



Unidad de Vigilancia Epidemiológica

Dirección Territorial de Sanidad y Consumo de Bizkaia

Resumen de Vigilancia Año 2011

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

Subdirección de Salud Pública

PERSONAL DE LA UNIDAD DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE BIZKAIA DURANTE EL AÑO 2011

Administrativ@s

Juan José Aranburu Rojas, Ana Eva del Valle Araluce, Rafael Hurtado de Mendoza Elorduy, Mateo Presa Urarte, Ane Miren Uriarte Gabikagogeaskoa, Agustín Virumbrales Santibáñez

DUE

Inmaculada Aspiritxaga Gamarra, Marta de la Cruz Ortega, Itxaso González Sancristobal, José Luis Rodríguez Murua, Sabino San José Rodríguez

Epidemiólogos

Eva Alonso Fustel, Inmaculada Baonza Gonzalez, Visitación de Castro Laiz, Esther Hernández Arricibita, Patricia Sancho Uriarte, Nerea Muniozguren Agirre

Alameda de Rekalde, 39-A. 48008 – Bilbao

Teléfono 94 403 15 90

epidebi-san@ej-gv.es

Índice
Abreviaturas utilizadas

RESUMEN EJECUTIVO	5
INTRODUCCIÓN.....	9
I. DATOS DE VIGILANCIA Y TENDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	13
TENDENCIAS 2011	15
DATOS DE VIGILANCIA 2011	16
VIGILANCIA DE TRANSMISIBLES DE LA A A LA Z	17
Brucelosis	17
Campylobacteriosis	17
Cólera	17
Creutzfeldt-Jakob (ECJ)	18
Disentería / Shigelosis.....	19
Enfermedades de transmisión sexual (ETS).....	20
Gonocócica, infección (Gonococia)	20
Sífilis	21
Chlamydia trachomatis	21
Herpes virus tipo 2.....	22
Estreptococo grupo A (<i>S. pyogenes</i>), enfermedad invasiva por.....	22
Fiebre Q.....	23
Fiebre tifo-paratífica	24
Brote de <i>S. paratyphi</i> asociada a mascotas (tortugas).....	24
Gripe.....	25
Gripe aviar en humanos por el virus A(H5N1).....	28
Otros tipos virales	29
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	29
Hepatitis A	29
Hepatitis B aguda	31
Hepatitis C	32
Legionelosis.....	32
Lepra	33
Listeriosis.....	34
Lyme, enfermedad de	35
Meningitis bacteriana	35
Meningitis vírica.....	36
Meningocócica, enfermedad	37
Neumocócica, enfermedad	38
Paludismo / Malaria	39
Parotiditis vírica (paperas).....	40
Poliomielitis.....	42
Rabia	42
Rotavirus	43
Rubéola	43
Salmonelosis	44
SAMR (<i>Staphylococcus Aureus</i> Resistente a la Meticilina)	44
Sarampión	45
SIDA y VIH	46
Tos ferina.....	48
Toxiinfecciones de origen alimentario (TIAs)	50
Tuberculosis	51
Varicela.....	52
Yersiniosis	53

II. INMUNIZACIONES	55
VACUNACIÓN INFANTIL. COBERTURAS VACUNALES.....	57
ENCUESTA DE SEROPREVALENCIA.....	58
III. DATOS DE VIGILANCIA Y TENDENCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	59
CÁNCER.....	61
Todas las localizaciones.....	61
Razones de Incidencia Estandarizada por comarca y por sexo.....	62
Cánceres de localizaciones concretas.....	63
Mortalidad por cáncer.....	69
ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR.....	70
Factores de riesgo.....	71
Morbilidad por ECV.....	72
Evaluación de la asistencia recibida del sistema.....	73
Recomendaciones.....	73
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.....	74
Mortalidad 2009.....	75
Morbilidad hospitalaria 2010.....	75
IV. MORBILIDAD HOSPITALARIA	77
MORBILIDAD HOSPITALARIA: CASOS Y TASAS DE FRECUENTACIÓN.....	79
MORBILIDAD HOSPITALARIA POR GRANDES GRUPOS DE LA CIE-9.....	81
MORBILIDAD HOSPITALARIA POR COMARCA SANITARIA DE OSAKIDETZA.....	83
V. REGISTRO DE MORTALIDAD	85
MORTALIDAD GENERAL.....	87
MORTALIDAD PROPORCIONAL. GRANDES GRUPOS DE CAUSA DE MUERTE.....	88
MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS.....	89
Primeras causas de muerte según edad.....	89
Principales causas de muerte según sexo.....	90
Primeras causas de muerte en el tiempo.....	91
Indicadores de evaluación del estado de salud (Plan de Salud).....	92
Razón de Mortalidad Estandarizada.....	94
MORTALIDAD INFANTIL.....	96
ESPERANZA DE VIDA.....	96
MORTALIDAD PREMATURA.....	97
ANEXOS	99
ANEXO I. Poblaciones.....	101
ANEXO II. EDO Individual.....	102
ANEXO III. Sistema de información microbiológica.....	107
ANEXO IV. Cáncer.....	114

ABREVIATURAS UTILIZADAS

Ac.	Anticuerpo	IFI	Inmunofluorescencia Indirecta
Ag.	Antígeno	IgG	Inmunoglobulina G
AP	Atención Primaria	IgM	Inmunoglobulina M
APVP	Años Potenciales de Vida Perdidos	MenC	Meningococo C
BCG	Bacilo bovino de Calmette-Guerin (vacuna tuberculosis)	MSC	Ministerio de Sanidad y Consumo
CA	Comunidad Autónoma	NEOM	No Especificado de Otra Manera
CAPV	Comunidad Autónoma del País Vasco	OMS	Organización Mundial de la Salud
CCAA	Comunidades Autónomas	OP	Oferta Preferente
CI	Cardiopatía Isquémica	OSALAN	Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades	PCA	Porcentaje de Cambio Anual
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos (Altas)	PCR	<i>Polimerase Chain Reaction</i> (Reacción en cadena de la polimerasa)
CNE	Centro Nacional de Epidemiología	RCEME	Registro de Cáncer de Euskadi – <i>Euskadiko Minbizi Erregistroa</i>
DM	Diabetes Mellitus	RME	Razón de Mortalidad Estandarizada
DTPa	Difteria Tétanos Pertussis acelular (vacuna)	SARM	Stafilococo Aureo Resistente a Meticilina
EEB	Encefalopatía Espongiforme Bovina	SIM	Sistema de Información Microbiológica
ECJ	Enfermedad de Creutzfeld Jacob	SNC	Sistema Nervioso Central
ECV	Enfermedad Cerebro Vascular	SRC	Síndrome de Rubeola Congénita
EDO	Enfermedades de Declaración Obligatoria	TC	Tasa Cruda
ELISA	Enzyme-linked ImmunoSorbent Assa	TE	Tasa Estandarizada
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	TH	Territorio Histórico
ESCAV	Encuesta de Salud de la CAPV	TIA	Toxi-infección Alimentaria
ESO	Enseñanza Secundaria Obligatoria	TM	Tasa Mortalidad
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual	TME	Tasa Mortalidad Estandarizada
EUR	<i>European Region</i> / Región Europea (OMS)	TV	Triple Vírica (vacuna)
EUSTAT	Euskal Etatistika Erakundea/Instituto Vasco de Estadística	UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
HB	Hepatitis B	UDVP	Usuario de Drogas por Vía Parenteral
Hib	<i>Haemophilus influenza</i> tipo b (vacuna)	vECJ	Nueva variante ECJ
HTA	Hipertensión Arterial	VIH	Virus Inmunodeficiencia Humana
IAM	Infarto Agudo de Miocardio	VHA	Virus de la Hepatitis A
ICT	Isquemia Cerebral Transitoria	VHB	Virus de la Hepatitis B
IE1	Índice Epidémico 1	VHC	Virus de la Hepatitis C
IE2	Índice Epidémico 2	VPI	Virus de la Polio Intramuscular
		VPO	Virus de la Polio Oral
		WNV	West Nile Virus

Resumen ejecutivo

RESUMEN EJECUTIVO

- En el año 2011 se produjo la reintroducción del **sarampión** en Bizkaia con 12 casos, entre 5 meses y 36 años de edad. Este aumento se dio en toda Europa.
- Las 42 **tos ferinas** declaradas representaron el valor más elevado de los últimos quince años. El 71% de los enfermos tenían de 0 a 4 años. Este aumento se experimentó en todo el estado y en otros países del mundo desarrollado.
- Se declararon 373 **parotiditis**; la tasa fue 32,81/100.000 (en el año 2010 2,64/100.000). La mayoría fueron casos en adolescentes y adultos jóvenes menores de 30 años.
- Se declaró un caso de **cólera** en un hombre joven con el antecedente de viaje a la India; no precisó ingreso hospitalario
- Se observó un aumento de aislamientos de **Salmonella paratyphi**, que se debió a una agrupación de casos asociada al contacto con tortugas acuáticas.
- El **Campylobacter** fue la primera causa de gastroenteritis; la **Salmonella** continuó la tendencia descendente iniciada en 2003.
- Se mantuvo la tendencia ascendente de la incidencia de infección por **listeria** (tasa 2,11/100.000 habitantes); siete de cada diez afectados fueron mayores de 60 años. La letalidad por esta enfermedad fue del 25%.
- La temporada de **gripe** 2011-12 se ha caracterizado por una menor intensidad que en años precedentes. El pico epidémico se alcanzó en la semana 7 (del 13 al 19 de febrero de 2012). El virus predominante en las primeras semanas fue el A(H3N2) y en las últimas el B. Ingresaron 32 personas que cumplían los criterios de gravedad, todos debidos a virus A.
- La tasa de **tuberculosis** fue 16,5 por 100.000 habitantes, inferior a la del año 2010 (17,9). El porcentaje de extranjeros aumentó, siendo este año el 35% de los diagnosticados.
- La tendencia de la incidencia de la **enfermedad meningocócica** siguió siendo descendente, a pesar de que la incidencia este año (1,93/100.000) fue ligeramente superior a la del año 2010. Ningún caso se debió al serogrupo C. Falleció una persona (letalidad 4,55%).
- La incidencia de las **Hepatitis A y B** disminuyó este año y se mantuvo la preponderancia de los casos entre los hombres (todos los casos de hepatitis B se dieron en hombres).
- Se declararon 24 casos de **paludismo** (siete más que el año anterior); uno de ellos falleció. Sólo uno había tomado quimioprofilaxis.
- A finales de 2011 se puso en marcha un protocolo de atención a la **enfermedad de Chagas**.
- Continuó el ascenso de la notificación al SIM de aislamientos de **SAMR** (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina); los valores se situaron prácticamente todo el año por encima de la mediana de los cinco años previos.
- En 2011 se publicó la **I Encuesta de Seroprevalencia del País Vasco**.
- En 2011 se formó un equipo de trabajo en la Subdirección de Salud Pública de Bizkaia con el objetivo de estudiar factores de riesgo, prevalencia, morbilidad y mortalidad de la **Enfermedad Cerebrovascular**, así como de analizar el proceso de atención.

- En la población total el **cáncer de colon y recto (CCR)** fue el cáncer más frecuente, suponiendo el 16% del total de los tumores malignos diagnosticados en 2008. El incremento anual de cáncer de pulmón en mujeres es de 5,6%.
- Las primeras causas de **Años Potenciales de Vida Perdidos** entre los hombres fueron el cáncer de pulmón y la cardiopatía isquémica, y entre las mujeres el cáncer de mama y el cáncer de pulmón.

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. Los datos son los del Territorio Histórico de Bizkaia durante el año 2011, así como datos históricos de tendencia.

El documento se compone de los siguientes apartados:

- Descripción de las enfermedades transmisibles, ordenadas alfabéticamente
- Inmunizaciones
- Vigilancia de las enfermedades no transmisibles
- Análisis de altas hospitalarias
- Análisis de mortalidad
- Anexos

Los datos utilizados para la realización de este informe son obtenidos de los siguientes sistemas de información: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), Red de Vigilancia de Médicos Vigía, Sistema de Información Microbiológica (SIM), Registro de Mortalidad (2009), Registro de Altas Hospitalarias (CMBD) (2010) y Registro de Cáncer (RCME) (2008). Este informe puede realizarse gracias al personal implicado en dichos registros, así como al resto del personal sanitario que realiza el diagnóstico y la declaración de los casos.

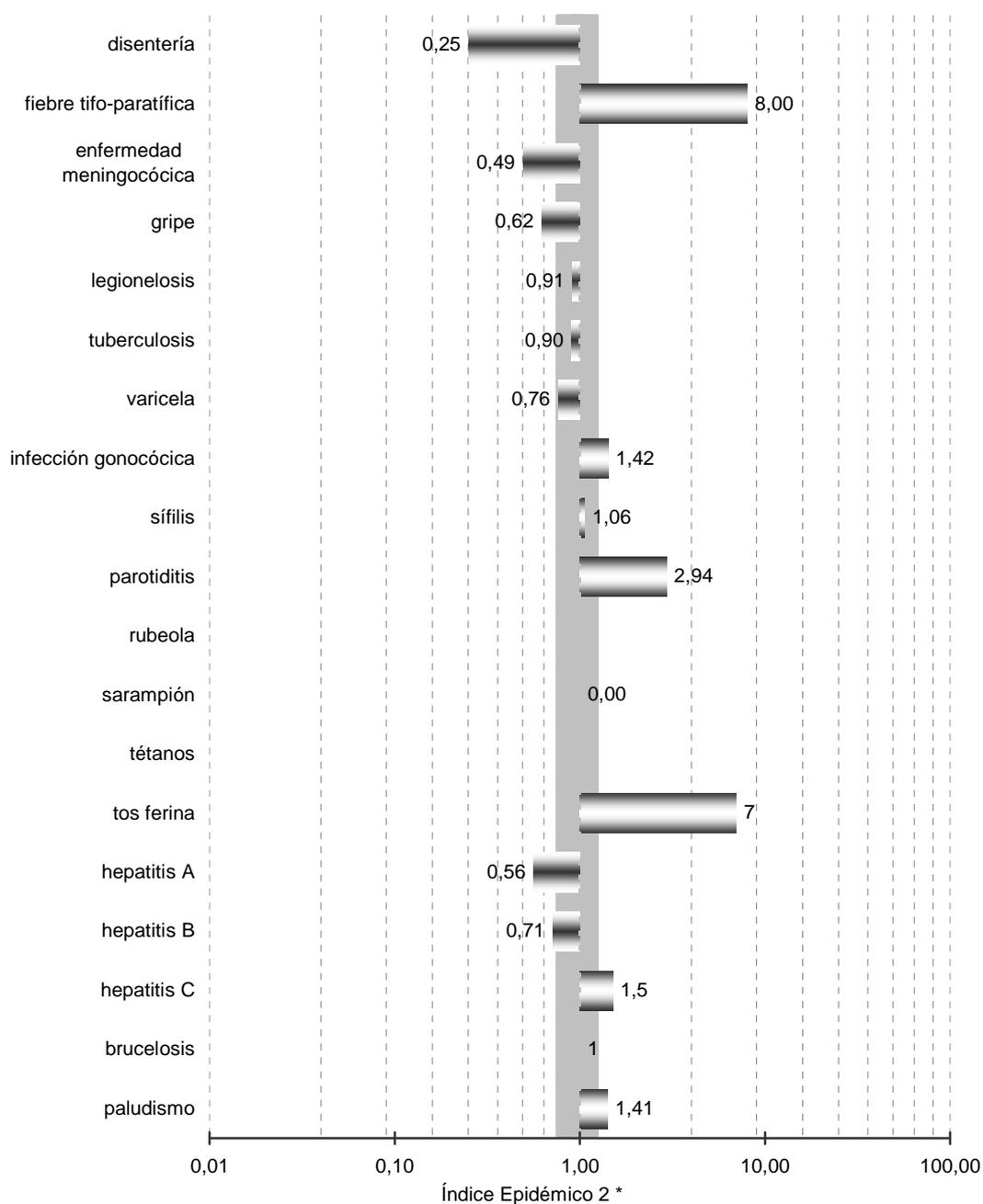
Excepto cuando se especifique otra cosa, los denominadores de población empleados en este informe son los correspondientes al censo del año 2006 (Anexo 1).

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 Álava: Llodio, Amurrio, Artziniega, Ayala y Okondo), Ezkerraldea-Enkarterri, Uribe y Bilbao (que incluye Alonsotegi).

Las enfermedades declaradas desde municipios incluidos en el Área Sanitaria de Alava (Ubide y Otxandio) o de Gipuzkoa (Ermua y Mallabia), pero que pertenecen al Territorio Histórico de Bizkaia, están contabilizadas en el total de Bizkaia.

***I. Datos de vigilancia y
tendencia de enfermedades
transmisibles***

TENDENCIAS 2011



* 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 2011

La siguiente tabla resume los datos de vigilancia epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria durante 2011. 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 2011

Enfermedad	N.º casos	Tasa/100.000	Índice Epidémico 1 ¹	Índice Epidémico 2 ²
Botulismo	-	-	-	-
Cólera	1	0,09	-	-
Disentería	3	0,26	0,25	0,25
Fiebre tifo-paratífica	11	0,95	11,0	11,00
Triquinosis	-	-	-	-
Enfermedad meningocócica	22	1,94	1,38	0,49
Gripe	10.851	964,48	3,42	0,62
Legionelosis	43	3,78	0,93	0,91
Tuberculosis	187	16,45	0,93	0,90
Varicela	2.757	242,51	0,61	0,76
Infección gonocócica	118	10,38	1,13	1,42
Sífilis	68	5,98	1,05	1,06
Difteria	-	-	-	-
Parotiditis	373	32,81	12,03	2,94
Poliomielitis	-	-	-	-
Rubéola	-	-	-	-
Sarampión	12	1,06	12,00	0,00
Tétanos	-	-	-	-
Tos ferina	42	3,69	21,00	7,00
Hepatitis A	18	1,58	0,56	0,56
Hepatitis B	12	1,06	0,48	0,71
Hepatitis C	3	0,26	1,50	1,50
Otras hepatitis víricas	1	0,09	0,00	0,00
Brucelosis	1	0,09	-	-
Rabia	-	-	-	-
Fiebre amarilla	-	-	-	-
Paludismo	24	2,11	1,41	1,41
Peste	-	-	-	-
Tifus exantemático	-	-	-	-
Lepra	1	0,09	1,00	0,00
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 (2006-2010).

Brucelosis

CIE-9: 023 – CIE-10: A23

Tanto en el sistema EDO como en el SIM se declaró una brucelosis. Se trata de un cultivo en una mujer con el antecedente de haber estado en contacto con animales de riesgo fuera de nuestra comunidad autónoma.

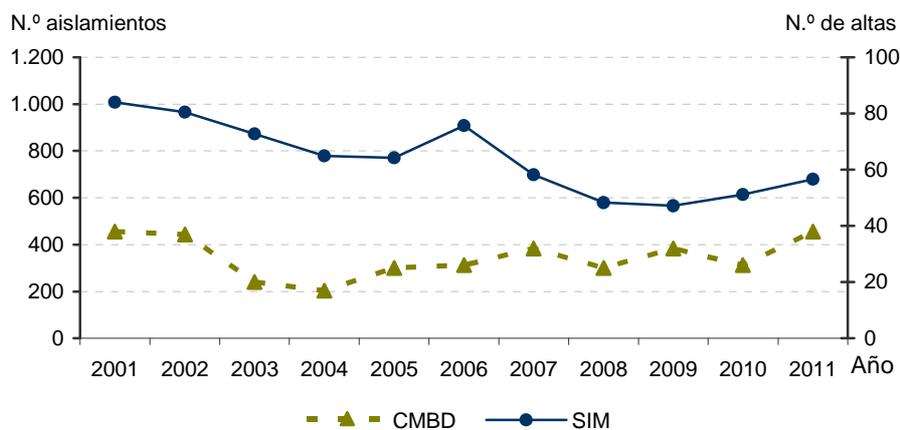
Campylobacteriosis

CIE-9: 008.43; CIE-10: A04.5

Campylobacter, con 679 aislamientos, fue el microorganismo responsable de infecciones gastrointestinales declarado con más frecuencia al SIM durante el año 2011.

El 56% de aislamientos correspondieron a hombres. Por edades, tres de cada diez eran menores y el 65% de los aislamientos se dio en menores de 14 años. No hay distribución estacional característica, aunque se ha observado un menor número de aislamientos durante el invierno (diciembre-febrero).

Aislamientos y altas hospitalarias de *Campylobacter*
SIM y CMBD. Bizkaia 2001-2011



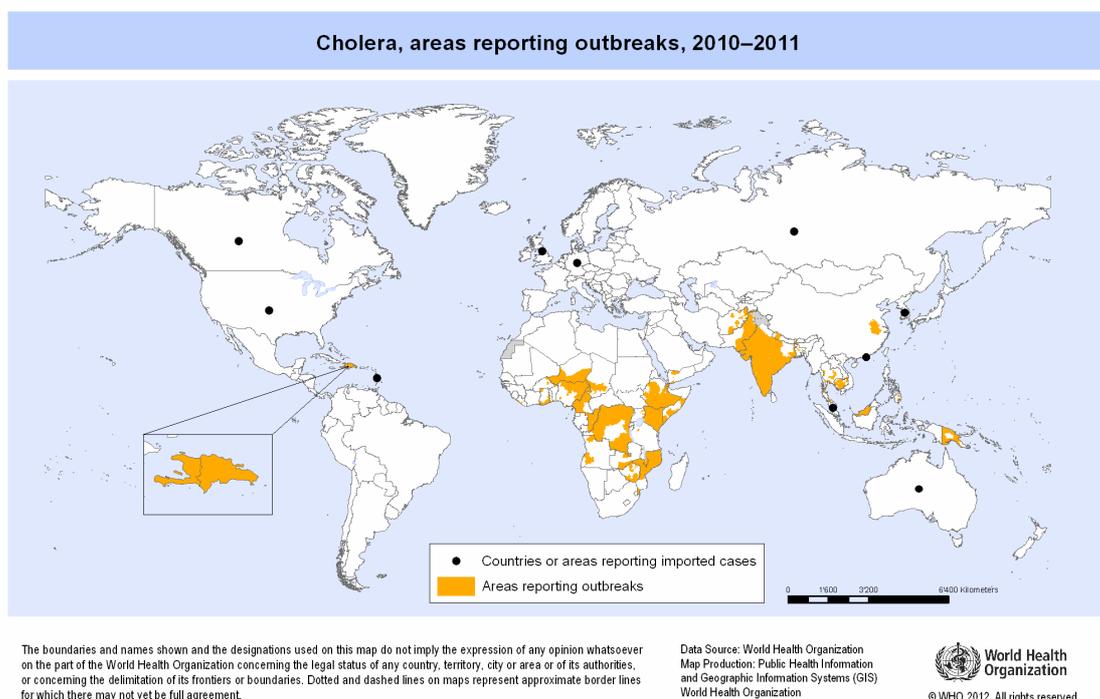
En el registro de altas de los hospitales de Osakidetza constan 38 ingresos por campylobacteriosis (diagnóstico principal). Entre los ingresados, 7 (18%) eran menores de 14 años.

Cólera

CIE-9: 001; CIE-10: A00

En el año 2011 se declaró en Bizkaia un caso de cólera importado en un hombre de 38 años con antecedente de viaje a la India. El paciente no precisó ingreso hospitalario. La cepa *Vibrio cholerae* aislada pertenece al tipo 01 Ogawa Toxigénica de declaración internacional.

En marzo de 2011 se declaró un brote de cólera en la República Democrática del Congo que, hasta julio, había afectado a 3.896 personas, produciendo una letalidad de 7%. En el mapa adjunto aparecen en amarillo las zonas que han declarado casos de cólera en los años 2010 y 2011.



Creutzfeldt-Jakob (ECJ)

CIE-9: 046; CIE-10: A810

Durante el año 2011 se declararon 4 casos sospechosos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, y uno de ellos fallecido; tras la realización de la autopsia ha sido catalogado como probable ECJ. En la tabla siguiente se muestran los datos del registro de la CAPV.

Encefalopatías Transmisibles Humanas. Registro País Vasco 1993-2012 (Enero)

	ALAVA	GIPUZKOA	BIZKAIA	CAPV
ECJ Posible	1	4	7	12
ECJ Probable	4	2	18	24
ECJ Definitivo	5	15	30	50
Total esporádicos	10	21	55	86
Tasa esporádicos/100.000	1,6	1,3	2,1	1,8
ECJ Familiar	1	3	0	4
I. Familiar fatal	14	2	5	21
S. Gerstmann-SS	0	2	1	3

En la siguiente tabla se detallan los casos de la nueva variante (vECJ) declarados en el mundo relacionados con el consumo de animales afectados de encefalopatía espongiforme bovina (EEB). El único cambio respecto al año anterior se ha dado en el Reino Unido, con dos casos más este año.

País	N.º total de casos primarios (N.º casos vivos)	N.º total de casos secundarios a transfusiones de sangre (N.º casos vivos)	N.º casos acumulados residentes en RU>6 meses durante 1980-1996
Reino Unido	173 (0)	3 (0)	176
Francia	25 (0)		1
República de Irlanda	4 (0)		2
Italia	2 (0)		0
USA	3* (0)		2
Canadá	2 (1)		1
Arabia Saudí	1(0)		0
Japón	1 ^Δ (0)		0
Holanda	3 (0)		0
Portugal	2 (0)		0
España	5 (0)		0
Taiwan	1 (0)		1

* El tercer caso de USA había nacido en Arabia Saudí y vivía en los Estados Unidos desde 2005. El paciente probablemente fue infectado en Arabia Saudí

Δ El caso japonés había residido en el Reino Unido durante 24 días en el período 1980-1996

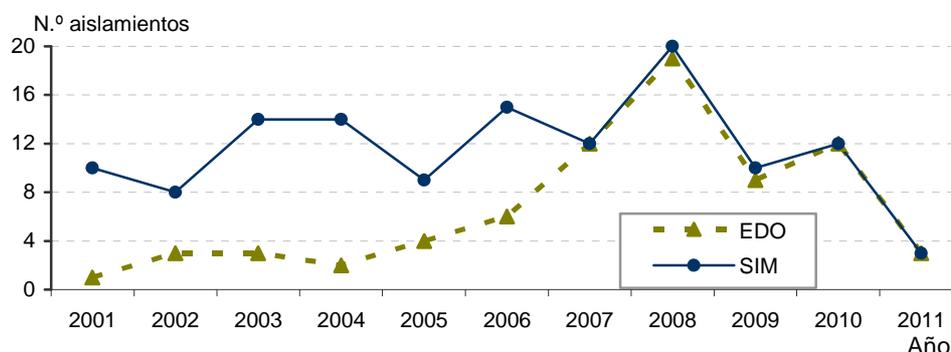
Disentería / Shigelosis

CIE-9: 004; CIE-10: A03

Durante 2011 fueron declarados al SIM trrd aislamientos: 2 *S. flexneri* y un *S. sonnei*. Los 3 casos se asociaron, por viaje o por procedencia, a zonas endémicas. Los casos fueron aislados, sin relación entre si: una niña de 4 años y dos hombres de 34 y 36.

Como se observa en la gráfica, en el año 2011 se dio la incidencia más baja del periodo 2001-2011. Excepto en 2008, cuando hubo un brote en un centro de enseñanza infantil, en los últimos años el número de casos se mantiene, oscilando entre 10 y 15. La cuarta parte están vinculados a viajes a zonas donde la enfermedad es más frecuente.

