

MEMORIA

2008

EDO
ESTUDIO DE BROTES
MÉDICOS VIGIA
MORBILIDAD HOSPITALARIA
MORTALIDAD
REGISTRO DE CÁNCER
VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	II
1- ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA	
Evolución de la declaración.....	1
Situación general de las EDO	2
Enfermedades de transmisión alimentaria	6
Enfermedades de transmisión respiratoria.....	7
Enfermedades prevenibles por inmunización	13
Hepatitis víricas.....	15
Enfermedades importadas	15
2- ESTUDIO DE BROTES DE TRANSMISION ALIMENTARIA	16
3- VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA	18
4- MÉDICOS VIGÍAS	22
4.1. Vigilancia de la gripe.....	22
4.2. Vigilancia de la varicela y herpes zoster.....	24
5- REGISTRO POBLACIONAL DE CÁNCER	25
6- REGISTRO DE MORTALIDAD	31
7- MORBILIDAD HOSPITALARIA - CMBD	40
8- ANEXOS	45
Anexo I: Población Álava 2006	

INTRODUCCION

En este informe se presenta un resumen de las actividades realizadas por la Unidad de Epidemiología en el año 2008. En el mismo se analiza tanto información procedente de los sistemas de información gestionados por la unidad de Epidemiología (Enfermedades de Declaración Obligatoria, Brotes de Toxi-infección alimentaria, Sistema de Información Microbiológica, Red de Vigilancia de Médicos Vigía, Registro de Cáncer y Registro de Vacunación) como de otros sistemas no gestionados por esta unidad, como son el Registro de Mortalidad y el Registro de Altas Hospitalarias (CMBD).

Los datos analizados corresponden al año 2008 para todos los sistemas a excepción del Registro de Cáncer, en el que se analizan datos del año 2004, y del Registro de Mortalidad, del que se analizan datos del año 2006. Respecto a la información de la Red de Médicos Vigía se presenta los datos de la vigilancia de la gripe en la CAPV durante la temporada 2008-2009.

Desde esta unidad queremos agradecer a todos los médicos declarantes, y a todos los profesionales de los centros de salud, hospitales y laboratorios clínicos en general, su continua colaboración, esencial para la realización de una adecuada vigilancia epidemiológica.

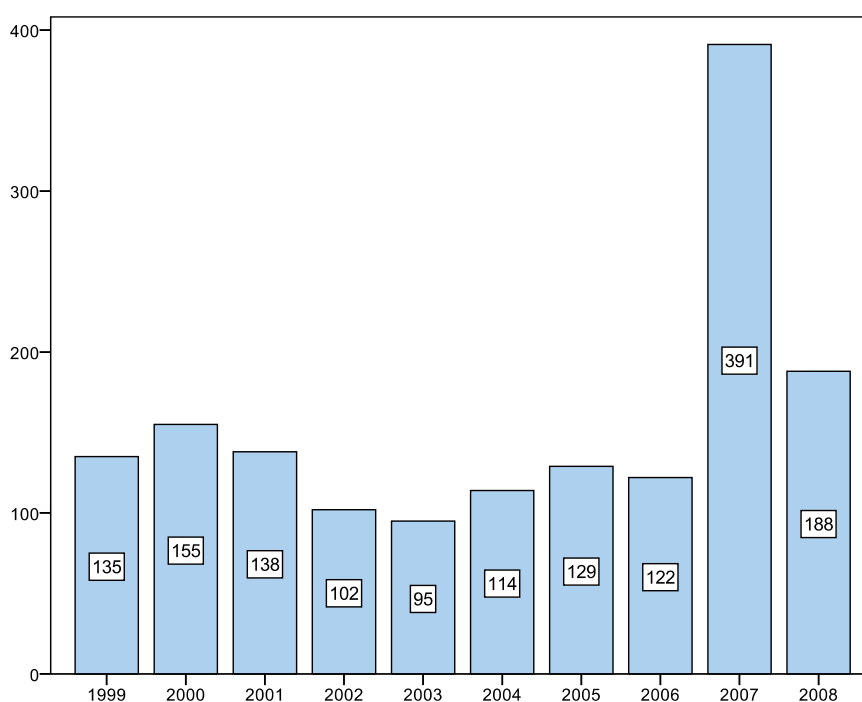
1- ENFERMEDADES DE DECLARACION OBLIGATORIA

EVOLUCION DE LA DECLARACION

La **declaración numérica semanal** de las enfermedades de declaración obligatoria (E.D.O), medida ésta como el porcentaje de partes de notificación recibidos respecto al número de partes posibles (una declaración semanal por médico), ha sido del 90,93% en el año 2008, porcentaje ligeramente inferior al del año anterior, que fue del 92,76%. Cabe destacar que desde el año 2001 los porcentajes de declaración han estado siempre por encima del 90%, dato que puede considerarse muy positivo.

En cuanto al número de **hojas de declaración individual** recibidas, en la siguiente gráfica puede verse su evolución en los últimos diez años.

Figura 1.1- Evolución declaración EDO individual. Álava 1999-2008.



El notable incremento experimentado en el año 2007 se debió sobre todo al brote de parotiditis que se produjo ese año y que ha ido remitiendo en el 2008. La procedencia de las 188 hojas de declaración individual recibidas en el 2008 es la siguiente:

Tabla 1.1- Declaración EDO individual por centros. Álava 2008.

CENTRO	CASOS	%
Hospital Txagorritxu	39	20,7
Hospital Santiago	30	16
Centros Vitoria-Gasteiz	61	32,4
Otros Hospitales	13	7
Otros centros Álava	20	10,6
Dirección territorial Álava	25	13,3
TOTAL	188	100

SITUACION GENERAL DE LAS E.D.O.

En la tabla 1.2 se presenta el número de casos incidentes de cada una de las enfermedades sujetas a declaración notificados en el año 2008 así como en los cinco años anteriores. Para el año 2008 se muestran también las tasas de incidencia por 100.000 habitantes así como los índices epidémicos 1 y 2.

Tabla 1.2- Casos Álava 2003-2007 y Casos, tasas e Índices Epidémicos Álava 2008.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008			
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Tasa	IE1	IE2
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0		
Cólera	0	0	0	0	0	0	0		
Disentería	1	0	1	0	3	2	0,65	0,67	2
F. Tifo-paratífica	1	0	0	0	1	1	0,33	1	*
Triquinosis	1	0	0	0	0	39	12,75	*	*
E. meningocócica	12	18	8	1	4	8	2,62	2	1
Gripe	13387	4816	10414	3759	4977	8365	2735,25	1,68	1,68
Legionelosis	19	15	13	14	10	13	4,25	1,3	0,93
Meningitis tuberculosa	1	0	2	0	0	2	0,65	*	*
Tuberculosis	35	53	56	64	43	51	16,68	1,19	0,96
Varicela	1665	3291	1592	2140	2171	1550	506,83	0,71	0,72
I. gonocócica	7	4	2	11	5	2	0,65	0,4	0,4
Sífilis	6	5	9	6	11	21	6,87	1,91	3,5
Difteria	0	0	0	0	0	0	0		
Parotiditis	7	9	25	13	311	46	15,04	0,15	3,54
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0		
Rubéola	0	0	3	0	1	0	0		
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0		
Tétanos	0	0	0	1	1	0	0		
Tos Ferina	1	1	2	1	1	2	0,65	2	2
Hepatitis A	3	4	6	6	6	9	2,94	1,5	1,5
Hepatitis B	2	4	9	7	4	6	1,96	1,5	1,5
Hepatitis C	5	2	5	12	2	4	1,31	2	0,8
O. Hepat. Víricas	0	0	0	1	1	0	0		
Brucelosis	0	2	0	1	0	0	0		
Rabia	0	0	0	0	0	0	0		
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0		
Paludismo	7	5	2	5	3	5	1,63	1,67	1
Peste	0	0	0	0	0	0	0		
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0		
Lepra	1	1	0	0	0	0	0		
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0		
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0		
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0		

*El nº de casos del año anterior o a mediana del quinquenio anterior es 0 y por lo tanto no se puede hallar el índice epidémico correspondiente.

El índice epidémico 1 (IE1) es el nº de casos de ese año dividido entre el nº de casos del año anterior, mientras que el índice epidémico 2 (IE2) corresponde al cociente entre el nº de casos de ese año y la mediana de los cinco años anteriores. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal; si es menor o igual a 0,75 es de incidencia baja, y si es mayor o igual a 1,25 es de incidencia alta. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad dado que pequeñas oscilaciones en el nº de casos producen grandes variaciones en dicho índice.

En la figura 1.2 se representan las tasas de incidencia por 100.000 habitantes usando una base logarítmica para el eje horizontal a fin de poder presentar en el mismo gráfico las enfermedades de elevada incidencia junto con las de baja incidencia. Para el cálculo de las tasas se han utilizado datos del Eustat del 2006.

Figura 1.2.- EDO Álava 2008 (tasas por 100.000 habitantes y base logarítmica).

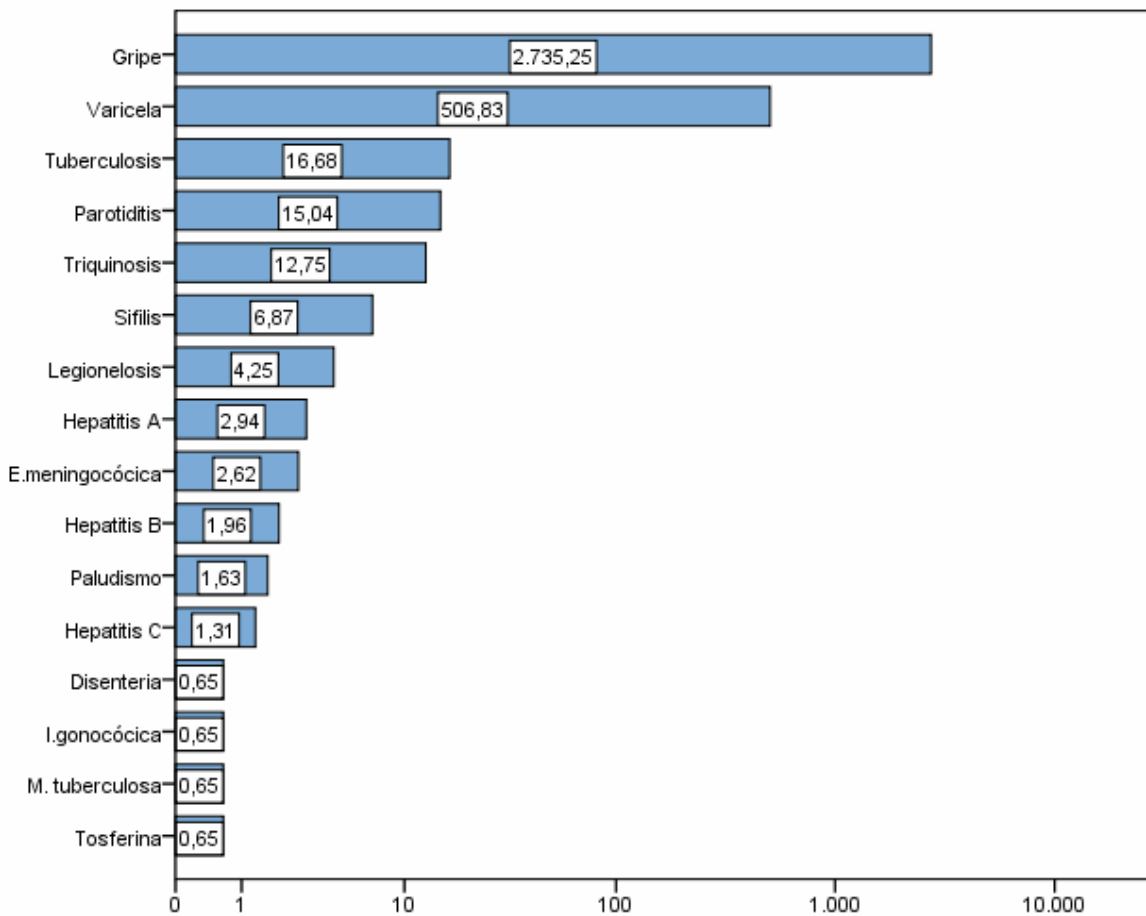


Figura 1.3- Índice Epidémico 1. Álava 2008.

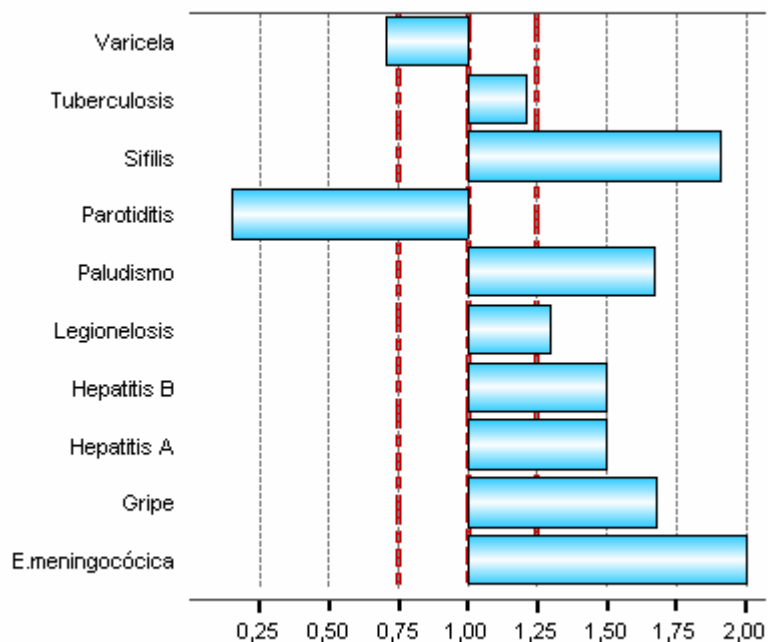
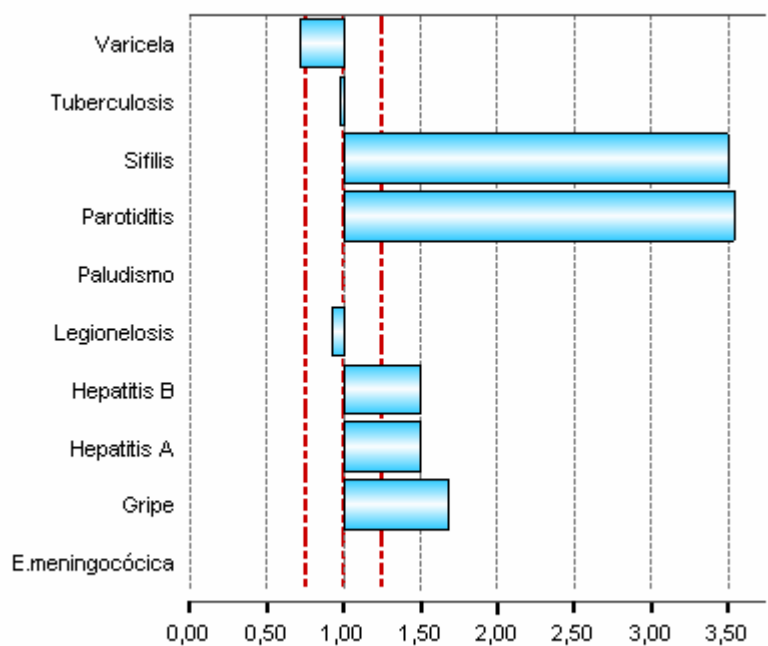


Figura 1.4- Índice Epidémico 2. Álava 2008.



Se han representado los índices epidémicos de las enfermedades de declaración obligatoria que han tenido al menos 5 casos en el año 2008.

Como puede verse en las gráficas de los índices epidémicos, la única enfermedad que ha presentado una baja incidencia respecto a temporadas anteriores es la varicela.

La parotiditis muestra una imagen contradictoria si se observan las dos gráficas a la vez ya que si bien ha descendido su incidencia respecto al año pasado, debido a que en ese año se produjo un brote de parotiditis que afectó a toda la CAPV y a otras CC.AA., su incidencia ha sido alta si se tienen en cuenta los cinco años anteriores.

Para el resto de enfermedades se interpreta el IE2 debido a que presenta mayor estabilidad; según este, la tuberculosis, legionelosis, infección meningocócica y paludismo han presentado una incidencia normal, mientras que la gripe, hepatitis A y B han aumentado ligeramente su incidencia, siendo el aumento más notable el de la sífilis.

Cabe destacar que la enfermedad en la que se ha producido un aumento más notable respecto a otros años ha sido la triquinosis, debido a un brote asociado al consumo de embutido de jabalí que se produjo a principios de año. Sin embargo sus índices epidémicos no han podido calcularse debido a que el nº de casos de años anteriores había sido de cero.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION ALIMENTARIA

DISENTERIA

En el año 2008 se han notificado dos aislamientos de Shigella, uno de S. sonnei y otro de S. flexneri, en dos mujeres de 16 y 48 años respectivamente. Ambos casos tenían como antecedente el mismo viaje a Cabo Verde días antes del inicio de síntomas.

FIEBRE TIFO-PARATIFICA

Se notificó un aislamiento de Salmonella Typhi en un varón de 43 años que tenía como antecedente un viaje a su país de origen, Pakistan.

TRIQUINOSIS

Se han declarado 39 casos de triquinosis este año, todos ellos asociados al mismo brote familiar por consumo de salchichón de jabalí y que se describirá más adelante, dentro del estudio de brotes de transmisión alimentaria.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION RESPIRATORIA

ENFERMEDAD MENINGOCOCICA

El número de casos de enfermedad meningocócica declarado ha sido de 8. Seis casos se han producido en el grupo de edad de 0 a 5 años, y los otros dos casos correspondían a adultos de 23 y 55 años.

La forma clínica de presentación ha sido de sepsis en 7 casos (uno de ellos también con meningitis) y un caso de meningitis.

El aislamiento del microorganismo solo se logró en 5 de los casos (4 en hemocultivo y 1 en LCR); de éstos, 4 pertenecen al serogrupo B y uno al C (en paciente adulto).

