondiente a mujeres desciende hasta el 48%. Esto supone una tasa de frecuentación hospitalaria de 125,5 altas por cada 1.000 hombres y 126,7 por cada 1.000 mujeres, descontando el embarazo la frecuentación disminuye hasta 107,7.

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, tumores y enfermedades del aparato respiratorio. El sexto lugar, si excluimos los embarazos, es para los traumatismos y envenenamientos.

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. 2006

CIE-9-MC	Diagnósticos	Total		Hombres		Mujeres	
		Nº	%	hombres	%	mujeres	%
001-139	Infecciosas y parasitarias	1.621	1,13	929	1,34	692	0,93
140-239	Tumores	13.643	9,48	7.305	10,51	6.338	8,52
240-279	Endocrino-metabólicas	1.743	1,21	779	1,12	964	1,30
280-289	Sangre y órganos hematopoyéticos	1.370	0,95	649	0,93	721	0,97
290-319	Trastornos mentales	2.535	1,76	1364	1,96	1171	1,57
320-389	Sistema nervioso y sentidos	15.596	10,84	6.498	9,35	9.098	12,22
390-459	Aparato circulatorio	18.112	12,59	10.281	14,80	7.831	10,52
460-519	Aparato respiratorio	13.170	9,15	8.041	11,57	5.129	6,89
520-579	Aparato digestivo	16.792	11,67	9.828	14,15	6.964	9,36
580-629	Aparato genito-urinario	7.810	5,43	2.950	4,25	4.860	6,53
630-676	Embarazo parto y puerperio	11.286	7,84	0	0,00	11.284	15,16
680-709	Piel y tejido subcutáneo	3.177	2,21	1.713	2,47	1.464	1,97
710-739	Sistema osteo-muscular y conectivo	11.216	7,79	5.469	7,87	5.747	7,72
740-759	Anomalías Congénitas	1.271	0,88	716	1,03	555	0,75
760-779	Patología perinatal	660	0,46	347	0,50	313	0,42
780-799	Signos y síntomas mal definidos	5.793	4,03	3.195	4,60	2.598	3,49
800-999	Traumatismos y envenenamientos	10.415	7,24	5.919	8,52	4.496	6,04
V01-V82	Código V	7.699	5,35	3494	5,03	4.205	5,65
	TOTAL	143.909	100	69.477	100	74.430	100

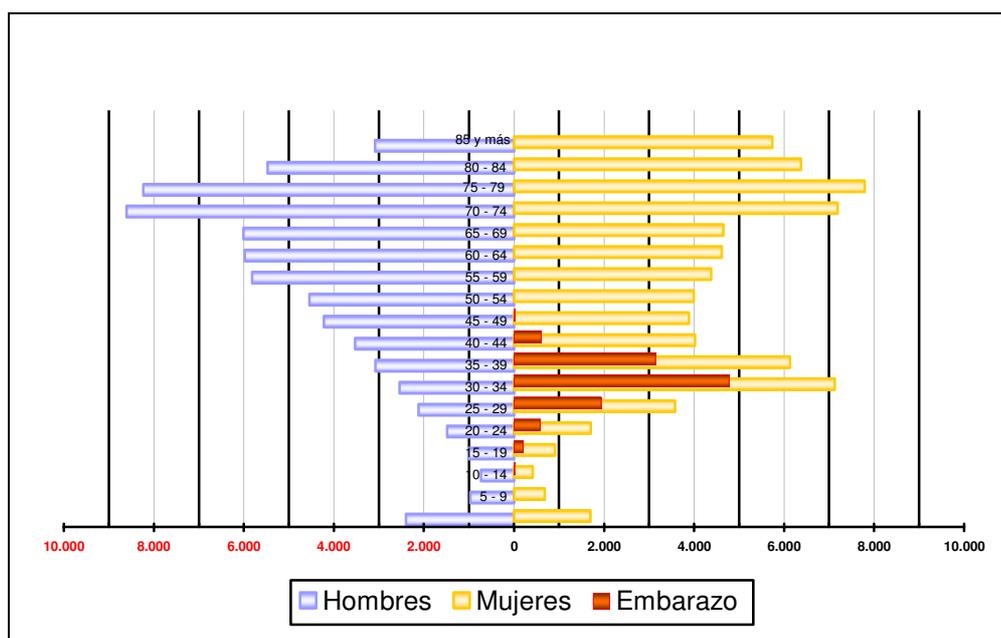
Entre las mujeres, la causa más frecuente de alta hospitalaria es el embarazo, parto y puerperio; le siguen por orden de frecuencia las enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos, las enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades del aparato digestivo, y en quinto lugar los tumores. Entre 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 muy de cerca, en sexto lugar, 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.

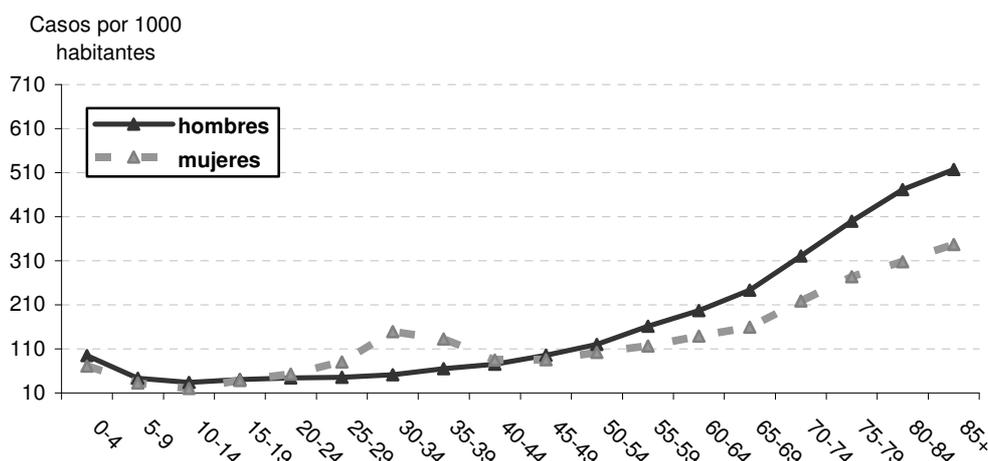
Un 6% de las altas corresponde a menores de 20 años, 24% al grupo de 20-44 años, 26% al grupo de 45-65 y el 44% restante a los mayores de 64 años. En los grupos de edad extremos, menores de 5 años y mayores de 84, aunque hay poca población las tasas de frecuentación son altas: 83 y 392 por 1.000 habitantes respectivamente. La frecuentación más baja es la del grupo de jóvenes 5-19 años con 35 por 1.000 habitantes. A partir de los 50 años se supera la cifra de 100 altas por 1.000 y hay un ascenso continuado.

Morbilidad hospitalaria por grupos de edad y por sexo. CMBD Bizkaia: 2006



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 (12.018 mujeres frente a 8.554 hombres) ya que su esperanza de vida es menor.

Tasa de frecuentación hospitalaria por grupos de edad y por sexo. CMBD. Bizkaia. 2006

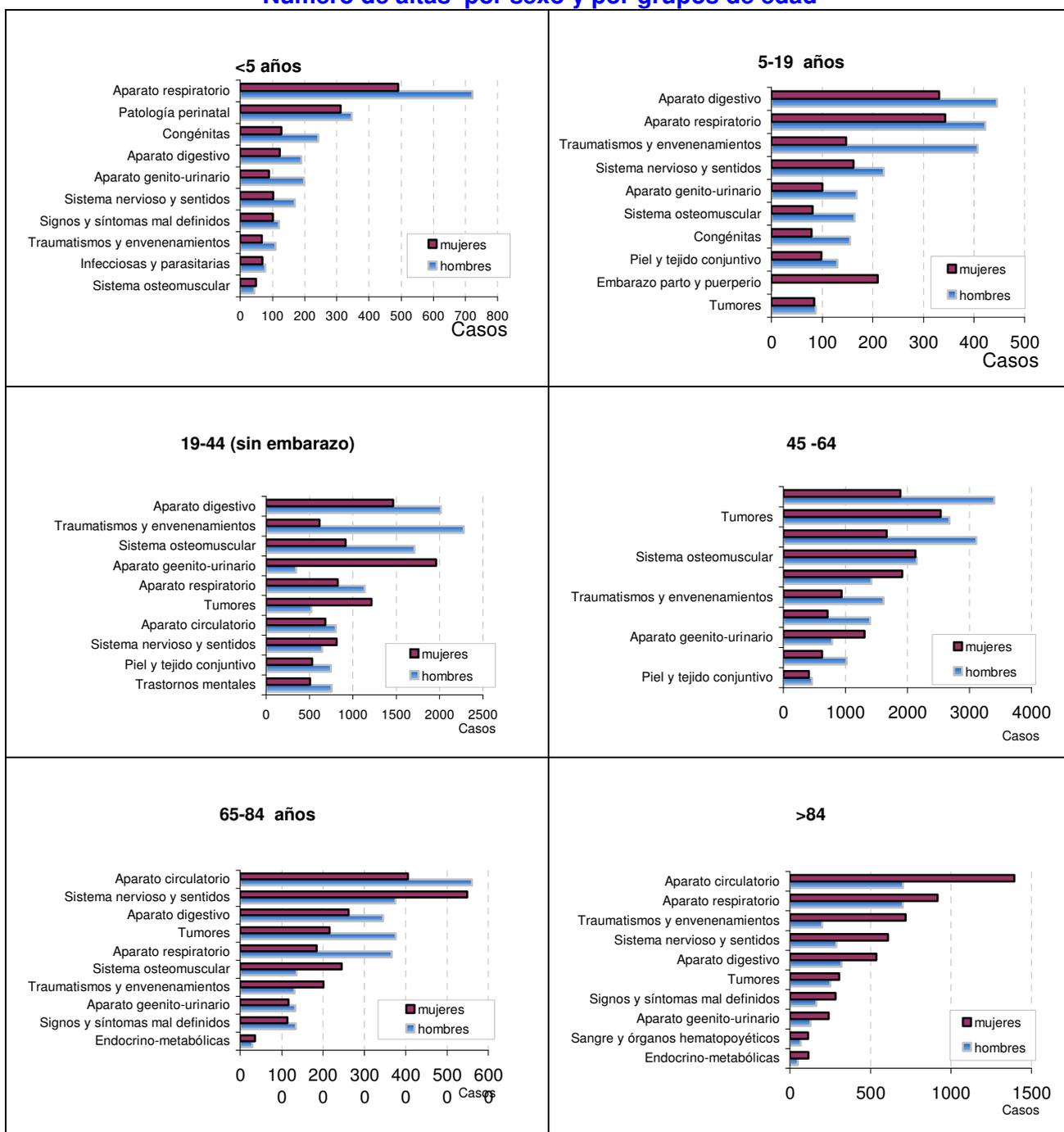


El pico de frecuentación hospitalaria que se da en los menores de 5 años se debe a enfermedades del aparato respiratorio, patología perinatal y anomalías congénitas. Entre 5 y 19 años las causas de alta, por orden de frecuencia, son las enfermedades del aparato digestivo, las enfermedades respiratorias 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, los tumores son la primera causa de alta en las mujeres debido básicamente al tumor de mama. Las enfermedades del aparato digestivo y 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. En el grupo de mayores de 84 años llama la atención el mayor número de altas entre mujeres y la importancia que adquieren los traumatismos en las mujeres.

Morbilidad hospitalaria por grupos de causas

Las **enfermedades del aparato circulatorio**, son la causa mas frecuente de alta sobretodo a partir de los 65 años, y entre los hombres. Dentro de éstas se diferencian tres grupos de enfermedades bien definidas que por orden de frecuencia son la enfermedad cardiaca isquémica (18,9%), las enfermedades de venas y linfáticos (18,1%) y la cerebrovascular (17,2%).

Los tumores suponen el 9,4% de las altas. Son la segunda causa de alta entre los 45 y 65 años y presentan grandes diferencias de género según el tipo de tumor. En el grupo de neoplasias, el 19% son neoplasias benignas. En la siguiente tabla se representan 15 tipos de tumores que en conjunto suponen el 50% de las altas por tumores.

Nº de altas por 15 tumores, según el sexo. Bizkaia. 2006

	hombre	mujer	H/M
Neo maligna de labio, cavidad oral y faringe	231	78	3,0
Neo maligna de esófago	147	13	11,3
Neo maligna de estomago	275	133	2,1
Neo de colon y recto	839	494	1,7
Neo hígado primario	168	35	4,8
Neo de páncreas	152	121	1,3
Neo de laringe	217	21	10,3
Neo de traquea, bronquio y pulmón	752	129	5,8
Neo maligna de mama femenina	-	872	-
Neo maligna de cervix uterino	-	96	-
Neo maligna de cuerpo uterino	-	201	-
Neo maligna de ovario y anexos	-	122	-
Neo maligna de próstata	576	-	-
Neo de vejiga	776	140	5,5
Neo riñón	171	71	2,4
Total	4.304	2.526	

Las **enfermedades del aparato digestivo** son la 2ª causa más frecuente de alta y sobre todo en los hombres entre los 19 y 64 años. El 51% lo conforman tres patologías: la hernia abdominal (24,7%), las alteraciones de la vesícula y conductos biliares (19,5%) y la apendicitis (7,3%).