Evolución de los casos de shigelosis declarados
EDO. SIM. Bizkaia 2001-2011



Shigella es una bacteria de transmisión fecal-oral, con una dosis infectiva muy baja y un periodo de eliminación en heces que puede ser prolongado, por lo que es fundamental mantener medidas higiénicas para evitar la transmisión persona-persona. Recientemente se ha

declarado una alarma internacional desde Inglaterra sobre un aumento de casos entre homosexuales con un tipo de cepa diferente.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

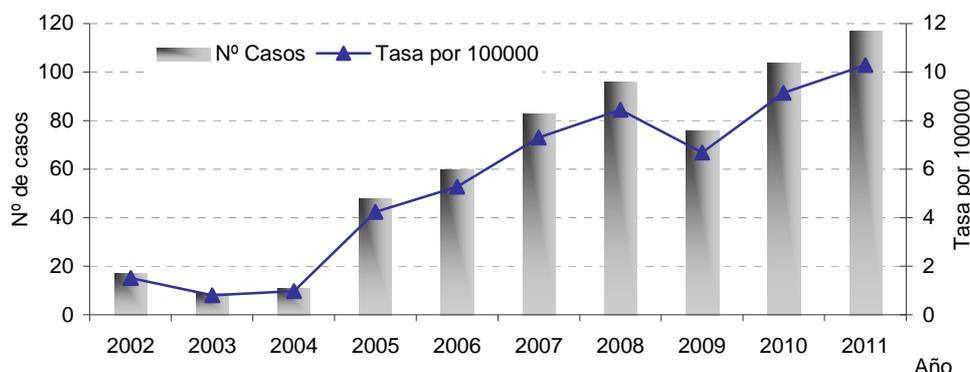
La infección gonocócica y la sífilis son enfermedades de declaración obligatoria numérica. A través del sistema de información microbiológica (SIM) los laboratorios declaran, además de estas dos enfermedades, los diagnósticos de Herpes simple tipo 2 y *Chlamydia trachomatis*.

Gonocócica, infección (Gonococia)

CIE-9: 098; CIE-10: A54

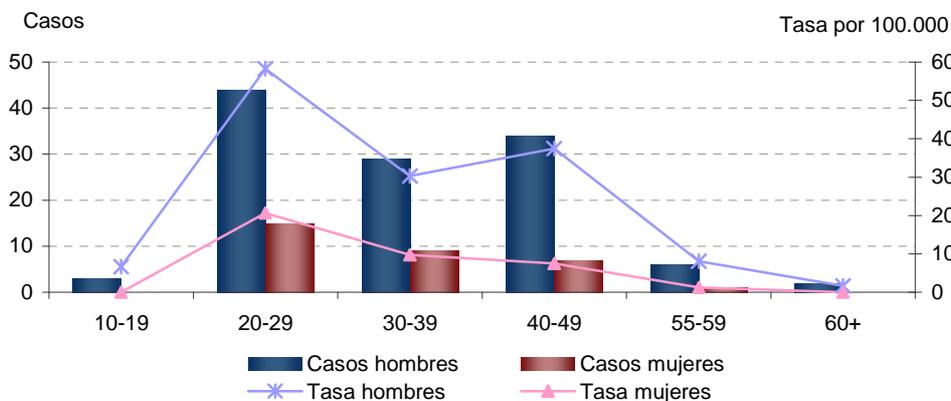
En el año 2011 se registraron en el sistema EDO 117 casos de infección gonocócica, 13 más que en el año anterior. En 2005 comienza a declarar sus casos el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y desde entonces aporta el mayor número de casos (99% en 2011).

Número de casos y tasas de infección gonocócica
EDO. Bizkaia 2002-2011



El número de aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae* declarado por los laboratorios de microbiología de Bizkaia fue 160, superior al del año anterior (129). El 79% de los casos se dio en hombres y el 85% entre los 20 y los 49 años de edad.

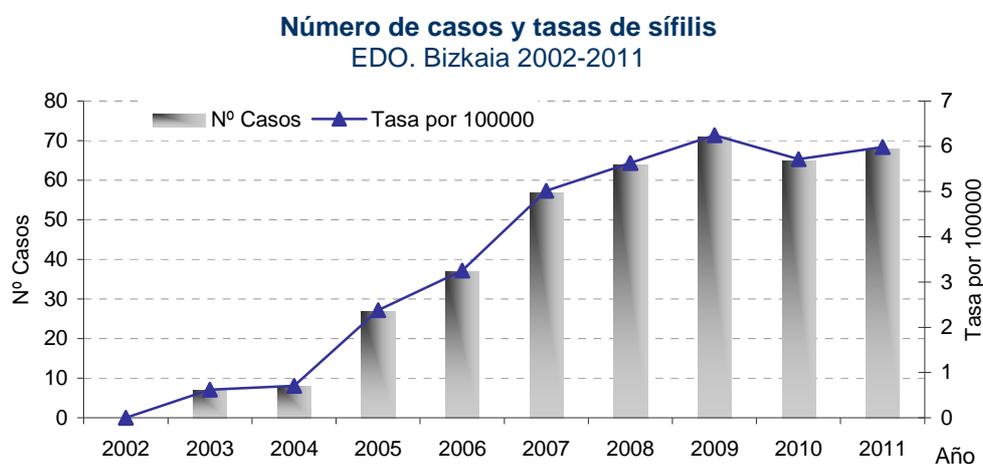
***Neisseria gonorrhoeae*. Número de casos y tasas**
SIM Bizkaia. 2011



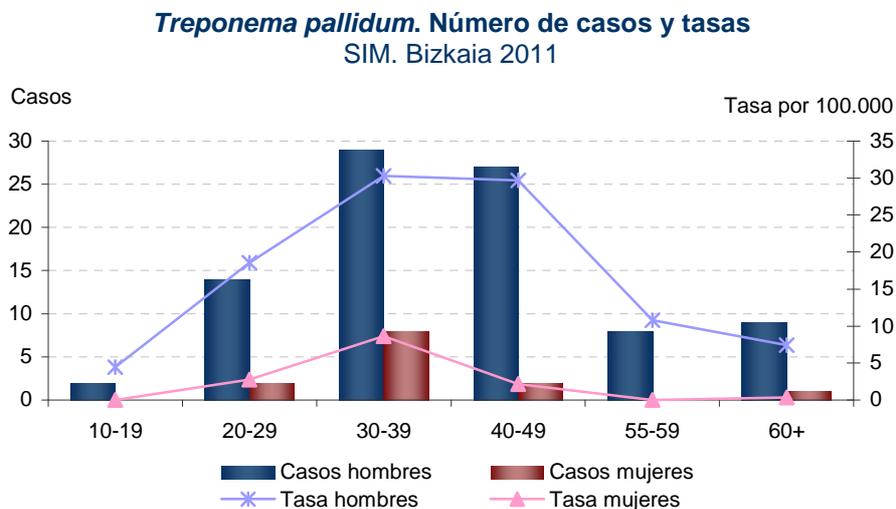
Sífilis

CIE-9: 090 - 097; CIE-10: A50 - A53

El número de casos de sífilis declarados al sistema EDO en 2011 fue 68. Al igual que ocurre con la gonococia, los casos aumentaron en 2005 con el comienzo de la declaración del centro de ETS. Este centro realizó el 57% de las declaraciones de los casos de sífilis en 2011.



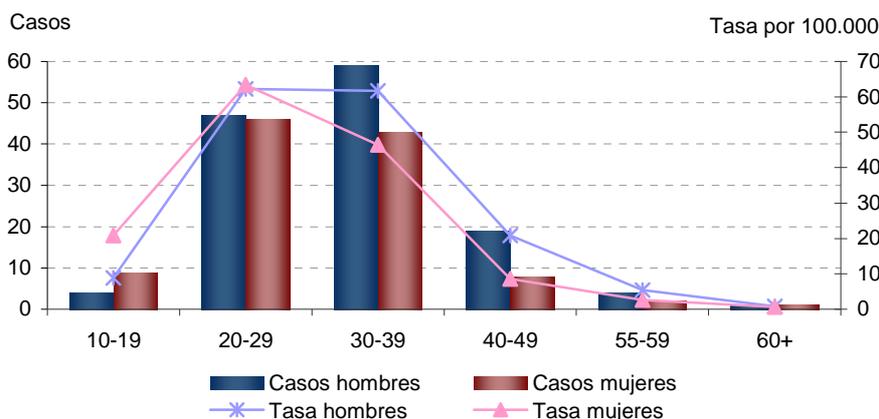
Los laboratorios de microbiología de Bizkaia declararon 106 serologías positivas para *Treponema pallidum*, de las cuales el 86% correspondía a hombres. El 77% de los casos pertenecía al grupo de edad entre 20 y 49 años.



Chlamydia trachomatis

En 2011 se notificaron al SIM 292 casos de *Chlamydia trachomatis*: 165 correspondientes a hombres y 127 a mujeres. El 67% de los casos se dio entre los 20 y los 39 años de edad.

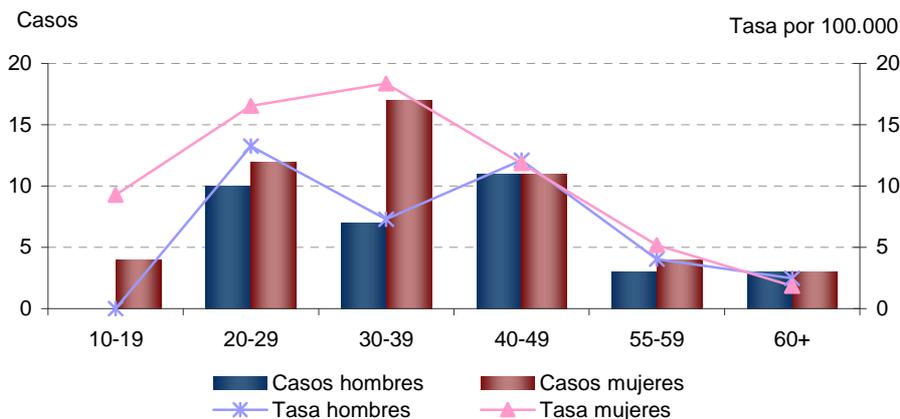
Chlamydia trachomatis. Número de casos y tasas SIM. Bizkaia 2011



Herpes virus tipo 2

Se declararon al Sistema de Información Microbiológica 98 aislamientos de Herpes virus tipo 2 (57 mujeres y 41 hombres). El 69% de los casos tenían entre 20 y 49 años de edad.

Herpes virus tipo 2. Número de casos y tasas SIM. Bizkaia 2011



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

CIE-9: 48231, 04101, 0380, 3202

Desde el año 2007 existe un protocolo de actuación frente a la enfermedad invasiva por Estreptococo A (EA). De acuerdo a este protocolo, se debe ofrecer quimioprofilaxis a los contactos estrechos de casos de enfermedad invasiva con signos de severidad clínica o neumonía, que hayan estado expuestos al caso durante los siete días previos al comienzo de síntomas, y hasta veinticuatro 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 cómo 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.

En 2011 se declararon 23 casos de enfermedad invasiva por EA (tasa: 2,02/100.000habs.), prácticamente el mismo número que en 2010. El diagnóstico fue por hemocultivo excepto dos muestras de líquido pleural y una muestra de líquido articular.

Enfermedad invasiva por *Streptococo A* por grupo de edad Bizkaia 2011

Grupo de edad	N.º
Menos de un año	0
1-4 años	6
5-24 años	2
25-64 años	6
Más de 64 años	9
TOTAL	23

11 de los 23 casos cursaron de forma grave: 7 sepsis y 4 neumonías. Entre estos se han producido tres fallecimientos con sepsis: una mujer de 84 años, un hombre de 60 y una niña de 17 meses.

En cumplimiento del protocolo fue necesario administrar quimioprofilaxis a los contactos íntimos en ocho ocasiones y se dio información al resto.

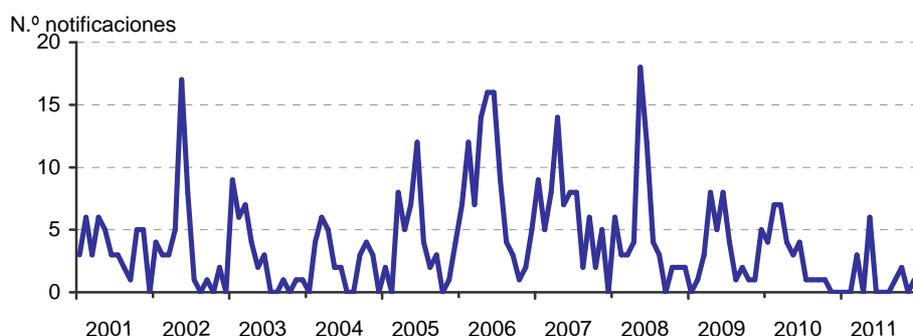
Fiebre Q

CIE-9: 0830; CIE-10: A78

La infección por *Coxiella burnetti* no es una enfermedad de declaración obligatoria y la evolución de la incidencia se valora por el SIM. Durante 2011 se produjo una notable disminución de la incidencia respecto al año 2010, año en que se dio un brote con un número importante de afectados. El mayor número de casos se diagnosticó durante el mes de mayo.

Este año se estudió un brote en un municipio de la comarca interior que afectó a 12 personas, a 9 de las cuales se les diagnosticó neumonía, y otros 3 tuvieron únicamente síntomas respiratorios. En 3 de estos pacientes se confirmó fiebre Q.

Evolución de los casos de fiebre Q SIM. Bizkaia 2001-2011

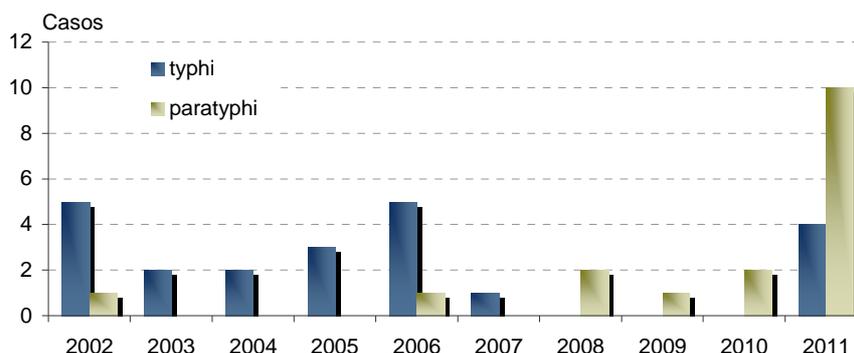


Fiebre tifo-paratífica

CIE 9: 002 CIE 10:A01

Durante el año 2011 se declararon al SIM 14 aislamientos de *Salmonella typhi-paratyphi*: 4 *typhi* y 10 *paratyphi*. Entre las *S. Typhi* declaradas, dos eran cultivos en orina (probables portadores crónicos), uno era cultivo en sangre, que correspondía a un menor saharai que estaba de paso en nuestra comunidad, y el cuarto a un paciente que había permanecido durante el periodo de incubación en India. En el gráfico siguiente se representa la evolución del número de aislamientos en los últimos 10 años.

Evolución de los casos de *Salmonella typhi-paratyphi*
SIM. 2002-2011



El pico de *S. paratyphi* que se observa en el gráfico corresponde a una agrupación de casos asociada al contacto con tortugas acuáticas. A continuación describimos la investigación y resultados de la agrupación de casos de *S. paratyphi* que se produjo entre 2010-2011.

Brote de *S. paratyphi* asociada a mascotas (tortugas)

Las infecciones por *Salmonella* se adquieren fundamentalmente a través del consumo de alimentos contaminados, pero los animales pueden ser una fuente importante de infección. Los reptiles son portadores habituales de *Salmonella* en su tracto intestinal. Normalmente no presentan signos de enfermedad y eliminan las bacterias con las heces, contaminando el agua y cualquier superficie que esté en contacto con el animal. Aunque otros reptiles son portadores de *Salmonella*, las tortugas conllevan un riesgo especial, ya que en nuestro medio es frecuente la compra de pequeñas tortugas como mascotas para los niños.

Las infecciones por *Salmonella Paratyphi B* pueden causar fiebre entérica (fiebre paratifoidea) o gastroenteritis. En algunos casos puede haber complicaciones severas, produciéndose bacteriemia (septicemia, meningitis), especialmente en niños pequeños y en personas inmunodeprimidas.

Salmonella Paratyphi B var Java parece ser menos virulenta y se ha asociado en casos aislados y brotes al consumo de alimentos contaminados, tales como ensaladas, quesos de cabra y pollo, y al contacto con reptiles y acuarios de peces tropicales.

En la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia se detectaron, entre septiembre de 2010 y octubre de 2011, 8 casos de infección por *Salmonella Paratyphi B* var Java y 3 de una posible variante monofásica (*S. 4,5,12:b:-*). Estos casos no tienen relación entre sí, y presentaron una clínica leve, con síntomas de gastroenteritis. Aparte de una mujer de 24 años y un hombre de 62, todos eran niños de entre 3 meses y 10 años de edad (7 hombres y 4 mujeres).

6 de los nueve niños afectados (67%) habían tenido contacto con tortugas acuáticas en los días previos al desarrollo de los síntomas, bien en el domicilio propio (4 casos), en el de un

familiar (1) o en el medio escolar (1). Se analizaron muestras de agua de los acuarios de las seis tortugas y tres de ellas fueron positivas a *Salmonella Java*, con el mismo perfil de electroforesis que el de las bacterias aisladas en las muestras de los niños que estuvieron en contacto con ellas. Los tres resultados negativos corresponden a muestras tomadas mucho tiempo después de producirse los casos (más de cinco meses).

Es la segunda vez que encontramos una relación entre el contacto con tortugas y la infección por *Salmonella*. En 2008, con motivo del aumento en los aislamientos de *Salmonella Typhimurium*, se realizó un estudio de casos y controles, en el que el factor de exposición a tortugas presentó una *Odds Ratio* de 1,62 (I.C. 95%: 0,68-3,89). En este estudio el 46,2% de los casos eran niños de entre 1 y 4 años, y el 17,4% de los casos presentaban como factor de riesgo el contacto con tortugas. La asociación salmonelosis-reptiles ha sido descrita en varios países.

Los padres ignoran el riesgo de infección que supone el tener un reptil en casa, sobre todo para los niños, por el mayor contacto que suelen tener con estas mascotas, por la posibilidad de jugar con el agua de los acuarios, que es un buen medio de cultivo para el crecimiento de *Salmonella*, y por sus hábitos de higiene, que suelen ser peores que los de los adultos.

En conclusión, existe un riesgo de infección por *Salmonella* asociado al contacto con tortugas, lo que evidencia la necesidad de emitir claras recomendaciones sobre la tenencia y manipulación de tortugas acuáticas y otros reptiles utilizados como mascotas por niños de corta edad. Esta recomendación puede extenderse a las personas inmunodeprimidas.

Recomendaciones para prevenir la transmisión de Salmonella por tortugas:

- ☛ lavarse las manos con agua y jabón inmediatamente después de manipular la tortuga (u otros reptiles);
- ☛ limpiar y desinfectar las superficies en contacto con el animal. Actuar como si estuvieran contaminadas;
- ☛ no utilizar la cocina para limpiar el recipiente que contiene la tortuga y si se limpia en el baño, desinfectarlo posteriormente con lejía;
- ☛ evitar el contacto de la tortuga con alimentos. Es conveniente que la tortuga no viva en la cocina ni ande libremente por el domicilio;
- ☛ las personas especialmente susceptibles (menores de 5 años y personas con inmunidad disminuida como embarazadas, enfermos con cáncer o tratamiento quimioterápico, personas trasplantadas, con diabetes, problemas hepáticos u otro tipo de enfermedad que deprima la inmunidad) deberían evitar el contacto con tortugas y cualquier objeto que haya estado en contacto con ellas.

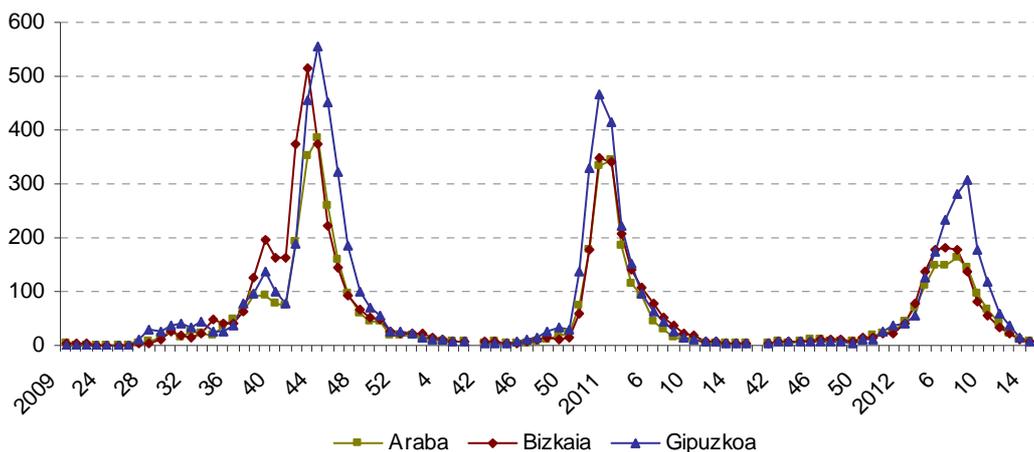
Gripe

En la CAPV la vigilancia epidemiológica de la gripe se lleva a cabo mediante la red de Médicos Vigía, constituida, en la presente temporada 2011-2012, por 52 médicos de Atención Primaria (26 de Bizkaia) que cubren una población de 65.072 habitantes de toda la CAPV. Desde 2009 esta información se complementa con el análisis de los síndromes gripales diagnosticados en consultas de Osakidetza y con la vigilancia de los casos graves ingresados en tres hospitales de la CAPV. El periodo de vigilancia se extiende desde la semana 40 de 2011 a la 20 de 2012.

La temporada gripal 2011-2012 se ha caracterizado por una menor intensidad si la comparamos con las dos precedentes y el pico epidémico se ha alcanzado más tarde, en las proximidades de la semana 7 (del 13 al 19 de febrero).

En los tres territorios históricos el comportamiento de la gripe ha sido similar, aunque con tasas más elevadas en Gipuzkoa, tal y como refleja la figura siguiente. Asimismo, no se han observado diferencias entre las comarcas sanitarias de Bizkaia.

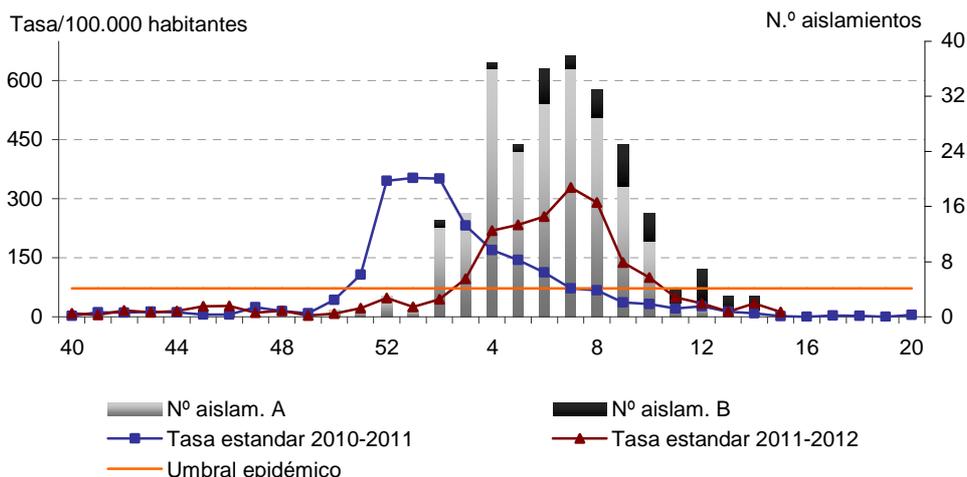
Tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) de gripe de los tres territorios históricos
Osabide.Temporadas 2009/10, 2010/11 y 2011/2012



Fuente: Osabide

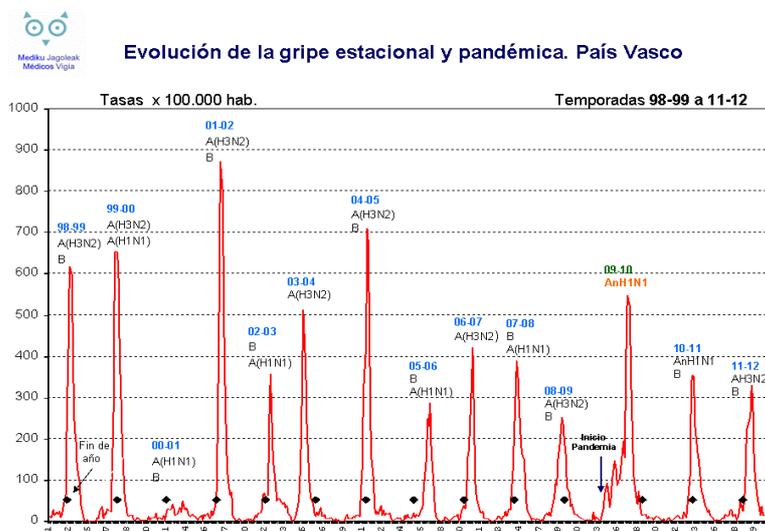
En la CAPV, al igual que en el estado, el virus predominante ha sido el A(H3N2) y en las últimas semanas el tipo B.

Aislamientos (valores absolutos) y tasas de gripe (por 100.000 habitantes)
Temporadas 2010-2011 y 2011-2012



Fuente: Red de Médicos Vigía de la CAPV

La gráfica siguiente muestra la evolución de la gripe en el País Vasco desde 1998. La incidencia de la onda epidémica 2011-2012 es similar a la de la temporada anterior, siendo las dos de incidencia moderada.



De los 32 casos graves ingresados (10 en Bizkaia), 9 presentaron como factor de riesgo alguna enfermedad pulmonar crónica y, 4, diabetes. De los 32, 15 eran mayores de 65 años y 4 menores de 5. Un 38% se había vacunado, frente a un 62% que no lo había hecho; se desconoce el dato en tres ocasiones. En todos los casos el agente causal ha sido un virus influenza tipo A y en la totalidad de las muestras subtipadas se ha identificado el virus A(H3N2). No se ha registrado ningún fallecimiento.

Se ha informado de un brote en una residencia asistida de Bizkaia así como en dos residencias de ancianos de Gipuzkoa. El brote de Bizkaia, que cursó con clínica leve, fue autolimitado.

En el conjunto del estado, el análisis filogenético de las muestras ha revelado que un 75% de los virus A(H3) están relacionados con la cepa A/Stockholm/18/2011, siendo el 25% restante próximo a la cepa A/Iowa/19/2010. En lo que respecta a los dos virus B caracterizados, estos son similares a la cepa B/Bangladesh/3333/2007 (linaje Yamagata). Ninguna de estas tres cepas se incluía en la vacuna de esta temporada (A/California/7/2009 (H1N1); A/Perth/16/2009(H3N2) y B/Brisbane/60/2008).

En lo que respecta a los casos graves, estos siguen la misma tendencia que en la CAPV, con un 40% de los 588 casos en mayores de 64 años y con una predominancia casi absoluta de los virus A(H3) (99.6%). No obstante, se han registrado 41 defunciones en nueve CCAA; en 40 de ellos el agente fue un virus A (H3), siendo el único restante un virus tipo B.

Durante la temporada 2011-2012 en el hemisferio norte han predominado diferentes virus. En Norte América, Canadá ha presentado una ligera predominancia de influenza B sobre el virus A(H3N2), mientras que en USA han sido mas frecuentes los aislamientos A(H3N2). En Méjico ha predominado el virus A(H1N1)pdm09. En Europa la gran mayoría han sido aislamientos de A(H3N2), con muy pocos aislamientos del virus A(H1N1)pdm09 y B. En Asia, norte de China y Mongolia se declararon al principio de la temporada virus B con la aparición más tardía de virus A(H3N2); esta secuencia se invirtió en la República de Corea y Japón.

Al comienzo de la temporada la mayoría de los virus analizados fueron antigénicamente relacionados con los de la vacuna. Sin embargo, en la mitad de la temporada se encontraron, tanto en USA como en Europa, divergencias entre el virus circulante y los aislados A(H3N2), lo que ha reducido la reactividad cruzada con los de la vacuna.

La resistencia a los inhibidores de la neuraminidasa ha sido baja o indetectable; sin embargo, se ha detectado un ligero incremento en los niveles de resistencia al oseltamivir en las cepas de A(H1N1)pdm09 aisladas en USA.

La OMS recomienda que la vacuna de la próxima temporada, 2012-2013, esté constituida por:

- cepa análoga a A/California/7/2009 (H1N1)pdm09;
- cepa análoga a A/Victoria/361/2011 (H3N2);
- cepa análoga a B/Wisconsin/1/2010.