Respecto a la vacunación, todos los casos infantiles habían recibido la vacuna conjugada C, no estando vacunados los dos casos adultos.

Todos los casos se han presentado de forma aislada y en todos ellos se hizo estudio de contactos y se facilitó quimioprofilaxis a los mismos.

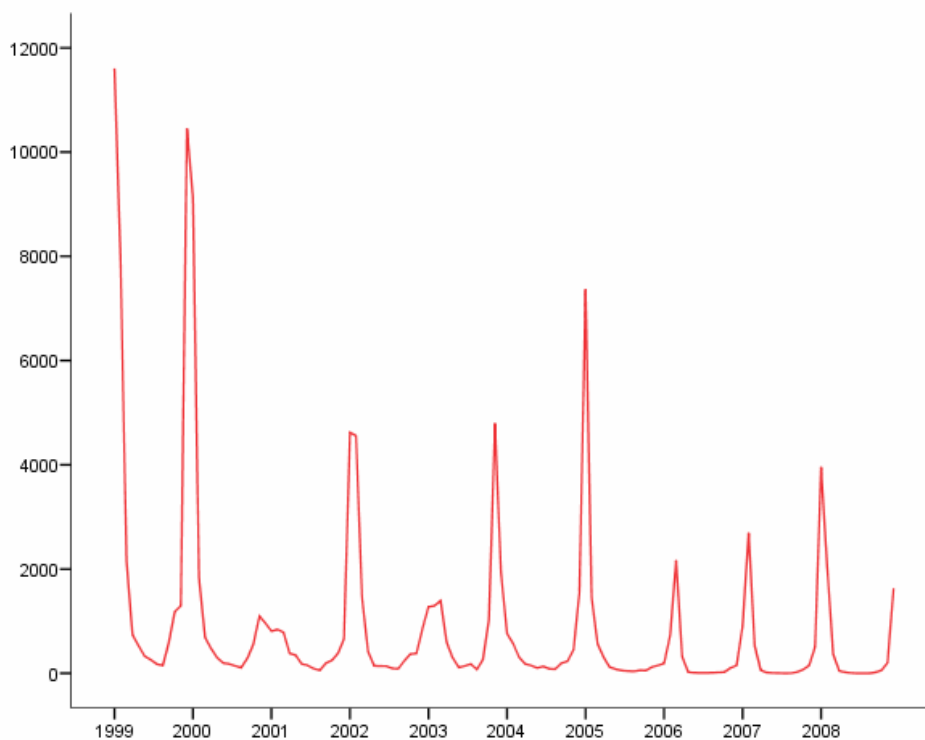
No se produjo ningún fallecimiento por esta causa.

GRIPE

El número de casos de gripe declarados en el 2008 ha sido de 8.358, lo que se corresponde con una tasa de incidencia de 2732,96 por 100.000 habitantes, superior a la de los dos últimos años. El registro EDO de casos no coincide con la temporada de vigilancia por la Red de Médicos Vigía, que comprende desde la semana 40 de un año a la semana 20 del año siguiente. Los resultados de la vigilancia de la temporada 2008-2009 y su comparación con la temporada 2007-2008 se comentaran en el apartado de Médicos Vigía.

En la siguiente figura se representa el nº de casos notificados mediante declaración numérica semanal, agrupados por cuatrisesmanas, desde el año 1999 hasta el 2008.

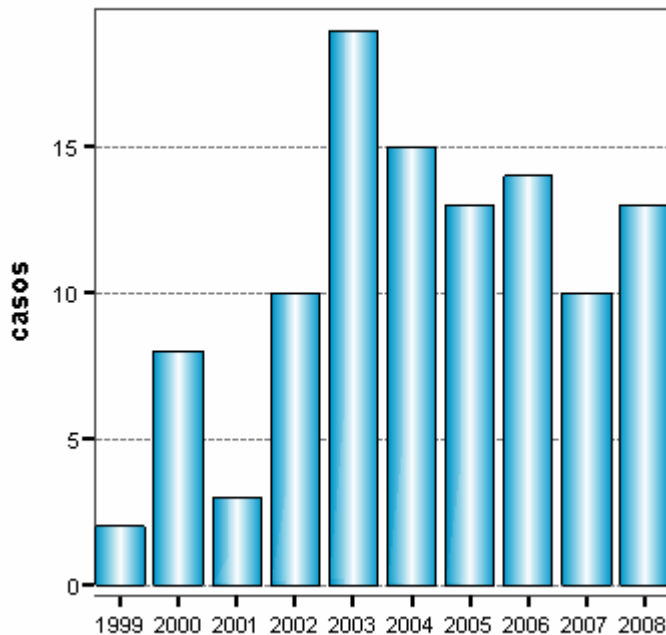
Figura 1.5- Casos de gripe por cuatrisesmanas. Álava 1999-2008.



LEGIONELLA

Los casos de legionelosis notificados en 2008 han sido de 13, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 4,25 por 100.000 habitantes, incidencia normal si se tienen en cuenta los cinco años anteriores.

Figura 1.6- Casos de legionelosis. Álava 1999-2008.



En todos los casos la forma clínica fue enfermedad del legionario.

El diagnóstico se realizó por detección de antígeno en orina en 11 casos (confirmado por cultivo en 1), seroconversión en un caso y por un título alto de anticuerpos en un único suero en otro.

Los casos fueron todos varones, pertenecientes al grupo de edad de 45-64 años 10 casos y mayores de 65 años los otros 3 casos.

Se produjo el fallecimiento de un hombre de 53 años sin patología previa.

En cuanto al ámbito de aparición de los casos, 11 de ellos se presentaron como casos aislados y hubo 2 parejas de casos agrupados en tiempo y espacio.

De los 13 casos, 2 no han presentado ningún factor de riesgo individual. En los 11 casos restantes se identificó uno o más factores: 6 fumadores, 5 bebedores, 1 neoplasia, 1 inmunosupresión, 1 diabetes y 1 enfermedad respiratoria crónica.

En los casos en los que se identificó algún posible factor de riesgo ambiental se realizó la oportuna investigación por parte de los técnicos de Sanidad ambiental de la Subdirección de Salud Pública de Álava, técnicos de Salud Pública de la Comarca Araba, Departamento de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz (DEMSAC) y OSALAN, obteniéndose un único resultado positivo para legionella en la muestra de una torre de refrigeración perteneciente a la empresa en la que trabajaba uno de los casos. Dado que en ese caso no se hizo cultivo, no se pudieron comparar las cepas.

En la tabla siguiente se refleja la distribución de casos de legionella según municipio de residencia, junto con su correspondiente tasa de incidencia por 100.000 habitantes.

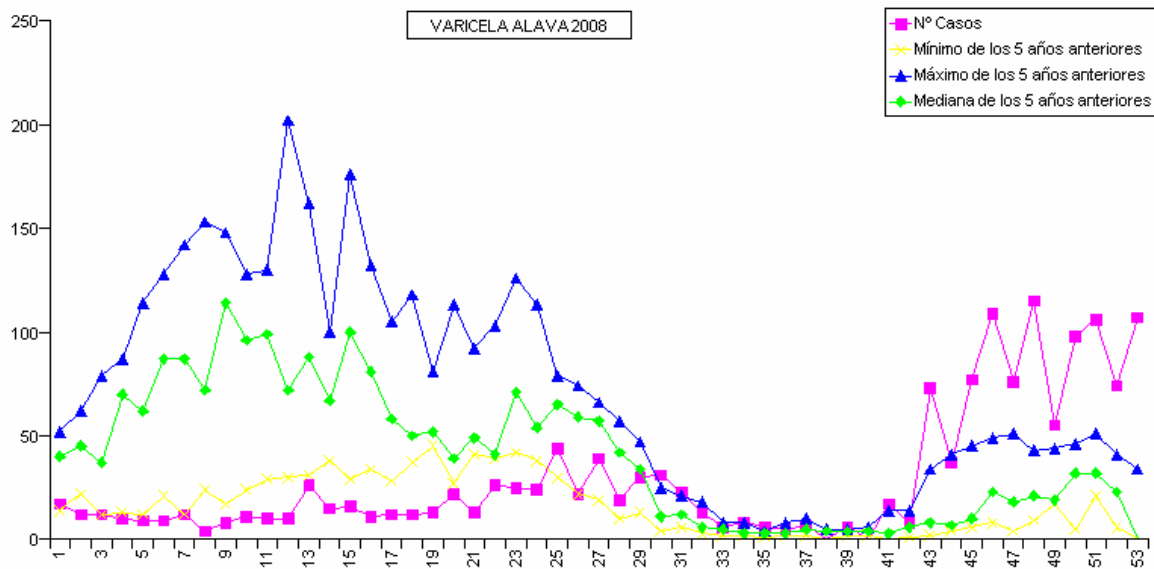
Tabla 1.3- Distribución casos Legionella según municipio. Álava 2008.

MUNICIPIO	CASOS	TASA x 100.000
Vitoria-Gasteiz	8	3,48
Llodio	2	10,88
Amurrio	2	20,33
Legutiano	1	64,1
TOTAL	13	4,25

VARICELA

Durante el año 2008 se han declarado de forma numérica 1.550 casos de varicela, lo que se corresponde con una tasa de incidencia de 506,83 por 100.000 habitantes, incidencia baja tanto si se compara con el año anterior como con los cinco años anteriores.

Figura 1.7- Declaración numérica de casos de varicela por semanas. Álava 2008.

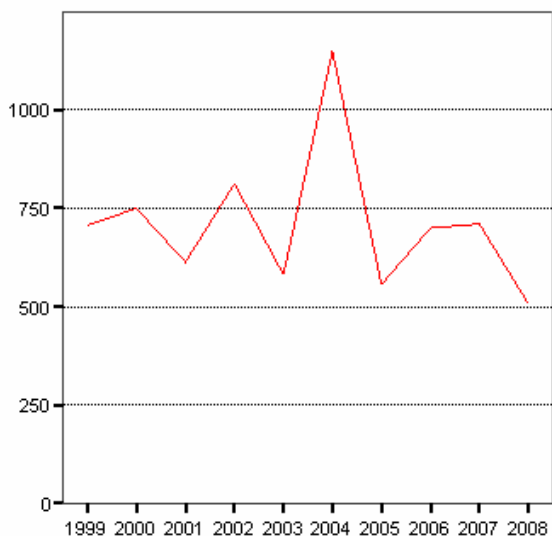


Sin embargo, es de destacar que en la gráfica de distribución de casos por semanas durante el año 2008 no se observa el patrón epidemiológico típico de esta enfermedad en áreas templadas, ya que mientras que en años pasados los picos de máxima incidencia se produjeron en primavera, durante el 2008 se produjeron mayoritariamente en otoño.

Dado que la varicela es una enfermedad de declaración solo numérica no se puede hacer una descripción según características de persona (género y edad).

Según datos del CMBD, en el año 2008 se han producido 8 altas con diagnóstico de varicela (frente a las 16 del año anterior); de éstos, 4 casos han sido menores de 5 años y 4 en el grupo de edad de 25 a 35 años. Cinco casos presentaron complicaciones (4 neumonitis y 1 otras complicaciones). No se produjo ningún fallecimiento por esta causa.

Figura 1.8- Tasas de incidencia de varicela por 100.000 habitantes. Álava 1999-2008.

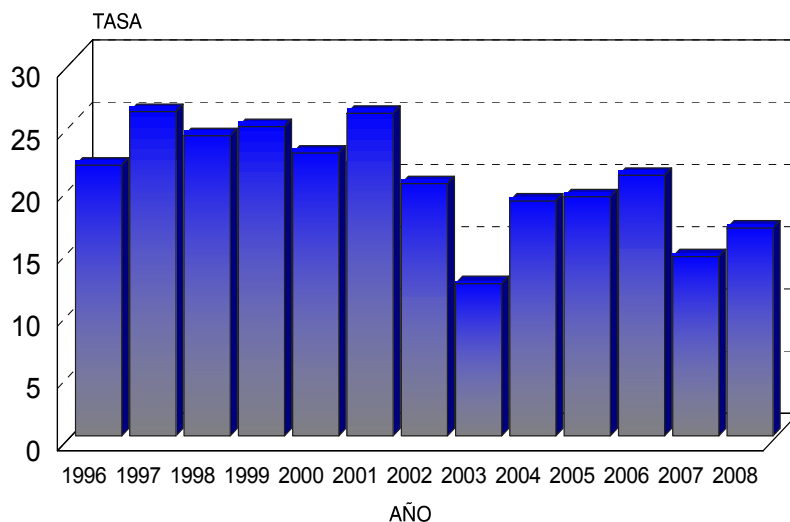


Se observa una disminución de la incidencia de varicela durante los años 2005-2008 (la vacuna está disponible en farmacias desde el año 2004, y en octubre de 2005 se introdujo la vacunación a susceptibles mayores de 10 años en el calendario vacunal de la CAPV), pero no es posible saber en que medida esto se debe a la vacunación por la falta de cifras de cobertura vacunal y porque este período es inmediatamente posterior a la última epidemia, cuyo máximo se registró en el año 2004.

TUBERCULOSIS

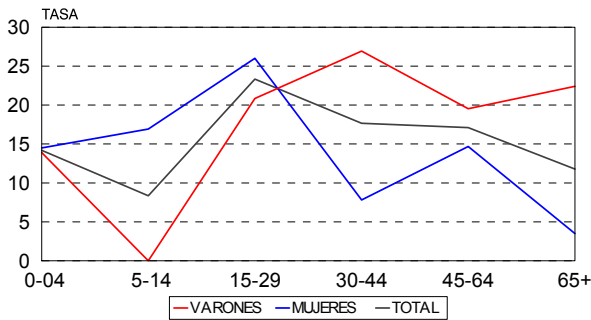
Durante 2008 se han recibido 54 declaraciones individuales de tuberculosis (TBC), 3 correspondientes a residentes en otros territorios históricos de nuestra comunidad o de otras comunidades autónomas y 51 a personas residentes en el Territorio Histórico de Álava. La tasa global por 100.000 habitantes es de 16,68, lo que supone un ligero aumento respecto al año anterior (14,39/100.000 hab.).

Figura 1.9- Tasas de TBC (por 100.000 habitantes). Álava 1996-2008.



La razón de sexos (hombre/mujer) de los casos notificados en 2008 es de 1,6, con 31 casos en hombres (tasa de 20,36/100.000) y 20 casos en mujeres (tasa de 13/100.000). Sin embargo esta razón se invierte en los grupos de edad más jóvenes (0-29 años), con 10 casos en mujeres (tasa de 21,91/100.000) y 7 casos en hombres (tasa de 14,53/100.000).

Figura 1.10 y Tabla 1.4-Tasas de Tuberculosis por cien mil habitantes según edad y sexo. Álava 2008.

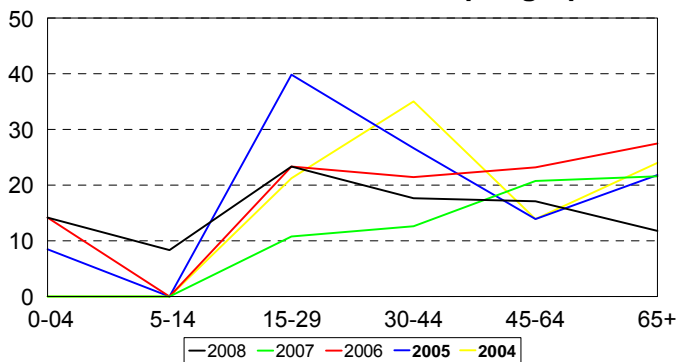


	Varones		Mujeres		Total	
	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa
0 - 4	1	13,89	1	14,49	2	14,18
5 - 14	0	0	2	16,92	2	8,34
15 - 29	6	20,85	7	26,00	13	23,34
30 - 44	11	26,93	3	7,81	14	17,66
45 - 64	8	19,52	6	14,68	14	17,11
65 +	5	22,40	1	3,49	6	11,78
Total	31	20,36	20	13,03	51	16,68

Como puede observarse en la tabla anterior, el grupo de edad más afectado es el de 15-29 años, con una tasa de 23,34/100.000 habitantes. Sin embargo, si bien dicho grupo es el que presenta una mayor tasa para las mujeres, en los hombres es el grupo de 30-44 años el que presenta la tasa más alta.

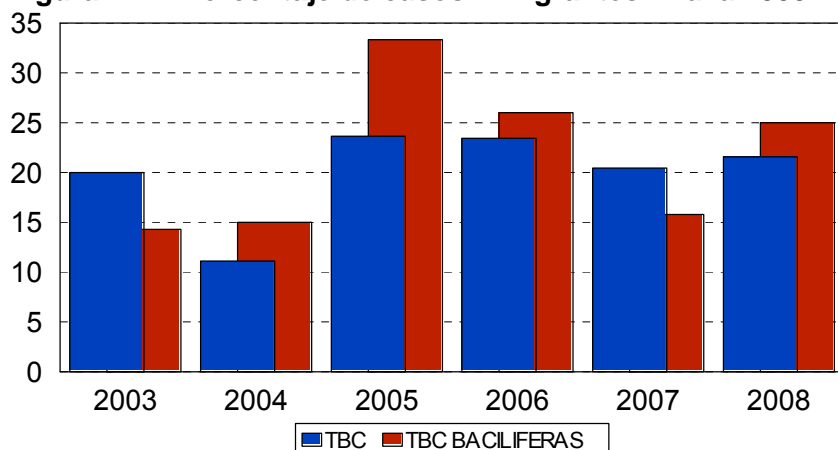
En la figura 1.11 se observa la distribución de las tasas por grupos de edad en los últimos 5 años.

Figura 1.11- Tasas TBC/100.000 habitantes por grupos de edad. Álava 2004-2008.



De los 51 casos totales, 11 corresponden a inmigrantes (éstos suponen el 21,6% de las tuberculosis totales y el 25% de las bacilíferas). Los años de llegada a nuestro país son los siguientes: año 2003 (1), 2004 (2), 2005 (1), 2006 (1), 2007 (5) y 2008 (1). Los países de procedencia son: 3 casos de Perú, 2 casos de Rumania y Marruecos y 1 caso de Pakistán, Ucrania, Chile y Brasil.