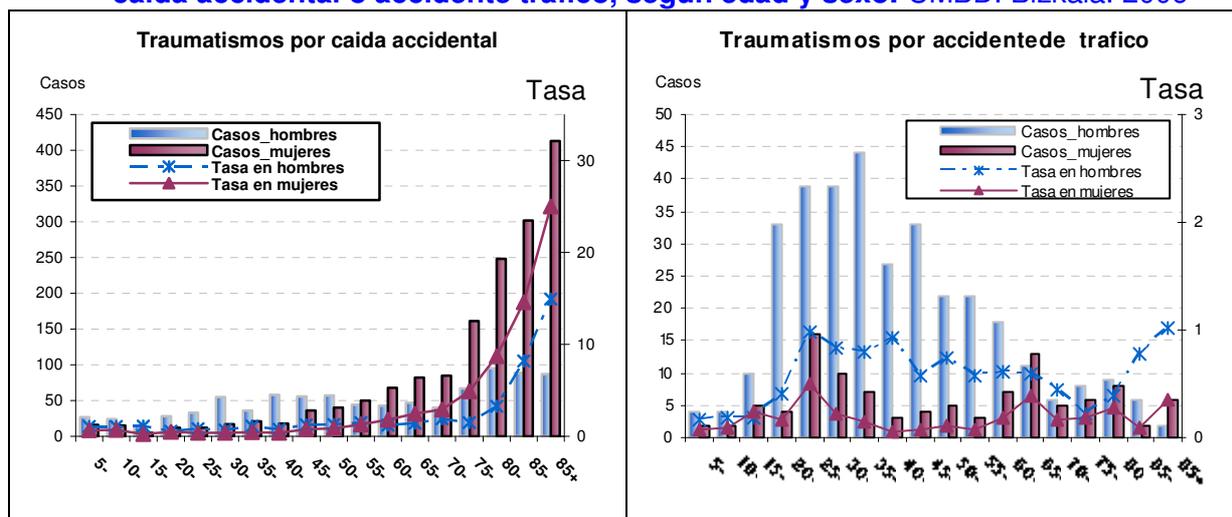
El 74% de las altas por **enfermedades del SN y órganos de los sentidos** son debidas a trastornos del ojo y anexos, un 6% se deben a trastornos del oído y procesos mastoideos, 13% son trastornos del SN periférico y el resto (7%) son enfermedades del SN inflamatorias, hereditarias, degenerativas y otro tipo de trastornos. El 80% de los trastornos del ojo tratados son cataratas esto justifica que entre los 65 y 84 años sea la segunda causa de alta. Entre los trastornos del SN, en el 82% de las altas se trata de una patología especialmente frecuente en mujeres, el síndrome del túnel carpiano.

En el grupo de **enfermedades del aparato respiratorio** un 30% son procesos agudos como infecciones respiratorias agudas, pulmonía y gripe y un 29% son EPOC y enfermedades asociadas. Este grupo de patología es la causa mas frecuente de ingreso en los menores de 5 años, y segunda causa de ingreso en los mayores de 84.

Las **enfermedades del sistema osteomuscular** y del tejido conectivo se clasifican en cuatro grandes grupos. El 49,5 % son artropatías y trastornos relacionados, un 15% son dorsopatías, un 18% son reumatismos y el 17,5 % restante son osteopatías, condropatías y deformidades adquiridas de los miembros. Los tres trastornos más frecuentes son: los trastornos internos de rodilla (21%), que son 1,8 veces más frecuentes en hombre; las artrosis (21%), 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.

El grupo de **traumatismos y envenenamientos** suponen el 7,5% del total de las altas; el 25% son envenenamientos e intoxicaciones y el resto, 75% se trata de traumatismos y accidentes. Entre las fracturas el 79 % son fracturas de extremidades y el resto de cráneo y cuello. En el 48% de los accidentes consta la causa externa que motivó el accidente. Así, las caídas accidentales aparecen en el 32% de los ingresos por traumatismo; y los accidentes de tráfico en el 5 %. La diferente distribución por edad y sexo se ve reflejada en la siguiente gráfica. En el grupo de envenenamientos e intoxicaciones, que suponen el 25% de este grupo, el 86% de estas son complicaciones de cuidados médicos y quirúrgicos.

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. 2006



Morbilidad hospitalaria por comarca sanitaria de Osakidetza

Las tasas crudas de frecuentación hospitalaria por comarca sanitaria de Osakidetza oscilan entre 111/1.000 de Uribe y 141/1.000 de Bilbao, al estandarizar las diferencias entre comarcas disminuyen pero siguen siendo estadísticamente significativas.

La calidad de la codificación de los municipios en los informes de alta es dudosa por lo que conviene considerar con prudencia las frecuencias obtenidas por comarca.

Morbilidad hospitalaria por Comarcas. Bizkaia. 2006

Comarca	N	T cruda	T estandarizada (IC 95%)
Bilbao	49.189	140,6	112,8 (111,2-113,9)
Ezkerraldea/Enkarterri	38.558	130,7	107,3 (106,2-108,4)
Interior	31.294	120,9	101,7 (100,6-102,8)
Uribe	22.139	110,8	99,6 (98,3 -100,8)
Araba/ Gipuzkoa	2.537	-	-
No consta	1.003	-	-
Bizkaia	147.713	128,0	106,4(105,9-107,0)

Tasa cruda por 1000 habitantes. Tasa Estandarizada por 1.000 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 2005. 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.

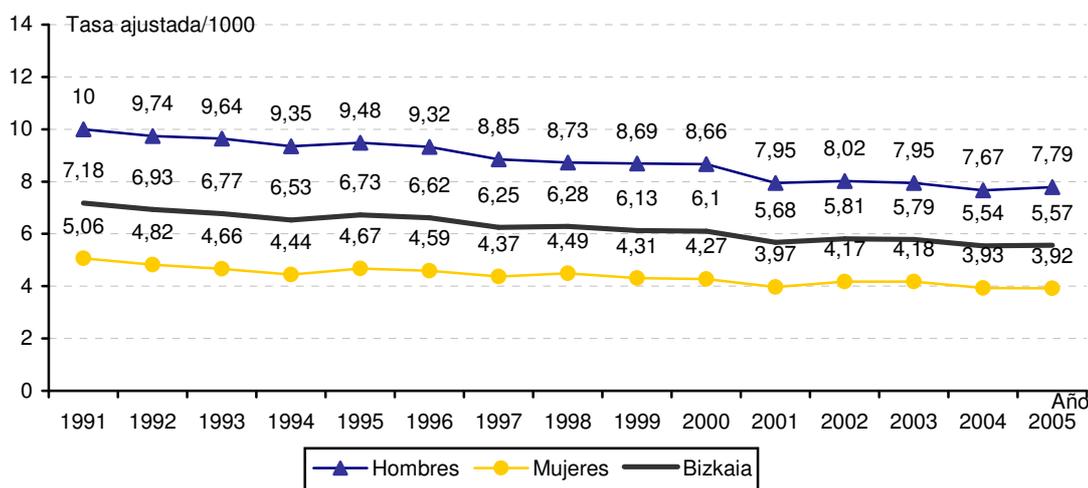
La población para el año 2005 y para el resto de años intercensales analizados se ha obtenido mediante interpolación lineal de las poblaciones del censo 1991, padrón 1996 y censo 2001. La estandarización directa de las tasas se ha realizado utilizando la población europea como población de referencia; 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 2005).

Mortalidad general

Durante el año 2005 fallecieron 10.811 personas residentes en Bizkaia, 53% hombres y 47% mujeres. La tasa de mortalidad general fue de 9,75 por mil habitantes, superior en los hombres (10,62) que en las mujeres (8,93). La tasa estandarizada por edad de la población europea fue de 5,57 por mil habitantes, también mayor en los hombres (7,79) que en las mujeres (3,92).

Tasa de Mortalidad general ajustada por edad
Bizkaia 1991-2005



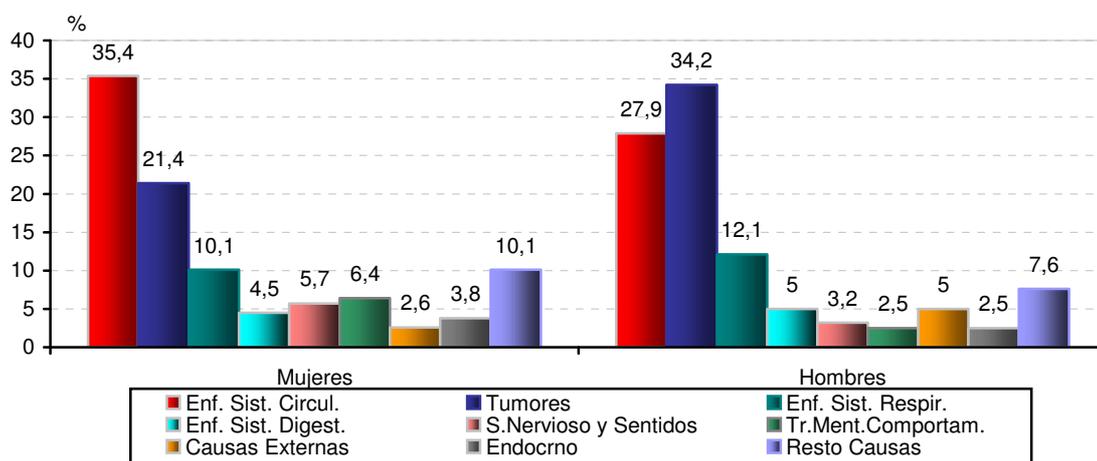
Tal como se observa en la figura previa, las tasas estandarizadas descienden de forma continuada desde 1991 (7,18) hasta 2005 (5,57). Por el contrario, las tasas crudas continúan aumentando, fruto del envejecimiento de la población.

Mortalidad proporcional

Las enfermedades del aparato circulatorio fueron las responsables del mayor número de defunciones (35%) en las mujeres seguidas por los tumores (21%), mientras que en los hombres

sucede a la inversa: la causa más frecuente de defunción fueron los tumores (34%) seguidos, en segundo lugar, por las enfermedades del aparato circulatorio (28%). Las enfermedades del aparato respiratorio ocupan el tercer lugar de importancia en ambos géneros provocando el 11% 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 2005



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 2005

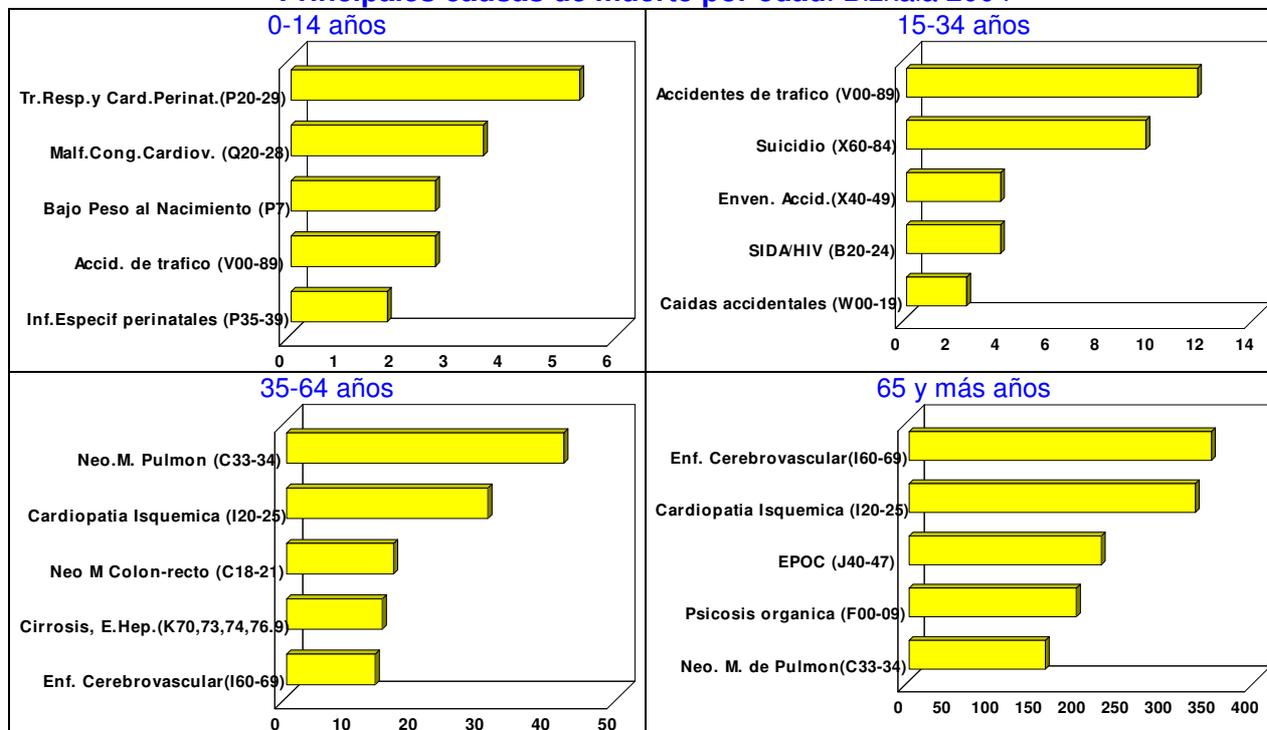
	Hombres		Mujeres		Total	
	Muertes	Tasa *	Muertes	Tasa *	Muertes	Tasa *
Enf. infecciosas y parasitarias (I)	136	19,81	103	8,61	239	13,73
Tumores (II)	1955	268,99	1091	109,57	3046	176,47
Enf. sangre y órg.hematop.;Tr. inmunit. (III)	10	1,32	37	2,53	47	2,18
Enf. endocrinas, nutrición. y metabólicas (IV)	140	18,35	194	13,82	334	15,82
Tr. mentales y del comportamiento (V)	143	19,83	324	19,89	467	20,36
Enf. sistema nervioso, ojo y oído (VI,VII,VIII)	183	24,24	289	20,70	472	22,19
Enf. sistema circulatorio (IX)	1595	213,37	1808	121,90	3403	160,95
Enf. sistema respiratorio (X)	689	89,12	517	34,39	1206	54,69
Enf. sistema digestivo (XI)	288	39,50	230	17,13	518	27,46
Enf. piel y tejido subcutáneo (XII)	4	0,54	7	0,62	11	0,55
Enf. S. osteomuscular y tej. conjuntivo (XIII)	19	2,91	65	4,19	84	3,75
Enf. sistema genito-urinario (XIV)	115	14,82	105	7,24	220	10,02
Embarazo, parto, puerperio (XV)	-	-	0	0,00	-	-
Afecciones perinatales (XVI)	8	2,43	6	2,07	14	2,26
Malf. congénitas, defor., an. cromoso. (XVII)	11	2,56	13	2,78	24	2,69
Causas mal definidas (XVIII)	125	17,20	181	11,50	306	14,29
Causas externas (XIX)	288	44,32	132	15,28	420	29,21
TOTAL	5709	779,32	5102	392,23	10.811	556,63

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

Primeras causas de muerte según edad

Las causas de muerte son distintas según la edad. Entre los menores de 15 años fallecieron 42 niños (tasa 36,99 por 100.000). Los trastornos respiratorios y cardíacos perinatales, las anomalías congénitas cardiovasculares y el bajo peso al nacer son las tres primeras causas de muerte, con tasas de 5,28; 3,52 y 2,64 por 100.00 respectivamente.