Gripe aviar por el virus A(H5N1)

En 1997 se registró por primera vez una infección en humanos por este virus (Hong Kong) y posteriormente, en 2003 y 2004, se fue propagando por aves salvajes y de corral de Asia, Europa y África, convirtiéndose en un virus enzoótico en ciertos países. Ha originado brotes epidémicos en aves y casos esporádicos entre humanos, que se han saldado con la muerte de una elevada proporción de estos últimos.

Las repercusiones de este virus son tanto económicas como sanitarias; por un lado, afecta a las maltrechas economías familiares de países en desarrollo así como al comercio internacional y, por otro lado, su elevada letalidad (mayor que la de la gripe estacional) implica un considerable coste humano. Constituye, además, una amenaza para la salud pública por la posibilidad de que este virus de elevada letalidad mute, adquiriendo la capacidad de transmisión sostenible.

Hasta el momento, la mayoría de los casos de infección humana por el virus H5N1 se han dado en personas jóvenes (niños y menores de 40 años) tras un contacto directo o indirecto con aves de corral infectadas, vivas o muertas. No hay pruebas de que la enfermedad pueda transmitirse a las personas a través de los alimentos siempre que hayan sido bien cocinados.

En la temporada 2011-2012 se ha detectado el virus A(H5N1) en aves de África, Asia y Oriente Medio; por otro lado, se han descrito infecciones en humanos en Camboya, Indonesia, Vietnam, China, Egipto y Bangladesh. Los casos registrados en humanos hasta el momento se resumen en la siguiente tabla:

Casos (cas.) y defunciones (def.) acumulados en humanos confirmados de A(H5N1)

PAÍS	2012		TOTAL ACUMULADO	
	Cas.	Def.	Cas.	Def.
Azerbaián	0	0	8	5
Bangladesh	3	0	6	0
Camboya	2	2	20	18
China	1	1	42	28
Yibuti	0	0	1	0
Egipto	9	5	167	60
Indonesia	5	5	188	156
Irak	0	0	3	2
Laos	0	0	2	2
Birmania	0	0	1	0
Nigeria	0	0	1	1
Pakistán	0	0	3	1
Tailandia	0	0	25	17
Turquía	0	0	12	4
Vietnam	4	2	123	61
Total	24	15	602	355

Fuente: OMS

Otros tipos virales

A(H3N2)v: En EE.UU. se ha identificado un virus influenza A(H3N2)v; esta nueva variante contiene genes aviáres, humanos y porcinos, así como el gen M del virus pandémico A(H1N1)pdm09. Hasta el momento se han descrito 12 casos, 11 de ellos en menores de 10 años. En 6 casos no ha habido exposición a cerdos, lo que sugiere una transmisión persona-persona.

Haemophilus influenzae tipo b

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

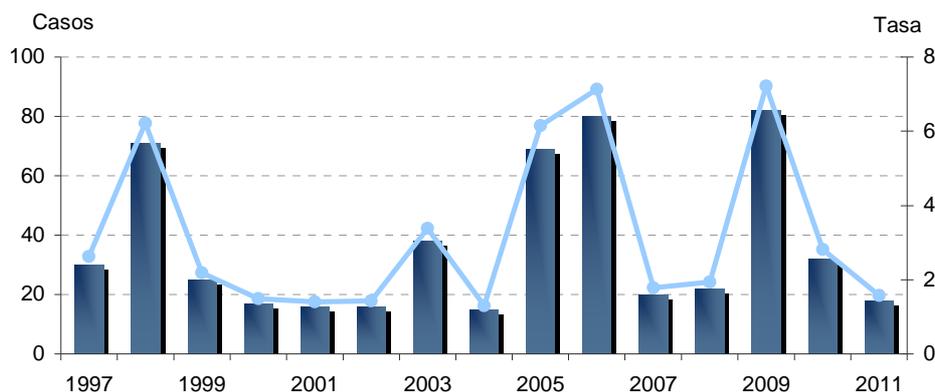
En el año 2011 el SIM registró 2 casos de enfermedad invasiva por *H. influenzae* en menores de 5 años de edad, ambos correctamente vacunados. Se trataba de una niña de 4 años, con un cuadro de meningitis y peritonitis, y de un niño de uno, que presentó un cuadro de meningitis tras una fractura de cráneo accidental.

Hepatitis A

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

Tras la finalización del brote de 2009 en hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, la incidencia fue disminuyendo progresivamente hasta llegar a las cifras habituales en nuestro medio (1 o 2 casos por 100.000 habitantes), declarándose 18 casos en 2011 (tasa 1,58/100.000).

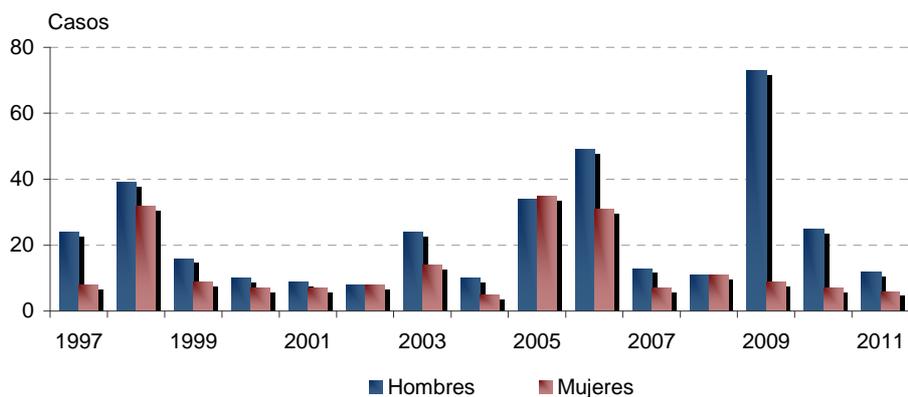
Tasas y Casos de Hepatitis A EDO. Bizkaia 1997-2011



En cuanto a la distribución de la enfermedad a lo largo del año, el canal endemo-epidémico indica que la incidencia estuvo en todo momento por debajo de la mediana.

Si observamos la distribución por sexo, la razón H/M fue de 2 en 2011, disminuyendo progresivamente desde 2009, en que fue 8,11, a 3,5 en el año 2010.

Hepatitis A. Distribución por sexo EDO. Bizkaia 1997-2011



El rango de edad de los afectados es de 3 a 49 años, estando el 83% entre los 15 y 50 años de edad.

Los casos han sido considerados casos aislados; solo uno de ellos se ha presentado asociado a otro caso conocido.

Entre los factores de riesgo referidos en la encuesta epidemiológica, el más frecuente fue el antecedente de desplazamiento a zona endémica de Hepatitis A durante el periodo de incubación (Perú-Colombia, Senegal, Marruecos), seguido de contacto próximo en el entorno familiar y un caso que podría ser atribuible a la ingesta de alimentos sospechosos. En 11 casos no se cita ningún factor de riesgo.

Es importante la declaración precoz de los casos, ya que permite la profilaxis con gammaglobulina y vacuna de hepatitis A en las personas de su entorno que pueden haber

estado expuestas, y así evitar nuevos casos. Se realizó estudio de contactos de 16 pacientes, uno de los cuales no precisó intervención con profilaxis.

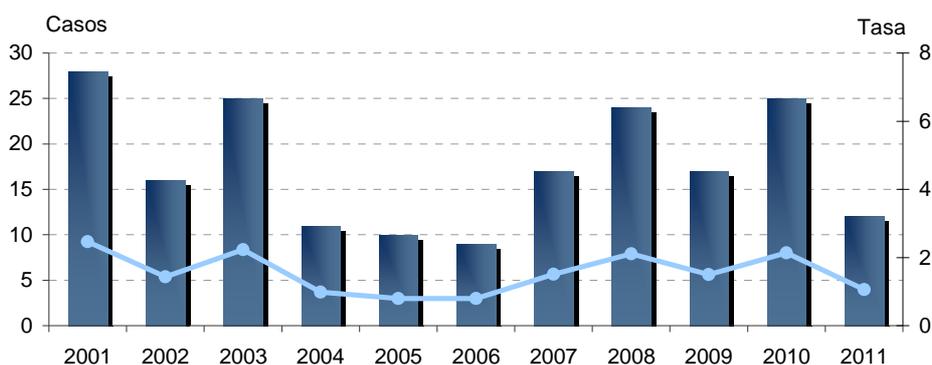
Las medidas de saneamiento y control de alimentos y aguas de bebida de las últimas décadas han eliminado la circulación del virus en nuestro medio; por ello, las cohortes de edad menores de cincuenta años son en su mayoría susceptibles a la hepatitis A. Dada esta susceptibilidad en la población de cualquier edad, es importante **recomendar la vacunación contra la hepatitis A** a las personas que pertenecen a grupos de riesgo para contraer la misma, que incluyen a los viajeros que acuden a países de alta endemia y a personas expuestas a contagio por prácticas sexuales de riesgo, entre otros.

Hepatitis B aguda

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

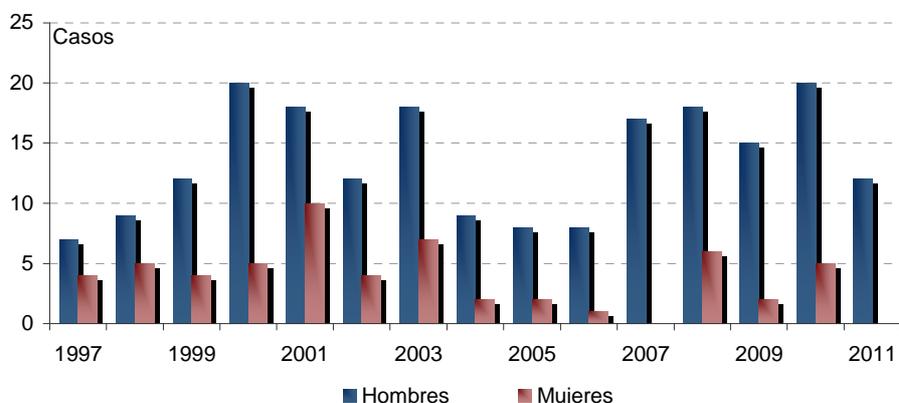
En 2011 se declararon 12 casos de hepatitis B aguda. La tasa fue 1,06 casos/100.000 habitantes, inferior a la del año anterior (tasa 1,47/100,000), y el Índice Epidémico de 0,71. Fue un año de baja incidencia comparado con los datos de la última década.

Tasas y Casos de Hepatitis B
EDO. Bizkaia 2001-2011



El rango de edad va de 26 a 74 años, estando el 83% comprendido entre los 25 y los 55. Todos ellos fueron hombres, continuando con la tendencia de los últimos años en que ha predominado el sexo masculino.

Hepatitis B. Distribución por sexo
EDO. Bizkaia 1997-2011



Uno de los casos se presentó asociado a otro paciente con hepatitis B y el resto fueron aislados. En 7 personas el factor de riesgo más probable fue la transmisión vía sexual, mientras que en los demás no se pudo determinar el factor de riesgo.

Se realizó estudio de contactos en 10 pacientes.

La vacunación frente a la hepatitis B fue incluida en el calendario vacunal infantil en el año 2000; por otra parte, desde el curso 1993-1994 se vacuna en el medio escolar a los niños de 13 años de edad. En ambos programas se alcanza una cobertura superior al 95%, por lo que las cohortes nacidas a partir de 1981 están, en su mayoría, inmunizadas contra la hepatitis B. El curso escolar 2011-2012 es el último en que se vacuna en los centros escolares, al alcanzar la edad de trece años los vacunados en la primera infancia.

Sin embargo, sigue siendo importante recomendar la vacunación a las personas que presenten algún factor de riesgo para la hepatitis B y, teniendo en cuenta que la transmisión sexual está implicada en el mayor número de casos de los últimos años, hay que recordar que existe una vacuna que protege simultáneamente contra el virus de las hepatitis A y B, y que está disponible en los centros de vacunación de Osakidetza.

Hepatitis C

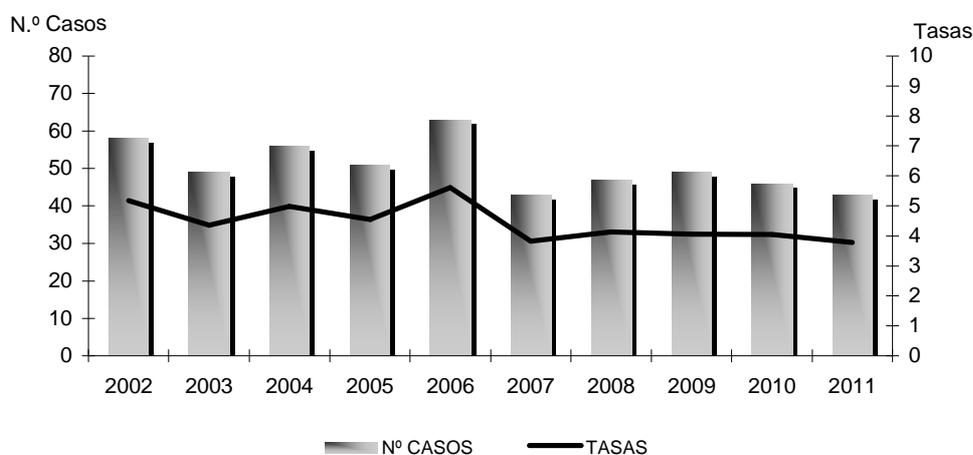
CIE-9: 070.41, 070.51; CIE-10: B17.1

En 2011 fueron declarados 3 casos de hepatitis C aguda, que presentaban sintomatología clínica. Dos de los casos fueron hombres y el otro una mujer, siendo en uno de los casos la vía de contagio la sexual, mientras que en los otros dos no se pudo determinar.

Legionelosis

En el año 2011 se declararon 43 casos de legionelosis, lo que supone una tasa de 3,80/100.000, similar a la de años previos. La razón de sexos (h/m) es de 4,4. La mediana de edad de los casos fue de 52 años (rango: 30-94), mayor en las mujeres (55 años) que en los hombres (52 años). Se produjo el fallecimiento de una enferma.

Casos y Tasas de legionelosis
EDO. Bizkaia 2002-2011



Tal y como se muestra en el gráfico la evolución de las tasas a lo largo de los últimos diez años no muestra grandes variaciones. En el año 2006 (tasa 5,61) se registraron 6 casos relacionados con un brote asociado a la estancia en un hotel-balneario de nuestro Territorio Histórico.

A diferencia de otros años, en los que el incremento de casos ocurre a finales de verano y principios de otoño, este año el mayor número de casos (40%) se dio en julio y agosto, en concreto, en el mes de julio se declararon catorce casos.

En el Anexo 2 se muestra la distribución por comarcas según el municipio de residencia de los casos. En el año 2011 Comarca Interior presentó el máximo número de casos de los últimos quince años; el número de casos de C. Bilbao permaneció relativamente estable y el de las comarcas Uribe y Ezkerraldea-Enkarterri disminuyó.

En cuanto al método diagnóstico, en 41 de los casos se identificó Ag en orina positivo a Legionella (mediante la prueba EIA), uno fue diagnosticado por detección de Ag en orina positivo en la prueba rápida (ICT) más clínica compatible y otro por seroconversión. La mediana de los días transcurridos entre el inicio de síntomas y la declaración, que casi siempre coincide con la fecha del Ag en orina positivo, fue de seis días.

Entre los factores de riesgo personales, el más frecuente fue el tabaco, ya que 28 casos (65%) eran fumadores. Entre los demás factores de riesgo, 8 casos presentaban enfermedad respiratoria crónica, 6 tomaban tratamiento inmunosupresor y 3 eran diabéticos.

Se registró 1 caso nosocomial; 2 casos habían permanecido algunos días y 1 caso todos los días del periodo de incubación fuera de nuestra comunidad autónoma.

Tanto técnicos/as de OSALAN, como del Ayuntamiento de Bilbao y de la Unidad de Sanidad Ambiental realizaron distintas investigaciones ambientales (en viviendas, polígonos industriales, instalaciones de lavado de automóviles y en una clínica privada). Sólo en una de estas investigaciones se pudo establecer la fuente de la legionella: se trataba de un domicilio particular, donde tanto en el cultivo del esputo de la paciente como en el del agua del domicilio, se aisló *Legionella pneumophila* OLDA. Además, se estudió una agrupación de dos pacientes, con fecha de inicio de síntomas en junio y julio, que trabajaban en el mismo polígono industrial. A pesar del estudio de las empresas ubicadas en dicho polígono y de las posibles relaciones entre los pacientes, no se pudo determinar una fuente común.

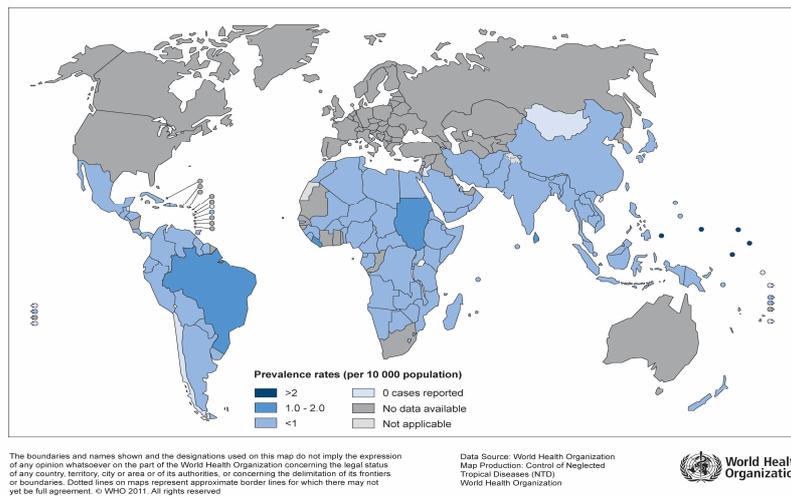
Lepra

CIE-9: 030; CIE-10: A30

La lepra es una enfermedad de declaración obligatoria, cuya vigilancia estatal se realiza a través de un registro de casos.

En Bizkaia se declaró una recidiva en 2011 en una persona con clínica multibacilar diagnosticada y tratada en Paraguay durante un año con clofazimina. Además, existen 2 casos prevalentes en tratamiento.

Leprosy prevalence rates, data reported to WHO as of beginning January 2011



En 2010 se detectaron más de 220.000 nuevos casos en el mundo, situándose la prevalencia a comienzos de 2011 en más de 190.000 casos. El número de nuevos diagnósticos siguió disminuyendo; en 2010 se registró un 7% menos de casos que en 2009. El 68% de los casos nuevos correspondieron al Sudeste asiático; tras estas zonas, las más afectadas fueron las Américas y África.

El diagnóstico precoz de la enfermedad y el tratamiento con multiterapia (dapsona, rifampicina y clofazimina) continúan siendo el fundamento de la estrategia para reducir la carga de la enfermedad.

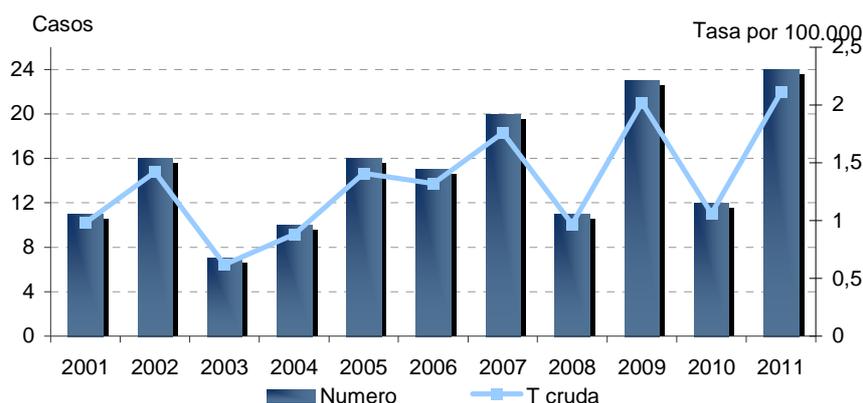
En el Registro Estatal de Lepra, actualizado a 31 de diciembre de 2011, hay 68 casos prevalentes en todo el Estado y 12 incidentes en 2011, en 11 de los cuales consta como origen del caso un país Sudamericano. La posibilidad de transmisión de esta enfermedad es muy baja y los datos de incidencia y prevalencia se mantienen con pocas variaciones en los últimos años.

Listeriosis

CIE-9: 027.0; CIE-10: A32

En el año 2011 los laboratorios de microbiología de Bizkaia declararon 24 aislamientos de listeria, lo que supone una tasa de 2,11 por 100.000 habitantes, tasa que aumenta hasta 5,95/100.000 en los mayores de 65 años. La gráfica siguiente muestra el número de aislamientos de *Listeria monocytogenes* declarados al SIM y la tasa por 100.000 habitantes en los últimos años. Desde el año 2000, como era de esperar, la tendencia ha sido ascendente debido al envejecimiento de la población y al aumento de patologías como cáncer, hepatopatías y otras enfermedades crónicas que, al producir inmunodepresión, contribuyen al desarrollo de la listeriosis.

Listeriosis SIM. Bizkaia 2001-2011



Los aislamientos fueron en hemocultivo (20), 2 en LCR, uno en líquido ascítico y otro en una prótesis vascular de válvula aórtica. Se conoce el serotipo en 13 aislamientos, de los cuales el más frecuente es el 4b (39%).

El 64% eran hombres; el rango de edad es amplio (0-93), pero con una media de edad alta: prácticamente siete de cada diez eran mayores de 60 años. Entre los casos investigados en Bizkaia, hubo 4 materno-fetales: un recién nacido con meningitis y tres embarazadas que presentaron bacteriemia; el resto fueron meningitis (dos) y bacteriemias (dieciseis).

Entre los factores de riesgo recogidos figuran: 4 embarazos, 8 historia de cáncer y el resto padecían diabetes, cirrosis, EPOC u otras patologías crónicas. Solo en un caso no se recogió ningún factor de riesgo. Seis afectados fallecieron durante el ingreso (letalidad: 25%).

Lyme, enfermedad de

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

Durante el año 2011 se declararon al SIM 2 serologías positivas para *Borrelia burgdorferi*, pero a partir del sistema de altas hospitalarias se detectó un caso más. Los tres casos eran adultos entre 25 y 50 años, y dos de ellos recordaban el antecedente de la picadura por garrapata.

Meningitis bacteriana

CIE-9: 320, 0360, 0270

Durante el 2011 se registraron 49 altas en los hospitales de Osakidetza en las que constaba una 'meningitis bacteriana' en alguno de los diagnósticos; esto supuso una frecuentación hospitalaria de 4,3 por 100.000 habitantes, inferior a la presentada en 2010 (5,45/100.000).

N.º de casos, tasa de frecuentación y letalidad hospitalaria por meningitis bacteriana
Osakidetza-EXPLOGRD. Bizkaia 2011

	N.º casos	Tasa	Fallecidos	Letalidad
<i>Haemophilus</i> (CIE-9:3200)	2	0,2	-	-
<i>Pneumococcus</i> (CIE- 9:3201)	17	1.5	-	-
<i>Streptococcus</i> (CIE-9:3202)	3	0.3	1	33,3%
<i>Staphylococcus</i> (CIE-9:3203)	2	0.2	1	50%
Otras bacterias (CIE-9:3208-3209)	13	1,1	2	15,4%
Meningococo (CIE-9: 0360)	10	0,9	-	-
Listeria (CIE-9: 0270)	2	0,2	1	50%
Total Casos	49	4,3	5	10,2%

En el 35% de los casos la bacteria causante de la meningitis fue el neumococo. En el 27% de las meningitis no se especificó el tipo de bacteria causante, lo que pudo deberse a la ausencia de crecimiento bacteriano por tratamiento antibiótico, a que el alta se produjo antes de la confirmación del laboratorio o a una codificación incorrecta.

El 65,3% de los afectados fueron hombres. El rango de edad fue muy amplio, comprendiendo desde un caso de un niño recién nacido hasta los 84 años; la edad media más alta la presentaron los afectados por neumococo (66 años).

La letalidad hospitalaria fue de 10,2%: tres de los fallecidos eran personas de avanzada edad que presentaban otras patologías de base, otro un prematuro que presentaba malformaciones y septicemia del recién nacido, y, por último, un bebé de pocos días de vida.

Meningitis vírica

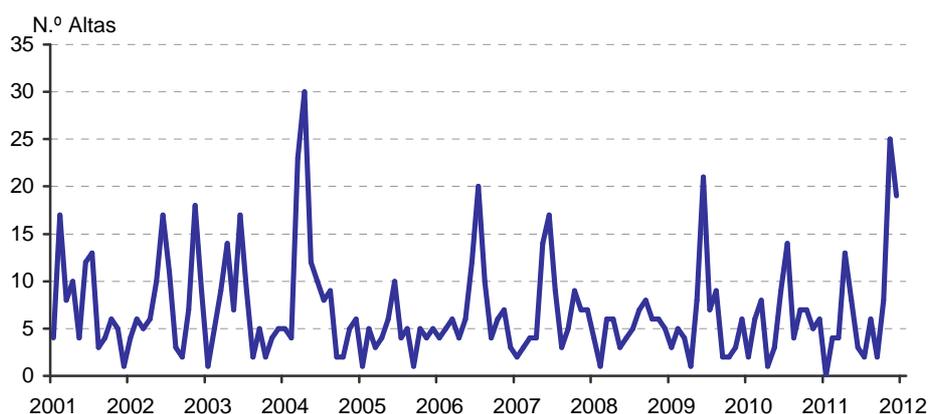
Enterovirus CIE-9:047; 0490; CIE-10: A87

La principal causa 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 (tres serotipos), los virus *Coxsackie*, los virus ECHO y los enterovirus 68-71. También pueden producir este cuadro el adenovirus, el virus herpes simple, 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 2011 se declararon 31 aislamientos (42 en 2010), siendo 17 virus ECHO, 3 virus *Coxsackie* y 11 enterovirus. El 64,5% de los aislamientos se produjo entre abril y mayo, siendo el 41,9% de los afectados menores de 10 años.

Por otro lado, en 2011 el Registro de Altas Hospitalarias recogió 94 ingresos por meningitis vírica (72 en 2010), de los cuales el 29% eran menores de 10 años, y el máximo se produjo en los meses de noviembre y diciembre (ver gráfico).

Meningitis vírica EXPLO-GRD. Osakidetza. Bizkaia 2001-2011



Además hubo 2 ingresos por meningitis por herpes zoster (CIE-9:0530), uno por herpes simple y otros 3 por el virus de la parotiditis, No se produjo ningún caso de meningitis causada por poliovirus ni por adenovirus.

Meningocócica, enfermedad

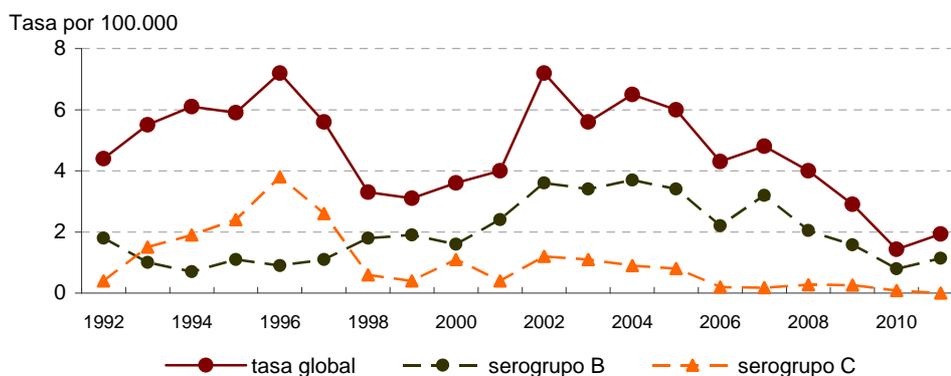
CIE-9: 036; CIE-10: A39

Se declararon 22 casos de enfermedad meningocócica, tasa de 1,93 por 100.000 habitantes, lo que supuso un ligero aumento frente a la de 1,43 registrada en 2010 (16 casos). A pesar de esto, la incidencia de la enfermedad mantiene una tendencia descendente (ver Anexo 2 y figura).