Figura 1.12- Porcentaje de casos inmigrantes. Álava 2003-2008.



Respecto al método diagnóstico, 30 casos (59% del total) han presentado cultivo positivo en alguna muestra biológica. Los casos con microscopia directa de esputo positiva son 18 (56% de las TBC pulmonares) lo que supone una tasa de tuberculosis bacilífera de 5,9 casos por 100.000 habitantes, ligeramente inferior respecto al pasado año (7 casos /100000 hab.).

De las cepas en las que se ha realizado estudio de sensibilidad, 2 han presentado alguna resistencia: una cepa de *M. Bovis* resistente a piracinamida y una de *M. tuberculosis* resistente a isoniacida.

En relación a la localización anatómica, 32 casos (62,7%) presentan localización pulmonar, con o sin otras localizaciones. Los 2 casos con localización meníngea tenían como antecedente terapia inmunosupresora.

Tabla 1.5.- Tuberculosis declaradas según localización. Álava 2008.

	Nº	%
Pulmonar	28	54,9
Pulmonar y Diseminada	3	5,9
Pulmonar y Linfática	1	1,96
Linfática	8	15,7
Pleural	5	9,8
Meníngea	2	1,96
Pericarditis	2	3,9
Peritoneal	1	1,96
Diseminada	1	1,96
TOTAL	51	100

Uno de los objetivos específicos que se plantearon en el programa de prevención y control de la TBC para la CAPV, en el apartado de detección y diagnóstico, era que la demora diagnóstica, entendida como el número de días transcurridos entre la fecha de inicio de síntomas y el comienzo del tratamiento debía ser menor de 30 días en el 95% de los casos bacilíferos. Este año una de las TBC bacilíferas fue un hallazgo casual que no tenían sintomatología. En el resto de casos con baciloscopia positiva en esputo, este objetivo se ha cumplido en el 53%, con un mínimo de 1 día, un máximo de 147, una media de 50 y una mediana de 23 días.

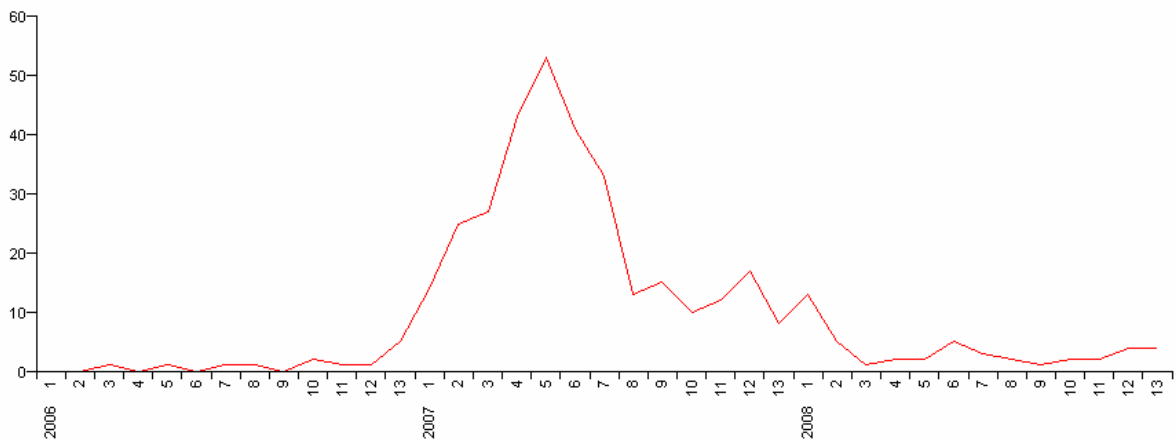
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACION

PAROTIDITIS

Durante el año 2008 se han notificado 46 casos de parotiditis, cifra notablemente más baja que la del año anterior, con 311 casos notificados. Esta disminución de la incidencia se produce en la mayoría de las CCAA, después del aumento generalizado que se produjo en el año 2007, correspondiente a la 5ª onda epidémica posterior a la introducción de la vacuna.

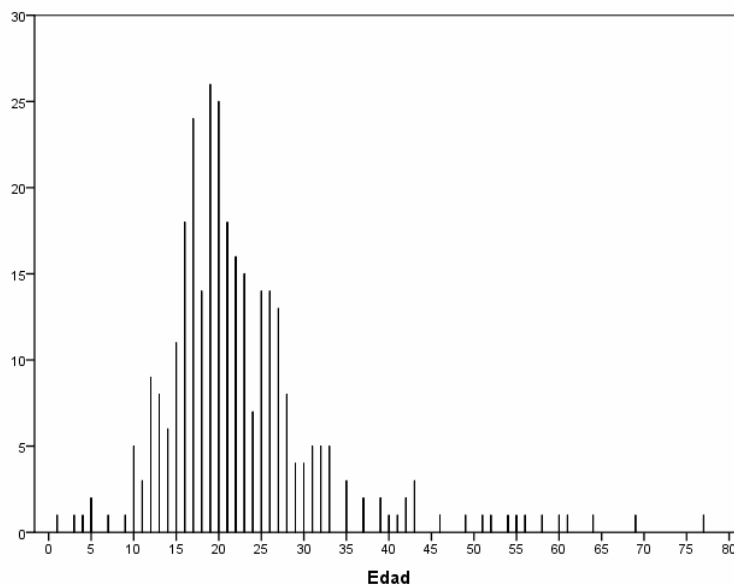
Según datos del CMBD, en el 2008 se ha producido un alta con diagnóstico de parotiditis (frente a los 11 casos del 2007).

Figura 1.13- Casos de parotiditis por cuatrisesmanas. Álava 2006-2008.



Durante el año 2007 se notificaron 311 casos con un rango de edad de 1 a 77 años, siendo la media de 22,7 años y encontrándose el 90% de los casos dentro del intervalo de 10 a 35 años, como puede observarse en la figura siguiente. De estos casos el 54% fueron hombres y el 46% mujeres.

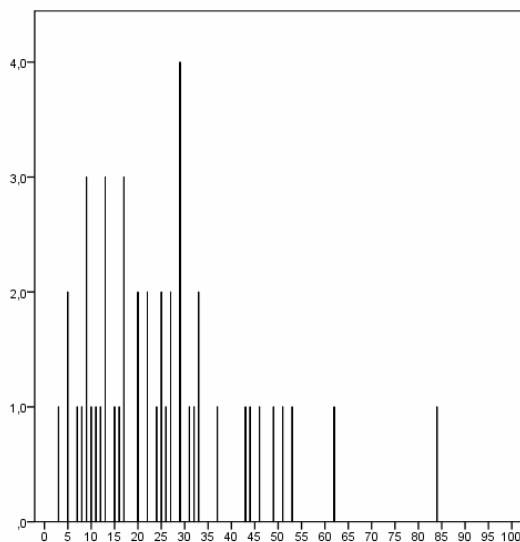
Figura 1.14- Distribución por edad de casos de parotiditis. Álava 2007.



Respecto a la vacunación, en el 26% de los casos declarados no constaba este dato, y de los casos en que si se disponía de este dato el 70% tenía la vacunación completa, el 8% tenía vacunación incompleta y el 22% no estaba vacunado. Si bien se ha descrito ampliamente ya la baja potencia de la vacuna que incluía la cepa Rubini, utilizada aquí para la vacunación de la cohorte que ahora se encuentra en el grupo de edad de 19 a 23 años, este grupo solo incluye el 32% de los casos. Por otra parte, en diversos estudios realizados en países europeos en los que se han producido brotes de parotiditis habiéndose utilizado para la vacunación la cepa Jeryl Lynn (usada aquí actualmente) se concluye que se deben hacer más estudios para dilucidar si la vacuna que usa esta cepa es poco efectiva o si la inmunidad generada disminuye con el transcurso del tiempo desde la última dosis recibida.

Durante el **año 2008** se notificaron 46 casos de parotiditis con un rango de edad de 3 a 84 años, siendo la media de 25 años. En este año, a diferencia del anterior, no se observa una concentración tan acusada de los casos en un determinado grupo de edad.

Figura 1.15- Distribución por edad de casos de parotiditis. Álava 2008.



Respecto a la vacunación, en el 28% de los casos declarados no constaba este dato, y de los casos en que si se disponía de este dato el 45% tenía la vacunación completa, el 6% tenía vacunación incompleta y el 48% no estaba vacunado.

TOS FERINA

Durante el año 2008 se notificaron 2 casos de tos ferina, ambos en lactantes de 2 meses de edad, no vacunado uno de ellos y con una dosis de DTP el otro. En ambos casos se administró profilaxis a los convivientes. La confirmación por laboratorio fue en los dos casos por PCR, siendo el cultivo negativo.

HEPATITIS VIRICAS

HEPATITIS A

Se notificaron 9 casos de hepatitis A durante 2008. El rango de edad fue de 6 a 96 años, concentrándose la mayor parte de los casos entre los 30 y 40 años. En cuanto a factores de riesgo, 2 casos presentaban antecedente de ingesta de marisco crudo, 2 habían viajado a zona endémica y 2 habían tenido contacto con otro caso confirmado de hepatitis A.

Durante el segundo semestre de este año la Comunidad Valenciana comunicó un brote de hepatitis A asociado al consumo de coquinas/tellinas congeladas procedentes de Perú, siendo el virus de la hepatitis A identificado en dicho producto. Si bien uno de los casos de Álava tenía antecedentes de consumo de coquinas crudas, procedentes de Perú también, en el análisis realizado a las coquinas que la afectada todavía conservaba no se detectó virus de la hepatitis A.

HEPATITIS B

Se han declarado 6 casos de hepatitis B aguda, todos ellos hombres, con un rango de edad de 22 a 57 años y no vacunados en todos los casos. En cuanto a los factores de riesgo, 2 casos eran pareja sexual de portador de hepatitis B, un caso tenía como antecedente contacto sexual con múltiples parejas y otro era contacto familiar de un caso de hepatitis B.

HEPATITIS C

Durante el año 2008 se han declarado 4 casos de hepatitis C aguda. Se contabilizan como casos de hepatitis C aguda aquellos en los que existe una seroconversión documentada o aquellos en los que tras estudiar su clínica y antecedentes epidemiológicos existe una sospecha fundada de que sea una hepatitis C aguda.

Dos de los casos eran hombres y dos mujeres, con un rango de edad de 41 a 61 años. No se llegó a identificar el factor de riesgo en ninguno de los casos.

ENFERMEDADES IMPORTADAS

PALUDISMO

Se han declarado 5 casos de paludismo durante el año 2008, una mujer y cuatro hombres con un rango de edad entre 24 y 41 años, requiriendo ingreso hospitalario todos ellos.

El diagnóstico se hizo en todos los casos por detección de antígeno y visualización del parásito en frotis sanguíneo.

Salvo el caso femenino, cooperante durante 3 meses en Guinea Ecuatorial, los casos se han producido en personas oriundas de países endémicos de malaria (Mali, Burkina Faso e India) que habían regresado a su país de origen de vacaciones.

Solo tomó quimioprofilaxis uno de los casos, y ésta fue solo parcial debido a los efectos secundarios.

La especie de *Plasmodium* fue ovale en el caso con antecedente de estancia en Guinea Ecuatorial, y falciparum en el resto.

En todos los casos la evolución de la enfermedad ha sido la curación.

2- ESTUDIO DE BROTES DE TRANSMISION ALIMENTARIA

Durante el año 2008 se declararon e investigaron 7 brotes de toxi-infección alimentaria, con un total de 83 personas afectadas, de las cuales 2 requirieron hospitalización.

Estas cifras suponen un aumento tanto del número de brotes como de afectados respecto al año anterior. Sin embargo el número de afectados ha sido inferior al de cada uno de los años comprendidos entre 1998 y 2006, como puede observarse en la siguiente tabla.

Tabla 2.1- Evolución de los brotes de toxi-infección alimentaria. Álava 1998-2008.

Año	Nº Brotes	Nº Afectados	Casos/brote
1998	8	291	36,4
1999	17	135	8
2000	10	147	14,7
2001	16	92	5,8
2002	18	195	10
2003	10	114	11,4
2004	11	121	11
2005	9	152	17
2006	7	201	28,7
2007	2	11	5,5
2008	7	83	12

En la tabla 2.2 se presentan los datos de los brotes ocurridos en el 2008. A diferencia de otros años, en éste no predominan los derivados del huevo como alimento implicado, si bien en dos de los brotes no se llegó a identificar el alimento implicado.

Tabla 2.2- Toxi-infecciones Alimentarias. Álava 2008.

Fecha	Municipio	Lugar	Nº Exp.	Nº Afect.	Vehículo	Detección agente o toxina en	Agente causal
Enero	Lagrán	Hogar privado	110	42	Embutido	Afectados y alimentos	Trichinella Spiralis
Enero	Vitoria-Gasteiz	Restaurante	21	5	Ostras	No	Probable virus
Marzo	Vitoria-gasteiz	Bar	24	10	Desconocido	No	Desconocido
Junio	Vitoria-Gasteiz	Restaurante	24	13	Desconocido	No	Desconocido
Noviembre	Labastida	Restaurante	10	6	Queso de oveja	Alimento	Toxina estafilocócica
Diciembre	Vitoria-Gasteiz	Bar		4	Huevo	Afectados	S. enteritidis
Diciembre	Vitoria-Gasteiz	Bar		2	Huevo	Afectados	S. enteritidis

Nota: Nº Exp.: nº de personas expuestas. Nº Afect.: nº de personas afectadas.

En cuanto a los factores contribuyentes en los brotes investigados, en 2 de ellos no se identificó el posible factor contribuyente. En el resto dichos factores fueron: consumo de alimento crudo (2 brotes), uso de ingrediente contaminado (1), preparación con gran antelación (1) y este último factor junto a un enfriamiento inadecuado y la posibilidad de contaminación cruzada (1).

Las medidas adoptadas en dichos brotes han sido: inspección del local en el que se elaboraron los alimentos (6 brotes), subsanación de deficiencias (2), inmovilización provisional de alimento (1), recogida y destrucción de alimento (1) y toma de muestra a manipuladores (1).

BROTE FAMILIAR DE TRIQUINOSIS

Cabe destacar un brote de triquinosis causado por consumo de salchichón elaborado con carne de jabalí procedente de una cacería llevada a cabo a finales del año 2007 en un coto de caza del municipio de Lagrán (Álava). El primer caso, notificado el 29 de enero de 2008, correspondía a un niño de 14 años que inició síntomas el 1 de enero de 2008, presentando fiebre, mialgia y párpados hinchados. A partir de la investigación realizada tras la recepción de esta notificación se localizaron un total de 110 personas con antecedente de consumo de algún producto cárnico elaborado a partir de la carne de los jabalíes abatidos en alguna de las tres cacerías llevadas a cabo en Lagrán entre finales de octubre y primeros de diciembre de 2007 por un grupo de familiares y amigos. De estas 110 personas expuestas, 42 (39 residentes en Álava) presentaron una clínica compatible con triquinosis.

Las acciones llevadas a cabo en las distintas etapas de la investigación fueron: búsqueda activa de la población expuesta y de casos con clínica compatible y posterior seguimiento de los mismos, estudio del trazado de distribución de los productos derivados de las cacerías, inmovilización de los productos y toma de muestras para un análisis parasitario, información al personal sanitario de la zona y a los afectados, toma de muestras sanguíneas de los afectados para análisis serológico, inspección de la carnicería dónde se embutieron los productos, investigación sobre el proceso de recogida y entrega de muestras de los propietarios de la carne a la clínica veterinaria dónde se analizaron los productos así como investigación del proceso de análisis de los mismos.

El rango de edad de los afectados ha sido de 3 a 61 años, con una mediana de 42 años y con una ligera predominancia del sexo femenino.

En cuanto a la clínica, los síntomas predominantes han sido mialgias (90,5%), fiebre (74%), edema palpebral (69%) y diarrea (21%), siendo la mediana de duración de los síntomas de 10 días. Sólo uno de los casos precisó hospitalización.

Las piezas cárnicas derivadas de las cacerías habían sido analizadas en una clínica veterinaria, mediante triquinoscopia, con un resultado negativo para triquinosis. Sin embargo en el análisis parasitario llevado a cabo en el Servicio de Parasitología del Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III por la técnica de la digestión clorhidropéptica en los productos de la cacería recogidos se identificaron larvas de *Trichinella Spiralis* en las muestras procedentes de la tercera cacería (salchichón y lomo congelado).

La investigación realizada confirmó la existencia de un brote de triquinosis familiar por consumo de salchichón de jabalí debido a un error en el proceso de detección de larvas de *Trichinella* en las muestras derivadas de los animales. Este error pudo deberse a la falta de sensibilidad de la triquinoscopia para detectar las larvas de *Trichinella*, por lo que se recomienda su sustitución por el análisis mediante digestión enzimática.

3- VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA

En el Sistema de Información Microbiológica se registra información sobre casos de infección confirmada por el laboratorio según los criterios establecidos en la Guía de Notificación. La incorporación de los datos de laboratorio a la vigilancia epidemiológica es cada vez más necesaria, ya que aporta información básica para al conocimiento de la patología infecciosa incidente en nuestro medio. Durante el año 2008 se han recogido datos de infección reciente por alguno de los siguientes microorganismos:

BACTERIAS: *Bartonella* spp, *Bordetella pertussis*, *Brucella* spp, *Campylobacter* spp, *Corynebacterium diphtheriae*, *Coxiella burnetii*, *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Chlamydia trachomatis*, *Escherichia coli enterohemorrágica*, *Francisella tularensis*, *Haemophilus ducreyi*, *Haemophilus influenzae* tipo b, *Legionella pneumophila*, *Leptospira* spp., *Listeria monocytogenes*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*, *Salmonella typhi* y *paratyphi*, *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus aureus* meticilin resistente, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Treponema pallidum*, *Vibrio cholerae*, *Vibrio* spp., *Yersinia* spp.