Principales causas de muerte por edad. Bizkaia 2004



Tasas por cien mil habitantes

Entre los 15 y 34 años la mortalidad es 54,20 por 100.000 (158 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 344,40 por 100.000 (1.626 defunciones), la primera causa es el cáncer de pulmón (41,73 por 100.000), seguido de la cardiopatía isquémica y, en tercer lugar, del cáncer de colon y recto. Entre los mayores de 65 años, la primera causa es la enfermedad cerebrovascular (tasa 348,94 por 100.000), seguido de la cardiopatía isquémica y la EPOC; la mortalidad por todas las causas en este grupo de edad es de 3.880,22 por 100.000 (8.985 defunciones).

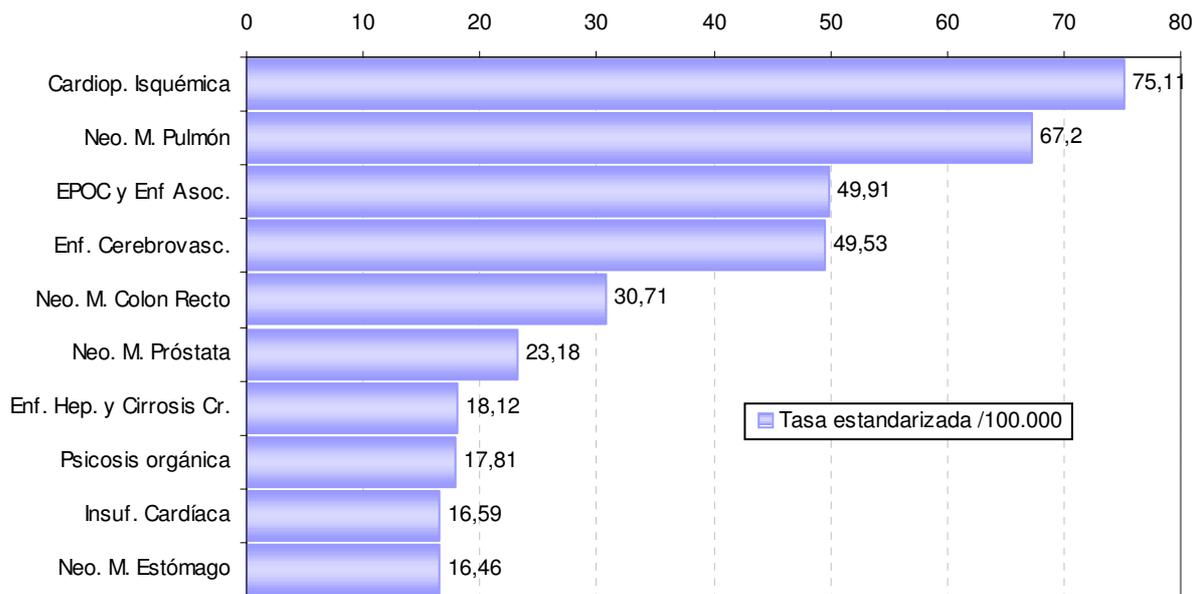
Principales causas de muerte según sexo

Las figuras siguientes muestran las tasas estandarizadas de mortalidad debida a las diez primeras causas en hombres y mujeres respectivamente. En conjunto, estas diez causas suponen casi la mitad de las defunciones sucedidas en ambos géneros (48% y 47% en hombres y mujeres respectivamente).

La primera causa en varones sigue siendo la cardiopatía isquémica, con una tasa estandarizada de 73,11 por 100.000 (552 defunciones), seguida del cáncer de pulmón con tasa de 67,20 por 100.000 (478 defunciones). La enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) es la tercera causa con una tasa ajustada de 49,91 por 100.000 (393 defunciones).

Diez primeras causas de muerte en hombres

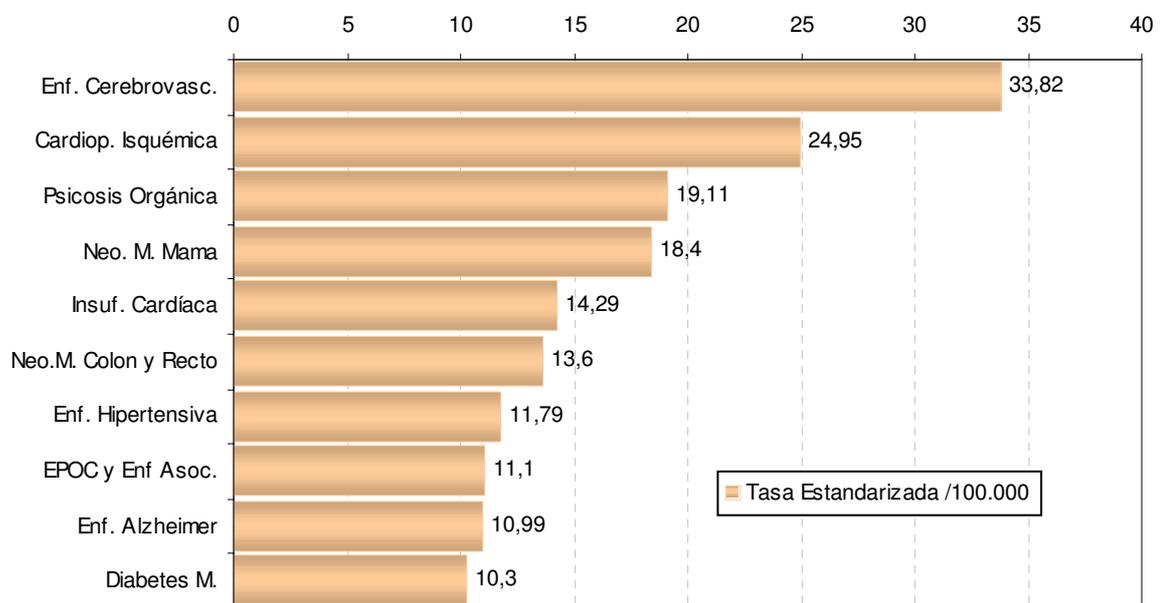
Bizkaia 2005



Entre las mujeres, las causas más frecuentes de defunción son la enfermedad cerebrovascular con tasa ajustada de 33,82 por 100.000 (495 defunciones), la cardiopatía isquémica con tasa de 24,95 por 100.000 (356 defunciones) y la psicosis orgánica senil y presenil, tasa de 19,11 por 100.000 (316 defunciones).

Diez primeras causas de muerte en mujeres

Bizkaia 2005

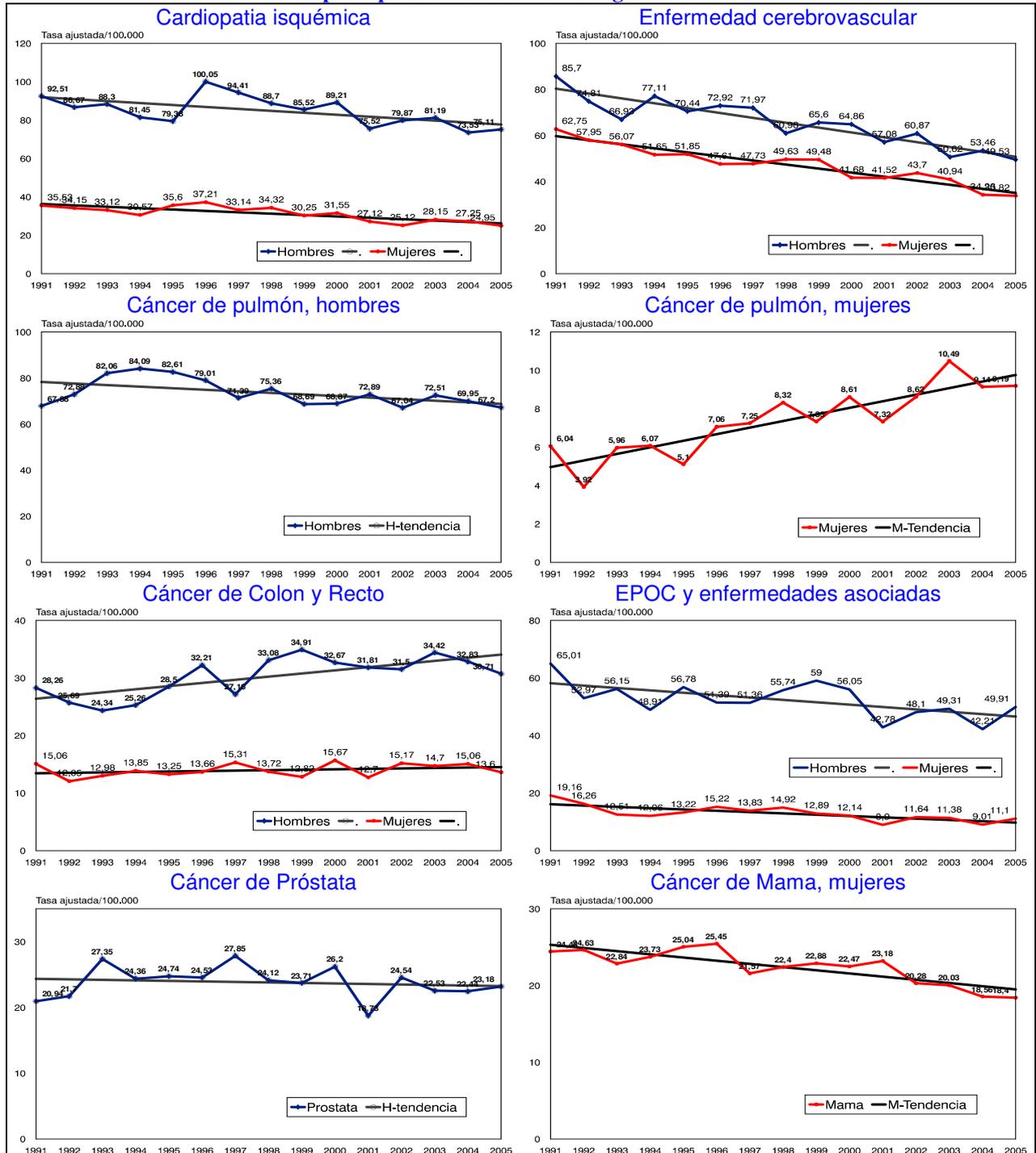


Primeras causas de muerte en el tiempo

La evolución de las primeras causas de muerte en los 15 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 desciende. La mortalidad por EPOC también indica una tendencia descendente en estos años.

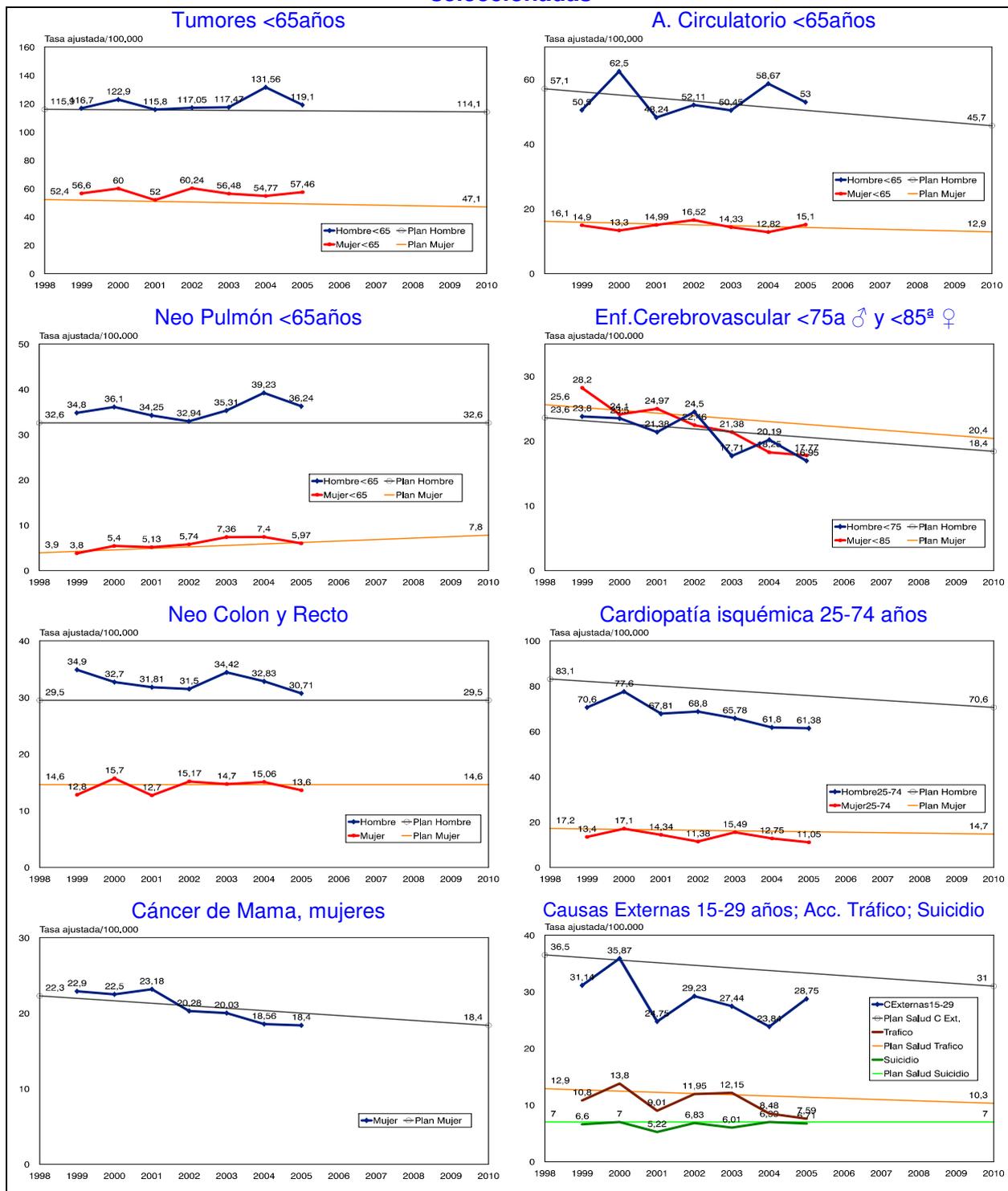
Evolución de las principales causas de muerte según sexo. Bizkaia 1991-2005



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 2005 con los objetivos del Plan de Salud de 2002-2010.