Se confirmaron microbiológicamente 18 de los 22 casos declarados (82%). En 13 pacientes se aisló Meningococo serogrupo B y en 5 no se pudo determinar el serogrupo. El genosubtipo predominante entre los meningococos serogrupo B tipados fue VR1=22 y VR2=14.

Falleció un enfermo, lo que representa una letalidad del 4,55 %.

Casos de enfermedad meningocócica por año EDO. Bizkaia 1992-2011



En 2011 no se produjo ningún caso de enfermedad meningocócica por meningococo C.

Casos de enfermedad meningocócica por grupos de edad y serogrupo EDO. Bizkaia 2010

Grupo de edad	Casos confirmados microbiológicamente				Casos probables (microbiología neg.)	Total	Tasa por 100.000	N.º fallecidos/Letalidad %	
	Serogrupo								
	B	C	Otros	SG* 3					
<10 años	10	-	-	3	3	16	17,18	1	6,25%
10-19 años	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20-39 años	-	-	-	1	-	1	0,89	-	-
>39 años	1	-	-	3	1	5	0,81	-	-
TOTAL	11	-	-	7	4	22	1,94	1	4,55%

* Sin agrupar

Existen importantes diferencias según la edad, siendo el grupo más afectado los menores de 10 años y el menos el de 10 a 19. El resto de las edades presentaron tasas similares.

Por otro lado, se observan diferencias destacables en las tasas de incidencia comarcales, entre 0,00 en Uribe y 3,68 por 100.000 en Interior.

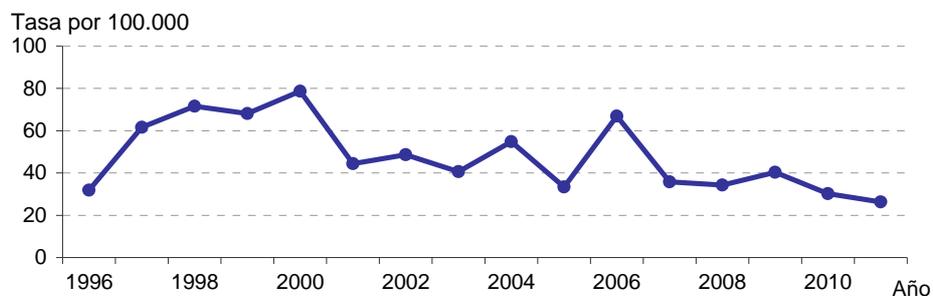
El Centro Nacional de Epidemiología informó en el año 2011 de una tasa de enfermedad meningocócica para todo el Estado de 1,25 casos por 100.000 habitantes. Las tasas varían entre las distintas comunidades autónomas en un rango entre 0,37, en Extremadura, y 2,98, en Melilla. El País Vasco presentó una tasa de 1,61 por 100.000.

Neumocócica, enfermedad

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

En Bizkaia, durante 2011, se declararon al SIM 13 casos de enfermedad invasiva por *Streptococcus pneumoniae* en niños menores de 5 años, lo que supuso una tasa de 26,2 casos por 100.000 para este grupo de edad, inferior a la de 2010 (30,23 por 100.000). En todos los casos se aisló neumococo en hemocultivo.

Tasa de enfermedad neumocócica invasiva en menores de 5 años EXPLO-GRD. Bizkaia 1996-2011



Cinco de los niños tuvieron neumonía (dos de ellos con derrame pleural), en otros 5 casos el diagnóstico fue de bacteriemia, un caso presentó un cuadro neurológico, una endocarditis aguda y otro caso infección de vías aéreas superiores. El serotipo se conoce en siete de los casos.

Por lo que respecta al conjunto de la población, en Bizkaia se produjeron 457 altas hospitalarias por neumonía neumocócica en el conjunto de hospitales de Osakidetza; de estas, 317 (76%) se produjeron en mayores de sesenta y cuatro años, lo que supone una tasa de 144,98 por 100.000 habitantes en este grupo de edad. Además, este año hubo 44 sepsis por neumococo y 17 ingresos por meningitis (21 y 12 en mayores de 64 años respectivamente).

Paludismo / Malaria

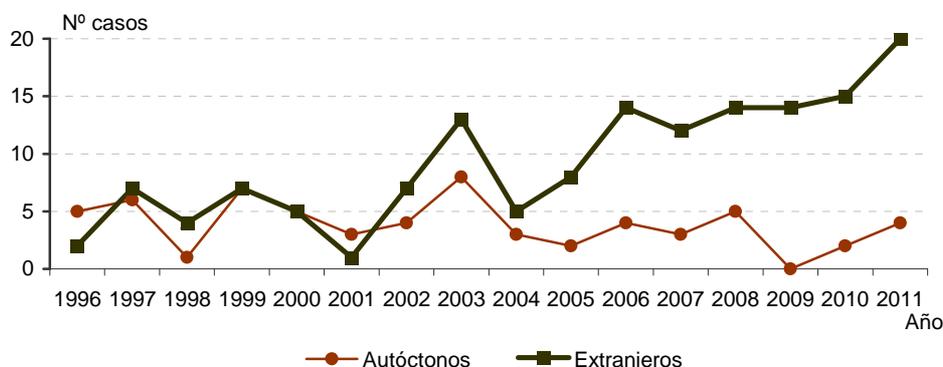
CIE-9: 084; CIE-10: B50 - B54

El paludismo o malaria es una enfermedad causada por parásitos del género *Plasmodium*. Es endémica en África, Asia y el Centro y Sur de América. Las especies *P. falciparum* y *P. vivax* son las que causan malaria con más frecuencia. Los parásitos se transmiten a través de la picadura de mosquitos del género *Anopheles*.

Durante 2011 se declararon 24 casos de paludismo al sistema EDO. Los afectados tenían entre 17 y 59 años, con una media de 36. En cuanto a la distribución por sexos, 17 eran hombres y 7 mujeres.

Se identificó *Plasmodium falciparum* en 23 casos y *Plasmodium ovale* en uno.

Número de casos de paludismo en población autóctona y extranjera EDO. Bizkaia 1996-2011



El lugar de origen de la infección fue en todos los casos el África central y occidental, destacando Guinea Ecuatorial y Nigeria, con 5 casos cada uno, Malí (3) y Senegal (3).

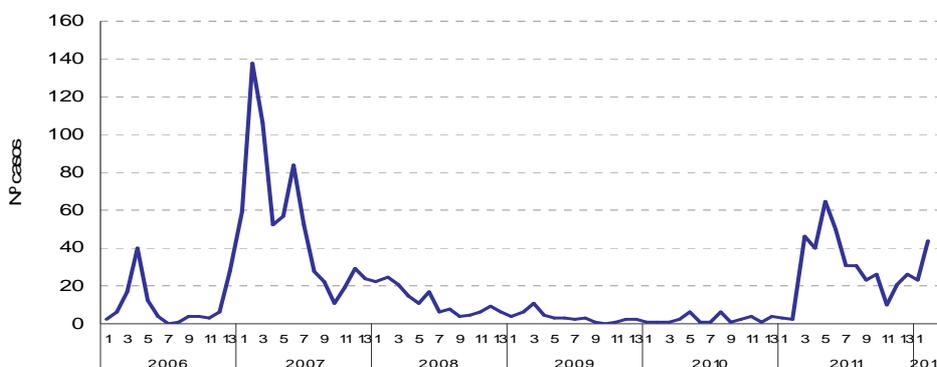
Todos los afectados eran originarios de zonas endémicas que habían viajado a su lugar de origen temporalmente, a excepción de: un nuevo inmigrante, dos personas que viajaron a África por motivo laboral y otras dos que lo hicieron por turismo. Solo uno de los casos había tomado quimiopprofilaxis. Un caso falleció.

Parotiditis vírica (paperas)

CIE-9: 072; CIE-10: B26

En 2011 se declararon 373 casos a través del sistema EDO, lo que supuso una tasa de 32,81 por 100.000, muy superior a la de 2010 (2,64/100.000).

Nº. casos por cuatrisesmanas 2006-abril 2012
EDO. Bizkaia



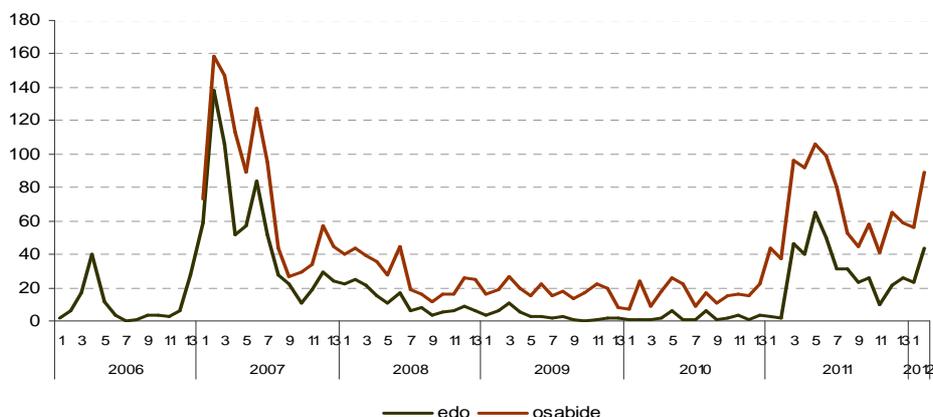
La mayoría de los casos se dieron en adolescentes y adultos jóvenes: el 86% tenía menos de treinta años. Las tasas más altas correspondieron a los grupos de edad entre 10 y 20 años, y la razón de sexos H/M en 2011 fue de 1,66.

Al valorar la distribución espacial, se observa una tasa mayor en la comarca Uribe (42,7/100.000), seguida de cerca por la comarca Ezkerraldea-Enkarterri (37,18/100.000). En el Anexo 2 pueden consultarse los datos sobre distribución por edad y comarca sanitaria.

En los primeros meses de 2012 de nuevo hay un aumento en el número de declaraciones, que afectan a los mismos grupos de edad (166 casos hasta la semana 17).

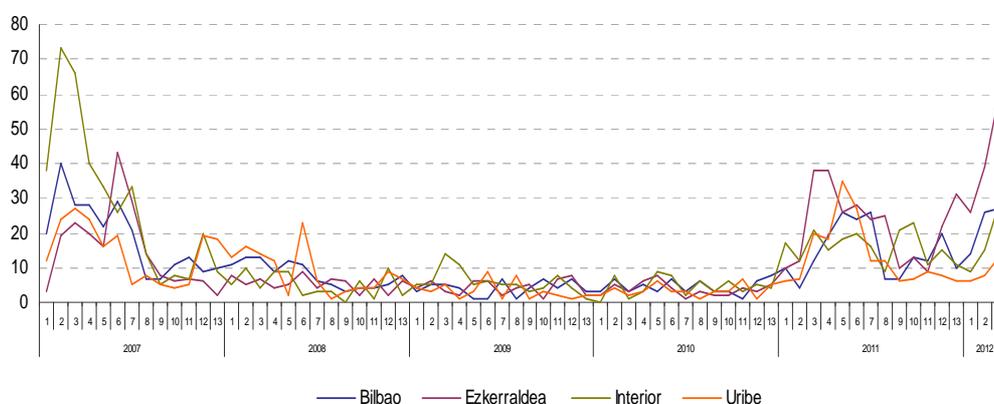
Hemos solicitado a Osakidetza los datos de Osabide sobre los diagnósticos de parotiditis vírica en Atención Primaria en los últimos años para comprobar la existencia y el grado de infradeclaración de esta enfermedad al sistema EDO. Los resultados obtenidos revelan que, entre los años 2006 y 2011, la declaración al sistema EDO ha supuesto sólo un 50% de los diagnósticos introducidos en Osabide. En el gráfico siguiente se observa la distribución por cuatrisesmanas de los casos registrados a partir de estas dos fuentes.

Nº. casos por cuatrisesmanas 2006-abril 2012
EDO. Bizkaia y Osabide



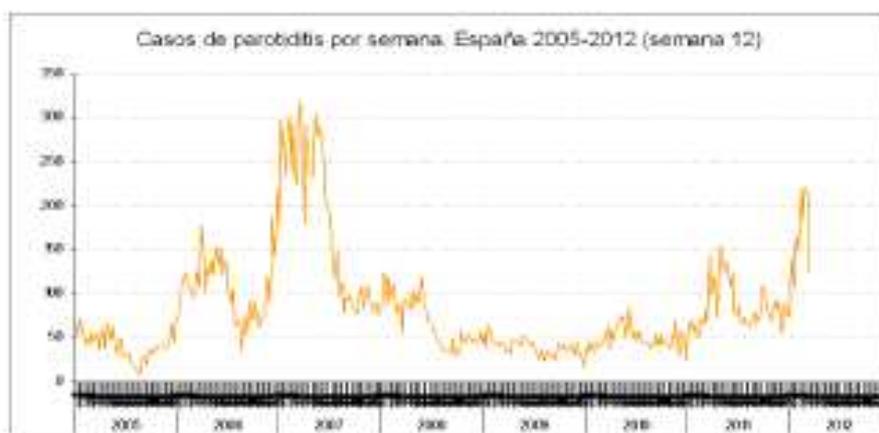
En el siguiente gráfico se muestra la distribución de los casos por comarcas a partir de los datos obtenidos de Osabide.

Nº casos por cuatrisesmana. Comarca Sanitaria 2007- abril 2012
EDO y Osabide. Bizkaia



En la comparación entre los datos provenientes de ambas fuentes (Registro EDO y Osabide), no se observan diferencias importantes en la distribución temporal, espacial, ni por grupos de edad y sexo.

En el resto del Estado se observa una distribución de casos muy similar a la nuestra, con un aumento importante del número de casos en 2011 y comienzos de 2012.



Fuente: RENAVE. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII.

A finales de 2011 se publicó la *I Encuesta de Seroprevalencia del País Vasco*. Los resultados muestran que, en los grupos de edad más afectados en estos brotes, la prevalencia de anticuerpos frente al virus de la parotiditis está en un rango entre el 83,7% (15 a 19 años) y el 90% (6 a 9 años). Esto es compatible con el supuesto, generalmente aceptado, de que el componente antiparotídico es el menos inmunógeno de los tres contenidos en la vacuna TV. En este contexto, es de esperar la ocurrencia esporádica de brotes que afecten a las personas susceptibles al virus.

Las medidas a tomar ante un caso de parotiditis vírica continúan siendo:

- declaración individualizada a Epidemiología;
- aislamiento en los ocho días siguientes a la aparición de los síntomas;
- vacunación de contactos susceptibles.

Poliomielitis

CIE-9: 045; CIE-10: A08

En los últimos años la poliomielitis ha experimentado importantes cambios; a día de hoy tres regiones de la OMS han sido declaradas libres de polio: Américas (1994), Pacífico Oriental (2000) y Región Europea (2002), y son focos endémicos el norte de India, el norte de Nigeria y la frontera entre Afganistán y Pakistán. A lo largo de 2011, India, epicentro de la polio no hace mucho, no registró ningún nuevo caso desde el 13 enero. En este mismo año continuó la circulación del virus salvaje en países como Afganistán, Nigeria y Pakistán. En la actualidad la poliomielitis dista de estar controlada y se han incrementado los casos en Afganistán y Pakistán. China, libre de casos desde 1999, ha sufrido este año la circulación del virus salvaje tipo 1 (WPV1) importado desde Pakistán, lo que se saldó con 10 casos de polio parálisis. La situación de Pakistán es preocupante; además, es el único país de Asia en el que se ha identificado el poliovirus salvaje tipo 3 (WPV3). Los problemas de seguridad y de infraestructuras de la zona dificultan las campañas de inmunización. Los movimientos migratorios de este país amenazan con extender el virus a otros países declarados como libres. Ante esta situación, se recomienda a todos los países de Asia y de la Europa mediterránea que extremen las medidas de vigilancia frente a casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en menores, así como el mantenimiento de las elevadas coberturas vacunales.

En España, el último caso de poliovirus salvaje autóctono ocurrió en 1988; tras la puesta en marcha en 1998 del Plan de Erradicación de la Poliomielitis, en el que se incluyó la vigilancia de las PFA en menores de 15 años, se certificó en el año 2002 la interrupción de la transmisión del poliovirus. En 2004 se introdujo la vacuna inactiva (VPI), en sustitución de la oral (VPO), por lo que en estos momentos cualquier caso declarado en el territorio es un caso importado. La situación geográfica de la península, puerta de entrada de África, junto con los movimientos migratorios, exige un mantenimiento de la vigilancia y de las coberturas vacunales con el fin de evitar la circulación del virus. En el año 2011 no se declaró ningún caso de poliomielitis nacional.

En Bizkaia se comunicaron a lo largo del 2011 tres supuestos casos de PFA, todos ellos declarados por el Hospital de Cruces. Ninguno fue causado por un poliovirus y los diagnósticos definitivos fueron mielitis transversa postinfección en una niña de nueve años, atrofia espinal en una lactante de 5 meses y una infección por *Campylobacter* en un niño de 20 meses.

Rabia

CIE-9: 071; CIE-10: A82

Está considerada una de las enfermedades olvidadas, concentrándose la mayoría de los casos en Asia (principalmente India) y África. En Europa se mantiene el riesgo de rabia humana: en el año 2011 se produjo en Noruega un brote de rabia animal a partir de un zorro ártico y en Francia se suscitó la alarma por la importación ilegal desde Marruecos de un perro rabioso.

En el estado español se detectaron dos murciélagos positivos en la provincia de Sevilla.

Durante 2011 se aplicó vacuna antirrábica en Bizkaia a 103 personas; la mayoría fueron tratamientos pre-exposición en viajeros a zonas endémicas, aunque a 8 personas se les aplicó tratamiento post-exposición. Uno de estos había sido agredido por un murciélago, a otro se le había iniciado erróneamente el tratamiento en un centro sanitario tras una mordedura de perro y los 6 restantes habían sido agredidos por animales en países con endemia de rabia.

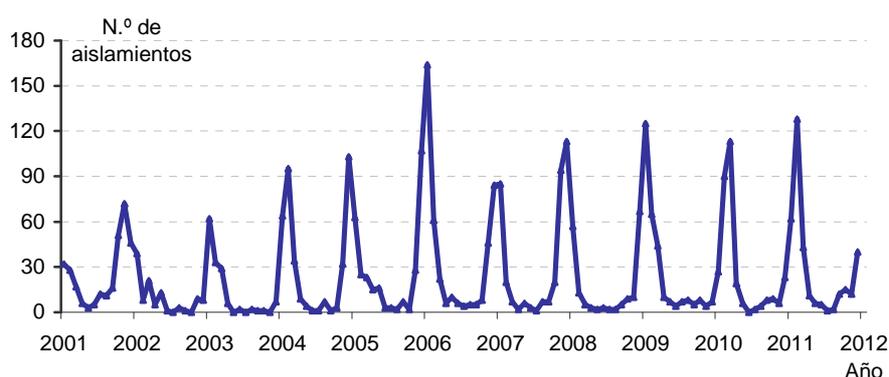
Rotavirus

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

Se declararon al SIM 337 determinaciones de rotavirus, 30 más que el año anterior. El pico de la onda se produjo en febrero, con 128 casos. Como es habitual, en los tres primeros meses del año se produjo el 70% de los aislamientos.

El 90 % de los casos declarados fueron menores de 3 años de edad. En el mismo periodo hubo 48 ingresos por infección con rotavirus y, entre estos, el 94% eran menores de 24 meses.

Distribución por mes de aislamientos de rotavirus notificados
SIM. Bizkaia 2001-2011



Rubéola

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

En 2011 se declaró una sospecha de rubéola, que afectaba a una mujer de 30 años, vacunada con una dosis de TV. Tras la investigación, el caso fue descartado.

La ausencia de casos de rubéola conlleva el riesgo de poca familiaridad con la enfermedad y su declaración; por eso, es importante recordar que tanto la rubéola como el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) son enfermedades de declaración urgente.

Con los datos de que disponemos en la UVE de Bizkaia, estimamos que la mayoría de las mujeres de las cohortes nacidas de 1975 en adelante (menores de 37 años) y de los hombres de cohortes nacidas a partir de 1981 (menores de 31 años) están vacunados con una o dos dosis de vacuna antirrubéola.

En diciembre de 2011 se publicó la *Primera Encuesta de Seroprevalencia del País Vasco*. Los resultados obtenidos muestran que más del 90% de la población de 2 a 59 años presenta anticuerpos frente a la rubéola en todos los tramos de edad, y por encima del 96% en mayores de diez años. Si se restringe la estimación a las mujeres, el 100% de las niñas de 6 a 14 años son inmunes y en el resto de tramos de edad el porcentaje de inmunes está por encima del 96%. Estos resultados son consistentes con los datos de incidencia de rubéola y con las elevadas coberturas vacunales frente a esta enfermedad.

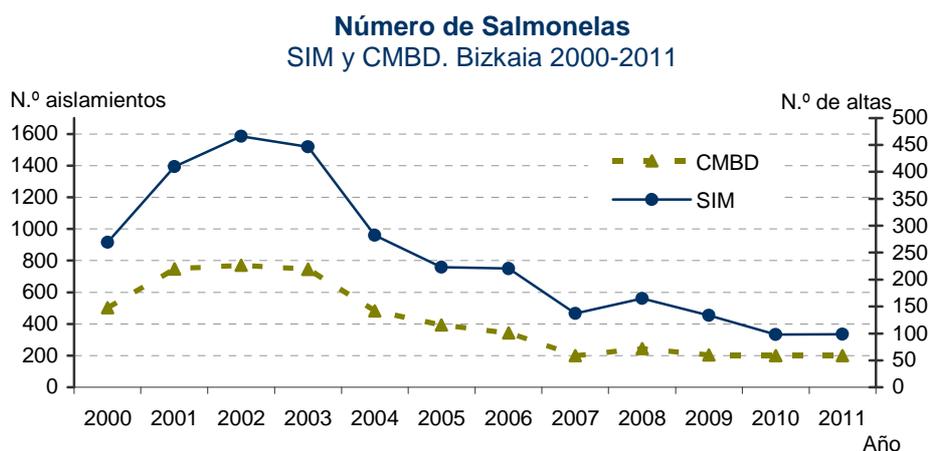
Respecto al SRC, durante al menos los últimos 23 años no se ha declarado ningún caso en Bizkaia.

Salmonelosis

CIE-9: 003; CIE-10: A02

Durante el año 2011 se mantuvo la tendencia descendente iniciada en el año 2003, con 335 aislamientos declarados al SIM. El 50% eran menores de 14 años, el 20% tenían entre 14 y 64, y el resto eran mayores de 64.

En el mismo periodo hubo 60 ingresos por salmonelosis. Si consideramos que todos los ingresados con salmonelosis tuvieron confirmación en el laboratorio, se puede decir que entre los aislamientos declarados al SIM fueron ingresados el 4% de los menores de 14 años, el 30% de los adultos de 14-64 años y el 42% de los mayores de 64. Dos ingresados por esta causa fallecieron durante el ingreso, ambos eran mayores de 64 años y con patología previa.



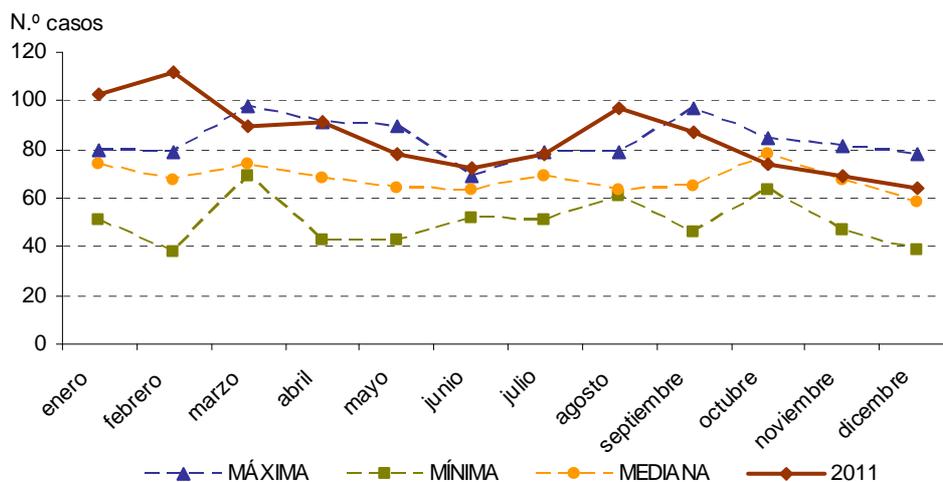
En el 45% de los aislamientos se identificó *Salmonella Enteritidis*. En el 23% se aisló *S. Typhimurium* (ver anexo); este serotipo se mantiene elevado (77), con siete aislamientos más que en el año anterior.

SAMR (*Staphylococcus Aureus* Resistente a la Meticilina)

CIE-9: 04112; CIE-10: T81.4

Se notificaron al SIM 1.015 aislamientos de *Staphylococcus Aureus* Resistente a la Meticilina, produciéndose, al igual que en los últimos años, un aumento del número de aislamientos. Respecto a la evolución temporal a lo largo del año, el valor más alto se dio en el mes de febrero, seguido del mes de agosto. Los valores del año 2011 se situaron prácticamente todo el año por encima de la mediana de los cinco años previos.

Aislamientos de SAMR. Canal endemo-epidémico 2006-2010 y año 2011 SIM. Bizkaia



En los primeros meses de este año se mantuvo un brote en un centro de salud de la comarca Bilbao que afectó a 9 personas. En esta comarca se han intensificado las medidas de prevención para evitar la difusión de los casos.

Sarampión

CIE-9: 055; CIE-10: B05

El año 2011 fue relevante por la reintroducción de virus de sarampión en Bizkaia: hubo veinte declaraciones de sarampión, de las cuales seis fueron descartadas y correspondían a otros diagnósticos. De los 14 casos confirmados, 12 eran personas residentes en Bizkaia. Los otros dos casos estuvieron en nuestro territorio durante el período de incubación o de clínica, pero residían en Melilla y Alicante respectivamente.

En la siguiente tabla se detallan las características de los 12 casos confirmados residentes en Bizkaia.

MES	EDAD	SEXO	GENOTIPO	COMARCA	OBSERVACIONES
Abril	31a	Mujer	B3	Uribe	Caso autóctono
Mayo	30a	Hombre	D4	Uribe	Antecedente viaje a Italia
Junio	24a	Hombre	D4	Bilbao	Caso autóctono
Junio	34a	Mujer	-	Bilbao	Caso autóctono
Julio	5 meses	Hombre	D4	Bilbao	Asociado a caso de Alicante
Julio	36a	Mujer	D4	Bilbao	Caso secundario al anterior
Julio	19a	Hombre	-	Ezkerraldea-Enk.	Antecedente viaje Europa ¹
Julio	22a	Hombre	-	Ezkerraldea-Enk.	Caso secundario al anterior ¹
Octubre	9a	Hombre	-	Uribe	Antecedente viaje a Aragón ²
Octubre	13a	Hombre	-	Uribe	Cluster 4 hermanos ²
Octubre	2a	Hombre	-	Uribe	Cluster 4 hermanos ²
Octubre	16a	Hombre	-	Uribe	Cluster 4 hermanos ²

¹Cluster 2 hermanos no vacunados

²Cluster 4 hermanos no vacunados

En todos los casos se aplicó el protocolo vigente y las medidas de control establecidas. En ocasiones, la declaración del caso fue tardía, y esto impidió que se pudiera realizar a tiempo la vacunación preventiva de los contactos.

La vacuna monovalente frente al sarampión se introdujo en la CAPV en el año 1978. En 1983 se puso en marcha la vacunación con triple vírica (TV). Los nacidos a partir de 1987 (24 años de edad en 2011) han sido candidatos a recibir dos dosis de vacuna a lo largo de su vida. Los nacidos a partir de 1978 (33 años de edad en 2011) han sido candidatos a recibir una dosis, al menos.

En cuanto a los 12 casos de sarampión residentes en Bizkaia, la situación vacunal era la siguiente: dos de ellos, de 30 y 31 años de edad respectivamente, habían recibido una dosis de vacuna. El resto no estaban vacunados: tres personas porque no les correspondía por su edad (5 meses, 34 años y 36 años), y el resto por rechazo a la vacunación.