MICOBACTERIAS:

TUBERCULOSAS: *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium bovis*

OTRAS MICOBACTERIAS: Sólo micobacterias con significación clínica

VIRUS: Adenovirus, Enterovirus, Herpes simple tipo 2, Poliovirus, Rotavirus, Virus gripal, Virus de la hepatitis A, Virus de la hepatitis B, Virus de la hepatitis delta, Virus de la parotiditis, Virus de la rubéola, Virus del sarampión, Virus respiratorio sincitial

PARÁSITOS: *Entamoeba histolytica*, *Echinococcus granulosus*, *Fasciola hepática*, *Leishmania* spp, *Plasmodium* spp., *Taenia* spp., *Toxoplasma gondii*, *Trichinella spiralis*

OTROS: *Borrelia burgdorferi*, *Borrelia recurrentes*

Tabla 3.1-Microorganismo por laboratorio declarante. Alava 2008

Microorganismo	A. Olaguibel	H. Santiago	H. Txagorritxu	TOTAL
Adenovirus	16	1	1	18
<i>Brucella</i>	0	0	1	1
<i>Campylobacter</i>	151	7	67	225
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	0	0	2	2
<i>Chlamydia trachomatis</i>	0	0	5	5
<i>Coxiella burnetii</i>	0	0	9	9
<i>Echinococcus granulosus</i>	0	6	0	6
<i>Entamoeba histolytica</i>	7	0	0	7
<i>Francisella tularensis</i>	0	0	1	1
<i>Haemophilus influenzae</i>	0	1	0	1
Hepatitis A	0	3	12	15
Hepatitis B	0	0	6	6
<i>Legionella pneumophila</i>	0	2	6	8
<i>Listeria monocytogenes</i>	0	1	2	3
Micobacterias	0	20	18	38
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	0	9	42	51
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	8	9	13	30
<i>Neisseria meningitidis</i>	0	2	4	6
<i>Plasmodium falciparum</i>	0	3	2	5
Rotavirus	42	11	47	100
<i>Salmonella</i>	82	16	57	155
<i>Salmonella typhi</i>	0	1	1	2
<i>Shigella</i>	0	1	4	5
<i>Staphylococcus aureus</i> M R	1	63	0	64
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	0	22	29	51
<i>Taenia</i>	1	0	0	1
<i>Treponema pallidum</i>	0	0	56	56
<i>Trichinella spiralis</i>	0	0	23	23
Virus Sincitial Respiratorio	0	0	5	5
<i>Yersinia enterocolitica</i>	14	1	9	24
TOTAL	322	179	422	923

Este año, el número de patógenos notificado por los Laboratorios de Microbiología de los Hospitales de Txagorritxu y Santiago Apóstol y del Ambulatorio Olaguibel ha sido un total de 923 (tabla 3.1).

Como es habitual, ocupan un lugar destacado en cuanto a la frecuencia de declaración los enteropatógenos. La técnica diagnóstica más empleada fue el cultivo (66%)

En 2008 se ha declarado el aislamiento de 38 **Micobacterias**, cifra coincidente con la de 2007 y similar a la mediana del quinquenio anterior (tabla 3.2) que fue de 40. Se notificó un caso de *Mycobacterium bovis*. El 76% de las micobacterias se aislaron en muestras de origen respiratorio.

Tabla 3.2- Evolución de las micobacterias tuberculosas y no tuberculosas. Álava 1998 a 2008.

Micobacterias	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
M. tuberculosas	61	62	56	62	47	32	53	51	40	36	34
Otras micobacterias	3	1	5	2	-	-	3	5	-	2	4
TOTAL	64	63	61	64	47	32	56	56	40	38	38

Cuatro afectados eran menores de 16 años (11%) y cerca del 67% tenían menos de 45 años. La mediana de edad de los casos fue de 38 años.

El número de ***Streptococcus pneumoniae*** declarado fue 51. Cinco se aislaron en líquido cefalorraquídeo, el resto en sangre. La mediana de edad de los afectados fue de 65 años.

En los últimos años no se han producido variaciones importantes en el número de ***Legionella pneumophila*** notificado; este año han sido 8 frente a la mediana de los 5 años precedentes que fue 13. Una se identificó por cultivo, otra por seroconversión y el resto por detección de antígeno en orina. Todos los afectados fueron hombres. Casi dos de cada tres casos se distribuyeron en los meses de primavera.

El total de ***Coxiella burnetii*** declarado ha sido 9, la misma cifra que el pasado año, pero algo superior a la mediana del último quinquenio que fue 7. Los afectados son 8 hombres y 1 mujer con una mediana de edad de 34 años.

En 2008 el número de ***Mycoplasma pneumoniae*** declarado fue de 51, cifra superior a la mediana del quinquenio anterior (30). El 80% de los casos declarados correspondieron a niños menores de 15 años.

Este año se han aislado 6 ***Neisseria meningitidis*** frente a los 4 aislamientos declarados en 2007. Cinco fueron del serogrupo B y uno del C (figura 3.1).

Cinco afectados fueron mujeres y uno varón. La mitad eran niños de menos de 2 años, la otra mitad tenía más de 20 años.

Figura 3.1- Evolución de *N. meningitidis* por serogrupo. Álava 1995-2008.

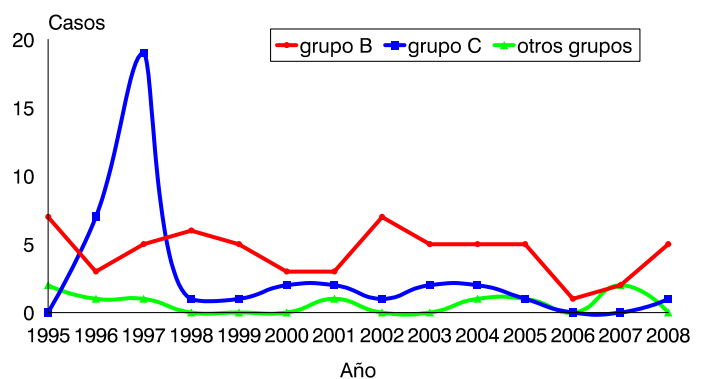
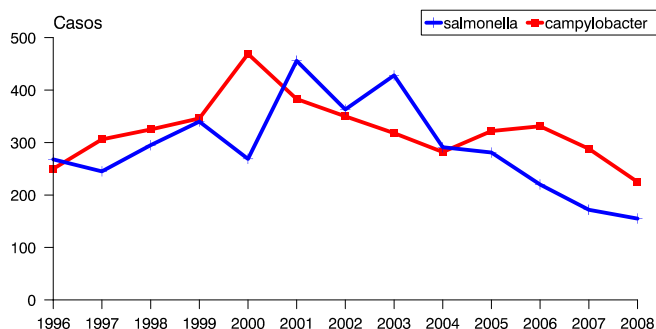


Figura 3.2- Evolución de *Salmonella* y *Campylobacter*. Álava 1996-2008



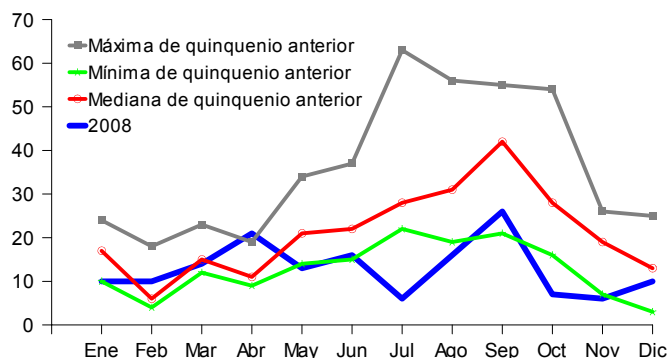
Entre los microorganismos que causan gastroenteritis, *Campylobacter* y *Salmonella* seguidos por Rotavirus son los gérmenes más frecuentes.

La cifra de ***Salmonella***, 155 aislamientos, continúa disminuyendo; con respecto a 2007 (172) en un 10%. El serogrupo D ha sido el declarado con mayor frecuencia (78 casos).

Figura 3.3 - Canal endemoepidémico de *Salmonella*. Álava 2003-2008

La distribución mensual de los casos declarados se mantiene por debajo de la mediana de los cinco últimos años a partir de mayo, siendo incluso inferior a la mínima en 3 de esos meses (figura 3.3).

El 40% de los casos de salmonelosis tenían menos o igual a 5 años. Un 60% de los afectados fueron hombres.



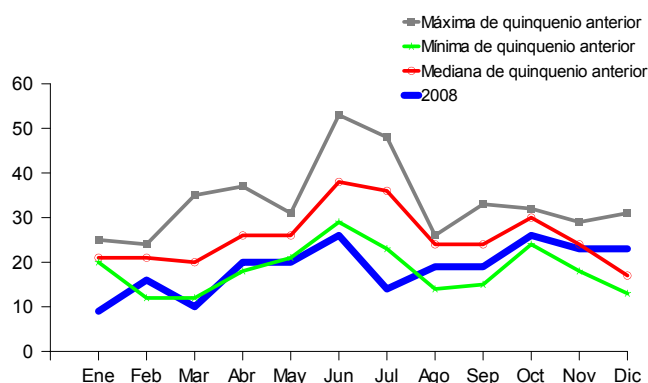
Además se declararon 2 ***Salmonella typhi***. Los aislamientos se realizaron en un hombre y una mujer de 22 y 43 años. Se relacionaron con países endémicos.

Campylobacter fue el microorganismo declarado con más frecuencia, 225 aislamientos. En 2008 continuó el descenso iniciado en 2007 tras el ligero ascenso observado los dos años anteriores (figura 3.2).

El canal endemoepidémico, en relación al último quinquenio, muestra, en la figura 3.4, que en varios meses no se llegó ni al mínimo.

De los 184 casos con edad conocida, el 69% son menores de 6 años. Un 62% son varones.

Figura 3.4 - Canal endemoepidémico de *Campylobacter*. Álava 2003-2008



Se aislaron 5 **Shigella**. De ellas, 3 fueron *S. flexneri* y 2 *S. sonnei*. Se asociaron con viajes a países endémicos.

El número de **Rotavirus** declarado fue de 100, cifra acorde a la mediana de los últimos años que fue de 87. Un 88% de los Rotavirus se declararon en niños menores o igual a 2 años.

En el año 2008 se han notificado 24 **Yersinia enterocolitica** frente a las 26 declaradas en 2007. Al igual que el resto de enteropatógenos, la yersiniosis se declara microbiológicamente más en niños.

Entre los parásitos intestinales se han identificado 8 **Entamoeba histolytica** y 1 **Taenia**.

El número de **Listeria monocytogenes** se ha cifrado en 3 aislamientos. Los afectados fueron un recién nacido, una gestante y una mujer de 66 años.

Respecto a la **Hepatitis A** se declararon 15 casos. La mediana del último quinquenio fue 13. Sólo la mitad de los afectados tenía menos de 35 años. La mayor agrupación de casos se produjo en octubre con 5 casos.

En cuanto a las infecciones de transmisión sexual, se ha producido un incremento en el número de declaraciones de **Neisseria gonorrhoeae**, 30 frente a 15 en 2007. Todos los casos se dieron en varones de entre 20 y 41 años.

El número de **Treponema pallidum** declarado también ha aumentado de 45 en 2007 a 56 en 2008. Para este microorganismo se declara un 53% de casos en hombres, siendo la mitad de afectados menores de 40 años.

Se han declarado 23 **Trichinella spiralis** este año. Se asociaron a un brote familiar por consumo de salchichón elaborado con carne de jabalí procedente de una cacería.

Las discordancias numéricas que puedan existir en algunas patologías con los casos declarados al Sistema EDO, pueden explicarse por el diferente criterio en la definición de caso y porque el área de influencia de los laboratorios hospitalarios no se ajusta al ámbito del Territorio Histórico.

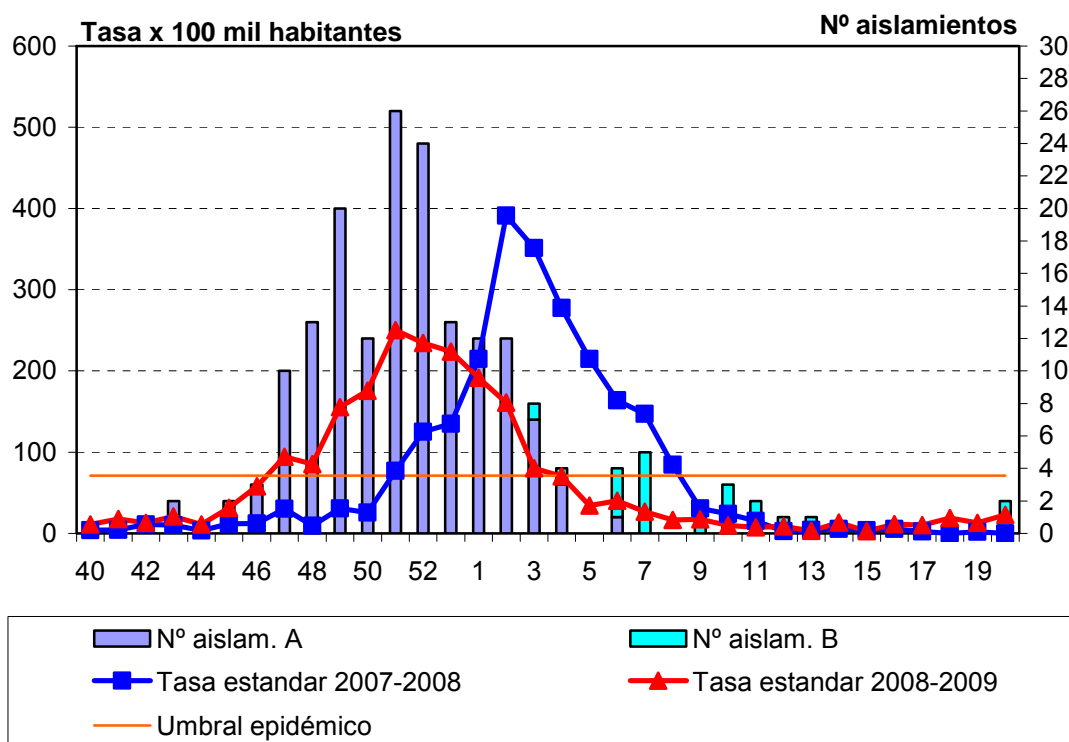
4- MEDICOS VIGIA

4.1 VIGILANCIA DE LA GRIPE

Durante la temporada 2008-2009 han participado en la vigilancia de la gripe 34 médicos de Atención Primaria de Osakidetza (24 médicos de familia y 10 pediatras), cuyos cupos suman un total de 47.467 personas, lo que supone un 2,3% de la población vasca. Esta temporada ha abarcado desde la semana 40 del 2008, que fue la que finalizó el 4 de octubre, hasta la semana 20 del 2009, que finalizó el 23 de mayo.

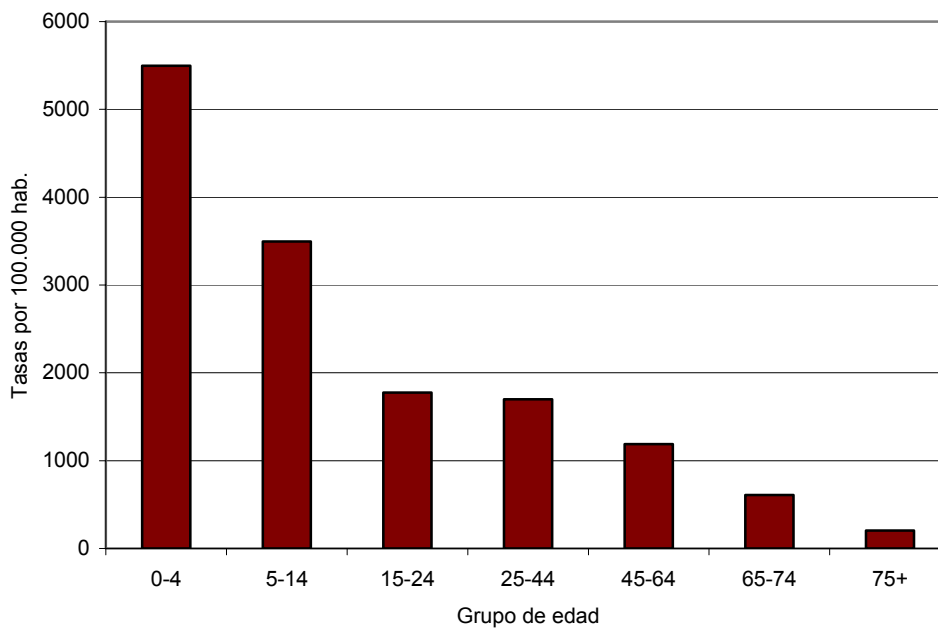
La onda epidémica de esta temporada puede considerarse como de intensidad media-baja si se compara con temporadas pasadas. El umbral epidémico, establecido en 71,06 casos por 100.000 habitantes, se superó en la semana 47. A partir de dicha semana la incidencia de la gripe fue aumentando hasta alcanzar la máxima incidencia de la temporada en la semana 51, con una tasa de 250 casos por 100.000 habitantes, disminuyendo progresivamente hasta situarse por debajo del umbral epidémico en la semana 4 de 2009.

Figura 4.1-Vigilancia de la gripe. Temporadas 2007-2008 y 2008-2009. CAPV.



La tasa de incidencia más alta se ha registrado en el grupo de edad de 0-4 años, seguido del grupo de edad de 5-14 años, siendo la tasa menor la del grupo de mayores de 64 años.