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



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 por encima del objetivo 2010; sólo el cáncer de mama permanece 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 los hombres menores de 75 y 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. Los indicadores de mortalidad por causas externas han alcanzado el objetivo para el año 2010.

Mortalidad por causas priorizadas en el Plan de Salud. Bizkaia 1999 a 2005.

Causas	Tasa 1999	Tasa 2000	Tasa 2001	Tasa 2002	Tasa 2003	Tasa 2004	Tasa 2005	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	119,10	Iniciar tendencia descendente
Tumores malignos mujeres <65 a.	56,6	60,0	52,0	60,24	56,48	54,77	57,46	47,1
Cáncer de pulmón hombres <65 a.	34,8	36,1	34,25	32,94	35,31	39,23	36,24	Invertir tendencia ascendente
Cáncer de pulmón mujeres <65 a.	3,8	5,4	5,13	5,74	7,36	7,40	5,97	Frenar tendencia ascendente
Cáncer de mama en mujeres	22,9	22,5	23,18	20,28	20,03	18,56	18,40	18,4
Cáncer de Colon-recto en hombres	34,9	32,7	31,81	31,50	34,42	32,83	30,71	Estabilizar las tasas
Cáncer de Colon-recto en mujeres	12,8	15,7	12,70	15,17	14,70	15,06	13,60	Estabilizar las tasas
Cáncer 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	53,00	45,7
Enf. Ap. circulatorio mujeres <65 a.	14,9	13,3	14,99	16,52	14,33	12,82	15,10	12,9
Enf. cerebrovascular hombres <75 a.	23,8	23,5	21,38	24,50	17,71	20,19	16,95	18,4
Enf. cerebrovascular mujeres <85 a.	28,2	24,1	24,97	22,46	21,38	18,25	17,77	20,4
Cardiop.isquémica hombres 25-74 a.	70,6	77,6	67,81	68,80	65,78	61,80	61,38	70,6
Cardiop. isquémica mujeres 25-74 a.	13,4	17,1	14,34	11,38	15,49	12,75	11,05	14,7
Accidentes de tráfico	10,8	13,8	9,01	11,95	12,15	8,48	7,59	10,3
Suicidio	6,6	7,0	5,22	6,83	6,01	6,99	6,71	Mantener inferior a 7/100.00
Causas externas jóvenes 15-29 a.	32,14	35,87	24,75	29,58	27,44	23,84	28,75	31,0

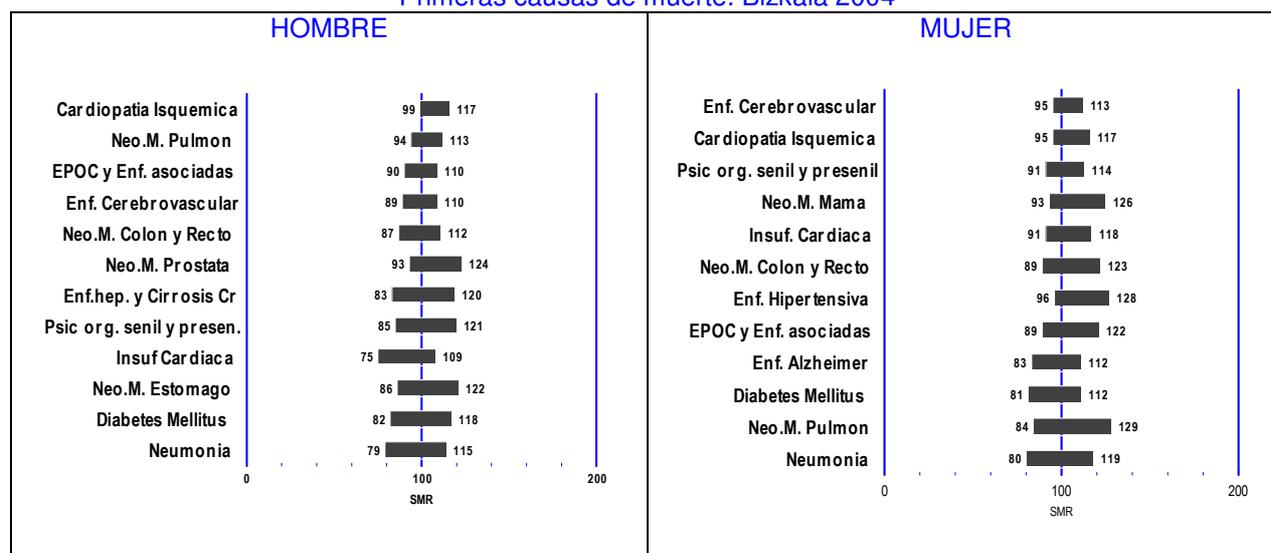
(*)Tasas por cien mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea

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

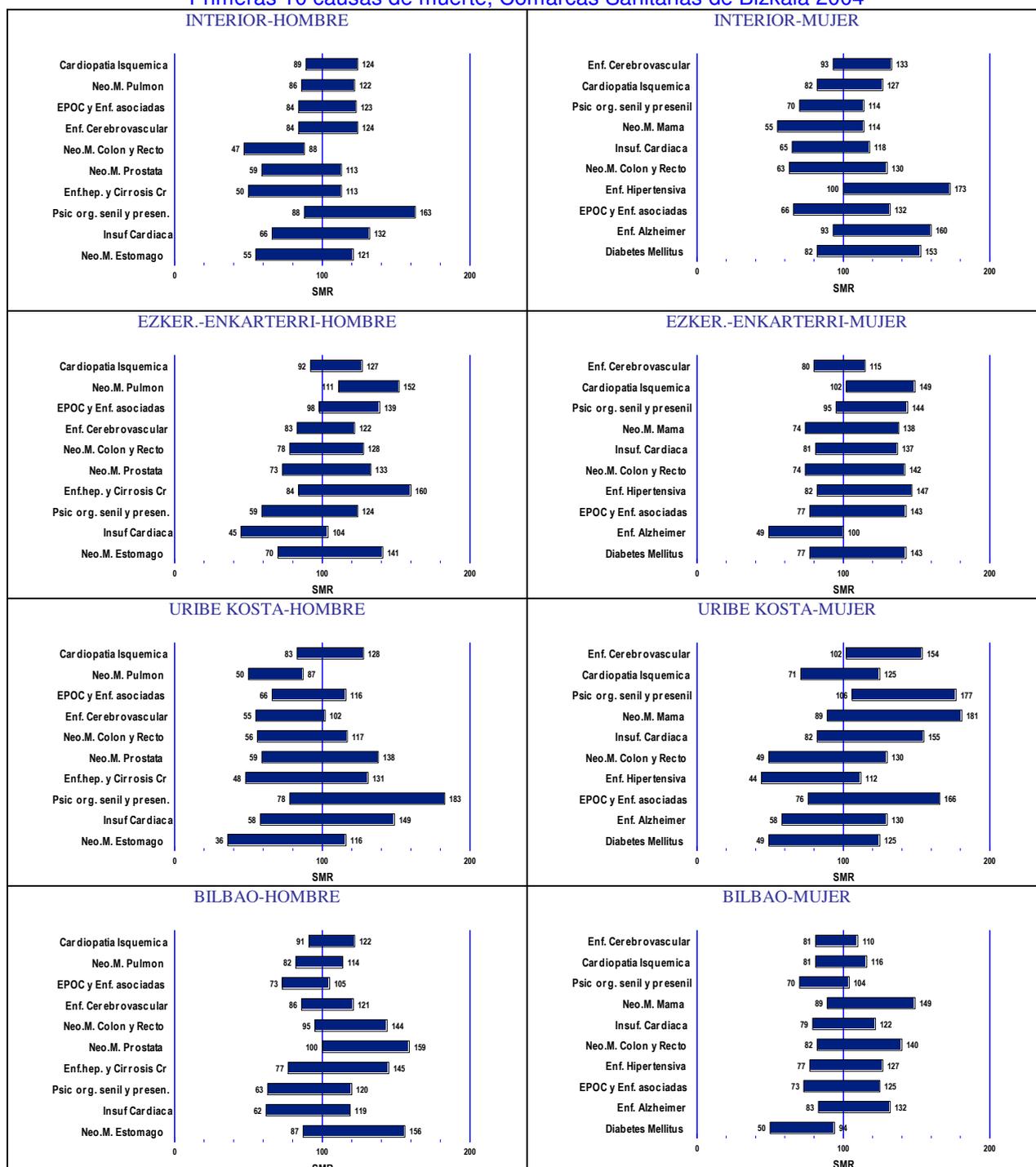


La mortalidad por todas las causas en Bizkaia, durante el año 2005, fue similar a la de la CAPV (RME=102, (IC 95%100-104)) tanto en hombres como en mujeres. Como se observa en la figura

previa, la mortalidad debida a cada una de las 12 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 Ezkerraldea-Enkarterri tanto para hombres (RME=107, (IC 95% 102-112)) como para mujeres (RME=111, (IC 95% 105-117)) así como en mujeres de Interior (RME=107, (IC 95% 101-113)).

Razón de mortalidad estandarizada según sexo Primeras 10 causas de muerte, Comarcas Sanitarias de Bizkaia 2004



Como se observa en la figura, los hombres de comarca Interior tienen una mortalidad significativamente menor al resto de la CAPV por cáncer de colon y recto; las mujeres no muestran diferencias con las de la CAPV.

Los hombres de Ezkerraldea-Enkarterri tienen, como sucede la mayoría de los últimos 15 años, una mortalidad significativamente mayor que el resto de la CAPV por cáncer de pulmón; las mujeres de esta comarca mueren más por cardiopatía isquémica que las de la CAPV.

Entre los hombres de la comarca Uribe la mortalidad por cáncer de pulmón es significativamente menor que la del resto de hombres de la CAPV; las mujeres no tienen diferencias de mortalidad que las de la CAPV por ninguna causa.

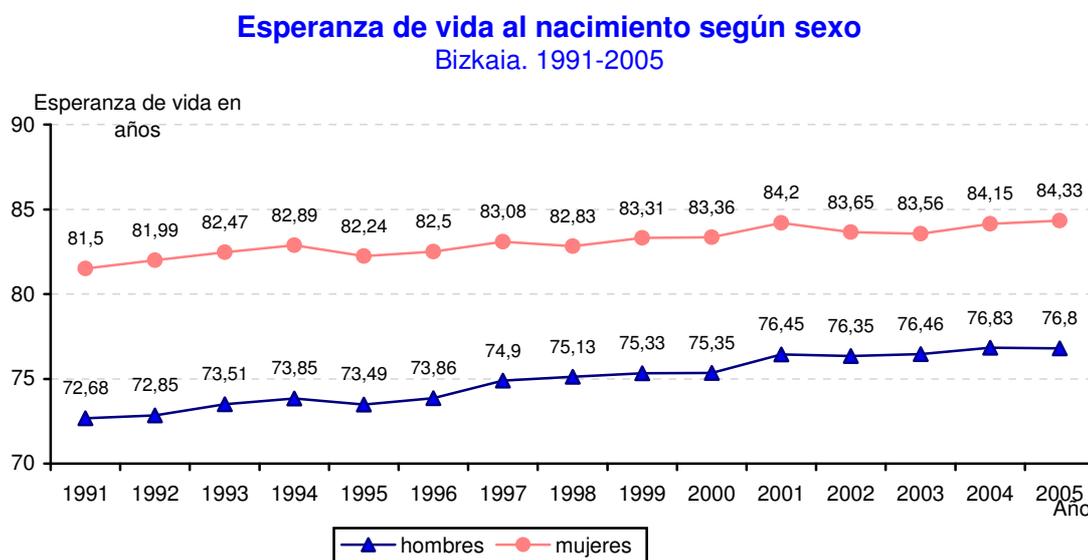
Los hombres de Bilbao no tienen mayor ni menor mortalidad que los de la CAPV por causas específicas; las mujeres difieren significativamente de las de la CAPV respecto a mortalidad causada por diabetes mellitas, que es menor.

Mortalidad Infantil

Durante 2005 se produjeron 25 fallecimientos en niños menores de un año de Bizkaia, lo que supone una tasa de mortalidad infantil de 2,5 por 1.000 nacidos vivos (3,3 y 1,6 en niños y niñas respectivamente).

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer, ha ido aumentando desde 1991 hasta el año 2005 de forma mantenida en ambos sexos. En 2005 se sitúa en 80,60 años, menor en los hombres (76,80) que en las mujeres (84,33), es decir que hemos alcanzado los objetivos propuestos en el Plan de Salud para el año 2010: 76,8 y 84,3 años de esperanza de vida al nacimiento en hombres y mujeres respectivamente.