En el resto de la CAPV también hubo un exceso de casos en 2011 respecto a los años previos: en Araba hubo 2 casos, de genotipo B3, y en Gipuzkoa 23, de genotipos D4 y G3.

Esta situación es compatible con la amplia circulación del virus en el Estado y en el resto de Europa. En el Estado Español hubo 3.512 casos confirmados: destacaron por número de casos Andalucía (922) y Madrid (500). En Europa se declararon más de 30.000 casos en el año 2011, casi la mitad en Francia. El 90% de los casos se dio en cinco países: Francia, Italia, Rumanía, España y Alemania.

A primeros de 2012 la transmisión se está dando sobre todo en países del este de Europa: en enero se han declarado 584 casos (63% de ellos en Rumanía). También está habiendo transmisión del virus en Ucrania.

Dada la situación expuesta, es muy importante continuar con las medidas preventivas a nuestro alcance:

- altas coberturas (>95%) en la vacunación de TV en la infancia;
- inmunización de susceptibles que viajen a zonas de alta endemia;
- declaración urgente (en veinticuatro horas) de los casos sospechosos.

En diciembre de 2011 se publicó la *Primera Encuesta de Seroprevalencia del País Vasco*. Los resultados obtenidos muestran que al menos el 94% de la población presenta anticuerpos detectables frente a sarampión en los grupos de edad de 2 a 9 años y de más de 20. Sin embargo, el nivel de anticuerpos es más bajo en los grupos de 10 a 14 años (88,89%) y de 5 a 19 (92,31%). Estos datos contrastan con la baja incidencia de sarampión en la CAPV durante los últimos quince años, y con las buenas coberturas vacunales frente a sarampión (por encima del 95%) también en estos grupos de edad.

SIDA y VIH

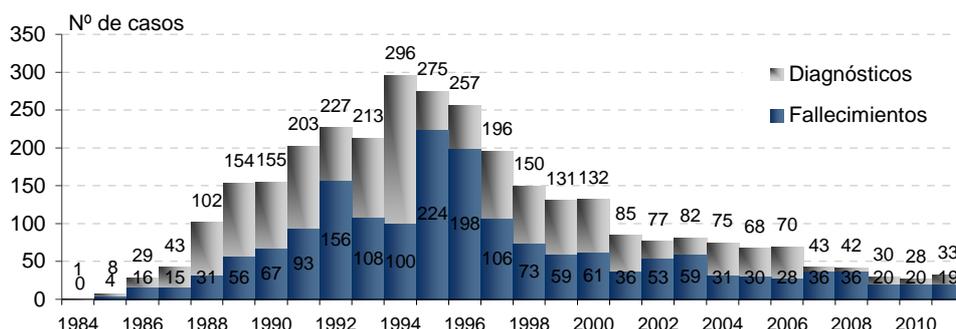
CIE-9: 042; CIE-10: B20

Los datos que se presentan a continuación han sido proporcionados por el Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual. Durante el año 2011 se diagnosticaron 33 casos de SIDA, un 18% más que en el año anterior (28). El número acumulado desde 1984 hasta 2010 es de 3.205 casos; de estos han fallecido 1.735.

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

Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual. Bizkaia 1984-2011

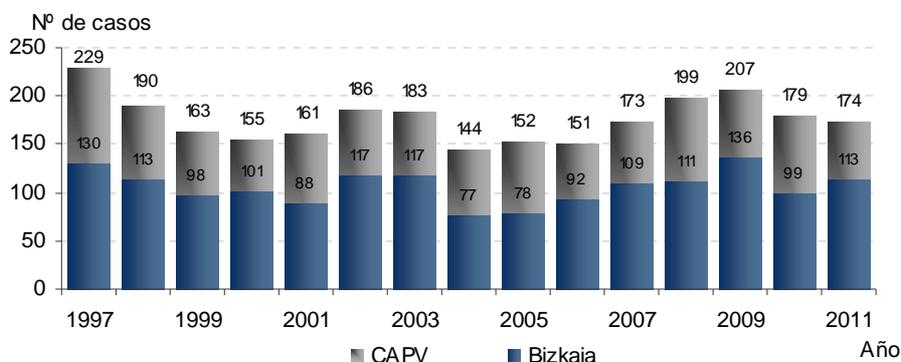


De los 33 diagnosticados de SIDA durante el año 2011, 24 eran hombres y 9 mujeres. En el 24,2%, el mecanismo de transmisión identificado fue el uso de drogas por vía parenteral (UDVP); en el 48,4%, la transmisión heterosexual, prácticamente como el año 2010 y en el 18,1%, la transmisión homo/bisexual.

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 cómo se está propagando actualmente el VIH en nuestra comunidad.

Casos de VIH diagnosticados

Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual. CAPV y Bizkaia 1997-2011

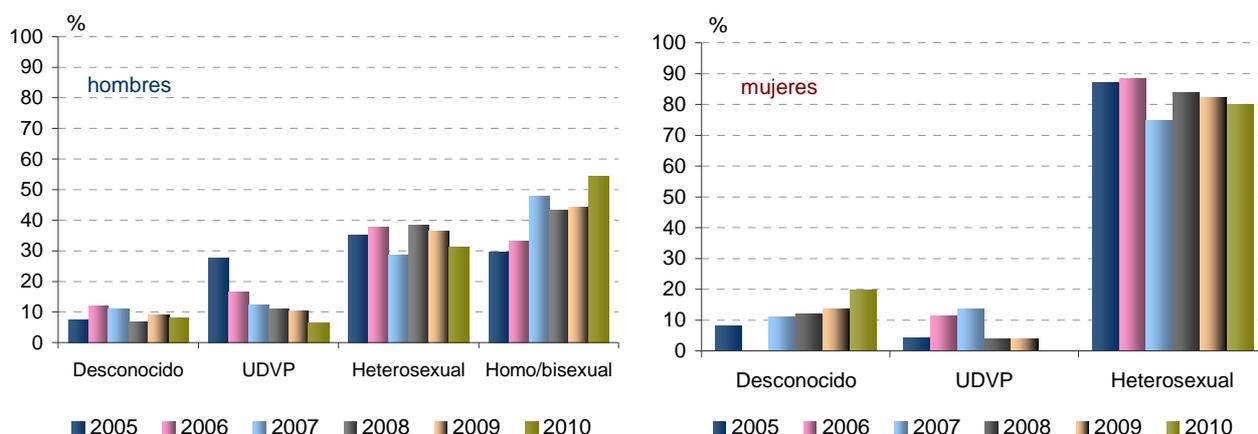


Durante 2011 se diagnosticaron 113 nuevas infecciones por VIH en Bizkaia. El 74,3% eran hombres; la media de edad de los casos nuevos fue de 38 años en los hombres y 33 en las mujeres.

El 86% de los nuevos infectados adquirió la infección a través de la vía sexual (homo o heterosexual), el 4% a través de la vía parenteral y en un 10% de las ocasiones el mecanismo de transmisión fue desconocido. Las diferencias por sexo se observan en el gráfico siguiente:

VII. Mecanismos de transmisión

Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual. Bizkaia 2005-2011



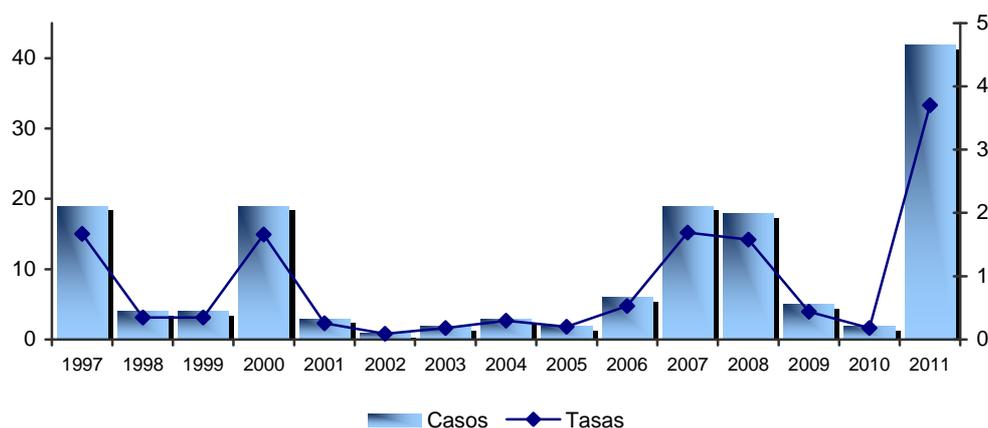
El porcentaje de extranjeros entre las nuevas infecciones fue de 36,3%, prácticamente idéntico al 2010.

Tos ferina

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

En 2011 se declararon en Bizkaia 42 casos de tos ferina (tasa 3,7/100.000). Tal y como se muestra en la gráfica, es el mayor número de casos de los últimos quince años. El índice epidémico de 2011 es de 7 (Anexo 2).

Casos y Tasas de Tos ferina. Distribución temporal
EDO. Bizkaia 1997-2011

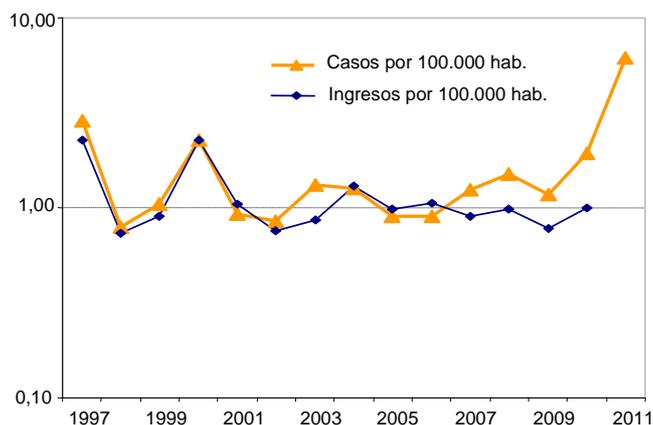


La mayor parte de los casos se dieron en niños/as: 20 menores de un año y 10 con edades entre 1 y 4 años. 17 de los casos presentaron algún vínculo familiar, lo que pone de manifiesto la importancia de la quimioprofilaxis de los convivientes. 17 de los cuarenta y dos casos estaban correctamente vacunados para su edad.

Este aumento de casos en 2011 ha sido paralelo al experimentado en la CAPV, en España y en ciertos países del mundo.

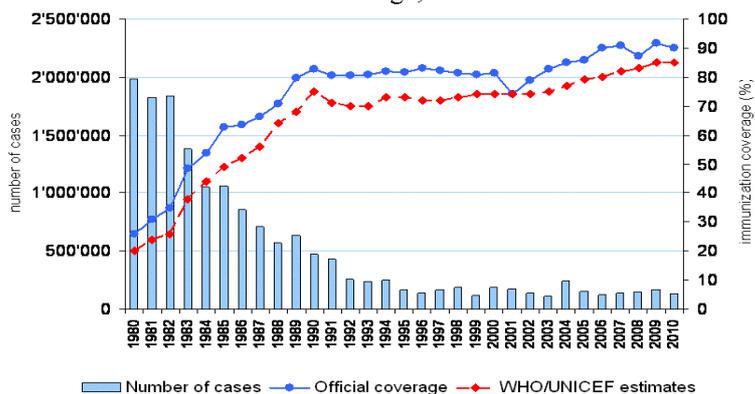
En España, la inclusión de la cuarta dosis de vacuna en el año 1996 acentuó la tendencia descendente que venía registrándose desde el año 1982. Entre los años 2001-2009 la incidencia fue inferior a 2 casos/100.000. Sin embargo, desde 2010 ha aumentado, alcanzando en 2011 una tasa de 6,62, la mayor desde el año 1997. Paralelamente han aumentado los ingresos (ver figura) y muertes por esta patología y, si en el periodo 1997-2007 el promedio era de una defunción al año, en los años 2007-2009 la media anual fue de 4 defunciones, todas en menores de un año.

Incidencia e ingresos por tos ferina por 100.000 habitantes España 1997-2011



En el mundo, a medida que aumentaban las coberturas vacunales, los casos de tos ferina también disminuían desde la década de los 80. En los últimos quince años la incidencia parece haberse estabilizado, manteniéndose el patrón cíclico característico de la enfermedad con picos cada 3-5 años.

Pertussis global annual reported cases and DTP3 coverage, 1980-2010



Source: WHO/IVB database, 2011
193 WHO Member States. Data as of September 2011

Date of slide: 04 October 2011



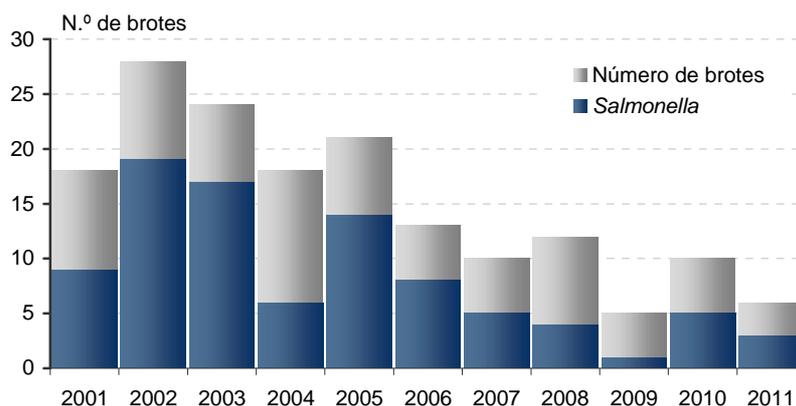
En los últimos años se han registrado picos epidémicos de tos ferina en países con altas coberturas vacunales, tales como Alemania, Australia, Canadá, Estados Unidos y Noruega. Es llamativo el caso de Australia con 38.000 casos en 2011, lo que ha llevado a las autoridades del país a ofertar la vacunación de adultos (embarazadas, familiares y personal en contacto con niños) con el objetivo de frenar la transmisión de la enfermedad.

Toxiinfecciones de origen alimentario (TIAs)

Durante el año 2011 se investigaron 6 brotes de posible origen alimentario: en 3 se identificó una fuente alimentaria sospechosa y en los otros 3 no se identificó ningún alimento sospechoso, siendo la transmisión persona-persona.

En los tres brotes en los que la encuesta realizada a los afectados hizo sospechar de un consumo puntual de alimentos contaminados, el germen causal identificado en los coprocultivos solicitados a los afectados fue salmonela. En dos ocasiones el alimento se consumió en un establecimiento público y en otro en un domicilio particular. En total hubo 13 afectados. Como refleja la grafica siguiente, el número de brotes mantiene la tendencia descendente, al igual que sucede con los aislamientos de salmonela.

Toxiinfecciones alimentarias global y por Salmonella
EDO. Bizkaia 2001-2010



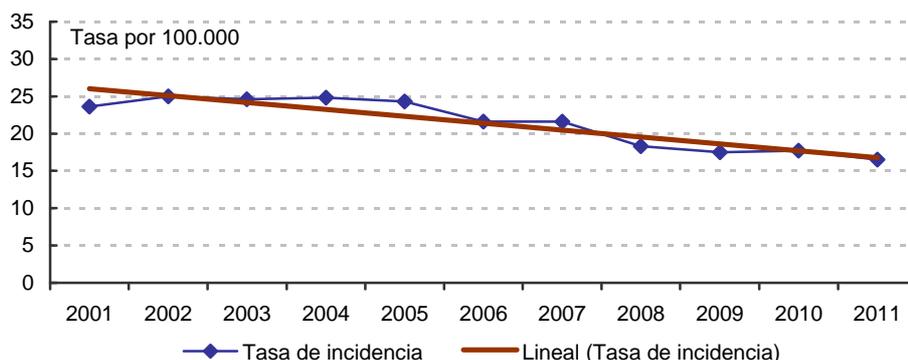
De los otros tres brotes declarados, de probable etiología vírica y transmisión persona-persona, dos afectaron a mayores institucionalizados y uno a niños escolarizados. Entre los brotes investigados en las residencias de mayores, el primero presentó una tasa de ataque del 76% (22/29 residentes), y el segundo una tasa más baja del 55% (13/23) entre los residentes y del 100% entre los trabajadores (10/10). En ninguno se pudo confirmar la etiología. En ambos se tomaron las medidas adecuadas de higiene personal de trabajadores, residentes y del ambiente, acompañadas del aislamiento de los enfermos. El tercer brote se produjo en una escuela infantil; la tasa de ataque fue del 50% entre los niños (10/19) y entre los cuidadores (3/6).

Tuberculosis

CIE-9: 010 - 018; CIE-10: A15 – A19

El número de casos de tuberculosis registrados en 2011 fue de 187, tasa de 16,5 por 100.000 habitantes, lo que supone un descenso respecto al año anterior. Nos mantuvimos en la categoría de “baja incidencia” establecida por la OMS para aquellos países con una tasa menor de 20 casos por 100.000.

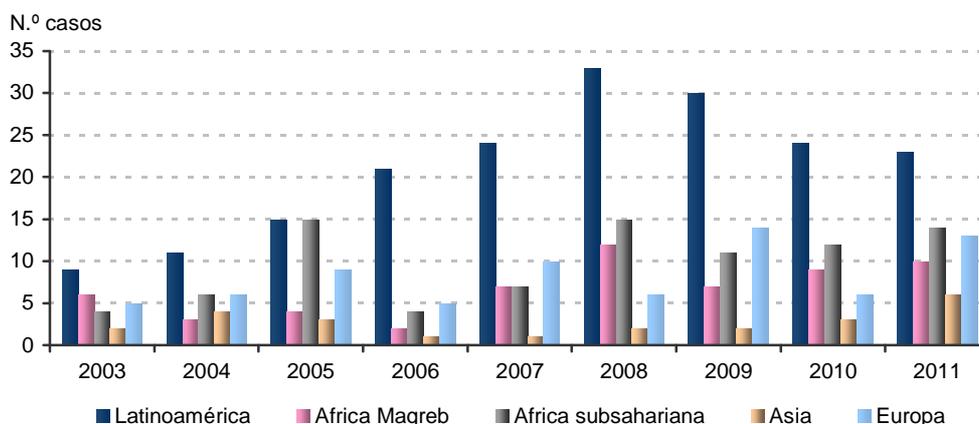
Tuberculosis. Tasa de incidencia y línea de tendencia
EDO. Bizkaia 2001-2011



La razón de h/m fue de 1,08 y el grupo de edad de máxima incidencia el de 25-29 años (25,64 casos por 100.000).

El número de pacientes extranjeros aumentó, siendo en 2011 un total de 66 (54 en 2010), lo que supuso un 35% del total de casos registrados. La mayoría de estos pacientes (24) procedía de África (diez Magreb y 14 África subsahariana), repartiéndose el resto entre Latinoamérica (23), Asia (6) y Europa (13, ocho de los cuales venían de Rumanía). El 72% de estos casos estaban en un rango de edad entre 20 y 39 años, y la relación h/m fue de 1,54, superior a la de los casos autóctonos.

Tuberculosis. Casos en extranjeros según origen
EDO. Bizkaia 2003-2011



Utilizando como denominador la revisión del padrón municipal a 1 de enero de 2012, publicada por el INE, la tasa de tuberculosis en el colectivo de extranjeros en Bizkaia fue de 87,87 casos por 100.000 habitantes (78,59 en 2010).

La localización de la enfermedad fue pulmonar, con o sin otras localizaciones, en el 63% de los casos. Se declaró 1 tuberculosis meningea en un adulto.

El 67% de los casos declarados tuvieron diagnóstico bacteriológico, con cultivo positivo en una o más muestras biológicas. La tasa de bacilíferos fue similar a la del año anterior: 5,98 por 100.000 (5,54 en 2010).

Después del tabaquismo (31 casos), SIDA y “contacto reciente con un caso” fueron los factores de riesgo más frecuentemente descritos, en 13 y 12 de los casos declarados respectivamente.

Con respecto a la distribución comarcal de los casos de tuberculosis, tal y como consta en el siguiente cuadro, Comarca Bilbao presentó la mayor incidencia, en torno a 22 por 100.000. El 53% de los tuberculosos extranjeros tenían su residencia en esta comarca, donde aumentó tanto su número como su tasa comarcal respecto a 2010.

Tuberculosis. Tasa y n.º de casos total y en extranjeros por comarca sanitaria EDO. Bizkaia 2011*

COMARCA	TOTAL CASOS		CASOS EXTRANJERO	
	Casos	Tasa/100.000	Casos	Porcentaje
BILBAO	81	22,88	35	43,21
EZKERRALDEA / ENKARTERRI	43	14,80	12	27,91
INTERIOR	39	14,70	10	25,64
URIBE	19	9,12	7	36,84

* No incluye 5 casos en Ermua, dos de ellos extranjeros.

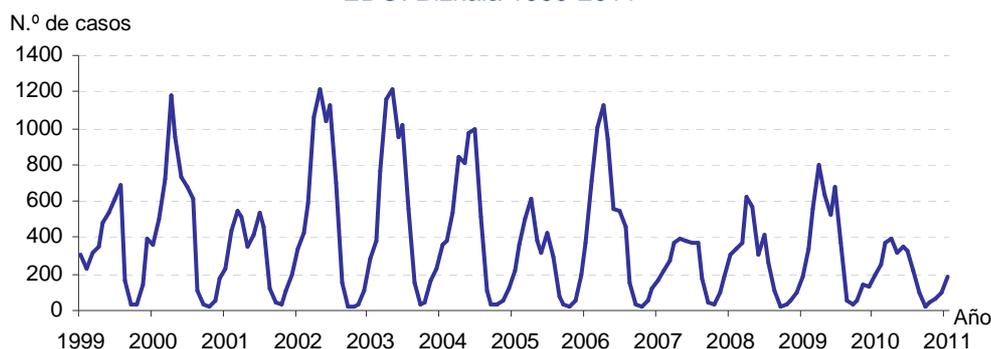
Varicela

CIE-9:052; CIE-10:BO1

Se declararon 2.757 casos de varicela, lo que supuso una tasa de 242,51 casos por 100.000, inferior a la de 2010 (396,41 casos por 100.000). Como en años anteriores, el mayor número de casos se produjo en primavera.

Como se aprecia en el gráfico, parece haber cierto cambio en la cadencia natural de la enfermedad. La vacuna antivariela se introdujo en el año 2005 en el calendario de vacunación infantil de la CAPV a los 10 años de edad. Algunas familias deciden administrarla a sus hijos e hijas a edades más tempranas y, aunque esto no se traduce en una falta de circulación del virus, sí se aprecia una disminución en el número de casos.

N.º de casos de varicela por cuatrimestre EDO. Bizkaia 1999-2011



En el registro de **altas hospitalarias** constan 28 ingresos hospitalarios con el código de varicela como diagnóstico principal. De ellos, 14 tenían 15 o más años de edad. En 9 casos se trataba de varicela sin complicaciones y de los 19 casos que sí sufrieron alguna complicación, 8 cursaron con neumonitis, 2 con encefalitis y el resto con otro tipo de complicación no especificada. Hubo un fallecimiento de un hombre de 86 años con patología oncológica.

Además, el código de varicela apareció en otros dieciseis ingresos hospitalarios en otras posiciones (no como diagnóstico principal).

El herpes zoster, que es la enfermedad producida por la reactivación del virus de la varicela, se encuentra en 48 informes de alta como causa de ingreso hospitalario. De estos pacientes, el 54% tenía más de 64 años. Entre las 25 complicaciones registradas aparecieron: 10 oftálmicas, 7 que afectaban al sistema nervioso central, 2 otitis y 6 no especificadas. No hubo ningún fallecimiento por este motivo.

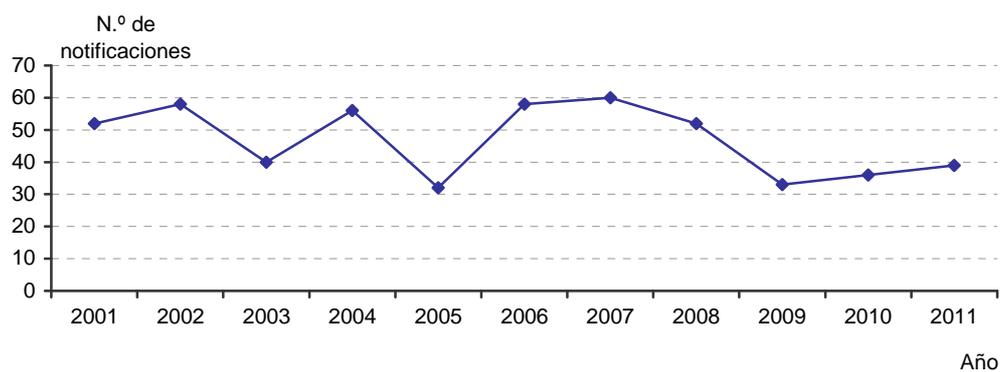
Este diagnóstico apareció en otros 113 ingresos hospitalarios (no como diagnóstico principal).

Yersiniosis

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

El número de aislamientos de *Yersinia* declarados al SIM en el año 2011 fue de treinta y nueve; todas fueron serotipo enterocolítica y el 50% de los casos menores de 10 años. El número de casos de este año fue similar al del año anterior y continuó siendo inferior al de años precedentes. Hubo 3 ingresos en 2011 por esa causa.

Aislamientos de *Yersinia* notificados SIM. Bizkaia 2001-2011



La transmisión de la enfermedad es por vía fecal-oral, a través de alimentos contaminados por personas o animales infectados. El cerdo es el principal reservorio de *Yersinia enterocolitica*, por lo que la mayor frecuencia de enfermedad se asocia al consumo de carne de cerdo y sus derivados sin cocinar.

II. Inmunizaciones

VACUNACIÓN INFANTIL. COBERTURAS VACUNALES

Por primera vez no presentamos datos de las coberturas del calendario de vacunación infantil en Bizkaia, puesto que carecemos de los datos de dos de las cuatro comarcas sanitarias: Ezkerraldea-Enkarterri e Interior.

En la siguiente tabla se muestran las **coberturas vacunales** por comarca sanitaria para las vacunas que se administran en el **medio escolar**.

Estimación de coberturas vacunales (%) por comarca sanitaria
Bizkaia 2010/2011

	INTERIOR	EZKERRALDEA -ENKARTERRI*	URIBE	BILBAO	Á. SANITARIA BIZKAIA
Hepatitis B	96,3	95,8	96,9	93,9	95,7
Virus Papiloma Humano	91,5	93,6	90,8	92,1	91,9
Tétanos-Difteria	92,4**	91,7	93,4	90,9	92,0

* En los centros de Barakaldo, Sestao, Portugalete y Santurtzi

** Salvo UAP Galdakao

La Comarca Ezkerraldea-Enkarterri no ha aportado los datos de los centros escolares de Zona Minera ni Encartaciones, por lo que los datos presentados corresponden solo a los municipios de Barakaldo, Sestao, Portugalete y Santurtzi.

Durante el curso 2010-2011 se vacunó frente al virus de la **hepatitis B** a los alumnos y alumnas que cursaban 1º de ESO (13 años de edad) en los centros escolares de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Hemos realizado la evaluación de la vacunación en 161 centros, con un total de 9.067 escolares matriculados en este curso. La cobertura global fue del 86,1%, y, si añadimos los alumnos y alumnas vacunados previamente (1.665), el total de escolares correctamente vacunados fue del 95,7%.

Este programa de vacunación se puso en marcha por primera vez en el curso 1993-94 y posteriormente, en el año 2000, se introdujo en el calendario vacunal la vacunación frente a la Hepatitis B a los 2, 4 y 6 meses de edad. Teniendo en cuenta que en el curso 2011-12 los nacidos en 1999 cursaban 1º de ESO, este debería haber sido el último curso en que esta vacunación se llevase a cabo en los centros escolares. Sin embargo, se ha decidido continuar un curso más, a fin de ofrecer esta vacuna a los alumnos/as que hayan repetido algún curso de primaria.

La vacuna frente al **VPH** también se administra en los centros escolares en 1º de ESO. En el curso 2010-2011 el censo fue de 4.323 alumnas, de las que se vacunaron 3.721 (86,1%). Si añadimos las 251 alumnas que ya habían sido vacunadas, obtenemos una cobertura total del 91,9%, prácticamente igual a la del curso anterior (91,8%).