Figura 4.2- Incidencia acumulada de gripe en la CAPV. Temporada 2008-09

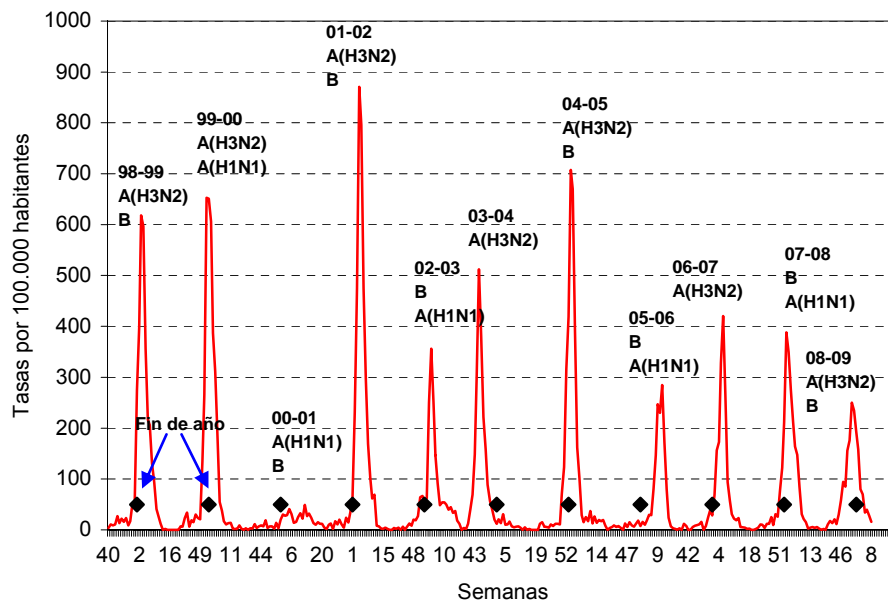


El virus de la gripe A(H3) ha sido el que ha circulado de forma predominante durante la temporada 2008-2009, seguido por el virus de la gripe B, que comenzó a circular de forma muy limitada al final de la onda. Solo se han aislado 2 virus A(H1N1).

El análisis filogenético de las cepas AH3N2 y AH1N1 incluye ambas cepas dentro de los grupos en los que se encuentran las cepas vacunales de esta temporada. Sin embargo las cepas del virus de la gripe B difieren del grupo de la cepa vacunal B de esta temporada.

En la gráfica siguiente puede observarse la evolución de las temporadas gripales en cuanto a tasas y aislamientos virales.

Figura 4.3-Evolución de temporadas gripales 1998-2009. CAPV.



4.2 VIGILANCIA DE VARICELA Y HERPES ZOSTER

En Octubre de 2005 se introdujo la vacunación frente a varicela en el calendario vacunal de la CAPV en niños y niñas de 10 años que no habían pasado la enfermedad y que no estaban previamente vacunados. Con el fin de evaluar el impacto de esta vacunación en la incidencia, distribución y gravedad tanto de la varicela como del herpes zoster, en el año 2008 se ha iniciado un programa de control y vigilancia de varicela y herpes zoster a través de la Red de Médicos Vigía. Esta vigilancia ha consistido en la notificación semanal de estas enfermedades con datos básicos y variables de interés específicas durante 52 semanas, iniciándose en el primer trimestre del 2008 y terminándose en el primer trimestre de 2009. En este programa han participado en Álava diez médicos de familia y tres pediatras. Si bien en estos momentos ya se ha recogido toda la información, todavía no se dispone de los resultados.

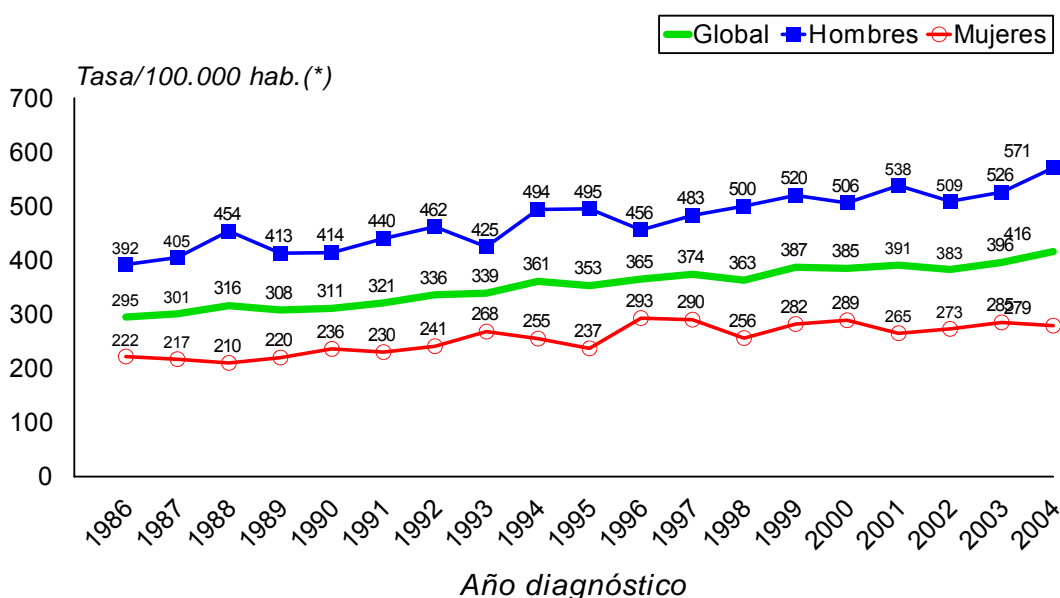
5- REGISTRO DE CÁNCER

El Registro de Cáncer Poblacional es un sistema de vigilancia que recoge información de todos los casos nuevos de cáncer que se diagnostican en personas residentes en Alava desde 1986. Actualmente se basa en los datos proporcionados por los Registros de Tumores Hospitalarios de Txagorritxu y Santiago Apóstol, completándose con los casos procedentes de centros sanitarios privados y otras fuentes de información como los boletines estadísticos de defunción.

Se analiza la incidencia de cáncer durante el período 1986-2004, periodo del que se dispone información completa. Los indicadores de calidad de los datos correspondientes a 2004, relacionados con la exhaustividad y la exactitud, son los siguientes: el porcentaje de casos confirmados histológicamente alcanzó el 89,8% en los hombres y 92,2% en las mujeres, la proporción de casos con localización primaria desconocida fue del 3,2%, el tanto por ciento de casos de cáncer conocidos únicamente a través de los certificados de defunción fue 2%, no existen casos con edad desconocida. Estos indicadores señalan una buena calidad de la información.

En 2004 se diagnosticaron 1.594 nuevos tumores malignos invasivos en Alava, de los que 1.034 (64,8%) corresponden a hombres y 560 (35,2%) a mujeres, siendo la tasa bruta de incidencia anual en hombres de 697,7/100.000 habitantes y en mujeres de 373,7/100.000 habitantes. En la figura se presenta la evolución de las tasas de incidencia desde el año 1986 tras ajustarlas por edad a la población europea, mostrando magnitud creciente aunque con algunas oscilaciones. En esta evolución ha de tenerse en cuenta el cambio de la clasificación de las enfermedades para oncología a partir de 2003 especialmente la inclusión de tumores hematológicos. Estas cifras excluyen los carcinomas espino y basocelulares de piel y los tumores in situ y de malignidad incierta de cualquier localización.

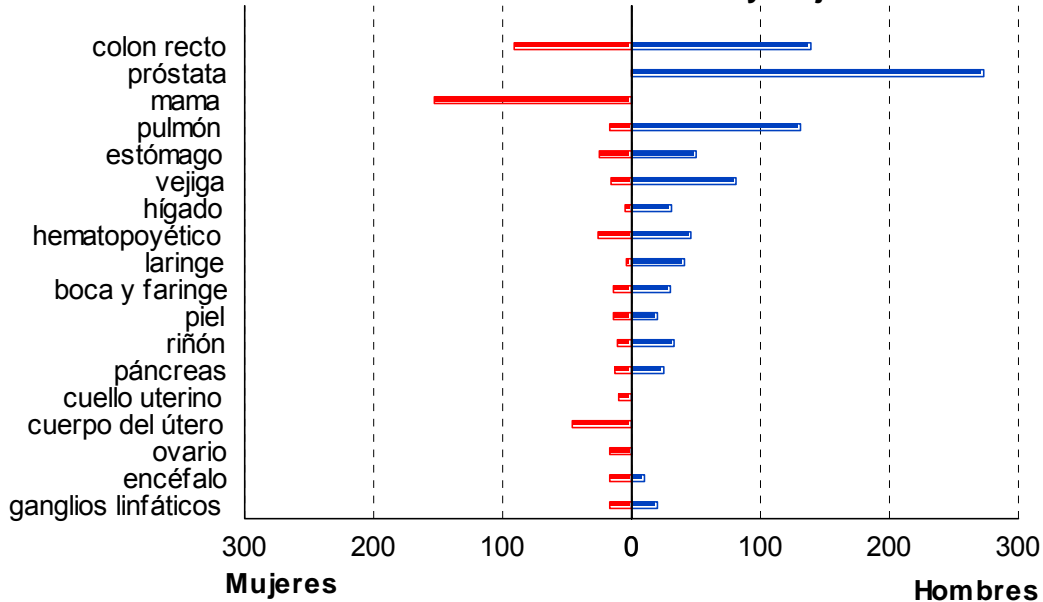
Figura 5.1- Tasa de incidencia de cáncer en Álava. Evolución 1986-2004.



(*) Tasa ajustada por edad

Durante el año 2004 los tumores más importantes, en cuanto a su incidencia, son para los hombres el cáncer de próstata (26%), colorrectal (13%) de pulmón (12%) y vejiga (8%) que explicarían el 60% de todos los tumores incidentes, mientras que para las mujeres sólo el cáncer de mama alcanza más de 100 tumores nuevos al año (figura 5.2).

Figura 5.2- Casos de cáncer más frecuentes en hombres y mujeres. RCE. Álava 2004.



Para el periodo 1986-2004, las tasas específicas por edad para el total de localizaciones presentan el mayor incremento fundamentalmente en los hombres entre los 50 y 74 años (figura 5.3).

Figura 5.3- Casos y tasas específicas por edad y sexo. RCE. Álava 1986-2004.

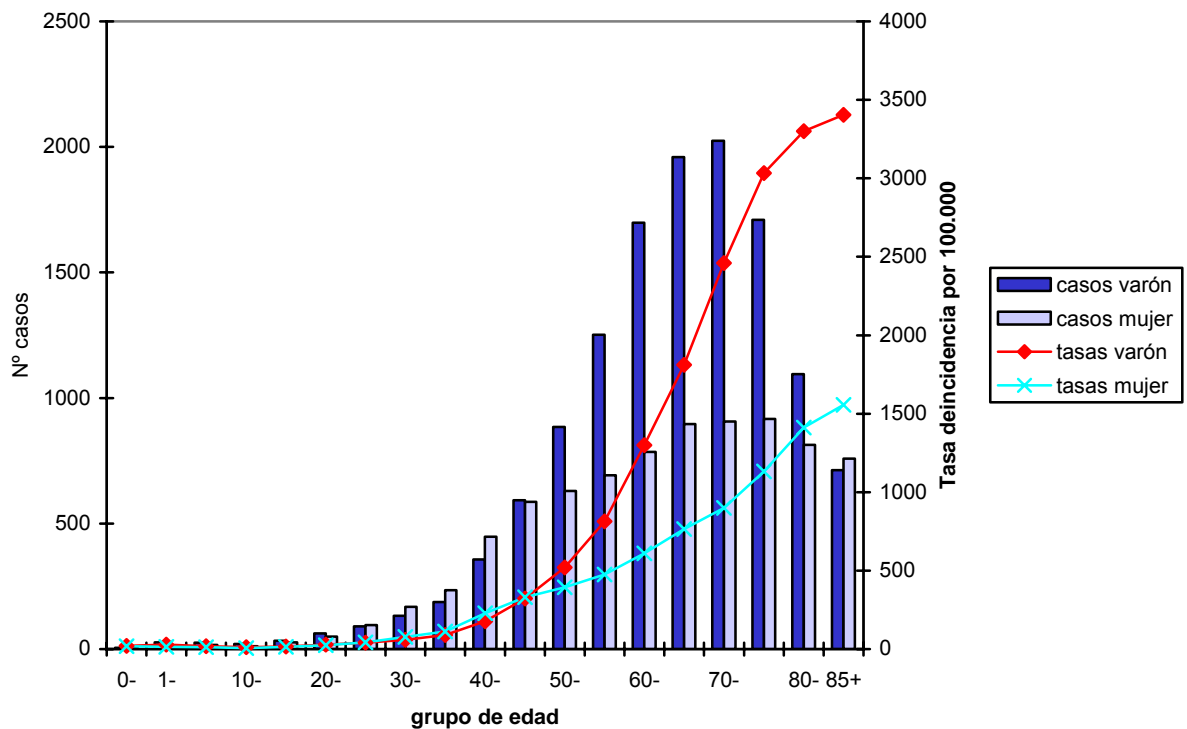
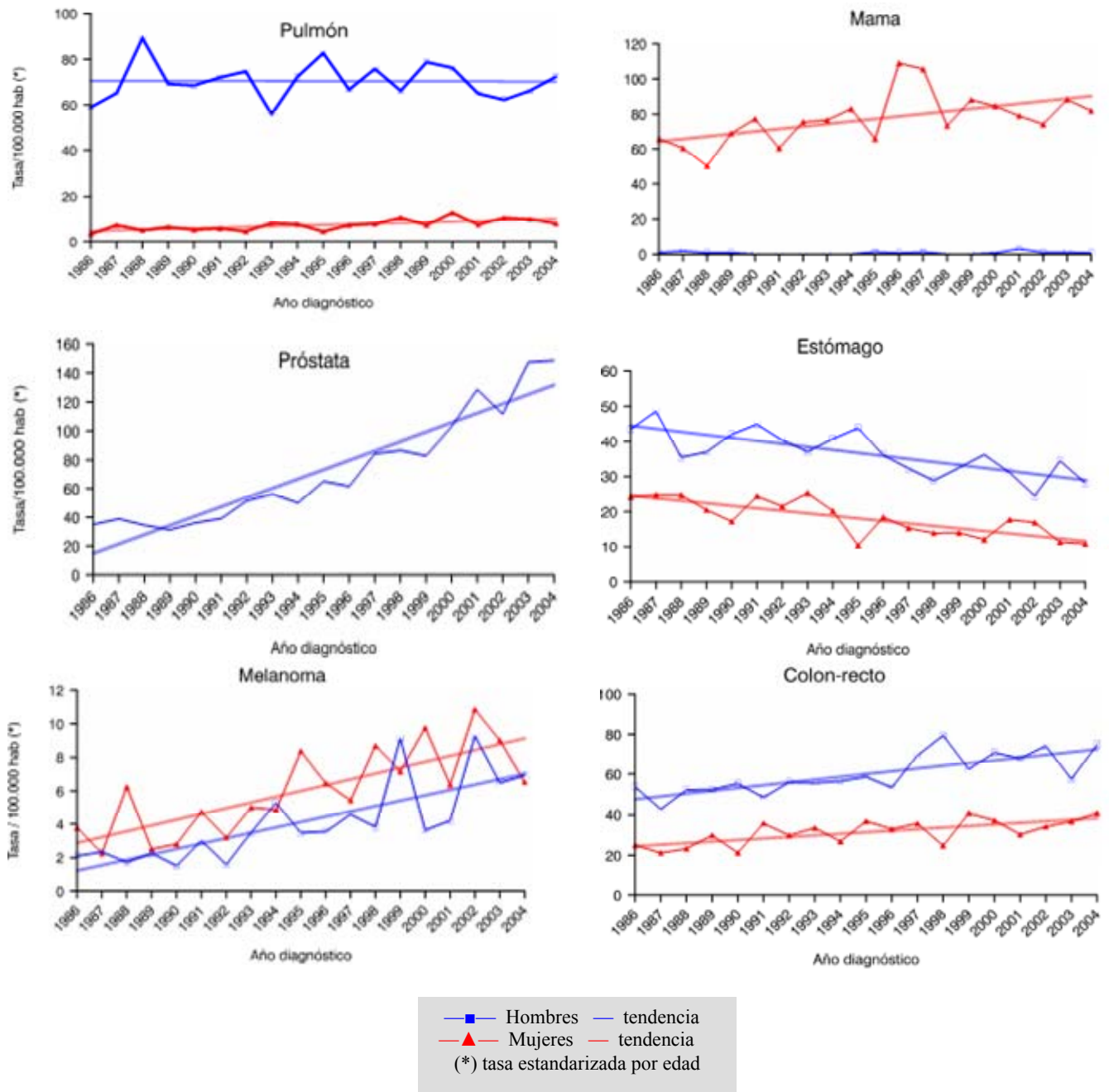


Figura 5.4- Evolución de la incidencia de cáncer. Localizaciones tumorales seleccionadas. Álava, 1986-2004.



En los hombres, el cáncer de próstata presenta un claro incremento en los últimos años. También aumenta la incidencia de cáncer de colon, unión recto sigmoidea y recto. Sin embargo, la incidencia del cáncer de pulmón muestra signos de estabilización. La tendencia del cáncer de estómago en la última década es descendente (figura 5.4).

Al igual que para las mujeres occidentales, el cáncer de mama es el tumor más frecuente en las alavesas, con 153 casos nuevos en 2004. El fuerte incremento producido en 1996 y 1997 coincide con la introducción del programa de detección precoz. Algo más del 27% de los casos nuevos de cáncer en mujeres se desarrollaron en la mama. Los tumores de colon-recto constituyen la segunda localización tumoral en mujeres en cuanto a frecuencia, con una tendencia temporal ascendente. El melanoma cutáneo, aunque todavía es infrecuente, sigue creciendo, suponiendo en 2004 una tasa estandarizada por edad de 6,5 casos por 100.000 habitantes en mujeres y 6,9 casos por 100.000 en hombres.

Las tasas que se exponen seguidamente indican que se diagnosticó algún tipo de cáncer a casi uno de cada 143 hombres y a una de cada 268 mujeres durante el año 2004.

Si el riesgo continúa durante la vida como en el año 2004 en Alava, la probabilidad de desarrollar cáncer antes de los 75 años (tasa acumulada) será de más de uno de cada 3 para los hombres y casi una de cada 5 para las mujeres.