Mortalidad prematura

Los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) hasta la edad de 70 años es un indicador que mide el impacto de la mortalidad en las edades jóvenes; se ponderan las defunciones en relación inversa a la edad, cobrando mayor relevancia las causas con alta incidencia entre las personas más jóvenes.

Los años potenciales de vida perdidos por todas las causas de muerte en 2005 en menores de 70 años fue de 36.113, equivalente a una tasa ajustada de 36,01 por mil habitantes; el número de

años de vida perdidos fue mayor en los hombres (24.855 años) que en las mujeres (11.258 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, la neoplasia maligna de la mama, las anomalías congénitas y los accidentes de tráfico.

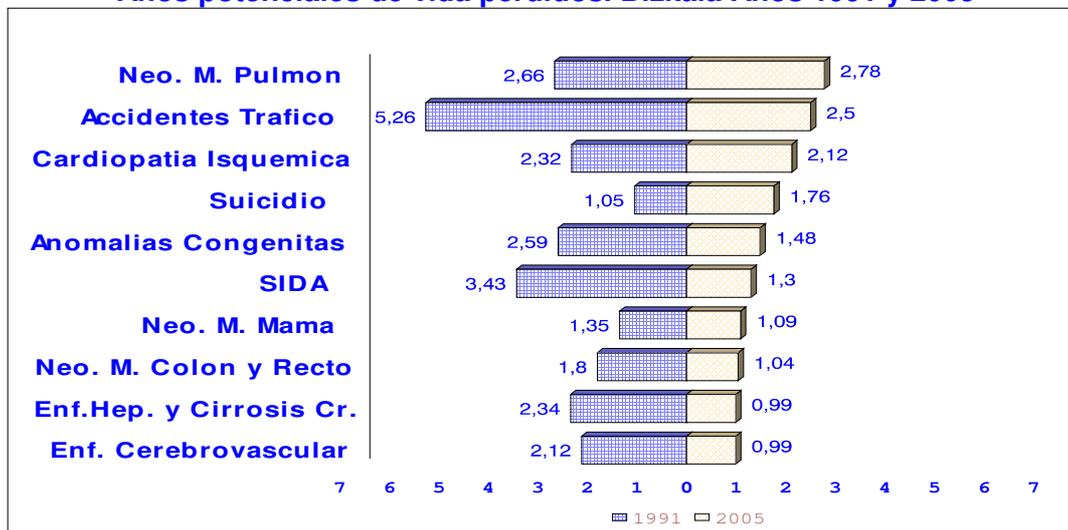
Años potenciales de vida perdidos. Bizkaia 2005

Causas	Hombres		Mujeres		Total	
	Años	T. APVP (*)	Años	T. APVP (*)	Años	T. APVP (*)
Neo. M. Pulmón (C33-34)	2459	4,69	526	0,97	2985	2,78
Accid. Tráfico (V01-89)	1732	3,59	595	1,39	2327	2,50
Card. Isquémica (I20-25)	1941	3,69	343	0,62	2284	2,12
Suicidio (X60-84)	1446	2,44	609	1,05	2055	1,76
Anom. Congénitas (Q00-99)	496	1,49	454	1,47	950	1,48
SIDA (B20-24)	1196	1,94	337	0,68	1533	1,30
Neo. M. Mama (C50)	7	0,02	1200	2,13	1206	1,09
Neo. M. Colon-recto (C18-21)	641	1,27	478	0,84	1119	1,04
Cirrosis (K70,73,74,76.9)	942	1,74	159	0,27	1101	0,99
Enf. Cerebrovascular (I60-69)	622	1,17	477	0,84	1099	0,99
Neo. M. Encéfalo (C71)	337	0,64	519	1,35	856	0,98
Enven. A. Drogas (X41,42,44,45)	891	1,61	121	0,19	1012	0,91
Neo. Cav. Bucal, faringe(C00-C14)	701	1,33	61	0,11	762	0,71
Neo. M. Estómago (C16)	399	0,77	152	0,28	551	0,52

(*) 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 15 años (1991-2005), se ha producido una disminución en las tasas ajustadas de Años Potenciales de Vida Perdidos para la mayoría de las 10 principales causas de muerte, sobre todo accidentes de tráfico y sida.

Años potenciales de vida perdidos. Bizkaia Años 1991 y 2005



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

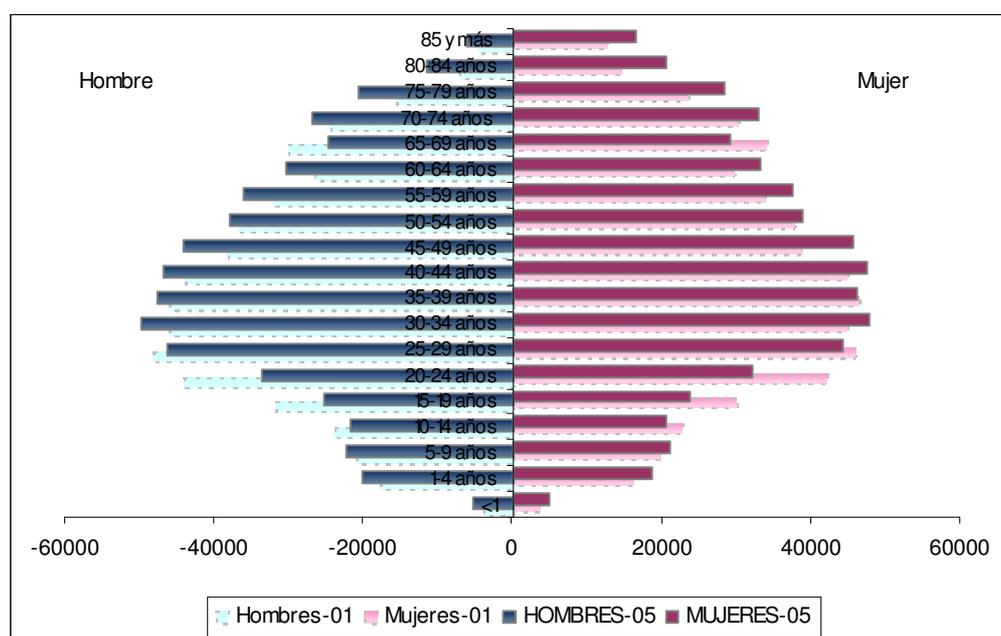
*Los datos de los menores de 1 año son los nacidos en el año 2001 (hasta el 1/11/2001). # Los grupos de edad según edad a 31/12/2001

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 pirámide de población de Bizkaia 2001-2005

EUSTAT



**CASOS Y TASAS POR 100.000 HABITANTES. EDOs INDIVIDUALES. BIZKAIA 2002-2007
DISTRIBUCION SEGUN PERSONA, LUGAR Y TIEMPO**

Brucelosis

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nº Casos	9	1	1	-	1	0
Tasas	0,80	0,09	0,09	-	0,09	-
Razón de sexos (H/M)	2	-	-	-	-	-
Indice epidémico 2	1.12	0,11	0,17	-	1	-

Fiebre tifo-paratífica

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nº Casos	8	2	3	2	4	1
Tasas	0,71	0,18	0,27	0,2	0,36	0,09
Razón de sexos (H/M)	0,6	0	0,5	1	-	-
Indice epidémico 2	4	1	1,5	1	2	0,33

Enfermedad meningocócica

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Nº Casos	81	63	73	67	48	54	
Tasas	7,22	5,61	6,50	5,97	4,28	4,81	
Razón de sexos (H/M)	0,76	1,10	1,15	0,7	1,18	1,16	
Indice epidémico 2	1,98	1,54	1,59	1,1	0,72	0,81	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	121,68	51,97	90,59	116,5	103,53	7	90,6
1-4 años	23,43	35,16	64,45	58,6	49,80	14	41,
5-9 años	14,91	17,40	12,45	19,9	7,45	10	24,85
10-14 años	13,43	13,43	8,96	4,5	6,72	6	13,43
15-24 años	11,50	10,78	8,63	3,6	2,87	4	2,87
Mayores de 24 años	3,97	2,22	2,68	2,7	1,52	13	1,52
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	8,88	5,36	6,95	4,25	1,54	9	3,48
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	9,49	6,05	8,21	8,6	6,21	17	5,9
URIBE	3,00	5,61	7,01	3	3	9	4,5
BILBAO	6,29	5,14	4,82	7,1	5,35	17	4,8
OTROS (2 casos en Ermua)	-	-	-	-	-	2	-

Hepatitis A

	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
Nº Casos	16	38	15	69	80	20		
Tasas	1,43	3,38	1,3	6,15	7,13	1,78		
Razón de sexos (H/M)	1	1,71	2	1,1	1,58	1,86		
Indice epidémico 2	0,64	2,24	0,88	4,3	5	0,53		
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)							Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	-	-	-	-	-	-	-	-
1 a 9 años	4,03	5,38	3,53	28,2	20,17	3	3	4
10 a 19 años	1,95	3,90	-	9,75	19,50	3	3	2,9
20 a 29 años	0,14	6,84	3,42	6,3	6,27	6	6	3,42
30 a 39 años	2,71	5,97	3,26	10,3	14,11	4	4	2,17
40 a 49 años	0,59	2,95	-	4,7	4,72	1	1	0,6
Mayor de 49 años	0,73	0,49	-	-	-	3	3	0,73
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)							Nº CASOS	TASA
INTERIOR	2,32	2,68	1,16	4,25	6,95	5	5	1,93
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	1,02	3,70	1,37	4,8	9	3	3	1,03
URIBE	0,50	2,04	0,5	4	5,50	4	4	2
BILBAO	1,71	4,57	1,99	10,1	6,75	8	8	2,25
OTROS	-	-	-	-	-	-	-	-

Hepatitis B

	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
Nº Casos	16	25	11	10	9	17		
Tasas	1,43	2,23	0,98	0,8	0,8	1,51		
Razón de sexos (H/M)	3	2,57	4,5	4	8	-		
Indice epidémico 2	0,64	1	0,44	0,4	0,56	1,55		
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)							Nº CASOS	TASA
Menores de 15 años	-	1,58	0,8	-	-	-	-	-
15 a 19 años	-	1,73	-	1,7	-	-	-	-
20 a 24 años	-	1,23	1,23	-	-	2	2	2,46
25 a 29 años	5,30	2,12	2,12	1,1	-	2	2	2,12
30 a 64 años	1,27	2,53	1,51	1,3	1,1	13	13	2,35
Mayores de 64 años	1,90	2,38	-	0,5	1,4	-	-	-
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)							Nº CASOS	TASA
INTERIOR	1,16	0,77	1,16	-	0,39	2	2	0,77
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	0,68	4,04	1,37	0,7	1,04	7	7	2,42
URIBE	0,50	-	-	0,6	0,50	1	1	0,5
BILBAO	2,86	3,14	1,13	1,7	1,26	7	7	1,98
OTROS	-	-	-	-	-	-	-	-

Hepatitis C

	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
Nº Casos	6	4	5	3	-	2		
Tasas	0,53	0,36	0,45	0,3	-	0,18		
Razón de sexos (H/M)	5	1	1,5	3	-	1		
Indice epidémico 2	-	-	-	-	-	0,50		

Legionelosis

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Nº Casos	58	49	56	51	63	43	
Tasas	5,17	4,36	4,98	4,54	5,61	3,83	
Razón de sexos (H/M)	8,67	5,12	3	2,9	2,7	6,16	
Indice epidémico 2	1,61	0,89	1,02	0,9	1,12	0,77	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 30 años	-	0,56	-	0,3	-	-	-
30-49 años	7,63	4,52	5,09	4,5	6,50	19	5,37
50-64 años	7,05	7,05	9,06	11,1	9,01	8	4,03
Mayores de 64 años	8,09	8,09	9,52	5,7	10,47	16	7,61
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	5,41	3,44	3,09	5,8	5,02	7	2,7
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	4,75	5,72	3,08	5,5	6,90	13	4,4
URIBE	6,01	2,55	3,50	1,5	5,50	5	2,5
BILBAO	5,14	5,14	8,79	4,8	5,35	18	5,1
OTROS	-	-	-	-	-	-	-
METODO DIAGNOSTICO (%)						Nº CASOS	%
ASLAMIENTO	3,4	10,2	14,3	5,8	3,2	3	7
SEROCONVERSION	-	-	-	-	-	-	-
Ag EN ORINA	96,6	89,8	98,2	92,1	100	43	100

Tuberculosis

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Nº Casos	281	276	278	273	243	242	
Tasas	25,03	24,58	24,76	24,31	21,7	21,6	
Razón de sexos (H/M)	1,53	1,48	1,5	1,21	1,48	2,00	
Indice epidémico 2	0,80	0,86	1,00	0,98	0,91	0,88	
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 10 años	1,22	2,44	2,44	6,09	3,59	7	8,39
10-14 años	2,24	2,24	4,48	-	2,22	1	2,22
15-19 años	10,36	13,81	15,54	13,81	17,14	8	13,71
20-24 años	28,32	20,93	22,17	12,31	24,38	15	18,29
25-29 años	23,34	40,31	20,16	24,39	29,73	18	19,12
30-49 años	29,40	28,83	29,96	32,79	23,21	87	24,63
50-64 años	26,19	19,64	15,61	18,12	15,12	40	20,16
Mayores de 64 años	33,31	32,83	41,87	35,68	33,17	64	30,77
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	21,63	20,57	23,17	20,47	17,38	47	16,12
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	29,16	25,56	21,21	24,97	30,79	78	26,68
URIBE	18,02	19,52	22,53	18,52	18,52	29	14,51
BILBAO	27,43	24,57	30,62	29,49	19,85	80	22,68
METODO DIAGNOSTICO (%)						Nº CASOS	%
BK POSITIVO EN ESPUTO	36,30	35,14	31,89	33,70	36,40	85	35,12
CULTIVO(+) EN ALGUNA MUESTRA	69,75	62,0	60,5	71,43	70,40	181	74,79