En cuanto a la vacuna **Td**, se administra en el medio escolar (salvo excepciones) a los 16 años de edad (4º de ESO). En los 162 centros de los que disponemos datos había 7.740 alumnos matriculados en este curso. La cobertura global fue del 79,9%; añadiendo los previamente vacunados (939), el total de alumnos correctamente vacunados fue del 92,0%.

ENCUESTA DE SEROPREVALENCIA

En el año 2011 se publicó la *I Encuesta de Seroprevalencia del País Vasco*. En este estudio se ha estimado la susceptibilidad de la población de la CAPV, entre 2 y 59 años de edad, frente a una serie de enfermedades: por un lado, las incluidas en nuestro calendario de vacunación, y por otro lado, algunas otras patologías de interés (Hepatitis A y C).

La publicación completa puede consultarse en la siguiente página web: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkviqi08/es/contenidos/informacion/vacunas_epidem/es_4330/adjuntos/seroprevalencia.pdf (ruta más breve en <http://tinyurl.com/chxl9ut>)

Entre los resultados obtenidos cabe destacar los siguientes:

Muy alta prevalencia frente a los 3 **poliovirus**, tal y como corresponde a la situación epidemiológica de la CAPV (ausencia de casos y altas coberturas vacunales). Alta prevalencia de anticuerpos frente al **toxoides tetánico**, aunque en el grupo de edad de 40-59 años es más limitada (70%). La prevalencia de anticuerpos frente al **toxoides diftérico** es inversamente proporcional a la edad, con un nivel de 18% en los adultos entre 40 y 59 años.

Muy alta protección frente al virus del **sarampión**, excepto en el grupo de edad de 10-14 años; sin embargo, nuestra situación epidemiológica (no casos o muy pocos casos, aún con evidencia de circulación del virus) no se corresponde con una susceptibilidad alta. Muy alta protección frente al virus de la **rubéola** en todos los grupos de edad. Protección alta frente al virus de la **parotiditis**, aunque menor que las dos anteriores, de manera que permite la acumulación de susceptibles y, por lo tanto, la ocurrencia de brotes epidémicos, posiblemente en relación a una menor efectividad vacunal.

Niveles muy bajos de anticuerpos frente a la **Hepatitis A** por debajo de los 40 años, y solo moderados por encima. No hay casos en población general, debido a la ausencia de exposición al virus, pero se dan brotes esporádicos en subpoblaciones jóvenes que sí se exponen al virus (hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres,...). El nivel de anticuerpos frente a la **Hepatitis B** disminuye con la edad. Sin embargo, parece que la exposición al virus tiene efecto *booster* y proporciona protección frente a la enfermedad, a pesar de que los niveles de anticuerpos detectables se encuentren por debajo de los títulos considerados positivos.

***III. Datos de vigilancia y
tendencia de enfermedades
no transmisibles***

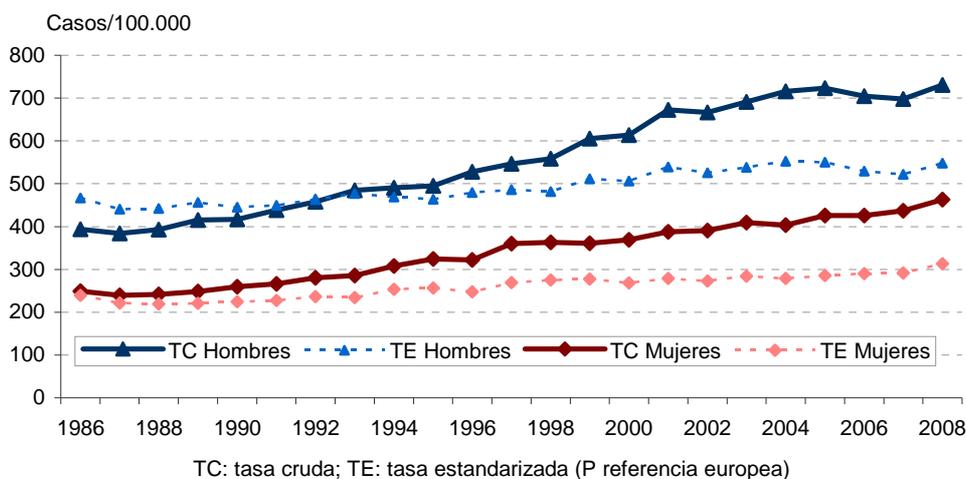
Todas las localizaciones¹

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

Durante el año 2008 se registraron en el RCEME 6.768 cánceres en pacientes residentes en Bizkaia: 4.039 en hombres (60%) y 2.729 en mujeres (40%), lo que supuso una tasa de 730,71 y 462,68 cánceres por 100.000 hombres y mujeres respectivamente.

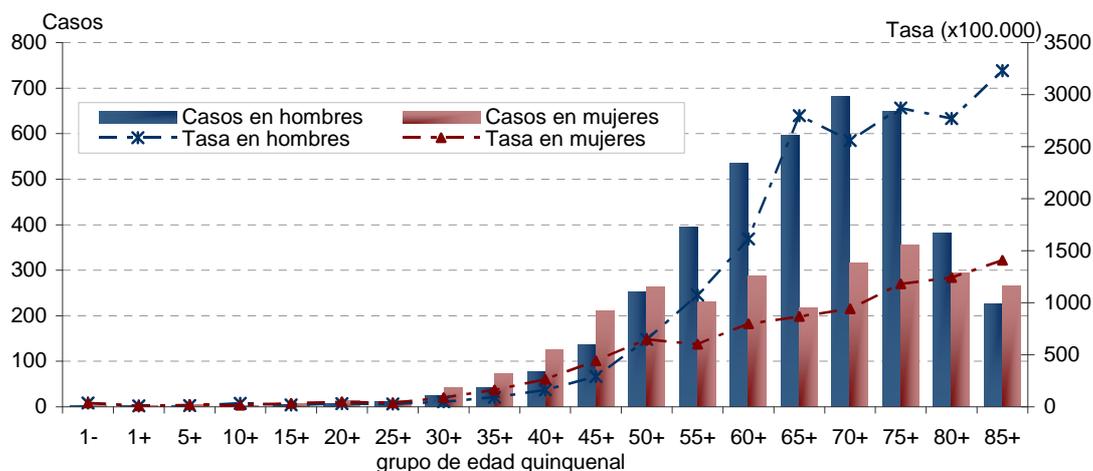
Tal y como muestra el siguiente gráfico, desde el inicio del registro poblacional en 1986 la tendencia de la incidencia ha sido ascendente para ambos sexos. Al ajustar por edad las tasas disminuyen, aunque la tendencia ascendente se mantiene y es superior entre las mujeres.

Evolución anual de las tasas de incidencia de tumores malignos
RCEME. Bizkaia 1986-2008



En el siguiente gráfico se refleja la distribución por edad y sexo de los tumores malignos. Las tasas de incidencia son ligeramente superiores en las mujeres hasta los 50 años y a partir de esa edad se invierte, ampliándose las diferencias entre sexos, hasta llegar a tasas de dos a tres veces más altas en los hombres en los grupos de edad mayores.

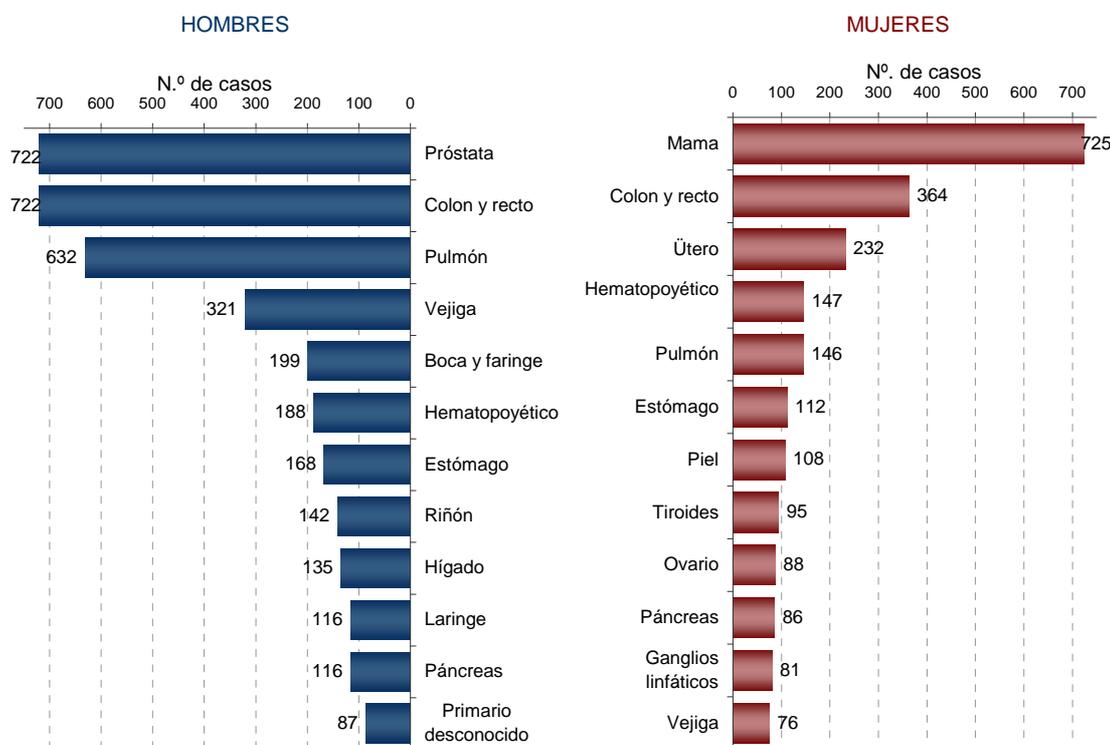
N.º de casos nuevos y tasas crudas de incidencia por grupo de edad de tumores malignos en hombres y mujeres. RCEME. Bizkaia 2008



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

En la población total el cáncer de colon y recto (CCR) fue el cáncer más frecuente, supuso el 16% del total de los tumores malignos diagnosticados en 2008. Entre los hombres, el CCR y el de próstata presentaron la misma frecuencia y el cáncer de pulmón ocupó el tercer lugar. Entre las mujeres, la localización más frecuente continuó siendo la mama y la siguieron en frecuencia el CCR y el de útero. En el Anexo 5 de este resumen se ofrecen las tasas correspondientes a todas las localizaciones.

Casos nuevos de tumores malignos en el año 2008 en las localizaciones* más frecuentes RCEME. Bizkaia 2008

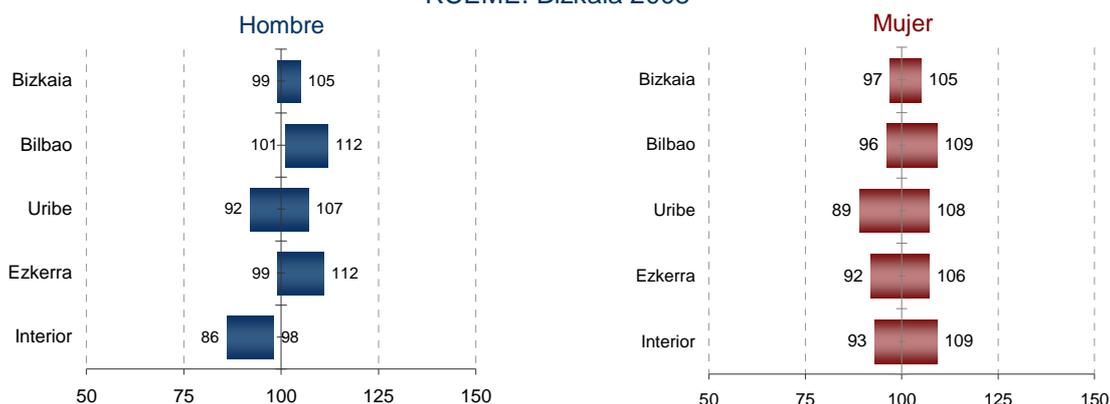


* Localización según CIE-10. Boca y Faringe: C00 a C14; Esófago: C15; Estómago: C16; Colon-Recto: C18 a C20; Hígado: C22; Páncreas: C25; Laringe: C32; Pulmón: C33 y C34; Piel: C44; Hematopoyético: C42; Mama: C50; Útero: C53 a C55; Ovario: C56; Próstata: C61; Riñón: C64; Vejiga: C67; Encéfalo: C71; Ganglios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

Razones de incidencia estandarizada por comarca y por sexo

Para analizar el impacto del cáncer por lugar de residencia de los pacientes utilizamos la razón de incidencia estandarizada (RIE), que compara la incidencia de cáncer para todas las localizaciones en el Territorio Histórico y en las comarcas de Bizkaia con la incidencia de dichos cánceres en la Comunidad Autónoma Vasca. En el gráfico siguiente representamos las RIE calculadas. Para todas las localizaciones la RIE es significativamente inferior para los hombres de Interior y superior para los hombres de Bilbao mientras que entre las mujeres no se observan diferencias.

Razón de incidencia estandarizada, para cáncer de todas las localizaciones, por sexo y comarca RCEME. Bizkaia 2008



Cánceres de localizaciones concretas

En general todos los cánceres son más frecuentes en los hombres, excepto el de mama, el de tiroides y el melanoma de piel.

Desde el año 2000 entre los hombres se ha producido un importante descenso de la incidencia de cáncer de boca-faringe (4,1% descenso anual) y de laringe (5,7% anual). Entre las mujeres, aunque estos cánceres son menos frecuentes, la tendencia es ascendente.

La influencia del consumo de tabaco también se evidencia entre las mujeres en la evolución experimentada por el cáncer de pulmón ya que, si bien los hombres presentan una mayor incidencia (cuatro de cada cinco cánceres de pulmón se diagnosticaron en hombres), entre ellos la tendencia es estable mientras que entre las mujeres el porcentaje de incremento anual ha sido de un 5,6%.

El cáncer de estomago es la única neoplasia maligna cuya incidencia presenta tendencia significativamente descendente en ambos sexos; disminuye a lo largo de todo el periodo un 2,7% anual.

El cáncer de colon entre los hombres ha igualado al cáncer de próstata en incidencia y es el segundo en las mujeres tras el cáncer de mama. La tendencia de la incidencia aumenta de forma significativa, con mayor pendiente entre los hombres (3,2%) que entre las mujeres (1,8%).

La incidencia del cáncer de vejiga, también muy superior entre los hombres, en los últimos años (1995-2008) aumenta, aunque el aumento no es estadísticamente significativo, mientras que entre las mujeres aumenta significativamente un 4,3% anual desde el año 1996. Al interpretar la gráfica que se presenta en las páginas siguientes hay que tener en cuenta que en el cambio experimentado en torno al año 1995 pueden influir cambios en el método de codificación.

El melanoma es más frecuente entre las mujeres y su tendencia es ascendente para ambos sexos, aunque presenta una mayor pendiente entre los hombres, con un 4,4% de incremento anual frente al 3% que se observa entre las mujeres.

La incidencia del cáncer de tiroides aumenta de forma ininterrumpida, especialmente los dos últimos años y más en mujeres. Este aumento de la incidencia del cáncer de tiroides se observa en todo el mundo.

El cáncer de mama se mantiene estable tras el aumento experimentado entre 1998-2001. En cuanto a los cánceres ginecológicos, en el cáncer de ovario no se observan cambios significativos

de tendencia en el último periodo 1999-2008. El cáncer de útero aumenta y el incremento se produce a expensas del cáncer de cuerpo uterino (2,3% anual) ya que el cáncer de cérvix ha presentado un descenso significativo de 1,6% anual.

El cáncer de próstata, tras un importante incremento significativo (9,8% anual) entre 1995-2008, presenta una tendencia estable. No se puede descartar una posible infradeclaración debido a que en ocasiones no es intervenido quirúrgicamente, lo que puede dificultar la captación de casos para el registro del cáncer, especialmente cuando el diagnóstico y tratamiento se hacen en la asistencia sanitaria privada.

Otros cánceres, como los del sistema hematopoyético, páncreas y riñón, también presentan una tendencia ascendente durante el periodo de recogida de información.

En la tabla siguiente presentamos datos sobre algunas localizaciones concretas: el número de casos (N.º), la tasa cruda (TC), la tasa estandarizada (TE) y el Porcentaje de Cambio Anual (PCA). Algunas localizaciones presentan “puntos de cambio” en la tendencia, que definen tramos de tiempo con diferente tendencia; este cambio puede ser por aumento/disminución o estabilización de la incidencia. Cuando el cambio es estadísticamente significativo, esta característica se señala con un “*”.

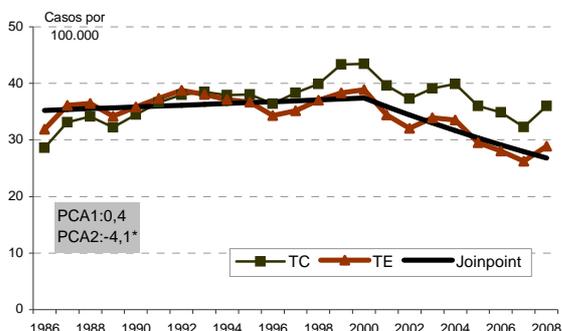
Número de cánceres, TC y TE en 2008. PCA 1986-2008 RCEME. Bizkaia

		HOMBRES				MUJERES			
		N.º	TC	TEE	PCA	N.º	TC	TEE	PCA
C00-14	Boca-faringe	199	36,00	28,90	PCA (1986-2000) 0,4 PCA 2 (2000-2008)-4,1*	62	10,51	7,53	3,0*
C16	Estómago	168	30,39	21,82	PCA : -2,7*	112	18,99	10,02	-2,8*
C18-21	Colon-recto	722	130,62	92,83	3,2*	364	61,71	36,37	1,8*
C22	Hígado	135	24,42	19,03	2,2*	44	7,46	4,06	0,1
C25	Páncreas	96	17,37	13,40	1,4*	86	14,58	7,36	1,4*
C32	Laringe	116	20,99	17,10	PCA ₁ (1986-2000) -0,9 PCA ₂ (2000-2008) -5,7*	13	2,20	1,82	5,1*
C33-34	Pulmón	632	114,34	86,24	-0,1	146	24,76	17,93	5,6*
C42	Hematopoyético	188	34,0 1	25,27	3,5*	147	24,92	26,21	PCA ₁ (1986-2001) 1,3* PCA ₂ (2001-2004) 13,5 PCA ₃ (2004-2008) -1,7
C44 M872-9	Melanoma	61	11,04	8,71	4,4*	88	14,92	11,06	3,0*
C50	Mama					725	122,92	94,04	PCA ₁ (1986-1989): -4,8 PCA ₂ (1989-1998): 5,1* PCA ₃ (1998-2002): -2,2 PCA ₄ (2002-2008): 1,8
C53-55	Útero (cérvix+cuerpo+SAI)					232	39,33	28,28	0,8*
C53	Cérvix					56	9,49	7,39	-1,6*
C54	Cuerpo de útero					168	28,48	20,62	2,3*
C56	Ovario					88	14,92	9,77	PCA ₁ (1986-1999) 3,8* PCA ₂ (1999-2008) -3,7
C61	Próstata	722	130,62	97,45	PCA ₁ (1986-1995) 3,7* PCA ₂ (1995-2004) 9,8* PCA ₃ (2004-2008) -3,7				
C64	Riñón	142	25,69	19,38	3,1*	55	9,32	5,94	2,5*
C67	Vejiga	321	58,07	41,27	PCA ₁ (1986-1995) -3,9* PCA ₂ (1995-2008) 1,6	76	12,89	6,86	PCA ₁ (1986-1996) -2,6 PCA ₂ (1996-2008) 4,3*
C73	Tiroides	6	1,09	0,89	3,2*	95	16,11	13,4	PCA ₁ (1986-2006)5,8* PCA ₂ (2006-2008) 45*
C00-80	Todas localizaciones	6768	730,71	548,02	1,1*	2768	462,68	312,9	PCA ₁ (1986-1988)-4,9 PCA ₂ (1988-1997) 2,4* PCA ₃ (1997-2008) 1,1*

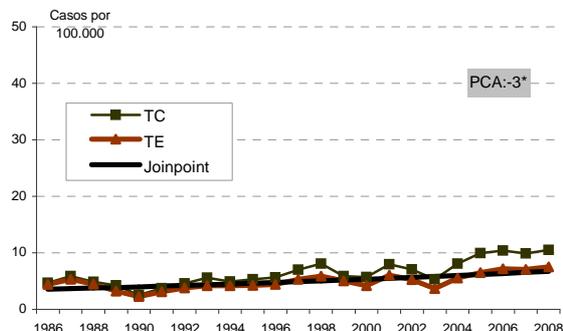
A continuación se representa de forma gráfica el contenido de la tabla. Las líneas de los gráficos representan la TC, la TE con relación a la población europea y la tendencia valorada con el método de regresión Joinpoint. El PCA indica el porcentaje de cambio anual de la incidencia, tal como se ha comentado previamente y se especifica la significación estadística con un asterisco (*).

Cánceres en localizaciones concretas. TC, TE, Joinpoint RCEME. Bizkaia 1986-2008

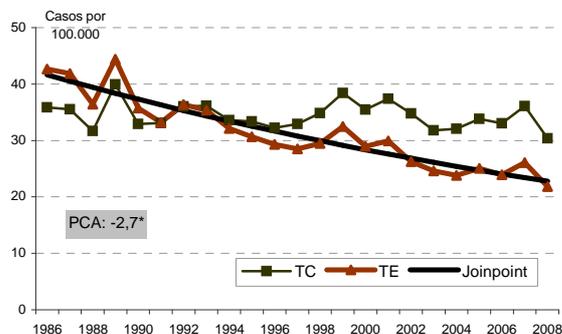
Hombres: boca-faringe [C00-14]



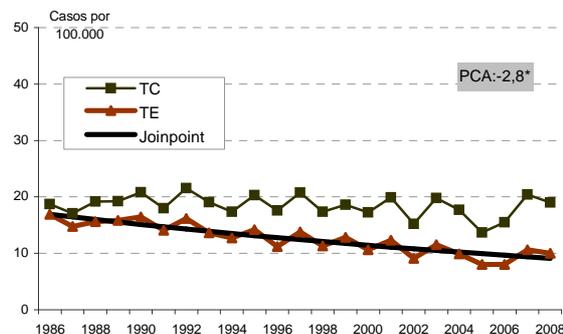
Mujeres: boca-faringe [C00-14]



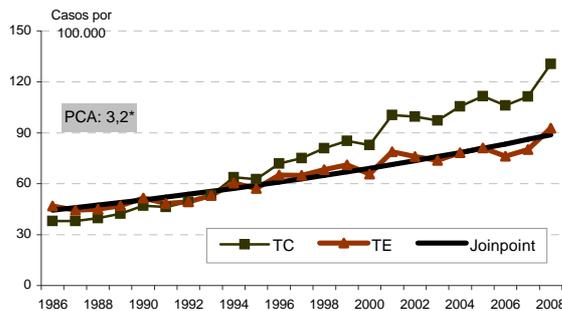
Hombres: estómago [C16]



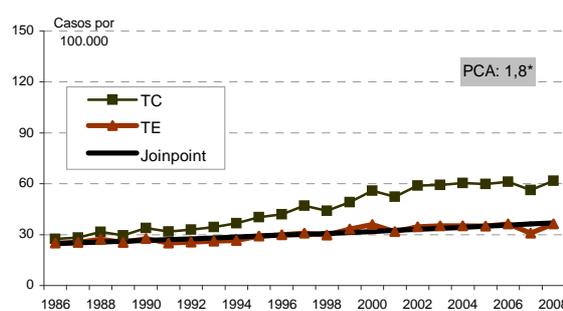
Mujeres: estómago [C16]



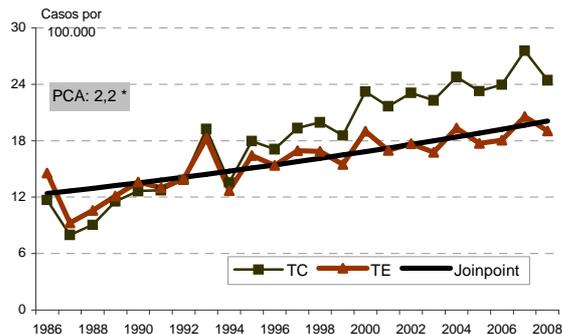
Hombres: colon y recto [C18-21]



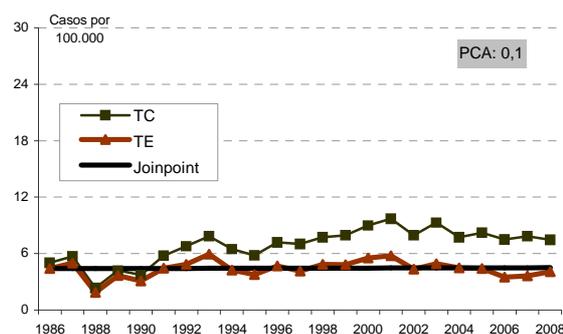
Mujeres: colon y recto [C18-21]



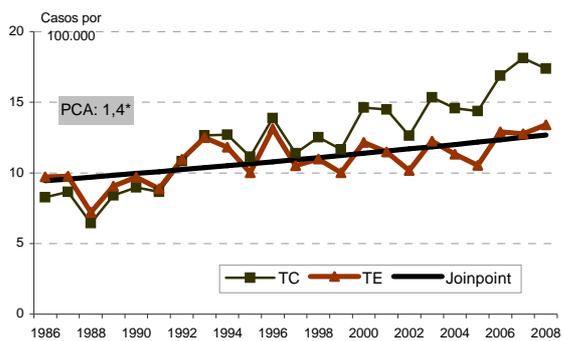
Hombres: hígado [C22]



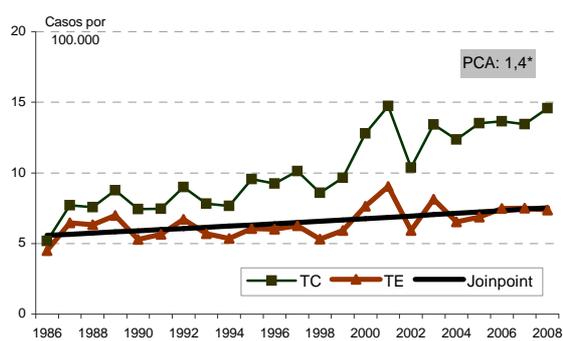
Mujeres: hígado [C22]



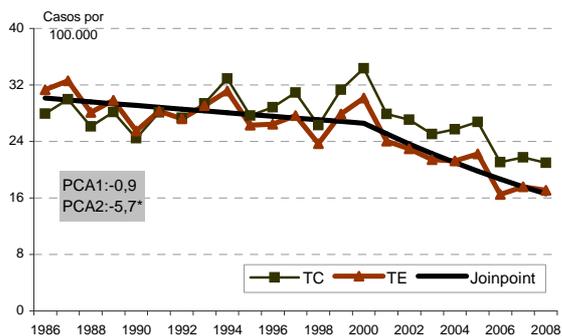
Hombres: páncreas [C25]



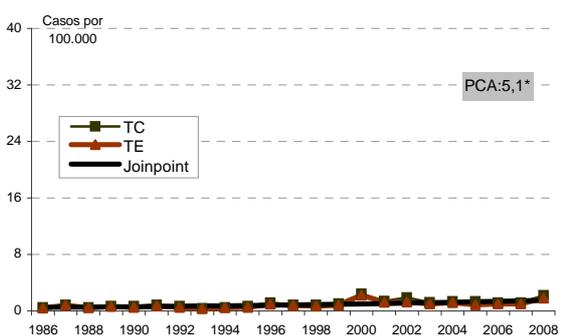
Mujeres: páncreas [C25]



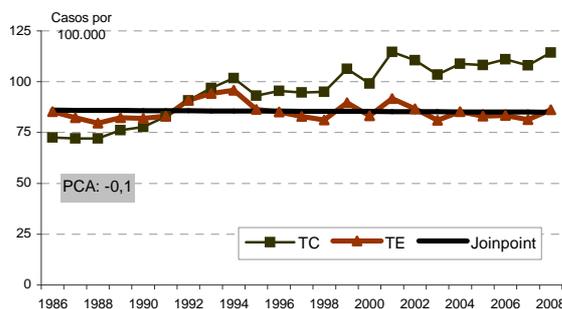
Hombres: laringe [C32]