Al comparar la incidencia con la de la CAPV en 2004, Alava no presenta gran diferencia en la tasa ajustada para el conjunto de localizaciones. Aunque son cifras pequeñas e inestables, en mujeres existe alguna localización que convendrá vigilar su evolución (colon-recto). Asimismo en hombres la tasa del cáncer de próstata y vejiga urinaria son ligeramente superiores a las de la CAPV.

Tabla 5.1- Incidencia de tumores malignos en varones. Álava 2004.

CIE O III LOCALIZACIÓN	Nº casos	Tasa bruta	T. acumulada (0-74 años)	Tasa estandarizada	
				Álava	CAPV
C00 Labio	2	1,35	130,06	1,17	2,37
C01 Lengua	5	3,37	295,75	3,09	5,23
C04 Suelo de la boca	2	1,35	100,40	1,16	2,77
C05 Paladar	2	1,35	137,04	1,22	1,52
C07 Glándula parótida	2	1,35	119,86	1,23	0,76
C09 Amígdala	1	0,67	75,09	0,60	1,82
C10 Orofaringe	3	2,02	103,95	1,70	2,46
C11 Nasofaringe	2	1,35	106,73	1,25	1,56
C12 Seno piriforme	6	4,05	379,64	3,45	4,12
C13 Hipofaringe	2	1,35	127,06	1,22	2,13
C14 Otras localizaciones de boca y faringe	3	2,02	174,84	1,79	2,27
C15 Esófago	20	13,50	950,19	12,10	10,72
C16 Estómago	50	33,74	2524,58	28,13	23,41
C17 Intestino Delgado	1	0,67	48,43	0,68	1,30
C18 Colon	79	53,31	3439,49	42,49	46,08
C19 Unión rectosigmoidea	20	13,50	1007,88	10,81	9,50
C20 Recto	40	26,99	2030,12	21,69	20,37
C21 Ano y conducto anal	2	1,35	0,00	0,85	1,11
C22 Hígado y conductos biliares intrahepáticos	31	20,92	1565,94	16,71	19,26
C23 Vesícula biliar	1	0,67	0,00	0,40	0,90
C24 Partes no especificadas del tracto biliar	3	2,02	110,39	1,70	3,06
C25 Páncreas	25	16,87	911,49	13,61	11,25
C26 Otros sitios mal definidos de órganos digestivos	4	2,70	83,22	2,22	0,85
C32 Laringe	41	27,67	2075,87	23,30	19,93
C33 Traquea	1	0,67	75,09	0,60	0,24
C34 Bronquios y Pulmón	131	88,40	6227,48	72,35	77,42
C38 Corazón mediastino y pleura	3	2,02	219,48	2,32	2,97
C40 Huesos y articulaciones de extremidades	1	0,67	44,77	0,63	0,51
C41 Huesos y articulaciones de otras partes	1	0,67	44,77	0,63	0,85
C42 Sistema hematopoyético y reticuloendotelial	46	31,04	2375,00	25,67	21,61
C44 Piel	20	13,50	949,00	11,40	12,57
C49 Tejido conjuntivo, subcutáneo y tejidos blandos	5	3,37	151,28	2,72	2,88
C50 Mama	1	0,67	61,96	0,62	1,20
C60 Pene	1	0,67	61,96	0,62	1,36
C61 Glándula prostática	273	184,21	13797,87	148,63	114,05
C62 Testículo	6	4,05	284,03	3,32	5,02
C64 Riñón	33	22,27	1718,06	19,30	15,94
C65 Pelvis renal	1	0,67	0,00	0,40	1,01
C66 Uréter	3	2,02	165,91	1,87	0,85
C67 Vejiga urinaria	81	54,66	2874,91	42,94	38,08
C68 Otros órganos urinarios y no especificados	3	2,02	51,98	1,48	0,32
C69 Ojo y anejos	2	1,35	81,63	0,94	0,59
C70 Meninges	2	1,35	134,65	1,78	0,26
C71 Encéfalo	10	6,75	500,77	5,66	8,92
C73 Glándula tiroides	6	4,05	161,50	3,32	2,25
C76 Otras localizaciones mal definidas	2	1,35	128,12	1,79	0,79
C77 Ganglios linfáticos	20	13,50	925,32	12,20	12,91
C80 Sitio primario desconocido	35	23,62	976,25	17,72	15,68
TODAS LAS LOCALIZACIONES	1034	697,72	48509,83	571,46	538,88

Tabla 5.2- Incidencia de tumores malignos en mujeres. Álava 2004.

CIE O III LOCALIZACIÓN	Nº casos	Tasa bruta	T.acumulada (0-74 años)	Tasa estandarizada	
				Álava	CAPV
C01 Base de la lengua	1	0,67	44,41	0,62	0,56
C02 Otras partes y no especificadas de la lengua	4	2,67	248,90	2,45	0,88
C04 Suelo de la boca	1	0,67	48,75	0,68	0,31
C06 Otras partes y no especificadas de la boca	1	0,67	0,00	0,25	0,65
C07 Glándula parótida	2	1,33	138,47	1,24	0,54
C09 Amígdala	3	2,00	138,70	1,84	1,03
C11 Nasofaringe	2	1,33	0,00	0,49	0,50
C15 Esófago	4	2,67	108,80	1,85	1,54
C16 Estómago	25	16,68	798,53	10,85	9,80
C17 Intestino Delgado	3	1,33	127,31	1,23	0,98
C18 Colon	61	40,71	2162,18	27,87	24,98
C19 Unión rectosigmoidea	6	4,00	145,96	2,65	3,17
C20 Recto	24	16,02	778,17	10,27	8,87
C21 Ano y conducto anal	1	0,67	0,00	0,35	0,54
C22 Hígado y conductos biliares intrahepáticos	5	3,34	137,75	2,03	3,72
C23 Vesícula biliar	6	4,00	260,57	2,96	1,63
C24 Otras partes no especificadas del tracto biliar	1	0,67	0,00	0,35	1,56
C25 Páncreas	13	8,68	604,18	6,19	6,53
C26 Otras localizaciones no definidas del ap. digestivo	2	1,33	0,00	0,50	0,29
C32 Laringe	4	2,67	170,85	2,27	1,75
C34 Bronquios y Pulmón	17	11,34	746,65	8,07	10,63
C37 Timo	1	0,67	64,39	0,64	0,28
C38 Corazón mediastino y pleura	1	0,67	78,19	1,25	0,94
C41 Huesos, articulaciones y cartílagos	2	1,33	137,75	1,08	0,56
C42 Sistemas hematopoyético y reticuloendotelial	26	17,35	1083,12	13,12	13,18
C44 Piel	14	9,34	573,62	7,81	11,08
C47 Nervios periféricos y sist. nervioso autónomo	1	0,67	44,41	0,62	0,37
C49 Tejido conjuntivo, subcutáneo tejidos blandos	3	2,00	122,10	1,36	1,91
C50 Mama	153	102,10	6726,65	81,92	84,38
C51 Vulva	4	2,67	191,70	2,22	1,44
C52 Vagina	1	0,67	0,00	0,24	0,24
C53 Cuello uterino	10	6,67	402,40	5,23	6,43
C54 Cuerpo del útero	46	30,70	2009,24	23,82	19,98
C56 Ovario	17	11,34	753,66	8,24	9,23
C57 Otros órganos genitales femen. no especificados	2	1,33	0,00	0,50	0,48
C64 Riñón	11	7,34	412,16	5,69	5,92
C65 Pelvis renal	1	0,67	0,00	0,24	0,69
C67 Vejiga urinaria	16	10,68	451,98	6,21	5,00
C70 Meninges	1	0,67	64,39	0,64	0,29
C71 Encéfalo	17	11,34	852,24	9,03	6,40
C73 Glándula tiroides	13	8,68	693,99	7,84	7,28
C77 Ganglios linfáticos	17	11,34	664,97	8,48	8,73
C80 Sitio primario desconocido	17	11,34	373,86	6,48	7,17
TODAS LAS LOCALIZACIONES	560	373,71	22360,98	277,94	278,28

6- REGISTRO DE MORTALIDAD

Se realiza un análisis básico de mortalidad en el Territorio Histórico de Álava (THA) durante el año 2006, último año con información disponible. Los datos sobre defunciones proceden del Registro de Mortalidad de la CAPV, adscrito a la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (utilizando para ello los datos procedentes de los Boletines Estadísticos de Defunción (BED) y los Boletines Estadísticos de Partos, Nacimientos y Abortos (BEPNA). Los primeros recogen las defunciones ocurridas en sujetos con más de 24 horas de edad y los segundos, los fallecidos en las primeras 24 horas de edad y las muertes fetales tardías (con más de 22 semanas de gestación o más de 500 gramos de peso).

La población residente en la CAPV durante el 2006, por edad cumplida, territorio histórico y sexo, corresponde a la estadística de población y vivienda de 2006 suministrados por el Instituto Vasco de Estadística / EUSTAT. Además ha facilitado los nacimientos ocurridos en la CAPV en este periodo, necesarios para el cálculo de las tasas de la mortalidad infantil. La estandarización directa de las tasas se ha realizado utilizando la población europea estándar como población de referencia. Esta estandarización permite la comparación de tasas entre distintas provincias, o diferentes años, con diferentes estructuras de edad.

Se presenta la mortalidad general y la debida a las principales causas en datos crudos (número y tasas crudas), tasas estandarizadas por edad a la población europea estándar, años potenciales de vida perdidos (APVP), esperanza de vida y mortalidad infantil; se describe la mortalidad según características de persona (género y edad).

MORTALIDAD GENERAL

Durante el 2006 fallecieron 2.247 personas en Álava, de las cuales el 54,4 % fueron varones y el 45,6% mujeres. La tasa de mortalidad general fue de 7,35 por mil habitantes, superior en los hombres (8 por mil) que en las mujeres (6,67 por mil). La tasa estandarizada por edad a la población europea fue de 4,52 por mil, casi el doble en hombres (6,14 por mil) que en mujeres (3,15 por mil).

La mortalidad infantil (menores de un año) en el THA durante el 2006 fue de 3,4 por mil nacidos vivos.

Figura 6.1- Evolución de las tasas estandarizadas de mortalidad. Álava 1991-2006.

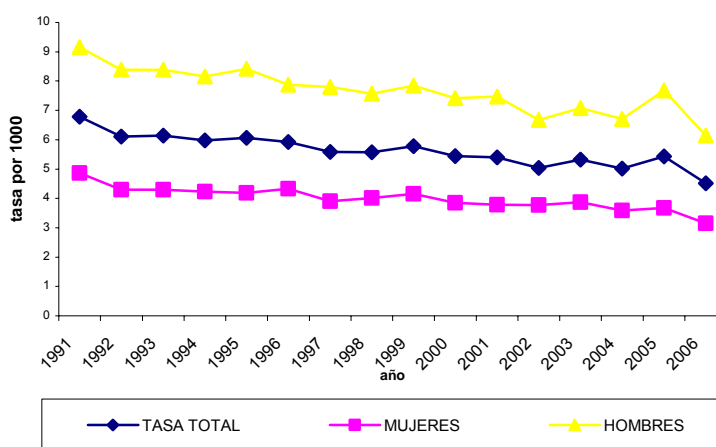
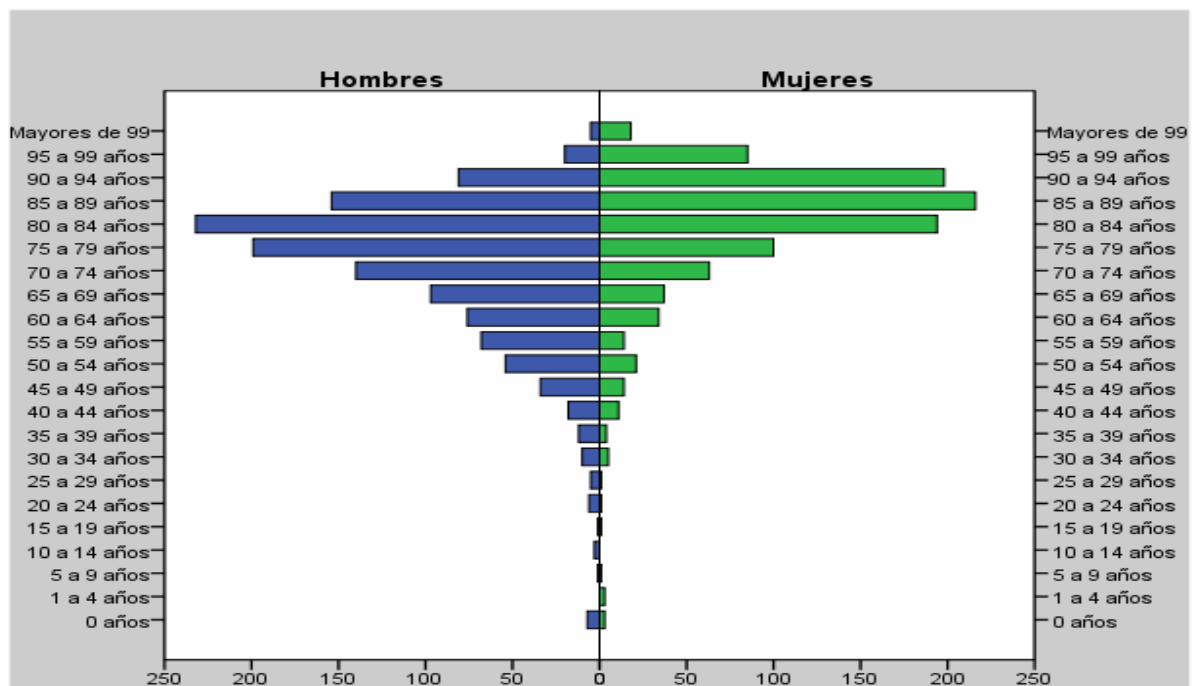


Figura 6.2- Número de fallecimientos por grupo de edad y sexo en Álava 2006.

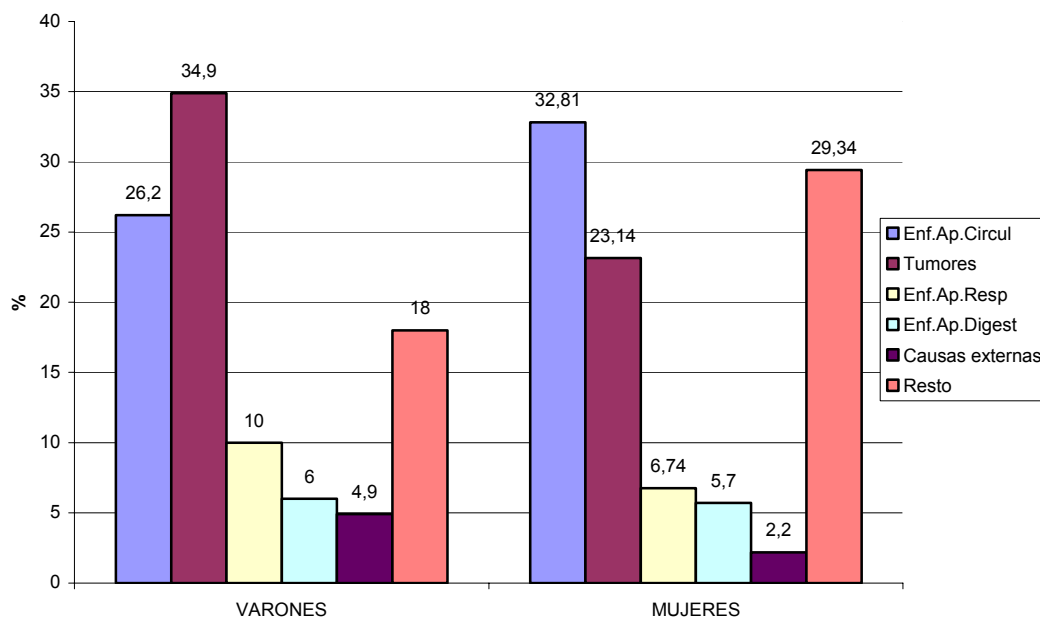


MORTALIDAD PROPORCIONAL

Para el total de la población del THA la primera causa de muerte en el año 2006 fueron los tumores, con un 29,55% del total de fallecimientos, cifra muy similar a la debida a las enfermedades de aparato circulatorio, con un 29,24%. Les siguen por orden de importancia las enfermedades del aparato respiratorio (8,5%), enfermedades del aparato digestivo (5,8%) y las enfermedades del sistema nervioso (5,65%).

Entre las mujeres, las enfermedades del aparato circulatorio fueron la causa más frecuente de defunción (32,8%), seguidas de los tumores (23,14 %), las enfermedades del sistema nervioso (7,42%) y los trastornos mentales (6,9%). Entre los hombres, los tumores fueron la causa más frecuente de defunción (34,9%) y las enfermedades del sistema circulatorio la segunda causa (26,2%), seguidas por las enfermedades del sistema respiratorio (10%) y enfermedades del aparato digestivo (6%).

Figura 6.3- Porcentaje de defunciones por grandes grupos de causas y sexo. Álava 2006.



MORTALIDAD POR CAUSAS

En la tabla 6.1 se presentan el número de defunciones y las tasas estandarizadas por edad a la población europea, según los 19 grandes grupos de causas, para cada sexo y la población total. Tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres la tasa de mortalidad estandarizada más alta se corresponde a los tumores, aunque el mayor número de defunciones en mujeres se produce por enfermedades del sistema circulatorio.

Tabla 6.1- Mortalidad por grandes grupos de causas y sexo. Álava 2006.