Parotiditis

	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
Nº Casos	23	20	18	10	127	681		
Tasas	2,02	1,78	1,6	0,9	11,31	60,66		
Razón de sexos (H/M)	1,87	0,81	0,80	3,5	1,49	1,5		
Índice epidémico 2	0,64	0,67	0,78	0,43	6,35	34,05		
DISTRIBUCION POR EDAD (TASAS)							Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	-	12,94	12,94	-	-	-	-	-
1-4 años	14,65	11,72	5,86	5,86	32,23	30	87,9	
5-9 años	22,37	4,97	7,45	2,48	67,1	86	213,72	
10-14 años	8,96	8,96	11,19	2,24	82,84	116	259,72	
15-19 años	5,18	3,45	3,45	1,73	41,44	170	293,52	
20-29 años	0,57	2,85	2,85	1,71	9,12	183	104,3	
≥ de 30 años	0,13	0,26	-	0,26	1,57	96	12,6	
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCION COMARCAL (TASAS)							Nº CASOS	TASA
INTERIOR	1,96	1,91	2,32	0,8	6,95	279	107,77	
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	0,68	2,69	1,03	0,34	28,31	99	34,18	
URIBE	1	2,55	2,5	1	5,51	128	64,08	
BILBAO	3,71	0,57	1,13	1,4	3,94	154	43,34	
OTROS(20 casos en Ermua, 1 Otxandio)	-	-	-	-	-	-	-	-

Rubéola

	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
Nº Casos	6	0	1	10	1	0		
Tasas	0,53	-	0,09	0,9	0,1	-		
Razón de sexos (H/M)	2	-	-	1,5	-	-		
Índice epidémico	1,2	-	0,20	3,3	0,33	-		

Sarampión

	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
Nº Casos	1	0	0	0	0	0		
Tasas	0,09	-	-	-	-	-		
Razón de sexos (H/M)	-	-	-	-	-	-		
Índice epidémico	0,33	-	-	-	-	-		

Tos ferina

	2002	2003	2004	2005	2006	2007		
Nº Casos	1	2	3	2	6	19		
Tasas	0,09	0,18	0,30	0,2	0,53	1,69		
Razón de sexos (H/M)	-	1	0,5	1	0,2	1,37		
Índice epidémico	0,25	0,5	1	0,66	3	9,5		

**EDOs INDIVIDUALES. BIZKAIA 2002-2006
DISTRIBUCION ESTACIONAL**

Hepatitis A

DISTRIBUCION TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2007	3	1	3	-	2	3	5	2	1	-	-	-
Periodo 2002-2007	28	24	15	16	25	19	18	28	16	24	16	9

Enfermedad Meningocócica

DISTRIBUCION TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2007	4	5	9	4	3	5	4	2	2	2	6	8
Periodo 2002-2007	64	43	51	40	36	26	19	8	15	17	39	28

Legionelosis

DISTRIBUCION TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2007	1	1	3	1	-	-	2	7	12	10	3	3
Periodo 2002-2007	15	19	14	16	16	17	32	48	44	47	32	20

Parotiditis

DISTRIBUCION TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2007	93	128	107	39	84	71	43	21	18	24	29	24
Periodo 2002-2007	102	140	150	73	101	79	53	29	24	34	40	54

SISTEMA DE INFORMACION MICROBIOLÓGICA BIZKAIA

AÑO 2007 - RESULTADOS GLOBALES

Laboratorio declarante

	Basurto	Cruces	San Eloy	Galdakao	Sta. Marina	Laboratorios Privados*	TOTAL
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL							
<i>Chlamydia trachomatis</i>	194	-	-	-	-	-	194
<i>Herpes simple tipo 2</i>	70	5	-	-	-	-	75
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	122	26	6	13	-	-	167
<i>Treponema pallidum</i>	50	38	2	1	-	-	91
INFECCIONES GASTROINTESTINALES							
<i>Campylobacter</i>	247	259	83	98	2	8	697
<i>Entamoeba histolytica</i>	1	71	1	-	-	-	9
<i>Escherichia coli</i> EH	1	-	-	-	-	-	1
<i>Fasciola hepatica</i>	4	-	-	-	-	-	4
<i>Listeria monocytogenes</i>	12	4	-	4	-	-	20
<i>Salmonella</i>	157	163	49	81	1	16	467
<i>Salmonella typhi</i>	1	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella</i>	9	3	-	-	-	-	12
<i>Yersinia</i>	26	16	6	11	-	1	60
Adenovirus 40 y 41	18	19	5	-	-	-	42
Rotavirus	145	170	29	17	-	4	365
INFECCIONES RESPIRATORIAS							
<i>Coxiella burnetii</i>	11	10	-	52	-	-	73
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	12	11	-	7	-	-	30
<i>Legionella pneumophila</i>	18	22	2	2	-	-	44
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	16	67	-	49	-	-	132
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (en hemocultivo)	58	75	8	34	9	-	184
Virus sincitial respiratorio	100	65	-	-	-	-	165
MICOBACTERIAS							
<i>M. tuberculosis</i>	55	58	8	34	9	-	164
<i>M. kansasii</i>	6	19	2	4	-	-	31
Otras micobacterias	5	19	8	8	4	-	44
INFECCIONES DEL SNC							
Enterovirus	5	35	-	-	-	-	40
<i>Neisseria meningitidis</i>	13	23	1	2	-	-	39
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (en L.C.R.)	-	5	1	-	-	-	6
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN							
<i>Bordetella pertussis</i>	-	20	-	-	-	-	20
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	4	4	-	1	-	-	9
Hepatitis B	11	8	8	4	-	-	31
Hepatitis A	9	9	2	4	-	-	24
Virus de la parotiditis	205	62	3	47	-	1	318
Virus de la rubéola	-	1	-	-	-	-	1
Virus del sarampión	-	-	-	-	-	-	-
ZOONOSIS							
<i>Bartonella</i>	1	20	-	-	-	2	23
<i>Borrelia burgdorferi</i>	1	11	-	-	-	2	14
<i>Brucella</i>	-	-	-	-	-	-	-
<i>Echinococcus granulosus</i>	7	2	-	-	-	-	9
<i>Leptospira</i>	-	-	-	-	-	-	-
<i>Rickettsia conorii</i>	-	-	-	-	-	-	-
OTROS							
<i>Leishmania</i>	2	-	-	-	-	-	2
<i>Plasmodium</i>	8	2	-	-	-	-	10
<i>Taenia</i>	5	4	1	5	-	-	15
<i>Staphylococcus aureus</i> metiliclin resistente	299	319	63	111	101	-	893

(*) DECLARANTES DE LABORATORIOS PRIVADOS: LAB. CLÍNICA AXPE, DRA. TÁNAGO Y G. RIEGO.

SISTEMA DE INFORMACION MICROBIOLÓGICA (SIM). BIZKAIA 2002-2007

ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
Nº identificaciones

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Chlamydia trachomatis</i>	-	-	1	62	266	194
<i>Herpes simple tipo 2</i>	-	-	7	61	72	75
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	-	-	60	102	221	167
<i>Treponema pallidum</i>	-	-	37	61	76	91
TOTAL	-	-	105	286	530	527

INFECCIONES GASTROINTESTINALES
Nº identificaciones

Campylobacter

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>C. coli</i>	19	6	6	7	9	6
<i>C. fetus</i>	18	11	1	1	0	0
<i>C. yeyuni</i>	862	812	746	689	829	641
<i>Campylobacter sp</i>	63	38	23	68	70	48
Otros	3	6	2	5	0	2
TOTAL	965	873	778	770	908	697

Listeriosis

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>L. monocytogenes</i>	16	7	12	18	15	20

Salmonella

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>S. enteritidis</i>	1064	1144	625	465	466	261
<i>S. fyris</i>	12	1	-	-	-	-
<i>S. hadar</i>	1	4	2	6	1	-
<i>S. infantis</i>	-	3	-	-	3	1
<i>S. london</i>	-	-	3	4	4	-
<i>S. montevideo</i>	-	2	-	-	-	2
<i>S. newport</i>	-	-	2	2	-	3
<i>S. ohio</i>	-	1	-	1	1	-
<i>S. tilburg</i>	7	2	-	-	-	-
<i>S. typhimurium</i>	97	87	90	103	68	67
<i>S. virchow</i>	11	2	1	2	1	-
<i>S. grupo B</i>	33	31	30	25	34	20
<i>S. grupo C</i>	26	48	21	41	31	18
<i>S. grupo D</i>	234	139	114	75	69	41
<i>S. grupo E</i>	-	-	1	-	-	-
<i>Salmonella sp.</i>	89	49	67	29	67	43
Otras	8	6	2	1	5	11
TOTAL	1582	1519	958	754	750	467

Fiebre tifo-paratífica

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>S. typhi</i>	5	2	2	3	5	1
<i>S. paratyphi</i>	1	-	-	-	1	-
TOTAL	6	2	2	3	6	1

Shigella

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>S. flexneri</i>	2	5	1	2	7	4
<i>S. sonnei</i>	3	8	11	7	4	8
<i>S. boydii</i>	2	-	1	-	-	-
Otras	-	1	1	1	2	-
TOTAL	7	14	14	10	13	12

Yersinia

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Y. enterocolitica</i>	58	40	55	32	56	60
<i>Yersinia sp.</i>	-	-	-	-	1	-
<i>Y. frederiksenii</i>	-	-	1	-	1	-
TOTAL	58	40	56	32	58	60

Adenovirus

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Adenovirus	17	8	52	31	73	42

Rotavirus

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Rotavirus	108	143	354	294	421	365

INFECCIONES RESPIRATORIAS

Nº identificaciones

Fiebre Q

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Coxiella burnetii</i>	44	34	29	48	95	73

Clamidiasis

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	1	29	87	75	31	30

Legionella pneumophila

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Legionella pneumophila</i>	61	42	57	53	77	44

Mycoplasma pneumoniae

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	35	75	63	54	84	132

Streptococcus pneumoniae

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	211	196	197	221	214	190

Virus sincitial respiratorio

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Virus sincitial respiratorio</i>	-	-	215	129	165	165

Micobacterias tuberculosas

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>M. tuberculosis</i>	218	194	219	183	196	164
<i>M. bovis</i>	-	3	-	-	-	-
<i>M. africanum</i>	-	-	-	-	-	-
TOTAL	218	197	219	183	196	164

Micobacterias atípicas

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>M. avium</i>	11	4	10	23	17	24
<i>M. chelonae</i>	-	-	-	-	1	-
<i>M. fortuitum</i>	2	2	2	6	5	4
<i>M. gordonae</i>	6	1	3	9	14	4
<i>M. kansasii</i>	59	61	48	45	26	31
<i>M. marinum</i>	2	2	1	-	-	1
<i>M. simiae</i>	-	1	1	1	-	-
<i>M. szulgai</i>	3	-	-	-	1	-
<i>M. xenopi</i>	-	-	-	-	-	-
<i>M. sp</i>	-	1	-	2	3	7
<i>M. genareense</i>	-	1	-	-	-	-
<i>M. lentiflavum</i>	-	1	-	-	2	1
<i>M. malmoeure</i>	-	1	-	1	-	-
Otras micobacterias	-	-	-	-	-	3
TOTAL	83	75	65	87	69	75

INFECCIONES DEL S.N.C.

Nº identificaciones

Neisseria meningitidis

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>N. meningitidis grupo B</i>	41	40	49	36	30	35
<i>N. meningitidis grupo C</i>	13	10	6	10	3	2
<i>N. meningitidis grupo A</i>	-	-	-	-	-	-
<i>N. meningitidis grupo Y</i>	-	-	2	-	-	-
<i>N. meningitidis no grupada</i>	5	7	5	1	3	2
TOTAL	59	57	62	47	36	39

Enterovirus

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Virus Coxackie</i>			16	-	6	3
<i>Echovirus</i>			3	8	42	19
<i>Enterovirus sin especificar</i>			1	7	7	18
TOTAL			20	15	55	40

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACION

Nº identificaciones

Bordetella pertussis

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Bordetella pertussis</i>	-	-	4	2	5	20

Haemophilus influenzae

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Haemophilus influenzae tipo b</i>	11	9	10	8	3	9

Hepatitis B

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hepatitis B	23	35	15	11	25	31

Hepatitis A

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hepatitis A	10	26	11	63	83	24

Virus de la parotiditis

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Virus de la parotiditis	4	2	4	0	32	318

Virus de la rubéola

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Virus de la rubéola	7	1	6	8	8	1

Virus del sarampión

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Virus del sarampión	1	-	-	-	-	-

ZONOSIS

Nº identificaciones

Bartonella

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Bartonella</i>	-	-	22	20	20	23

Borrelia burgdorferi

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Borrelia burgdorferi</i>	6	3	4	9	4	14

Brucella

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>B. melitensis</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Brucella sp.</i>	4	1	5	-	1	-
<i>B. abortus</i>	1	-	-	-	-	-
No consta	3	-	-	-	-	-
TOTAL	8	1	5	-	1	-

Equinococcus granulosus

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Equinococcus granulosus</i>	15	3	9	5	3	9

Leptospira

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Leptospira</i>	-	2	1	-	1	-

Rickettsia conorii

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Rickettsia conorii</i>	18	9	-	-	-	-

OTRAS ENFERMEDADES

Nº identificaciones

Staphilococcus Aureus Meticilin-Resistente

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Staphilococcus Aureus MR</i>	-	-	465	552	817	893