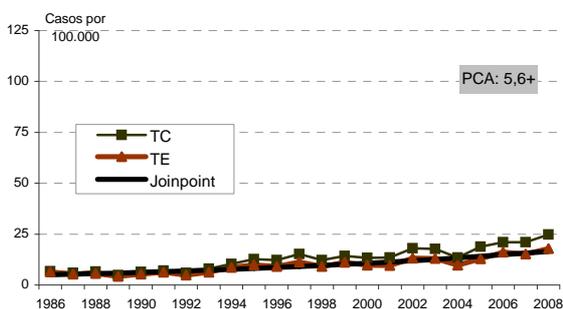
Mujeres: laringe [C32]



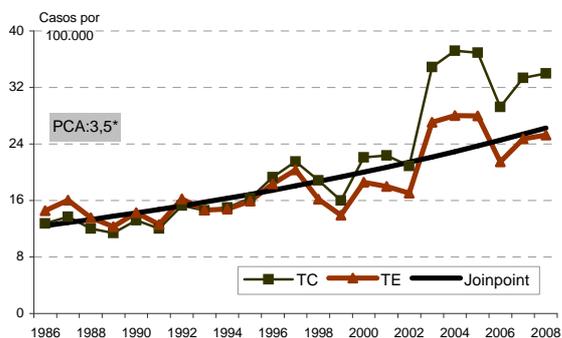
Hombres: pulmón [C33-34]



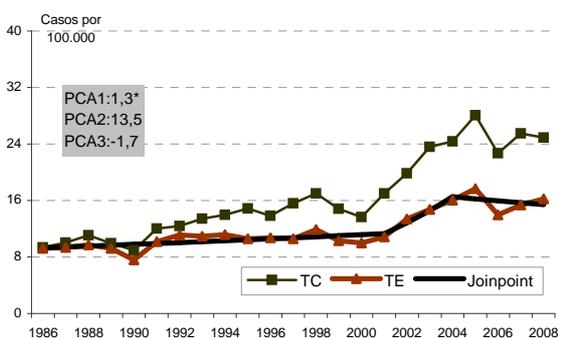
Mujeres: pulmón [C33-34]



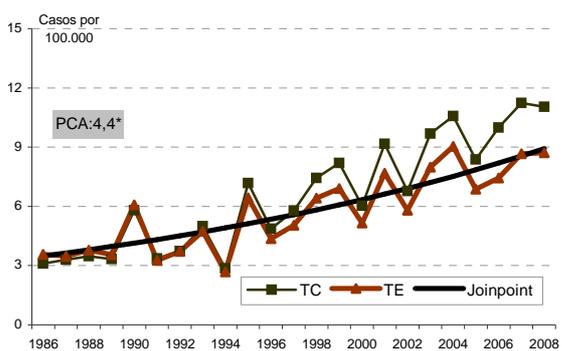
Hombres: hematopoyético [C42]



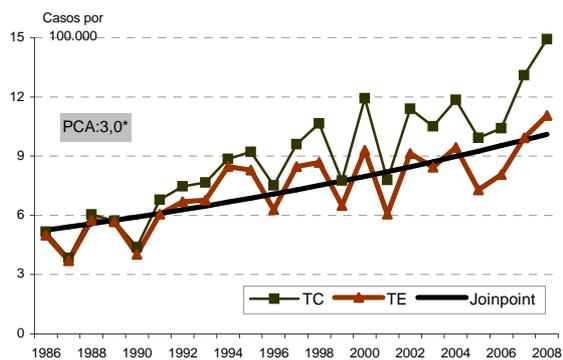
Mujeres: hematopoyético [C42]



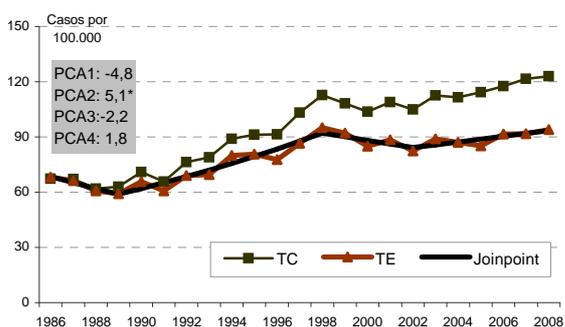
Hombres: melanoma piel [C44-M8720-8790]



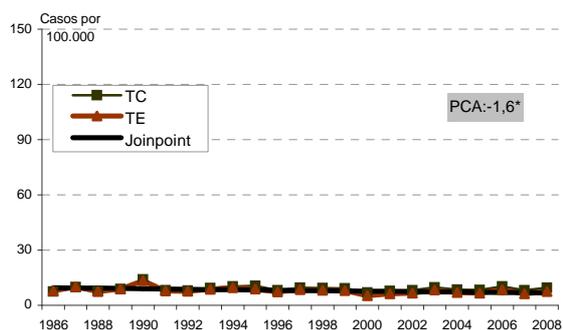
Mujeres: melanoma piel [C44-M]



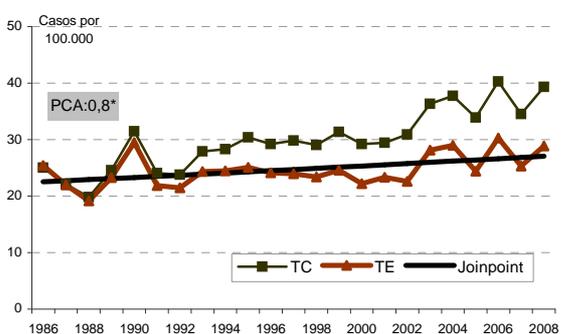
Mujeres: mama [C50]



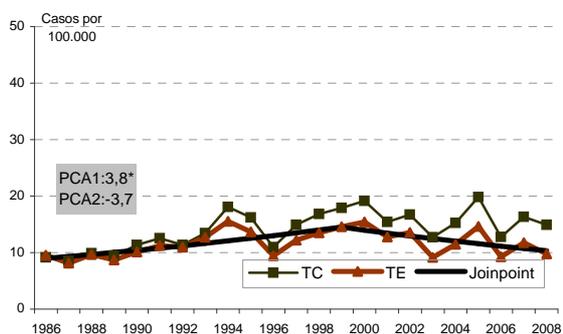
Mujeres: cérvix [C53]



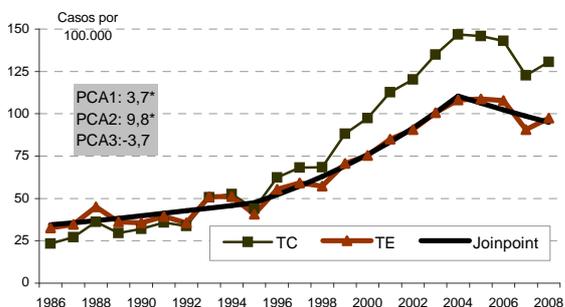
Mujeres: útero [C54]



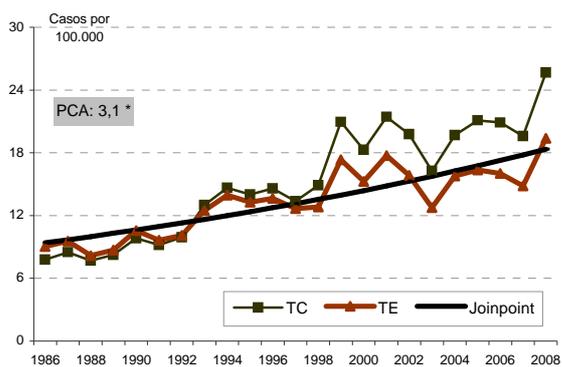
Mujeres: ovario [C56]



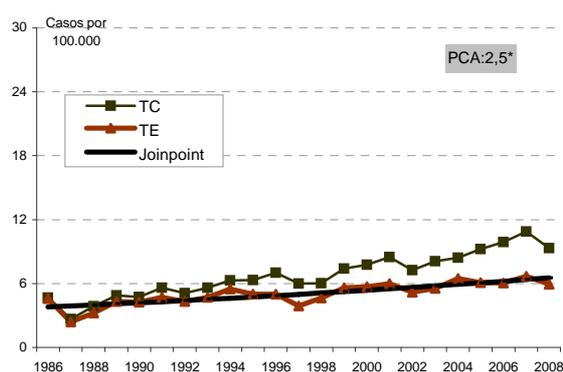
Hombres: próstata [C61]



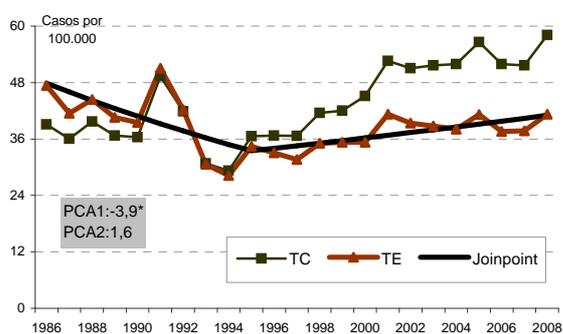
Hombres: riñón [C64]



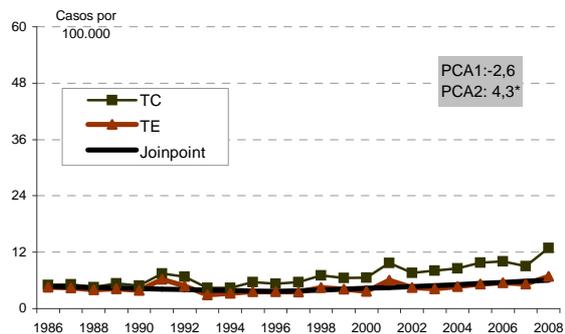
Mujeres: riñón [C64]



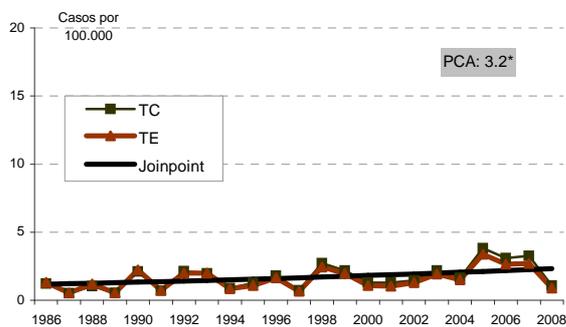
Hombres: vejiga [C67]



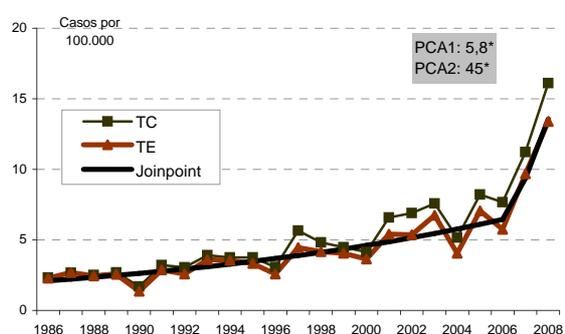
Mujeres: vejiga [C67]



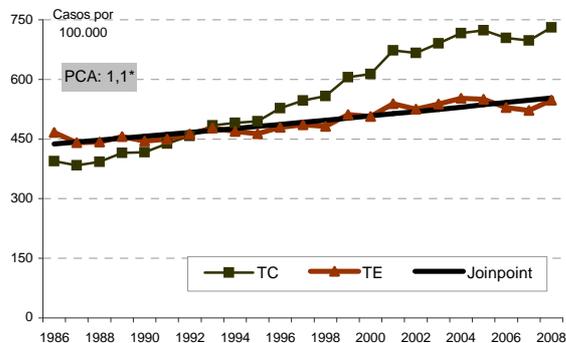
Hombres : tiroides [C73]



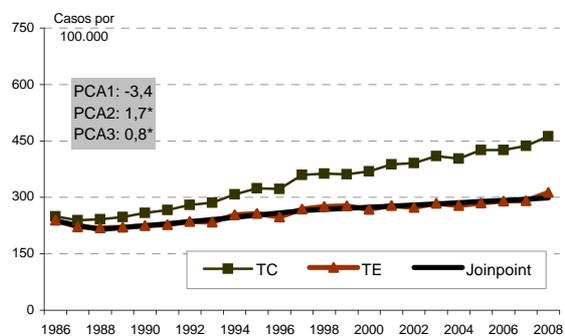
Mujeres: tiroides [C73]



Hombres: todas las localizaciones [C00-80]



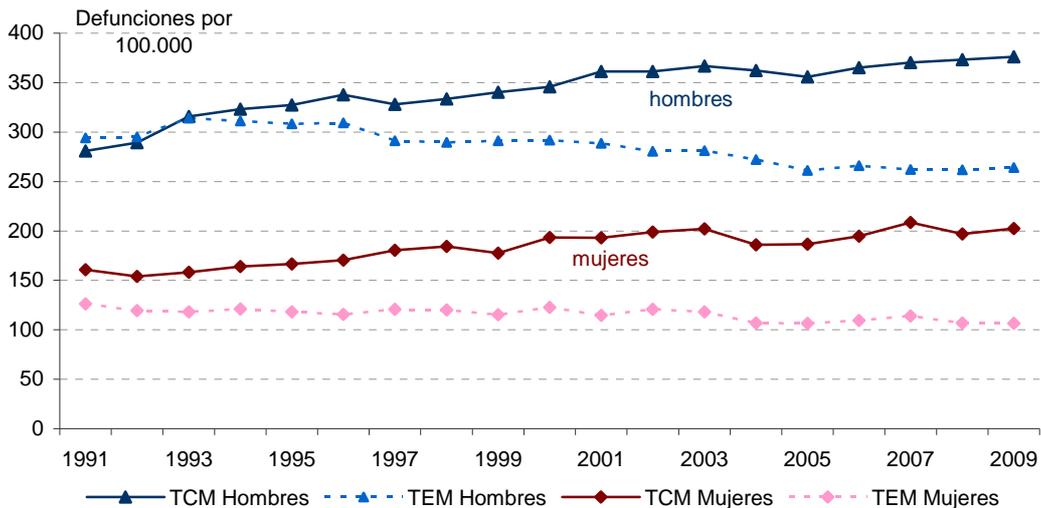
Mujeres: todas las localizaciones [C00-80]



Mortalidad por cáncer

La mortalidad por cáncer, para todas las localizaciones, presenta una tendencia ascendente, con mayor pendiente para las mujeres; la tendencia se estabiliza al estandarizar por edad, lo que sugiere un importante efecto del envejecimiento de la población. Durante 2009 la tasa cruda de mortalidad fue 376,14 para los hombres y 202,5 para las mujeres. El cáncer es la primera causa de muerte en los hombres, responsable del 37% de ellas, y la segunda en las mujeres, entre las que es responsable del 23% de las muertes.

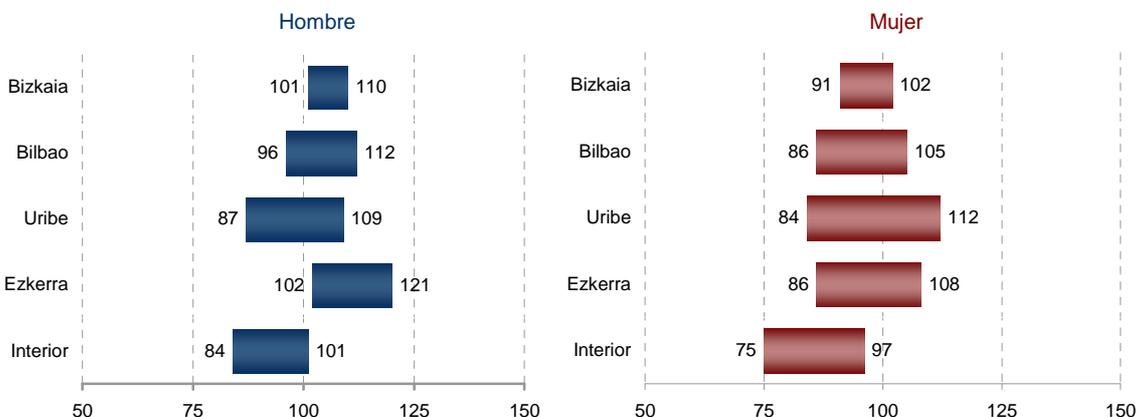
Evolución anual de las tasas de mortalidad por tumores malignos
Registro de Mortalidad. Bizkaia 1991-2009



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

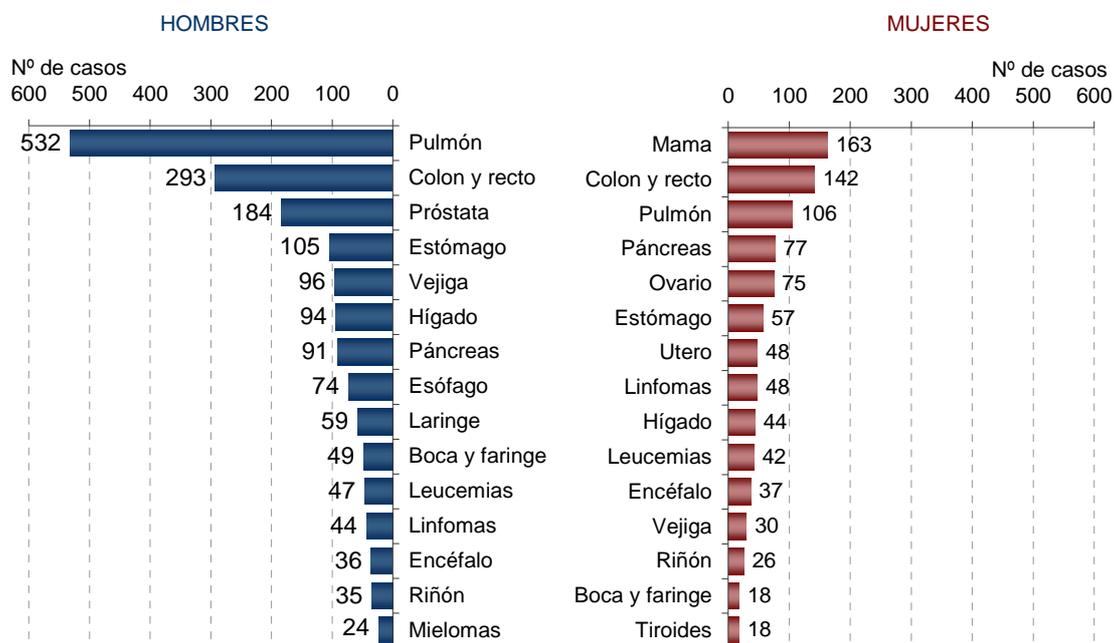
Durante el año 2009 la razón de mortalidad estandarizada (RME) por cáncer de todas las localizaciones fue significativamente mayor para los hombres de Bizkaia y de la comarca Ezkerraldea-Enkarterri respecto a la CAPV, y significativamente inferior para las mujeres de Interior.

Razón de mortalidad estandarizada para todas las localizaciones, por sexo y por comarca
Registro de mortalidad. Bizkaia 2009



El cáncer que produce más muertes es el de pulmón en los hombres y el de mama en las mujeres, siendo el cáncer de colon el segundo en frecuencia para ambos géneros y el tercero la próstata y en las mujeres el pulmón.

N.º de muertes, por sexo y por orden de frecuencia Registro de mortalidad. Bizkaia 2009



En 2009 la tasa de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) ajustados a la población europea fue de 16,12 por mil en el caso de los hombres y 9,28 en las mujeres, lo que supuso 8.800 años de vida perdidos -a los 70 años de edad- en el caso de los hombres y 5.291 en el caso de las mujeres.

ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR

CIE9:430-438; CIE10: I60-69

Durante el año 2011 en la Subdirección de Salud Pública de Bizkaia se formó un equipo de trabajo, integrado por técnicos de Epidemiología y del Servicio de Planificación, Investigación y Evaluación, con los siguientes objetivos:

- describir los factores de riesgo de la ECV;
- describir la prevalencia, morbilidad y mortalidad por ECV;
- analizar el proceso de atención a la enfermedad cerebrovascular, desde la prevención hasta la rehabilitación;
- identificar puntos de mejora en prevención primaria, secundaria y terciaria, con el objetivo de realizar recomendaciones concretas en todos los niveles de atención (primaria, especializada, ámbito socio-sanitario y población general).

A continuación se presenta un resumen del informe realizado al finalizar el estudio.

Factores de riesgo cardiovascular

En 2007, según la Encuesta de Salud de la CAV (ESCAV), un 30% de los hombres y un 22% de las mujeres eran fumadores; entre las mujeres más jóvenes el porcentaje de fumadoras se aproximaba al de los hombres. La población sospechosa de alcoholismo era un 5% entre los hombres y un 1,4% entre las mujeres, destacando el elevado porcentaje en el grupo de mujeres de 16 a 24 años (5,4%). Por encima de los 64 años el porcentaje de mujeres obesas era superior al de los hombres en tres puntos (21,3 frente a 18,4%).

Respecto a la hipertensión arterial, factor de riesgo principal, al menos un 40% de la población declaraba tener la tensión alta (ESCAV). Por otro lado, en un 54% de los ingresos por ECV se registraba la existencia de HTA. En este sentido, los resultados del Plan de Actividades Programadas de la Oferta Preferente (OP) 2009-2010 reflejaban que dos de cada tres hipertensos estaban diagnosticados. Un adecuado control de la tensión arterial puede incidir tanto en la prevención del ictus como en la prevención de la recidiva.

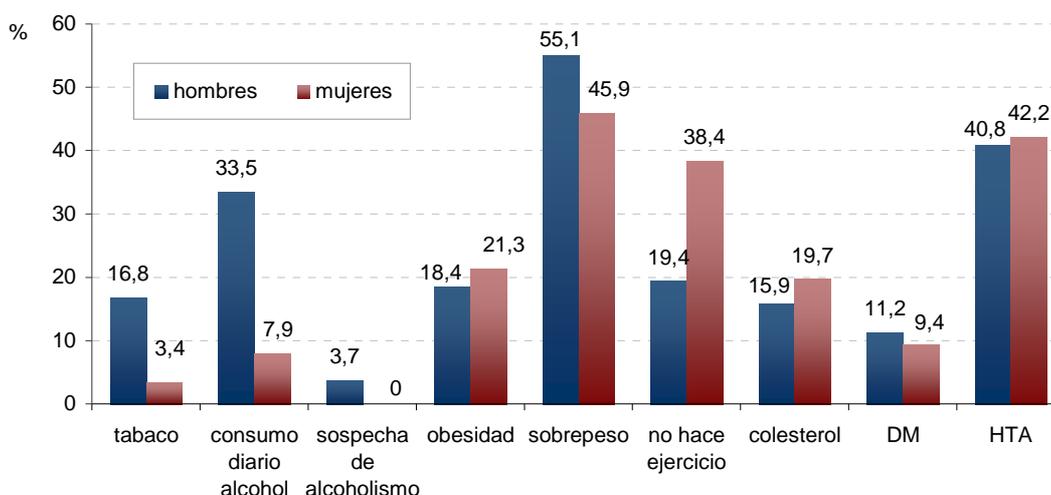
La Diabetes Mellitus declarada por los mayores de 64 años (ESCAV) era de 11% en los hombres y 9% en las mujeres. En un 24% de los ingresos hospitalarios por ECV (2010) se registraba la DM como diagnóstico secundario. Los resultados de la OP indicaban que prácticamente todos los diabéticos habían sido diagnosticados.

El porcentaje de hipercolesterolemia (ESCAV) alcanzaba, en la población mayor de 64 años, al 16% de los hombres y al 20% de la población de mujeres. Los resultados de la OP indicaban una cobertura diagnóstica de prácticamente el 100%.

No tenemos datos sobre la prevalencia de fibrilación auricular, causa más frecuente de ictus cardioembólico; en un 22% de los ingresos por ECV el afectado tenía diagnosticada una fibrilación auricular.

Además de los factores de riesgo señalados, la edad es un factor de riesgo “no modificable” de padecer un ictus: el riesgo de padecer un ictus aumenta de forma importante a partir de los 60 años. En el siguiente gráfico se representan los porcentajes de población mayores de 64 años que presentan factores de riesgo modificables.

Factores de riesgo de ECV en la población de Bizkaia mayor de 64 años
ESCAV. 2007



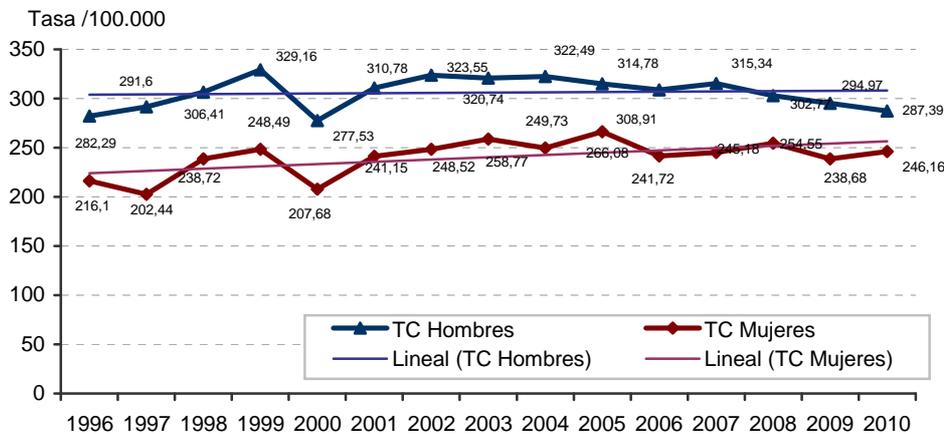
Morbilidad por ECV

Morbilidad percibida. Según la ESCAV de 2007, la prevalencia de ECV en la población general de la CAPV era de 0,9%, lo que supone que en Bizkaia hubiera al menos 10.000 personas con una ECV en el momento en que se realizó la encuesta.

Morbilidad hospitalaria. Durante 2010 hubo 3.065 ingresos por ECV: 17% hemorrágicos, 60% isquémicos, 14 % ICT y el resto mal definidos. El 52% de los ingresos se dieron en hombres; tres de cada cuatro ingresos correspondían a mayores de sesenta y cuatro años.

La tasa cruda de frecuentación hospitalaria por 100.000 habitantes fue 287,39 en hombres y 246,16 en mujeres; esta diferencia por sexos se mantiene durante todo el periodo (1996-2010) y presenta en ambos sexos, pero sobre todo en las mujeres, una tendencia ascendente,. Las tasas disminuyen al estandarizar por edad, lo que refleja la influencia del envejecimiento de la población en la incidencia de la enfermedad.

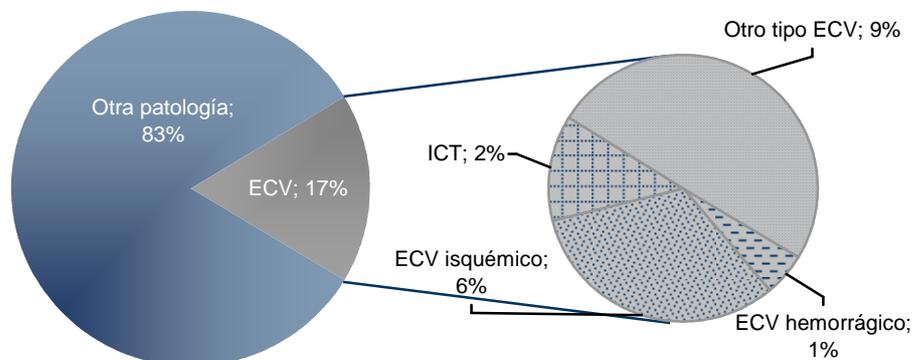
ECV. Tasa cruda y evolución de la frecuentación hospitalaria según el sexo CMBD Bizkaia 1996-2010



Fuente: CMBD

Incapacidad. La ECV se describe como la primera causa de incapacidad y la segunda de demencia tras el Alzheimer. Entre las valoraciones de dependencia realizadas por la Diputación Foral de Bizkaia entre 2008 y 2010, 6.936 personas presentaban un diagnóstico de ictus, lo que supone un 17% de las valoraciones. Entre la población valorada con ictus el 34% son grandes dependientes (grado III), frente al 18 % de grandes dependientes hallado en la población total valorada.