Grupo	Causas	CIE-10	Hombres		Mujeres		Total	
			Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
I	Enf. Infecciosas y parasitarias	A00-B99	21	10,1	14	3,7	35	6,7
II	Tumores	C00-D48	427	215,5	237	96,4	664	150,9
III	Enf.Sangre y Trans.Inmunidad	D50-D89	6	3,2	6	1,6	12	2,2
IV	Enf. Endocri.Nutric.Metab.	E00-E90	35	17	48	11,8	83	14,3
V	Transtornos mentales	F00-F99	42	20,8	71	16,7	113	18,1
VI,VII,VIII	Enf. Sist. Nervioso, Ojo y Oído	G00-H95	51	25,1	76	21,5	127	23
IX	Enf. Sist.Circulatorio	I00-I99	321	159,9	336	90,6	657	123
X	Enf. Sist.Respiratorio	J00-J99	122	57,8	69	18,3	191	34,7
XI	Enf. Sist.Digestivo	K00-K93	73	37,1	58	17,5	131	26,8
XII	Enf. Piel y Tejido Subcutáneo	L00-L99	1	0,6	9	2,2	10	1,6
XIII	Enf. Sist.Osteomuscular y tej.conjun.	M00-M99	6	2,5	16	4,5	22	3,7
XIV	Enf. Sist.Genitourinario	N00-N99	22	10	20	6,1	42	7,7
XV	Complic.Embar. Parto y Puerper.	O00-O99	0	0	0	0	0	0
XVI	Afecciones Peri natales	P00-P96	4	4,2	1	1,1	5	2,7
XVII	Anomalías Congénitas	Q00-Q99	3	2,1	4	4	7	3
XVIII	Causas mal definidas	R00-R99	29	15,2	36	8,8	65	11,8
XIX	Causas externas	V01-Y98	60	33,5	23	10,5	83	21,8
TOTAL CAUSAS			1223	614,4	1024	315,5	2247	451,9

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE

En la tabla 6.2 se muestran el número de defunciones y las tasas estandarizadas por edad a la población europea de las principales causas de muerte (ordenadas por número de defunciones totales por esa causa). La cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular fueron las principales causas de muerte para el total de la población de Álava. La tercera causa de muerte para la población general son los trastornos mentales orgánicos senil y presenil.

Entre los hombres, la cardiopatía isquémica es la primera causa de muerte, el cáncer de pulmón la segunda y la enfermedad cerebrovascular la tercera. Entre las mujeres, la enfermedad cerebrovascular fue la primera causa de muerte, seguida de la cardiopatía isquémica y los trastornos mentales orgánicos.

Tabla 6.2- Principales causas de muerte por sexo. Álava 2006.

Causa	CIE-10	Hombres		Mujeres		Total	
		Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Cardiopatía Isquémica	I20-25	116	58,9	79	22,5	195	39,4
Enf. Cerebrovascular	I60-69	76	36,2	100	27,8	176	31,7
Trast. Mentales orgánicos	F00-09	39	19,5	70	16,2	109	17,4
Ca. Pulmón T y B	C33-34	92	46,2	16	7	108	25,3
Ca. Colon-recto	C18-21	61	29,9	32	11,6	93	20
EPOC y enf. Afines	J40-44,47	71	33,5	17	4,3	88	16,1
Diabetes	E10-14	31	15	45	11,1	76	13
Alzheimer	G30	23	10,4	49	12,3	72	11,7
Insuficiencia Cardiaca	I50	21	10,2	40	10,2	61	10,5
Ca. Estómago	C16	27	13,7	26	10,4	53	11,9
Enf. Hipertensiva	I10-15	11	5,3	35	8,3	46	7,5
Cirrosis	K70,73,74,76.9	37	19,7	7	3	44	10,7
Neumonía	J12-18	24	11,9	16	4	40	7
Ca. Mama	C50	2	1,1	29	13,1	31	7
Ca. Próstata	C61	30	15,1	0	0	30	15,1

*Tasas por cien mil habitantes estandarizadas por edad a la población europea estándar.

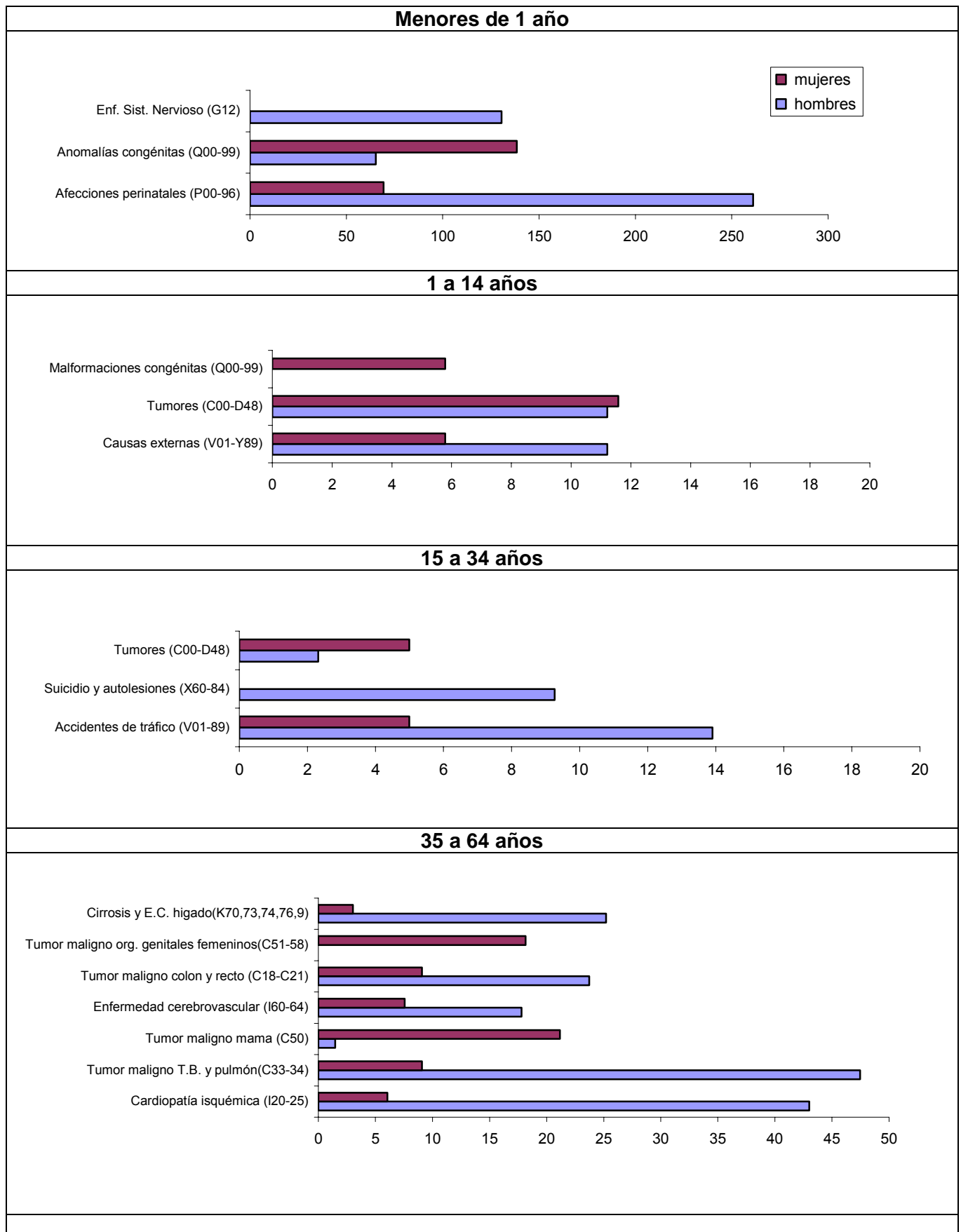
CAUSAS DE MUERTE SEGÚN EDAD Y SEXO

Las principales causas de muerte varían con la edad y el sexo. Así, entre los menores de un año han predominado las afecciones peri natales y las anomalías congénitas. Entre los 1 y 14 años las principales causas de muerte han sido los tumores, causas externas y malformaciones congénitas. En el grupo de edad de 15 a 34 años, las causas externas son la causa de muerte más frecuente, más elevada en hombres que en mujeres.

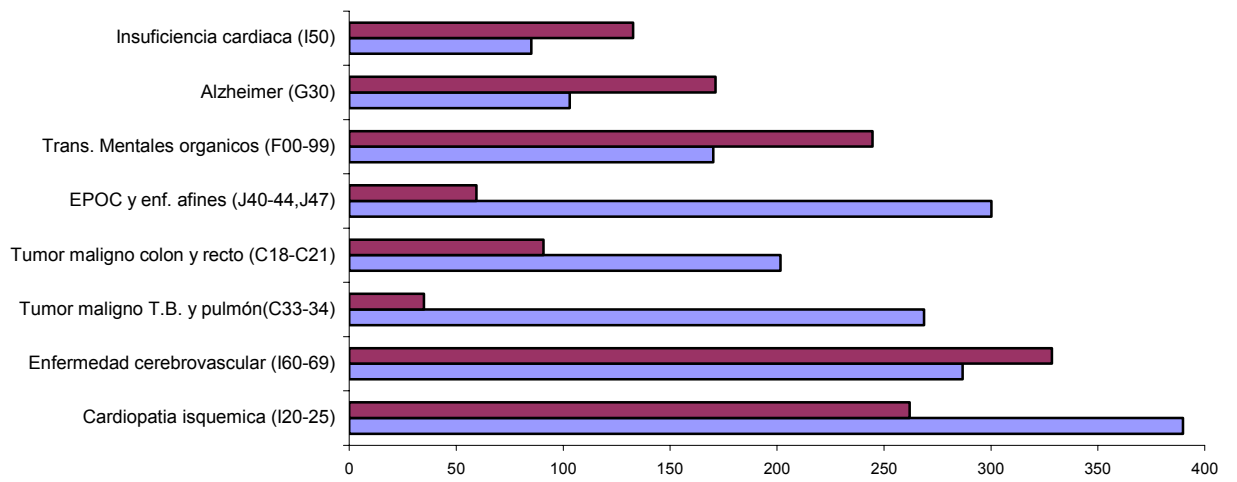
En el grupo de edad de 35 a 64 años, la tasa de mortalidad más alta en hombres ha sido la del cáncer de pulmón, seguida de la cardiopatía isquémica. En las mujeres la tasa más alta ha sido la del cáncer de mama seguida de los tumores malignos de órganos genitales femeninos.

Por último en el grupo de 65 y más años, se ha de señalar la importancia que adquieren las enfermedades del aparato circulatorio. Entre los hombres la cardiopatía isquémica, EPOC y enfermedades afines, enfermedad cerebrovascular y el cáncer de pulmón son las patologías que registran las tasas de mortalidad más elevadas, mientras que entre las mujeres las enfermedades cerebrovasculares ocupan el primer lugar, seguidas por la cardiopatía isquémica, trastornos mentales orgánicos y el alzheimer.

Figura 6.4- Principales causas de muerte. Tasas específicas por cien mil habitantes según edad y sexo. Álava 2006.



65 y más años



MORTALIDAD INFANTIL

Durante 2006 fallecieron 10 niños menores de un año en Álava (7 niños y 3 niñas), por lo que la tasa de mortalidad infantil fue de 3,4 por 1.000 nacidos vivos, cifra similar a la del total de la CAPV, de 3,3. Respecto a la mortalidad perinatal (nacidos muertos más fallecidos en la primera semana de vida), ésta se sitúa en un término medio respecto a los otros dos territorios históricos, registrándose una tasa de 6,5 muertes por 1.000 nacidos totales.

ESPERANZA DE VIDA

Álava ha sido en el 2006 el territorio con una mayor esperanza de vida al nacimiento, con 86,62 años para las mujeres y 79,4 años para los hombres.

En Álava desde el año 2000 en adelante se han superado todos los años los objetivos propuestos por el Plan de Salud para el periodo comprendido entre los años 2002-2010: 76,8 años para los hombres y 84,3 años para las mujeres.

MORTALIDAD PREMATURA

Los años potenciales de vida perdidos (APVP) hasta la edad de 70 años miden el impacto de la mortalidad en las edades tempranas, expresando los años que ha dejado de vivir una persona que ha fallecido prematuramente después del primer año de vida. Por tanto, cobran mayor relevancia las causas con alta incidencia en los jóvenes y el patrón varía respecto al de la mortalidad general.

Los APVP durante 2006 en Álava por todas las causas de mortalidad fueron 75.540, 5.340 años en hombres y 2.215 en mujeres, lo que corresponde a unas tasas brutas de 40 años por mil hombres y 17 años por mil mujeres. Las tasas estandarizadas por edad a la población europea estándar fueron de 36,6 y 16,4 años por mil habitantes respectivamente.

En la tabla de APVP para ambos sexos predominan las causas más frecuentes en hombres ya que en éstos la tasa de mortalidad prematura es mucho más elevada que en mujeres.

Tabla 6.3- APVP Ambos Sexos. Álava 2006.

Causas	CIE-10	APVP	Tasa*	Tasa**
Accidente tráfico vehic.motor	V01-89	632	2,4	2,6
T.M. tráquea bronquios y pulmón	C33-34	563	2,1	1,9
Infarto agudo miocardio	I21	360	1,4	1,2
T.M. sitios mal definid., secund.	C76-80,C97	355	1,3	1,1
Suicidio y autolesiones	X60-84	348	1,3	1,2
Enf. cerebro-vascular	I60-69	310	1,2	1,0
Cirrosis y enf.crónicas hígado	K70,K73-74,K76,9	273	1,0	0,9
T.M. de mama	C50	268	1,0	0,9
T.M. de colon	C18	235	0,9	0,8
Envene. Accidental por drogas	X41-42,X44-45	228	0,9	0,7

*Tasa bruta por 1.000

**Tasa por 1.000 ajustada por edad a la población europea estándar.

Tabla 6.4- APVP Mujeres. Álava 2006.

Causas	CIE-10	APVP	Tasa*	Tasa**
T.M. de mama	C50	250	1,9	1,6
Accidente tráfico vehic.motor	V01-89	167	1,3	1,8
T.M. sitios mal definid., secund.	C76-80,C97	138	1,1	0,8
T.M. tráquea bronquios y pulmón	C33-34	125	1,0	0,8
Enf. cerebro-vascular	I60-69	118	0,9	0,8
T.M. de ovario	C56	103	0,8	0,7
T.M. estómago	C16	90	0,7	0,6
T.M. páncreas	C25	83	0,6	0,5
Anomalías congénitas	Q00-99	77	0,6	0,9
Leucemias	C91-95	75	0,6	0,9
T.M. recto, rectosigmoide y ano	C19-21	68	0,5	0,4

*Tasa bruta por 1.000

**Tasa por 1.000 ajustada por edad a la población europea estándar.

Tabla 6.5- APVP Hombres. Álava 2006.

Causas	CIE-10	APVP	Tasa*	Tasa**
Accidente tráfico vehic.motor	V01-89	465	3,5	3,5
T.M. tráquea bronquios y pulmón	C33-34	438	3,3	2,9
Infarto agudo miocardio	I21	343	2,5	2,2
Suicidio y autolesiones	X60-84	318	2,4	2,2
Cirrosis y enf.crónicas hígado	K70,K73-74,K76,9	238	1,8	1,7
T.M. sitios mal definid., secund.	C76-80,C97	218	1,6	1,5
T.M. de colon	C18	210	1,6	1,4
Envene. Accidental por drogas	X41-42,X44-45	210	1,6	1,2
Enf. cerebro-vascular	I60-69	193	1,4	1,2
Sida	B20-24	148	0,1	0,9

*Tasa bruta por 1.000

**Tasa por 1.000 ajustada por edad a la población europea estándar.

En los hombres los accidentes de tráfico de vehículos a motor presentan la tasa más alta (tanto bruta como ajustada por edad a la población europea estándar), seguidos del tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, infarto agudo de miocardio y suicidio y autolesiones. En las mujeres el tumor maligno de mama presenta la mayor tasa bruta seguida por los accidentes de tráfico de vehículos a motor (aunque estos últimos tienen mayor tasa ajustada). Les siguen los tumores malignos de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados, y el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón.

EVALUACIÓN DE OBJETIVOS DEL PLAN DE SALUD 2002-2010

Se comparan las tasas de mortalidad para causas seleccionadas en el año 2000 y en el 2006 con los objetivos marcados por el Plan de Salud 2002-2010.

Como puede observarse en la tabla siguiente, en general todos los objetivos se van cumpliendo, a excepción de la mortalidad por tumores malignos en mujeres menores de 65 años. Respecto a la mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres menores de 65 años, ésta presenta en el 2006 una tasa inferior a la del 2000, sin embargo en el 2004 había presentado un ascenso, con una tasa estandarizada de 7,3.

Tabla 6.6- Tasas* de mortalidad para causas seleccionadas. Álava 2006.

Causas	Tasa 2000	Tasa 2006	Objetivos del Plan de Salud Para la CAPV 2010
Cáncer en hombres < 65 años	109,6	86,4	Iniciar tendencia descendente
Cáncer en mujeres < 65 años	56,6	49,7	47,1
Ca. de pulmón en hombres < 65 años	28,8	21,5	Invertir tendencia ascendente
Ca. de pulmón en mujeres de <65 años	4,3	4,1	Frenar tendencia ascendente
Cáncer de mama en mujeres	22,2	13,1	18,4
Ca. de colón-recto en hombres	30,2	29,9	Estabilizar tasas
Ca. de colón-recto en mujeres	13,3	11,6	Estabilizar tasas
Ca. de cabeza y cuello en hombres	15,5	13,7	20,3
Enf. apar. circul. en hombres < de 65 años	55,1	44,6	45,7
Enf. apar. Circul. en mujeres < de 65 años	12,7	10,7	12,9
Enf. cerebrovascular en hombres <75 años	16,8	12,9	18,4
Enf. cerebrovascular en mujeres < 85 años	15,8	16,2	20,4
Cardiopatía isquémica en hombres 25-74 años	63,5	52,4	70,6
Cardiopatía isquémica en mujeres 25-74 años	8,3	10,8	14,7
Accidente de tráfico	13,4	6,9	10,3
Mortalidad por SIDA (número de casos)		7	<7 casos/año**
Causas externas entre 15-29 años	19,9	20,3	31
Suicidio	4,9	5,6	<7
Mortalidad Infantil		3,4	<4,8

(*) Tasa por cien mil habitantes estandarizadas por edad a la población europea estándar.