RELACIÓN DE TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS 2007

Nº	FECHA	MUNICIPIO	LUGAR DEL SUCESO	ENCUESTA		Nº de EXPUESTOS	Nº de AFECTADOS	VEHICULO	AISLAMIENOTOS						AGENTE CAUSAL	
				Sí	No				Afectados	Manipulador	Alimentos	Sí	No	Sí		No
1	Enero	Berriatua	Colectivo sin espec	X		25	15	Huevos/ovoproductos			X				X	<i>Salmonella enteritidis</i>
2	Febrero	Bilbao	Restaurante/Hotel	X		8	5	Marisco/crustaceos/moluss			X				X	Desconocido
3	Marzo	Ispaster	Restaurante/Hotel	X		15	12	Ensalada de Pescado			X				X	Desconocido
4	Abril	Getxo	Restaurante/Hotel	X		Desconocid	7	Desconocido			X				X	Desconocido
5	Mayo	Bilbao	Restaurante/Hotel	X		Desconocid	2	Huevos/ovoproductos			X			X		<i>Salmonella spp</i>
6	Mayo	Dima	Restaurante/Hotel	X		24	6	Huevos/ovoproductos			X				X	<i>Salmonella enteritidis</i>
7	Julio	Getxo	Otro establ. colect		X	41	17	Desconocido			X				X	Desconocido
8	Septiembre	Bilbao	Restaurante/Hotel	X		3	3	Huevos/ovoproductos			X				X	<i>Salmonella enteritidis</i>
9	Septiembre	Bilbao	Restaurante/Hotel		X	2	2	Huevos/ovoproductos			X				X	<i>Salmonella enteritidis</i>
10	Diciembre	Bilbao	Hogar privado	X		4	4	Hama de Matz			X				X	<i>Datura estramonio</i>



Tasas anuales de tumores malignos en hombres de Bizkaia; 2003 RCEME*

CIE	LOCALIZACIÓN	casos	TB	TSE	TSM	TT	TA
C00-C14	LABIO, CAVIDAD ORAL Y FARINGE	213	39,34	34,07	24,89	59,87	2904,14
C00	Labio	23	4,25	3,31	2,25	2,88	275,01
C01	Base de lengua	24	4,43	4,13	3,09	8,21	394,71
C02	Otras partes no especificadas de lengua	17	3,14	2,64	1,9	4,44	222,15
C03	Encías	3	0,55	0,46	0,32	0,79	45,5
C04	Suelo de boca	23	4,25	3,67	2,72	7,14	273,61
C05	Paladar	10	1,85	1,54	1,13	2,61	137,43
C06	Otras partes y no especificadas de la boca	12	2,22	1,76	1,22	2,26	171,7
C07	Glándula parótida	7	1,29	0,16	0,84	2,17	88,36
C08	Otras glándulas salivales mayores y no especificadas	2	0,37	0,35	0,25	0,79	27,38
C09	Amígdala	11	2,03	1,76	1,48	2,51	159,56
C10	Orofaringe	14	2,59	2,22	1,56	3,73	181,15
C11	Nasofaringe	19	3,51	3,25	2,39	7,06	279,73
C12	Seno piriforme	22	4,06	3,47	2,49	6,32	272,67
C13	Hipofaringe	9	1,66	1,39	1,01	2,62	122,77
C14	Otras localizaciones y las mal definidas de labio, cavidad bucal y faringe	17	3,14	2,96	2,24	6,34	252,41
C15-C26	APARATO DIGESTIVO	1033	190,77	144,7	96,3	140,73	11215,86
C15	Esófago	83	15,33	12,94	9,31	19,88	1144,45
C16	Estómago	173	31,95	24,76	16,6	26,1	1943,24
C17	Intestino delgado	9	1,66	1,38	0,91	1,76	96,38
C18	Colon	330	60,94	44,85	29,4	36,19	3404,43
C19	Unión rectosigmoidea	59	10,9	8,17	5,17	7,2	562,22
C20	Recto	135	24,93	19,05	12,59	19,4	1393,46
C21	Año y conducto anal	2	0,37	0,29	0,2	0,42	31,19
C22	Hígado y conductos biliares intrahepáticos	112	20,68	15,11	10,15	11,86	1351,61
C23	Vesícula biliar	9	1,66	1,18	0,76	0,55	110,32
C24	Otras partes y no especificadas del tracto biliar	34	6,28	4,41	2,82	3,49	316,17
C25	Páncreas	81	14,96	11,74	7,92	13,33	841,03
C26	Otras localiz. y las mal definidas del aparato digestivo	6	1,11	0,82	0,47	0,55	21,36
C30-C39	APt RESPIRATORIO Y ORGANOS NTRATORACICOS	730	134,8	107,57	74,62	140,95	8822,55
C30	Fosa nasal y oído medio	2	0,37	0,32	0,24	0,79	25,07
C31	Senos accesorios	5	0,92	0,71	0,47	0,92	53,8
C32	Laringe	135	24,93	21,72	15,88	35,76	1855,27
C33	Tráquea	1	0,18	0,11	0,07	0	18,13
C34	Bronquios y pulmón	559	103,23	80,56	55,02	94,23	6540,52
C37	Timo	4	0,74	0,58	0,42	0,97	50,24
C38	Corazón mediastino y pleura	24	4,43	3,57	2,52	4,28	279,52
C39	Otras localiz. y las mal definidas del apar. respiratorio y órg. intratorác.	0	0	0	0	0	0
C40-C41	HUESOS, ARTICULACIONES Y CARTILAGOS ARTICULARES	5	0,92	0,75	0,56	1,32	52,86
C40	Huesos, artic. y cartilagos artic. de extremidades	2	0,37	0,33	0,28	0,9	23,34
C41	Huesos, artic. y cartil. artic. de otras partes y no espec	3	0,55	0,42	0,28	0,42	29,52
C42	SISTEMA HEMATOPOYETICO Y RETICULOENDOTELIAL	160	29,55	22,96	16,43	17,45	1622,67
C44	PIEL	78	14,4	11,57	8,36	15,95	952,04
C47	NERVIOS PERIFERICOS Y SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO	1	0,18	0,15	0,13	0,42	10,75
C48	PERITONEO Y RETROPERITONEO	8	1,48	1,08	0,71	1,16	94,4
C49	TEJIDO CONJUNTIVO, SUBCUTANEO Y OTROS	22	4,06	3,32	2,34	5,79	221,15
C50	MAMA	7	1,29	0,96	0,68	0,96	83,02
C60-C63	APARATO GENITAL MASCULINO	731	134,99	100,39	68,4	80,78	8709,47
C60	Pene	7	1,29	0,93	0,64	0,91	78,48
C61	Glándula prostática	689	127,24	93,85	62,57	73,89	8229,81
C62	Testículo	32	5,91	5,17	4,9	5,98	372,21
C63	Otros órganos urinarios y no especificados	3	0,55	0,44	0,29	0	28,97
C64-C68	APARATO URINARIO	392	72,39	55,28	36,97	55,05	4115,32
C64	Riñón	90	16,62	12,77	9,08	15,29	1016,70
C65	Pelvis renal	9	1,66	1,23	0,79	0,79	96,54
C66	Uréter	8	1,48	1,24	0,79	1,58	71,21
C67	Vejiga urinaria	278	51,34	38,95	25,52	35,74	2832,21
C68	Otros órganos urinarios y no especificados	7	1,29	1,09	0,79	1,65	98,66
C69-C72	OJO, ENCEFALO Y OTROS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	75	13,85	11,14	8,44	13,01	1053,98
C69	Ojo y anejos	2	0,37	0,22	0,15	0	36,25
C70	Meninges	0	0	0	0	0	0
C71	Encéfalo	70	12,93	10,28	7,68	12,22	969,94
C72	Médula espinal, nervios craneales y estructuras relacionadas	3	0,55	0,4	0,61	0,79	47,79
C73	TIROIDES Y OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS	13	2,4	2,23	1,97	3,49	174,21
C73	Glándula tiroides	11	2,03	1,77	1,38	3,49	151,93
C74	Glándula suprarrenal	2	0,37	0,46	0,59	0	22,28
C75	Otras glándulas endocrinas y estructuras relacionadas	0	0	0	0	0	0
C76	LOCALIZACIONES MAL DEFINIDAS	2	0,37	0,32	0,24	0,55	39,48
C77	GANGLIOS LINFATICOS	66	12,19	9,85	7,45	11,85	741,36
C80	LOCALIZACION PRIMARIA DESCONOCIDA	117	21,61	16,49	10,96	15,19	1213,72
C00-C80	TOTAL	3.653	674,59	522,83	359,45	564,58	42026,96

* 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; 2003 RCEME*

CIE	LOCALIZACIÓN	Casos	TB	TSE	TSM	TT	TA,
C00-C14	LABIO, CAVIDAD ORAL Y FARINGE	31	5,39	3,58	2,44	5,29	255,21
C00	Labio	2	0,35	0,28	0,22	0,5	34,49
C01	Base de lengua	2	0,35	0,25	0,16	0,41	12,82
C02	Otras partes no especificadas de lengua	6	1,04	0,65	0,41	0,71	41,5
C03	Encías	3	0,52	0,19	0,1	0	0
C04	Suelo de boca	0	0	0	0	0	0
C05	Paladar	3	0,52	0,21	0,12	0	15,18
C06	Otras partes y no especificadas de la boca	4	0,7	0,49	0,39	0,88	36,97
C07	Glándula parótida	3	0,52	0,33	0,21	0,35	28,84
C08	Otras glándulas salivales mayores y no especificadas	0	0	0	0	0	0
C09	Amígdala	2	0,35	0,37	0,3	0,97	31,61
C10	Orofaringe	0	0	0	0	0	0
C11	Nasofaringe	3	0,52	0,3	0,18	0,35	13,66
C12	Seno periforme	0	0	0	0	0	0
C13	Hipofaringe	0	0	0	0	0	0
C14	Otras localizaciones y las mal definidas de labio, cavidad bucal y faringe	3	0,52	0,51	0,35	1,12	40,14
C15-C26	APARATO DIGESTIVO	642	111,8	64,2	42,62	59,78	4945,7
C15	Esófago	10	1,74	1,09	0,74	1,59	64,29
C16	Estómago	109	18,98	10,95	7,4	10,84	834,99
C17	Intestino delgado	8	1,39	0,82	0,52	0,71	71,86
C18	Colon	212	36,92	20,58	13,5	17,28	1571,28
C19	Unión rectosigmoidea	44	7,66	4,83	3,28	5,47	418,33
C20	Recto	83	14,46	8,83	6,1	9,25	710,49
C21	Año y conducto anal	3	0,52	0,42	0,29	0,83	25,64
C22	Higado y conductos biliares intrahepáticos	48	8,36	4,21	2,65	2,25	304,77
C23	Vesícula biliar	20	3,48	1,9	1,22	1,24	158,24
C24	Otras partes no especif. del tracto biliar	17	2,96	1,58	0,99	1,26	105,51
C25	Páncreas	77	13,41	8,19	5,48	9,06	650,94
C26	Otras localiz. y las mal definidas del aparato digestivo	11	1,92	0,8	0,45	0	29,36
C30-C39	APARATO RESPIRATORIO Y ORGANOS INTRATORACICOS	120	20,9	15,58	11,78	27,2	1123,77
C30	Fosa nasal y oído medio	2	0,35	0,34	0,24	0,77	26,48
C31	Senos accesorios	1	0,17	0,06	0,03	0	0
C32	Laringe	7	1,22	0,97	0,69	2	62,93
C33	Tráquea	0	0	0	0	0	0
C34	Bronquios y pulmón	99	17,24	12,67	9,36	23,6	904,89
C37	Timo	2	0,35	0,18	0,12	0	30,36
C38	Corazón mediastino y pleura	9	1,57	1,36	1,34	0,83	99,11
C39	Otras localiz. y las mal definidas del apar. respiratorio y órganos intratorác.	0	0	0	0	0	0
C40-C41	HUESOS, ARTICULACIONES Y CARTILAGOS ARTICULARES	6	1,05	0,96	0,93	1	71,02
C40	Huesos, artic. y cartilagos artic. de extremidades	2	0,35	0,25	0,18	0,5	19,31
C41	Huesos, artic. y cartil. artic. de otras partes y no espec	4	0,7	0,71	0,75	0,5	51,71
C42	SISTEMA HEMATOPOYICO Y RETICULOENDOTELIAL	119	20,73	13,35	9,81	14,11	985,81
C44	PIEL	71	12,37	9,43	7,26	14,28	742,04
C47	NERVIOS PERIFERICOS Y SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO	2	0,35	0,49	0,64	0,41	31,91
C48	PERITONEO Y RETROPERITONEO	5	0,87	0,73	0,56	1,49	73,1
C49	TEJIDO CONJUNTIVO, SUBCUTANEO Y OTROS	17	2,96	1,88	1,35	2,08	109,11
C50	MAMA	646	112,51	89,39	66,48	169,57	7081,17
C51-C58	APARATO GENITAL FEMENINO	311	54,15	40,08	29,18	64,19	3248,79
C51	Vulva	10	1,74	0,99	0,64	0,77	86,21
C52	Vagina	7	1,22	0,6	0,34	0,41	12,82
C53	Cuello uterino	56	9,75	8,27	6,35	17,32	660,59
C54	Cuerpo del útero	143	24,9	18,64	13,45	29,34	1568,32
C55	Utero, sai	8	1,39	1,09	0,76	2,23	75,78
C56	Ovario	74	12,89	9,19	6,79	13,41	730,67
C57	Otros órganos genitales femeninos y no especificados	13	2,26	1,3	0,85	0,71	114,4
C58	Placenta	0	0	0	0	0	0
C64-C68	APARATO URINARIO	97	16,89	10,14	7,01	11,58	666,38
C64	Riñón	44	7,66	5,42	4,1	7,89	394,86
C65	Pelvis renal	3	0,52	0,21	0,1	0	0
C66	Uréter	1	0,17	0,09	0,06	0	15,18
C67	Vejiga urinaria	47	8,19	4,22	2,6	3,69	226,98
C68	Otros órganos urinarios y no especificados	2	0,35	0,2	0,15	0	29,36
C69-C72	OJO, ENCEFALO Y OTROS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	52	9,06	7,17	6,04	8,37	585,59
C69	Ojo y anejos	7	1,22	0,81	0,58	1	83,15
C70	Meninges	2	0,35	0,18	0,12	0	14,18
C71	Encéfalo	40	6,97	5,32	4,21	7,37	423,86
C72	Médula espinal, nervios craneales y estructuras relacionadas	3	0,52	0,86	1,13	0	64,4
C73-C75	TIROIDES Y OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS	46	8,01	7,12	6,04	10,77	559,58
C73	Glándula tiroides	43	7,49	6,71	5,73	9,88	534,45
C74	Glándula suprarrenal	2	0,35	0,35	0,28	0,89	25,13
C75	Otras glándulas endocrinas y estructuras relacionadas	1	0,17	0,06	0,03	0	0
C76	LOCALIZACIONES MAL DEFINIDAS	7	1,22	0,59	0,35	0,35	27,84
C77	GANGLIOS LINFATICOS	51	8,88	6,34	4,71	8,86	487,69
C80	LOCALIZACION PRIMARIA DESCONOCIDA	93	16,2	8,14	5,12	5,14	444,37
C00-C80	TOTAL	2316	403,35	279,2	202,28	404,44	21439,08

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

Casos por año y localización (agrupadas) para mujeres

Código	Localización	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994*	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
C00-C14	Labio, cavidad oral y farínge	28	35	29	25	14	22	28	33	30	31	33	40	50	33	31	45	42	31
C15-C26	Aparato digestivo	399	413	431	425	435	436	474	462	462	498	520	562	515	553	612	633	593	642
C30-C39	Aparato respiratorio y órganos intratorácicos	51	49	50	39	47	57	48	56	75	83	85	104	85	105	96	101	123	120
C40-C41	Huesos, articulaciones y cartílagos articulares	10	4	4	10	8	8	11	9	7	8	5	7	7	3	3	11	11	6
C42-C42	Sistema hematopoyético y reticuloendotelial	56	61	67	59	53	72	71	79	79	87	80	87	95	84	75	89	105	119
C44-C44	Piel	33	25	41	43	31	45	49	47	65	61	61	61	72	57	84	63	82	71
C47-C47	Nervios periféricos y Sistema Nervioso Autónomo	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	2
C48-C48	Peritoneo y retroperitoneo	3	3	5	5	3	6	4	4	2	6	10	7	8	7	5	6	9	5
C49-C49	Tejido conjuntivo, subcutáneo y otros	13	10	16	12	15	15	16	12	25	11	15	14	15	14	16	15	18	17
C50-C50	Mama	404	403	372	374	419	390	452	463	525	532	537	599	652	624	598	624	607	646
C51-C58	Aparato genital femenino	225	206	200	218	273	242	234	262	293	294	255	290	295	301	298	281	298	312
C64-C68	Aparato urinario	64	52	53	63	58	79	75	64	68	73	75	70	75	89	89	112	85	97
C69-C72	Ojo, encéfalo y otros del SNC	33	29	34	47	35	42	48	45	49	60	54	57	49	50	57	53	66	52
C73-C75	Tiroides y otras glándulas endocrinas	14	18	17	20	12	20	19	26	23	26	20	35	27	28	28	44	39	46
C76-C76	Localizaciones mal definidas	10	16	13	12	9	11	7	5	5	10	8	9	7	9	6	5	8	7
C77-C77	Gánglios linfáticos	43	33	44	36	42	52	53	45	48	43	48	52	60	56	51	67	67	52
C80-C80	Localización primaria desconocida	111	84	73	90	78	78	68	77	58	77	84	100	91	76	85	67	71	93
C00-C80 Todas		1498	1441	1448	1478	1532	1576	1659	1689	1815	1900	1890	2094	2104	2089	2135	2216	2225	2318

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

Código	Localización	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994*	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
C00-C14	Labio, cavidad oral y farínge	4,65	5,85	4,89	4,24	2,38	3,74	4,76	5,61	5,1	5,28	5,62	6,84	8,59	5,68	5,35	7,8	7,11	5,39
C15-C26	Aparato digestivo	66,6	69,13	72,4	71,59	73,53	73,92	80,51	78,56	78,71	85	88,91	96,34	88,52	95,3	105,75	109,67	103	111,8
C30-C39	Aparato respiratorio y órganos intratorácicos	8,51	8,2	8,39	6,57	7,95	9,67	8,15	9,52	12,77	14,16	14,53	17,83	14,6	18,09	16,58	17,5	21,34	20,9
C40-C41	Huesos, articulaciones y cartílagos articulares	1,67	0,67	0,67	1,69	1,36	1,36	1,87	1,53	1,19	1,36	0,85	1,2	1,21	0,52	0,52	1,91	1,91	1,05
C42-C42	Sistema hematopoyético y reticuloendotelial	9,35	10,21	11,25	9,94	8,96	12,21	12,06	13,44	13,46	14,85	13,68	14,91	16,33	14,47	12,96	15,42	18,24	20,73
C44-C44	Piel	5,51	4,19	6,89	7,24	5,24	7,63	8,32	7,99	11,08	10,41	10,43	10,46	12,37	9,82	14,51	10,91	14,24	12,37
C47-C47	Nervios periféricos y Sistema Nervioso Autónomo	0,17	0	0	0	0	0,17	0,34	0	0,17	0	0	0	0,17	0	0,17	0	0,17	0,35
C48-C48	Peritoneo y retroperitoneo	0,5	0,5	0,84	0,84	0,51	1,02	0,68	0,68	0,34	1,02	2,05	1,37	1,37	1,21	0,86	1,04	1,74	0,87
C49-C49	Tejido conjuntivo, subcutáneo y otros	2,17	1,67	2,69	2,02	2,54	2,54	2,72	2,04	4,26	1,88	2,56	2,4	2,58	2,41	2,76	2,6	3,13	2,96
C50-C50	Mama	67,43	67,47	62,48	63,01	70,81	66,12	76,76	78,76	89,46	90,8	91,81	102,51	112,06	107,53	103,32	108,1	105,44	112,51
C51-C58	Aparato genital femenino	37,56	34,49	33,59	36,73	46,14	41,04	39,74	44,57	49,93	50,17	43,77	49,71	50,69	51,87	51,49	48,67	51,76	54,15
C64-C68	Aparato urinario	10,68	8,7	8,9	10,61	9,8	13,39	12,73	10,88	11,58	12,45	12,82	12	12,89	15,33	15,38	19,4	14,77	16,89
C69-C72	Ojo, encéfalo y otros del SNC	5,67	4,85	5,71	7,92	5,92	7,12	8,15	7,65	8,35	10,23	9,23	9,77	8,43	8,61	9,84	9,19	11,46	9,06
C73-C75	Tiroides y otras glándulas endocrinas	2,34	3,02	2,86	3,37	2,03	3,39	3,23	4,42	3,92	4,43	3,42	5,99	4,64	4,83	4,85	7,62	6,77	8,01
C76-C76	Localizaciones mal definidas	1,67	2,68	2,18	2,02	1,52	1,86	1,19	0,85	0,85	1,71	1,37	1,54	1,2	1,55	1,04	0,87	1,39	1,22
C77-C77	Gánglios linfáticos	7,18	5,52	7,39	6,06	7,1	8,82	9	7,65	8,18	7,34	8,21	8,91	10,31	9,65	8,81	11,61	11,64	8,88
C80-C80	Localización primaria desconocida	18,36	14,06	12,09	15,16	13,18	13,22	11,55	13,1	9,88	13,14	14,36	17,14	15,64	13,1	14,69	11,61	12,33	16,2
C00-C80 Todas		250,03	241,26	243,2	248,99	258,91	267,18	281,74	287,3	309,26	324,27	323,63	358,94	361,6	359,98	368,87	383,89	386,48	403,35

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

Casos por año y localización (agrupadas) para hombres

Código	Localización	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994*	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
C00-C14	Labio, cavidad oral y farínge	168	193	198	186	197	208	214	215	212	214	201	211	220	238	235	217	201	213
C15-C26	Aparato digestivo	659	623	604	707	690	674	753	773	820	847	869	891	937	973	981	1070	1044	1033
C30-C39	Aparato respiratorio y órganos intratorácicos	598	603	581	623	597	654	684	735	770	696	716	720	686	785	747	805	762	730
C40-C41	Huesos, articulaciones y cartílagos articulares	10	2	6	9	12	9	9	8	5	7	7	7	11	11	10	9	7	5
C42-C42	Sistema hematopoyético y reticuloendotelial	74	79	68	63	75	67	86	82	82	87	105	116	104	87	117	118	101	159
C44-C44	Piel	21	23	26	28	40	28	27	42	25	53	39	45	59	61	45	65	55	78
C47-C47	Nervios periféricos y Sistema Nervioso Autónomo	1	1	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1
C48-C48	Peritoneo y retroperitoneo	4	3	2	6	2	2	3	4	1	8	6	3	7	11	4	6	5	8
C49-C49	Tejido conjuntivo, subcutáneo y otros	12	15	15	19	18	22	33	25	27	27	23	23	24	19	23	24	16	22
C50-C50	Mama	6	2	2	0	4	4	7	7	9	10	5	10	4	2	8	6	7	7
C60-C63	Aparato genital masculino	156	182	223	185	210	232	210	311	314	261	361	405	382	504	540	605	660	731
C64-C68	Aparato urinario	287	268	288	278	279	352	312	259	257	292	299	293	335	352	359	420	397	393
C69-C72	Ojo, encéfalo y otros del SNC	55	41	41	46	36	61	54	66	67	55	74	62	57	60	71	59	61	75
C73-C75	Tiroides y otras glándulas endocrinas	8	4	7	5	14	5	14	13	5	8	16	7	19	12	9	9	15	13
C76-C76	Localizaciones mal definidas	13	7	17	3	11	8	4	3	7	2	4	6	5	2	4	4	5	3
C77-C77	Gánglios linfáticos	54	45	53	70	68	48	60	69	56	62	69	65	70	64	73	61	74	66
C80-C80	Localización primaria desconocida	173	136	135	156	133	125	122	117	91	126	142	155	149	124	98	123	124	117
C00-C80	Todas	2299	2227	2266	2384	2386	2499	2593	2731	2748	2756	2937	3019	3070	3306	3324	3602	3534	3654

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

Código	Localización	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994*	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
C00-C14	Labio, cavidad oral y farínge	28,95	33,44	34,48	32,51	34,66	36,76	37,95	38,3	37,9	38,4	36,18	38,13	39,91	43,33	42,95	39,8	36,97	39,34
C15-C26	Aparato digestivo	113,6	107,93	105,15	123,7	121,34	119,1	133,58	137,66	146,59	152,01	156,54	161,07	169,99	177,13	179,24	196,18	192,09	190,77
C30-C39	Aparato respiratorio y órganos intratorácicos	103,1	104,46	101,16	108,97	104,97	115,57	121,33	130,88	137,65	124,91	128,98	130,15	124,45	142,9	136,49	147,6	140,21	134,8
C40-C41	Huesos, articulaciones y cartílagos articulares	1,72	0,34	1,04	1,57	2,1	1,59	1,59	1,42	0,89	1,26	1,26	1,26	2	2	1,82	1,65	1,28	0,92
C42-C42	Sistema hematopoyético y reticuloendotelial	12,76	13,69	11,84	11,02	13,19	11,84	15,26	14,6	14,66	15,61	18,92	20,97	18,87	15,66	21,38	21,64	18,58	29,55
C44-C44	Piel	3,62	3,98	4,53	4,9	7,03	4,95	4,79	7,48	4,47	9,51	7,03	8,13	10,7	11,11	8,22	11,92	10,12	14,4
C47-C47	Nervios periféricos y Sistema Nervioso Autónomo	0,17	0,17	0	0	0	0	0,18	0,36	0	0,18	0,18	0	0,18	0,18	0	0,18	0	0,18
C48-C48	Peritoneo y retroperitoneo	0,69	0,52	0,35	1,05	0,35	0,35	0,71	0,71	0,18	1,44	1,08	0,72	1,27	2	0,73	1,1	0,92	1,48
C49-C49	Tejido conjuntivo, subcutáneo y otros	2,07	2,6	2,61	3,32	3,16	3,89	5,85	4,45	4,83	4,85	4,14	4,16	4,35	3,46	4,2	4,4	2,94	4,06
C50-C50	Mama	1,03	0,35	0,35	0	0,7	0,71	1,24	1,25	1,61	1,79	0,9	1,81	0,73	0,36	1,46	1,1	1,29	1,29
C60-C63	Aparato genital masculino	26,88	31,53	38,82	32,36	36,92	41	37,25	55,39	56,14	46,84	65,03	73,22	69,3	91,75	98,67	110,93	121,44	134,99
C64-C68	Aparato urinario	49,47	46,43	50,14	48,63	49,06	62,21	55,34	46,13	45,94	52,41	53,86	52,96	60,78	64,08	65,59	77,01	73,05	72,39
C69-C72	Ojo, encéfalo y otros del SNC	9,48	7,1	7,14	8,04	6,34	10,78	9,58	11,76	11,98	9,87	13,33	11,2	10,34	10,92	12,97	10,82	11,23	13,85
C73-C75	Tiroides y otras glándulas endocrinas	1,38	0,69	1,21	0,86	2,46	0,89	2,48	2,32	0,89	1,44	2,88	1,26	3,45	2,18	1,65	1,65	2,76	2,4
C76-C76	Localizaciones mal definidas	2,24	1,21	2,96	0,52	1,93	1,41	0,71	0,53	1,25	0,36	0,72	1,08	0,91	0,36	0,73	0,73	0,92	0,37
C77-C77	Gánglios linfáticos	9,31	7,8	9,23	12,25	11,96	8,48	10,64	12,29	10,01	11,13	12,43	11,75	12,7	11,65	13,34	11,18	13,62	12,19
C80-C80	Localización primaria desconocida	29,83	23,56	23,5	27,29	23,39	22,09	21,64	20,83	16,27	22,61	25,58	28,02	27,03	22,57	17,91	22,55	22,82	21,61
C00-C80	Todas	396,37	385,84	394,52	417,12	419,54	441,6	460,15	486,32	491,23	494,57	526,09	545,94	556,97	601,68	607,32	660,44	650,27	674,59

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