(**) Objetivo para 2010 en la CAPV <50 casos/año, para Álava según la proporción de población: < 7 casos/año.

7-MORBILIDAD HOSPITALARIA

Se realiza un análisis básico del registro de altas hospitalarias del año 2008. Los datos utilizados proceden del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de la CAPV, que incluye datos de los hospitales de agudos y de media y larga estancia de Osakidetza y hospitales privados, no incluyéndose los hospitales psiquiátricos. Esta base de datos recoge información clínico-administrativa de los pacientes hospitalizados en el momento del alta, pudiendo un mismo paciente ocasionar varias altas en un mismo año.

La población a estudio son los **pacientes con residencia en Álava** que fueron dados de alta durante el año 2008 en cualquier hospital de la Comunidad Autónoma Vasca.

Se realiza un agrupación según el diagnóstico principal, definido éste como el proceso patológico que, después del estudio pertinente y según criterio facultativo, se considera la causa principal del ingreso del paciente.

Se ha calculado la tasa bruta de hospitalización por 100.000 habitantes con el número de altas en el numerador. La población utilizada para el cálculo de dichas tasas en el denominador es la población, elaborada mediante una proyección, del Instituto Vasco de Estadística/EUSTAT.

MORBILIDAD HOSPITALARIA: CASOS Y TASAS DE FRECUENTACION

Durante el año 2.008 se produjeron en la CAPV 328.275 altas hospitalarias; de las cuales 46.213 (14 %) se corresponden a personas residentes en Álava. Este número de altas suponen una frecuentación hospitalaria de 151 altas por 1.000 habitantes en la CAPV y de 146 en Álava.

El 74,5 % de las altas de residentes en Álava se produjeron en los hospitales de agudos de Osakidetza de Álava (Hospitales Txagorritxu y Santiago), el 0,65 % en el Hospital de Leza (media y larga estancia) y un 11,5 % en hospitales privados de Álava. Un 9,1 % de las altas se han producido en hospitales de agudos de Osakidetza de otros territorios históricos y un 4 % en hospitales privados de otros territorios históricos. Del total de altas, un 23% corresponden a altas con estancia cero. El porcentaje de altas en hombres y mujeres es similar.

Tabla 7.1- Nº de altas totales por sexo y grupo de edad. Residentes Álava 2008.

GRUPOS EDAD	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-14	1.380	6	1022	4,4	2402	5,2
15-29	1.567	6,8	2107 (1183*)	9,2	3677	8
30-44	3310	14,4	5286 (2609*)	22,9	8598	18,6
45-59	4708	20,5	3694	16	8403	18,2
60-74	6334	27,5	4523	19,6	10858	23,6
75-89	5291	23	5607	24,3	10895	23,6
≥90	406	1,8	855	3,7	1261	2,7
TOTAL	22996	100	23094	100	46094	100

*: nº de altas excluyendo altas por embarazo, parto y puerperio.

La mediana de edad de la población que ha tenido algún alta hospitalaria es de 59 años, 61 en hombres y 57 en mujeres (64 en estas últimas si se excluyen las altas relacionadas con embarazo, parto y puerperio).

Para las mujeres dentro del grupo de edad de 15 a 44 años el embarazo, parto y puerperio supone el 49% de las causas de alta hospitalaria.

En el grupo de edad de menores de 15 años el 67% de las altas corresponden a menores de 5 años.

MORBILIDAD HOSPITALARIA POR GRANDES GRUPOS DE LA CIE-9

Tabla 7.2- Morbilidad proporcional según diagnóstico principal (CIE-9). Residentes Álava 2008.

Grupo	Causas	CIE-9	Hombres		Mujeres		Total	
			Casos	%	Casos	%	Casos	%
I	Enf. Infecciosas y parasitarias	1-139	329	1,5	208	0,9	537	1,2
II	Tumores	140-239	2046	9	1812	8	3858	8,4
III	Enf. Sangre y Trans. Inmunidad	280-289	328	1,5	411	1,8	739	1,6
IV	Enf. Endocri. Nutric. Metab.	240-279	508	2,2	444	2	952	2,1
V	Transtornos mentales	290-319	473	2,1	386	1,7	859	1,9
VI, VII, VIII	Enf. Sist. Nervioso, Ojo y Oído	320-389	2028	9	2597	11,4	4625	10,1
IX	Enf. Sist. Circulatorio	390-459	2690	11,9	2226	9,8	4916	10,7
X	Enf. Sist. Respiratorio	460-519	2969	13,1	1852	8,1	4821	10,5
XI	Enf. Sist. Digestivo	520-579	3178	14,1	2071	9,1	5249	11,4
XII	Enf. Piel y Tejido Subcutáneo	680-709	308	1,4	210	0,9	518	1,1
XIII	Enf. Sist. Osteomuscular y tej. conjun.	710-739	1953	8,6	1891	8,3	3844	8,4
XIV	Enf. Sist. Genitourinario	580-629	1419	6,2	1555	6,8	2974	6,5
XV	Complic. Embar. Parto y Puerper.	630-676	0	0	3609	15,9	3609	7,9
XVI	Afecciones Peri natales	760-779	234	1	158	0,7	397	0,9
XVII	Anomalías Congénitas	740-759	145	0,6	196	0,9	341	0,7
XVIII	Causas mal definidas	780-799	1314	5,8	1061	4,7	2378	5,2
XIX	Causas externas	800-999	1803	8	1324	5,8	3125	6,8
	Código V	V01-V82	884	3,9	752	3,3	1636	3,6
	TOTAL		22609	100	22763	100	45372	100

Como puede observarse en la tabla superior, en las mujeres la causa más frecuente de alta hospitalaria es el embarazo, parto y puerperio, seguido de enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales, del sistema circulatorio, del sistema digestivo y del sistema respiratorio. En los hombres el primer lugar lo ocupan las enfermedades del sistema digestivo, seguido por las enfermedades del sistema respiratorio, del sistema circulatorio, del sistema nervioso y sentidos y tumores.

El patrón de morbilidad es diferente según la edad y sexo (figura 7.1). **En el grupo de menores de 1 año** las principales causas de ingreso fueron la patología peri natal (29% de ésta debida a trastornos relacionados con gestación corta/bajo peso nacimiento), enfermedades del aparato respiratorio, del aparato digestivo, aparato genito-urinario y anomalías congénitas, siendo el número de altas mayor para los niños en relación a las niñas para todas las patologías a excepción de las enfermedades del aparato genito-urinario.

En el grupo de 1 a 14 años, las principales causas de ingreso son las enfermedades del aparato respiratorio, aparato digestivo, aparato genito-urinario, del sistema nervioso y órganos de los sentidos, causas externas y anomalías congénitas, siendo el número de altas para los niños mayores que para las niñas en todos los grupos de enfermedades mencionados.

En el grupo de 15 a 29 años, la principal causa de alta hospitalaria en las mujeres es el embarazo, parto y puerperio, suponiendo en este grupo de edad el 45% de las altas en mujeres (922 altas). Si se excluye el embarazo, las principales causas de alta hospitalaria en este rango de edad son las causas externas, enfermedades del aparato digestivo, del

sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo, aparato respiratorio, aparato genito-urinario y trastornos mentales, siendo el número de altas en hombres mayores que en mujeres para todas las patologías a excepción de las del aparato genito-urinario.

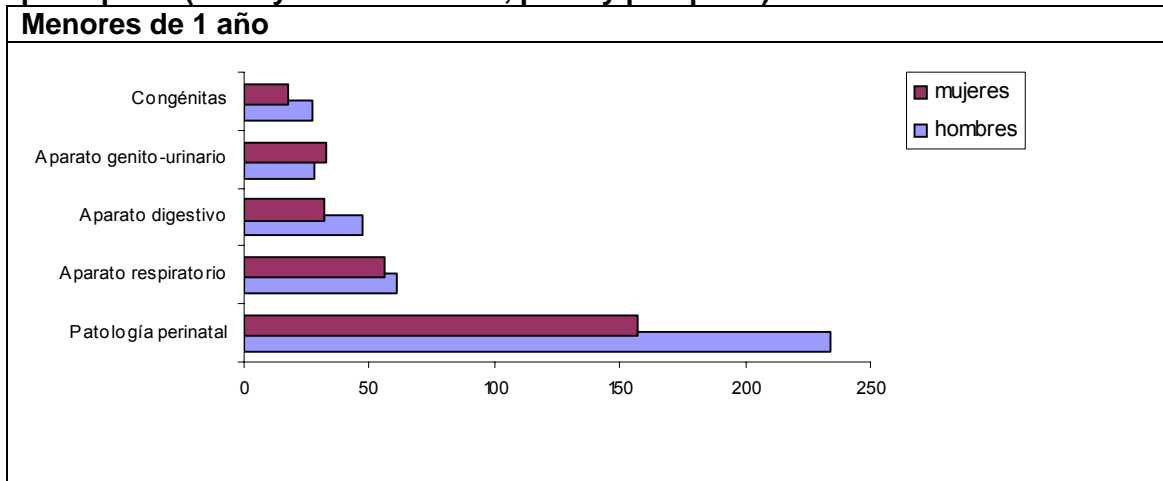
Cabe destacar que en el grupo de edad de 0 a 29 años, dentro del grupo de causas agrupadas como enfermedades del aparato digestivo, el diagnóstico de apendicitis aguda constituye el 28,4% en hombres y el 23,5% en mujeres.

En el grupo de 30 a 44 años, la principal causas de alta en las mujeres es también el embarazo, parto y puerperio, suponiendo el 51% de las causas (2676 altas). Si se excluye el embarazo, las principales causas de alta hospitalaria en mujeres son las enfermedades del aparato genito-urinario (22,2% de éstas con diagnóstico de esterilidad), los tumores (22,8% de éstos con diagnóstico de leiomioma uterino) y las enfermedades del aparato digestivo. En los hombres las causas más frecuentes son las enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo (el 37,2% de éstas debido a trastorno interno de rodilla), del aparato digestivo y los traumatismos y envenenamientos.

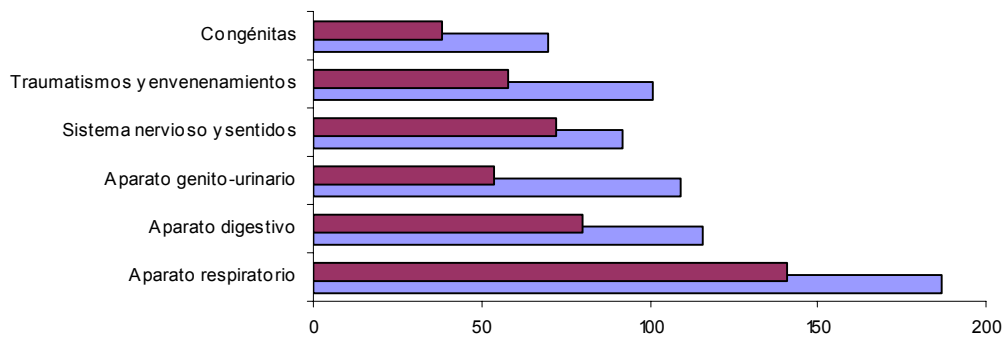
En el grupo de 45 a 64 años las causas más frecuentes de alta hospitalaria en los hombres son las enfermedades del aparato digestivo (29,5% de éstas corresponden a un diagnóstico de hernia inguinal), aparato circulatorio, tumores y enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo. En las mujeres las causas principales son las enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo (el 25,8% de éstas con diagnóstico de deformación adquirida del dedo gordo del pie), tumores, enfermedades del aparato digestivo y aparato circulatorio.

En los mayores de 64 años las causas principales de alta hospitalaria fueron las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos, enfermedades del aparato circulatorio (de éstas, 16,2% con diagnóstico de insuficiencia cardiaca), aparato respiratorio, aparato digestivo, tumores, y traumatismos y envenenamientos.

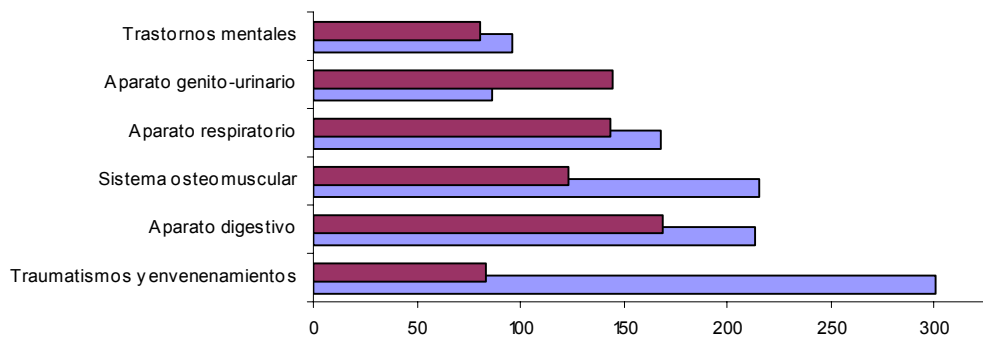
Figura 7.1- Número de altas hospitalarias por sexo y grupo de edad según las causas principales (Excluyendo embarazo, parto y puerperio). Residentes Álava 2008.



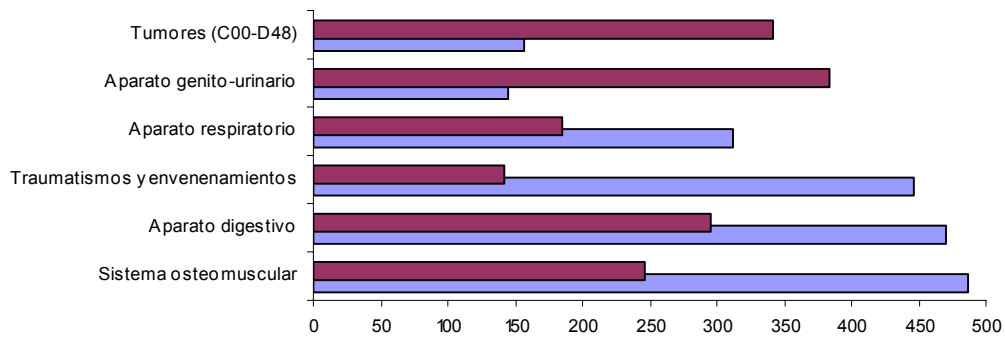
De 1 a 14 años



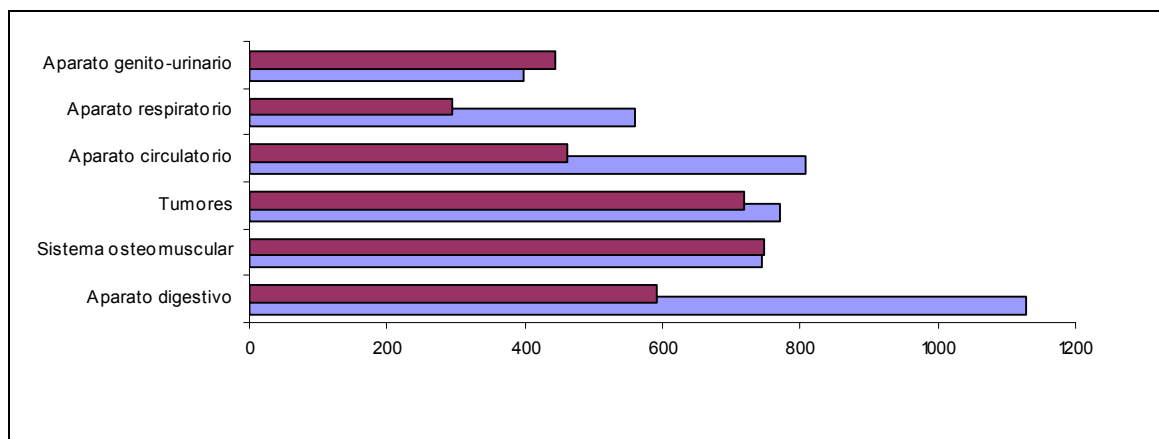
De 15 a 29 años



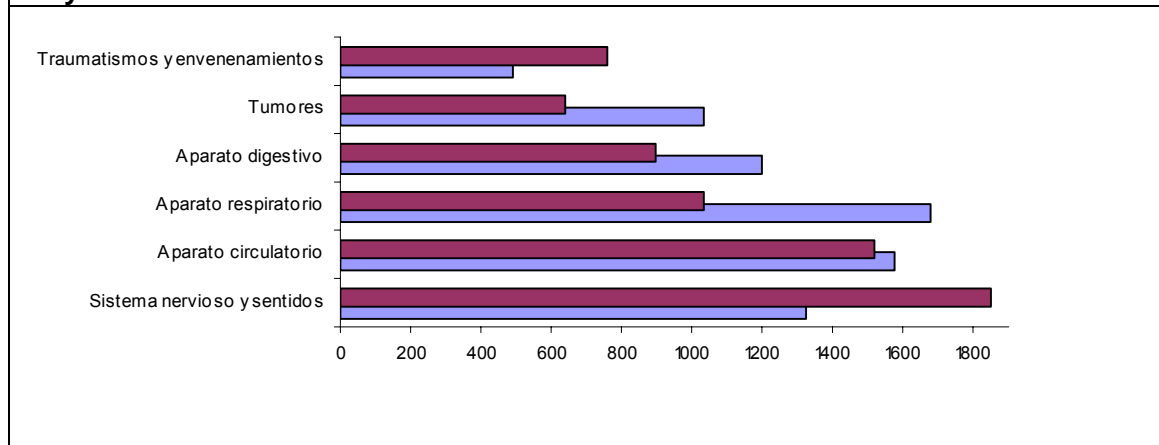
De 30 a 44 años



De 45 a 64 años



Mayores de 64 años



Cabe mencionar que en los mayores de 64 años el 73% de las altas incluidas en el grupo de enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos tienen un diagnóstico de cataratas. En las mujeres de este grupo de edad la fractura de cuello de fémur supone el 25% de las causas incluidas en el grupo de traumatismos y envenenamientos.

ANEXO 1

PIRAMIDE POBLACION ALAVA 2006