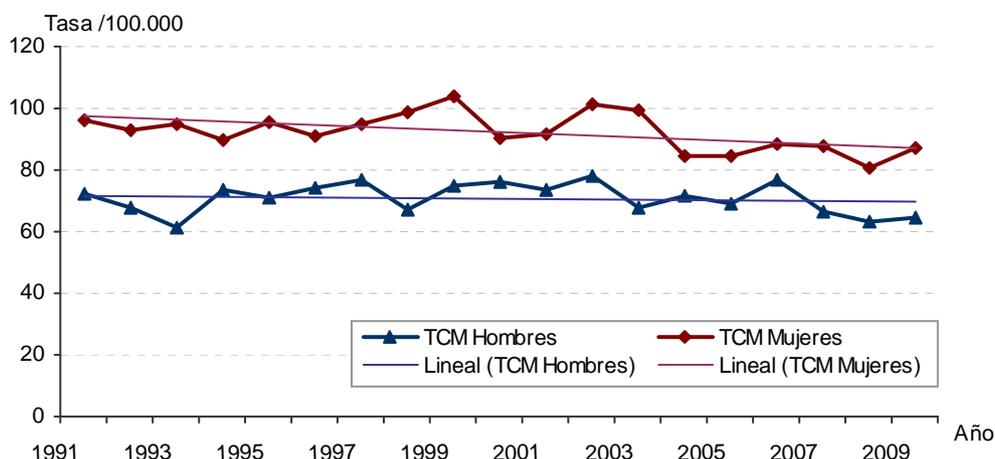
Personas valoradas por dependencia según el tipo de patologías. 2008-2010



Fuente: Servicio de valoración de la Diputación Foral de Bizkaia

Mortalidad. La ECV fue la primera causa de muerte en las mujeres y la tercera en los hombres tras la cardiopatía isquémica y la neoplasia de pulmón (2009, Bizkaia). La enfermedad afecta principalmente a los mayores, lo que explica el mayor número de fallecimientos entre mujeres (514 frente a 358 en hombres). Durante el periodo estudiado tanto la tasa cruda de mortalidad como la estandarizada a la población europea presentaron una tendencia descendente en ambos sexos.

ECV. Tasas crudas de mortalidad y tendencia, por sexo
Bizkaia 1991-2009



Evaluación de la asistencia recibida del sistema

Los distintos procedimientos observados y evaluados del proceso de atención al ictus en Bizkaia, tales como la organización de las emergencias, la instauración del Código Ictus (2004), la apertura de Unidades de Ictus (2009 en Cruces, 2011 en Galdakao y 2012 en Basurto), la práctica de la fibrinólisis y la utilización de protocolos, se observó que estaban en un proceso de mejora continua. Asimismo, la puesta en práctica de la Oferta Preferente en el marco del Contrato Programa ha influido en la prevención primaria del ictus, a través de la práctica, durante más de ocho años, de control y monitorización de los distintos factores de riesgo (HTA, hipercolesterolemia, hiperglucemia, consumo de tabaco, alcohol,...).

No obstante, se observó que aspectos relativos a la rehabilitación precoz y rehabilitación tras el alta, y aspectos de organización y coordinación entre los diferentes niveles de asistencia presentaban muchas posibilidades de mejora. El tiempo de llegada al hospital tras el inicio de los síntomas también era mejorable, ya que entre el 40% y el 65% de los pacientes acudió a urgencias en las primeras seis horas, y entre el 29 y el 44% en las primeras tres horas.

Finalmente, se hicieron una serie de recomendaciones, algunas ya recogidas en el Plan de Salud 2002-2010, cuya puesta en marcha sigue pendiente.

Recomendaciones

Los objetivos del Plan de Salud 2002-2010 de disminuir la mortalidad por ECV en hombres menores de 75 años y en mujeres menores de 85 se cumplieron. No obstante, algunas

recomendaciones que se hacían en el Plan y también en la Estrategia de ictus del Ministerio, que siguen vigentes, están pendientes de desarrollarse.

- Es fundamental insistir en la promoción de la salud, para evitar el inicio de hábitos nocivos -tabaco, alcohol- y fomentar los hábitos saludables, como realización de ejercicio y alimentación saludable. Además, el control de la HTA, DM, hipercolesterolemia y fibrilación auricular pueden evitar el primer ictus o la recidiva.
- Son necesarias campañas de educación sanitaria para que la población conozca los síntomas precoces del ictus y la necesidad de solicitar atención urgente, sabiendo que hay tratamientos que solo pueden ser aplicados en las primeras horas. Se debe tener un enfoque de género, ya que en las mujeres es la primera causa de muerte y se aprecia un aumento de la prevalencia de factores de riesgo entre ellas.
- Para una adecuada prevención secundaria es imprescindible implantar estrategias de coordinación entre la Atención Primaria y Especializada. Además, se debe seguir trabajando la coordinación de emergencias con los servicios de urgencias y neurología de agudos.
- Deben desarrollarse o adaptarse para la CAPV guías de práctica clínica que permitan aplicar adecuadamente los tratamientos.
- Entre los aspectos pendientes que más hay que trabajar están la información al paciente y a su familia del proceso ictus, su manejo en domicilio y los recursos sociales disponibles. Para ello, es fundamental la coordinación entre los servicios implicados del hospital (neurología y rehabilitación) y AP, así como con los servicios sociales. Como documentos de apoyo, deben elaborarse folletos informativos comunes y consensuados para entregar al paciente.
- Se debe fomentar desde la Atención Primaria la participación de los pacientes y/o cuidadores expertos.
- La rehabilitación precoz en los hospitales de agudos, según los indicadores del CP, es mejorable. La valoración de la necesidad de rehabilitación y su inicio precoz, así como el árbol de decisión para determinar la intensidad y el ámbito de rehabilitación que permita la continuidad de cuidados adecuados, es uno de los retos pendientes de resolver en los próximos años.
- Deben estudiarse experiencias de rehabilitación a domicilio, ya que es conocida y recomendada su importancia y eficacia en algunas fases de la evolución de la enfermedad.
- Es preciso disponer de un sistema de información que permita monitorizar a estos pacientes a lo largo de todo el proceso, desde la fase aguda hasta la rehabilitación, para poder valorar la evolución de su enfermedad. La puesta en marcha de Osabide Global puede ser una oportunidad para disponer de tal sistema.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

CIE9: 410-414; CIE10: I20-I25

Presentamos los últimos datos disponibles sobre Cardiopatía Isquémica (CI) en Bizkaia; a partir de dos sistemas de información: el registro de mortalidad (2009) y el registro de altas hospitalarias del CMBD (2010). Para el cálculo de las tasas utilizamos la población de 2006 (EUSTAT) y para el cálculo de las tasas estandarizadas se ha usado la población europea.

Morbilidad hospitalaria 2010

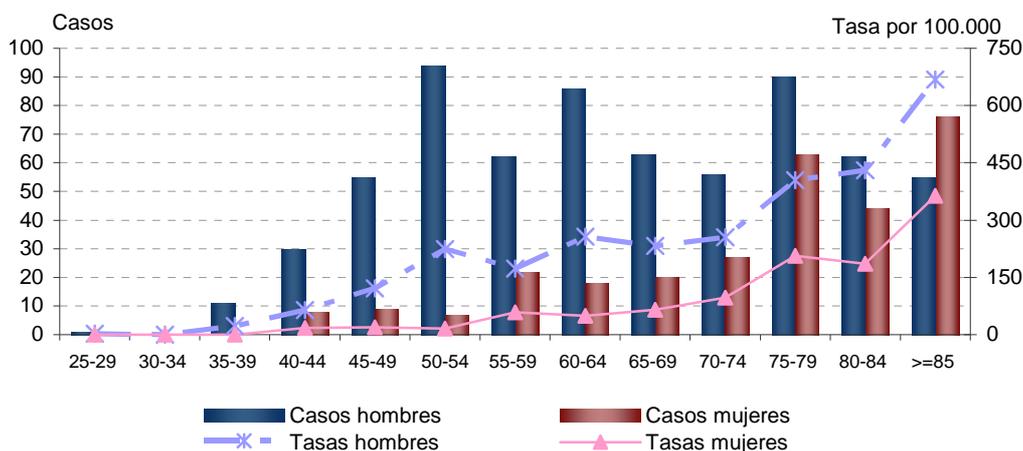
CIE-9: 410-414

Durante el año 2010 se produjeron 3.494 ingresos hospitalarios de residentes en Bizkaia por cardiopatía isquémica, lo que supuso una tasa de frecuentación hospitalaria de 303,38 por 100.000 habitantes. Se observa, por un lado, un predominio de los hombres en el número de ingresos (72%) y, por otro, que esta patología se da a edades más altas en las mujeres (entre las mujeres ingresadas por esta causa el 78% son mayores de 64 años y entre los hombres el 55%).

Dentro de este grupo de patologías, los dos diagnósticos más frecuentes fueron la aterosclerosis coronaria, con el 55% de los ingresos, y el infarto agudo de miocardio (IAM), con el 27%.

La tasa de frecuentación hospitalaria por IAM fue de 83,27 por 100.000, más elevada para los hombres (119,22) que para las mujeres (49,50). Como refleja la gráfica siguiente, los ingresos por IAM son más frecuentes en hombres en todos los grupos de edad, excepto en el de mayores de 85 años.

Nº de ingresos y tasas de frecuentación hospitalaria por IAM, por edad y sexo
Bizkaia. 2010



La estancia media del ingreso por IAM fue de siete días y la tasa de letalidad hospitalaria 9,49 por cada 100 ingresos, 7,07/100 para los hombres y 14,97/100 para las mujeres. El 18% de los fallecimientos se produjeron el mismo día del ingreso y el 51% en las primeras setenta y dos horas. La diferente letalidad hospitalaria por sexo se explica en parte por la mayor edad de las mujeres; no obstante, la letalidad por encima de los 65 años sigue siendo mayor para las mujeres que para los hombres, (18,70 y 11,66 por cada 100 ingresos, respectivamente).

Mortalidad 2009

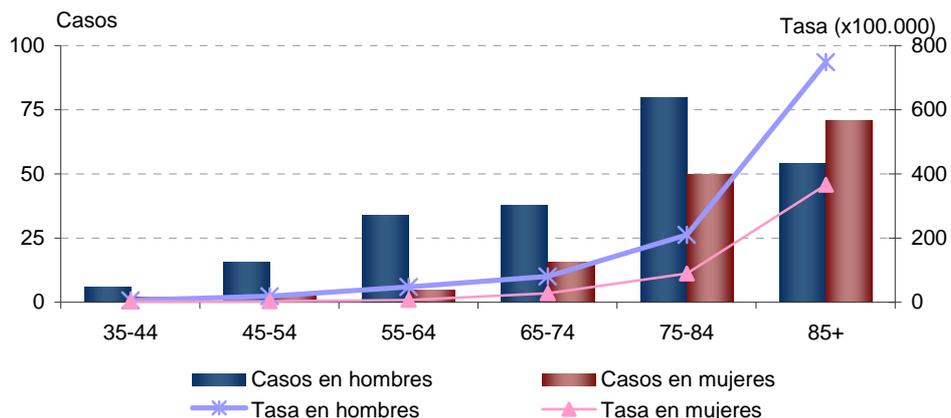
CIE 10: I21-I25

Durante 2009 hubo 871 fallecimientos por causa de cardiopatía isquémica; la CI fue la segunda causa de muerte entre los hombres (tasa estandarizada 64,59/100.000) y entre las mujeres (tasa estandarizada 21,12/100.000). Estas tasas, como refleja el capítulo de mortalidad de esta memoria, presentan una tendencia descendente desde 1991 y, aunque en los hombres se

haya incrementado con respecto a 2008, está dentro de las fluctuaciones de la tasa a lo largo de este periodo.

El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) produce el 43% (375) de las muertes por CI. En el siguiente gráfico se observa la diferente distribución por sexo y edad del IAM. La mortalidad supera la tasa de 100/100.000 en el grupo de 75-84 años entre los hombres y 10 años más tarde entre las mujeres. Así, el 82,2% de los fallecimientos por IAM que se producen en mujeres afecta a las mayores de 74 años, frente al correspondiente 58,8% de los hombres.

Número de fallecidos y tasa de mortalidad por IAM según sexo y grupo de edad
 Registro de mortalidad. Bizkaia, 2009



La CI es la segunda causa de APVP (años potenciales de vida perdidos) en los hombres, después del cáncer de pulmón.

IV. Morbilidad hospitalaria

Presentamos los resultados obtenidos tras analizar los datos del CMBD del Registro de Altas Hospitalarias de la Comunidad Autónoma durante el año 2010. La población a estudio son los pacientes, residentes en Bizkaia, que fueron dados de alta durante 2010 en cualquier hospital de la CAPV.

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

Nos centramos en el análisis del diagnóstico principal, que es el motivo de ingreso en el hospital determinado por un facultativo.

Para analizar la morbilidad, además de las frecuencias absolutas, utilizamos la tasa de frecuentación hospitalaria (número de ingresos por 1.000 habitantes) por edad, por sexo y por comarcas de Osakidetza.

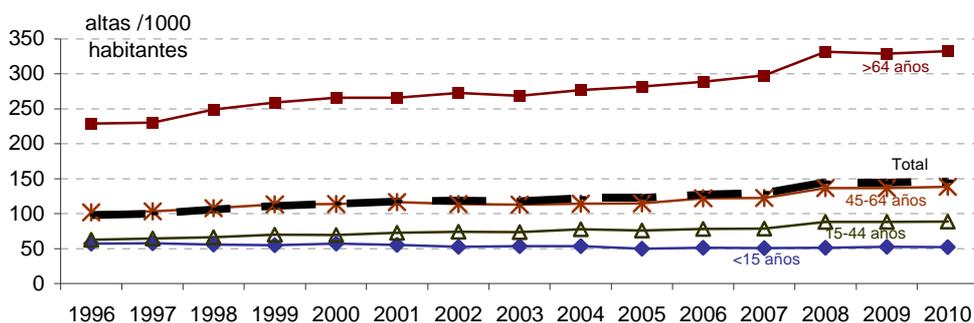
La población utilizada como denominador para el cálculo de las tasas de frecuentación hospitalaria es la población de 2010 (EUSTAT) y para la estandarización utilizamos la población europea.

MORBILIDAD HOSPITALARIA: CASOS Y TASAS DE FRECUENTACIÓN

Durante el año 2010 se produjeron 168.316 altas hospitalarias entre la población residente en Bizkaia, lo que supuso una tasa de frecuentación hospitalaria de 146,14 altas por 1.000 habitantes. El 72% de las altas se produjeron en los hospitales públicos de Osakidetza. La estancia media fue de cinco días y en el 30% de los casos la estancia fue inferior a uno.

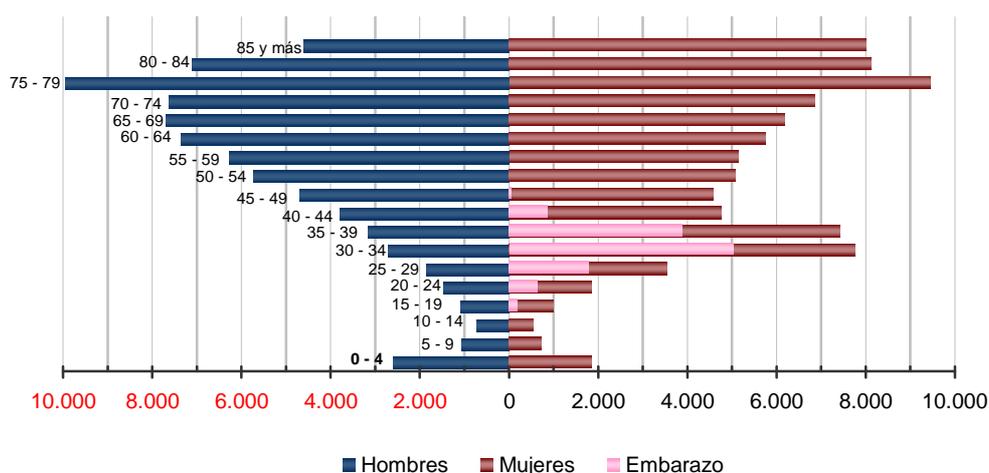
El gráfico siguiente refleja el aumento de la frecuentación hospitalaria experimentado entre 1996 y 2010. Este aumento no se produce por igual en todos los grupos de edad: el mayor aumento se observa en los mayores de 64 años, mientras que en los menores de 15 las tasas se mantienen prácticamente constantes en todo el periodo.

Tasa de frecuentación hospitalaria por grupos de edad
Bizkaia 1996-2010



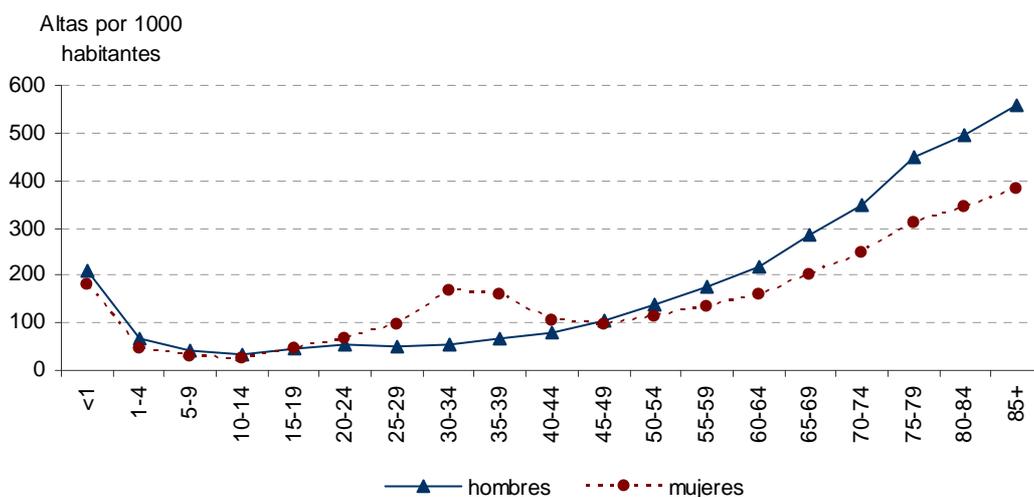
El 51% de las altas se dieron entre los 15 y 64 años, el 4% en la edad pediátrica y el 45% en los mayores de 64. Solo entre los 20 y 44 años de edad, debido a las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, y en las edades superiores a los ochenta años el número de altas en cifras absolutas en mujeres superó al de los hombres.

Morbilidad hospitalaria por grupos de edad y por sexo CMBD. Bizkaia 2010



En los grupos de edad extremos, menores de 1 año y mayores de 84, las tasas de frecuentación fueron altas: 196 y 433 por 1.000 habitantes respectivamente. La frecuentación más baja se dio entre los 5 y los 19 años, con 38 ingresos por 1.000 habitantes. A partir de los 50 años se supera la cifra de 125 altas por 1.000 y hay un ascenso continuado.

Tasa de frecuentación hospitalaria por grupos de edad y por sexo CMBD. Bizkaia 2010



MORBILIDAD HOSPITALARIA POR GRANDES GRUPOS DE LA CIE-9

Los cinco grandes grupos de enfermedades que requirieron asistencia hospitalaria con mayor frecuencia fueron, por este orden, las enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos, enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades digestivas, tumores y enfermedades del aparato respiratorio.

La tabla mostrada a continuación refleja las diferencias que determina el sexo en el tipo de patología que motiva el ingreso.

Morbilidad proporcional según el diagnóstico principal, por grandes grupos y por sexo CMBD. Bizkaia 2010

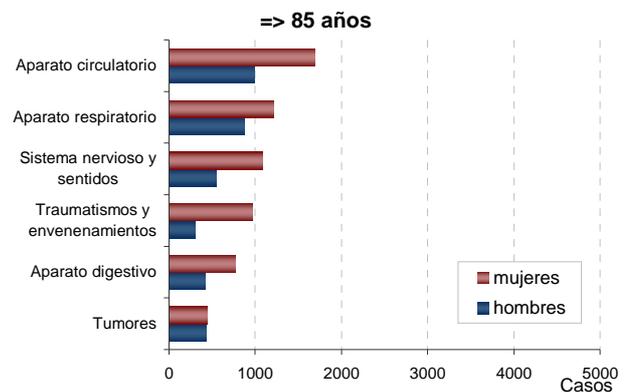
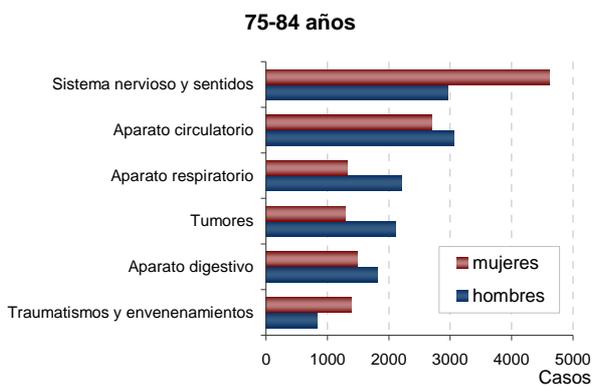
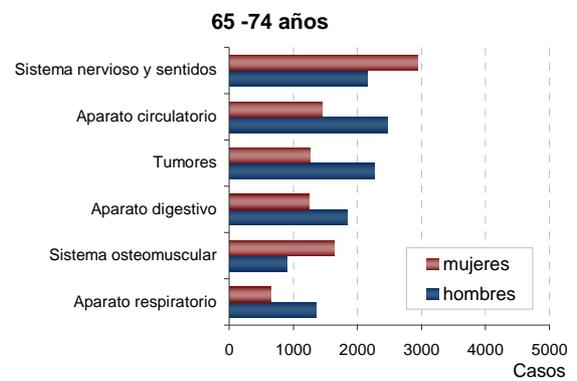
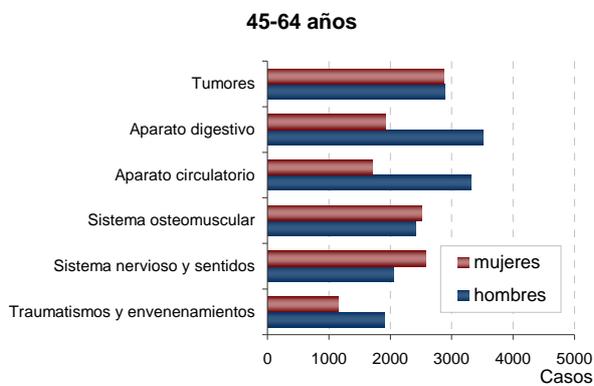
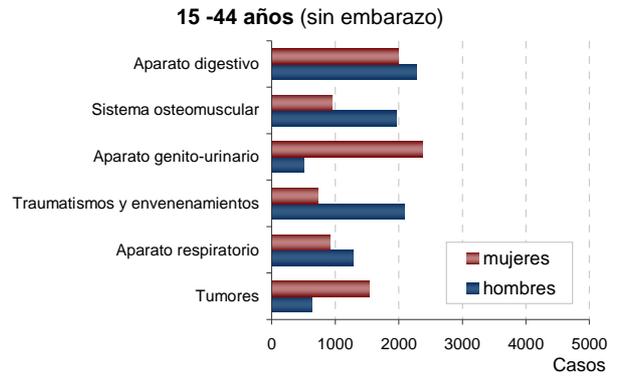
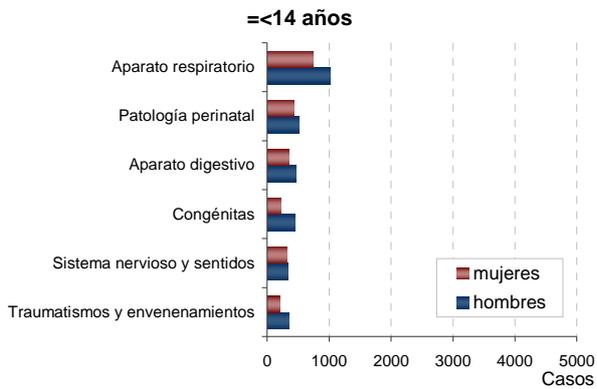
CIE-9-MC	DIAGNÓSTICOS	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
		N.º altas	%	N.º altas	%	N.º altas	%
001-139	Infeciosas y parasitarias	1.808	1,2	1.045	1,4	763	0,9
140-239	Tumores	15.906	10,4	8.413	11,6	7.493	9,3
240-279	Endocrino-metabólicas	1.956	1,3	792	1,1	1.164	1,4
280-289	Sangre y órganos hematopoyéticos	1.444	0,9	655	0,9	789	1,0
290-319	Trastornos mentales	2.510	1,6	1.350	1,9	1.160	1,4
320-389	Sistema nervioso y sentidos	21.536	14,1	8.856	12,2	12.680	15,7
390-459	Aparato circulatorio	18.939	12,4	10.622	14,7	8.317	10,3
460-519	Aparato respiratorio	14.146	9,2	8.325	11,5	5.821	7,2
520-579	Aparato digestivo	18.086	11,8	10.333	14,3	7.753	9,6
580-629	Aparato genito-urinario	9.304	6,1	3.696	5,1	5.608	6,9
630-679	Embarazo, parto y puerperio	12.478	8,2	-	-	12.478	15,5
680-709	Piel y tejido subcutáneo	2.736	1,8	1.558	2,2	1.178	1,5
710-739	Sist. osteo-mioarticular y conectivo	12.686	8,3	6.102	8,4	6.584	8,2
740-759	Anomalías congénitas	1.074	0,7	649	0,9	425	0,5
760-779	Patología perinatal	946	0,6	505	0,7	441	0,5
780-799	Signos y síntomas mal definidos	6.087	4,0	3.279	4,5	2.808	3,5
800-999	Traumatismos y envenenamientos	11.452	7,5	6.209	8,6	5.243	6,5
TOTAL (excepto código V)		153.094	100	72.389	100	80.705	100

En las mujeres, la causa más frecuente de alta hospitalaria fueron las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos; le siguieron por orden de frecuencia el embarazo, parto y puerperio, enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades del aparato digestivo y tumores. En los hombres, el primer lugar lo ocuparon las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas por las del sistema digestivo, las del sistema nervioso y órganos de los sentidos, los tumores y las enfermedades respiratorias.

La gráfica siguiente representa las causas más frecuentes de ingreso por grandes grupos de edad.

Número de altas por sexo y por grupos de edad

CMBD. Bizkaia 2010



En los menores de un año las altas se debieron sobre todo a enfermedades perinatales (bajo peso al nacimiento, prematuridad), seguidas por las bronquiolitis agudas y las enfermedades congénitas. En los de 1 a 14 años el 24% de los ingresos se debieron a enfermedades del aparato respiratorio (sobre todo enfermedades de las amígdalas y adenoides); entre los 5 y los 14 años fueron importantes también las enfermedades del aparato digestivo (53% apendicitis) y los traumatismos (fracturas).

Entre los 15 y 44 años, la causa más frecuente de alta estuvo relacionada con el embarazo, parto y puerperio. Si excluimos el embarazo, entre las mujeres las enfermedades más frecuentes fueron las del aparato genito-urinario (32% esterilidad), aparato digestivo (20% colelitiasis) y tumores (29% útero, 22% mama). Entre los hombres, las causas más frecuentes fueron las enfermedades del aparato digestivo (22% hernias, 14% apendicitis), traumatismos y envenenamientos (accidentes de tráfico, laborales) y enfermedades del sistema osteo-muscular (41% trastorno interno de la rodilla).

En el grupo de 45 a 64 años, las enfermedades del aparato digestivo (36% hernias) y circulatorio (19% aterosclerosis coronaria) fueron las más frecuentes entre los hombres y empiezan a adquirir importancia los tumores, primera causa de ingreso en las mujeres en este grupo de edad (23% mama, 18% útero), seguida por las enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos (29% cataratas, 28% síndrome del túnel carpiano) y las enfermedades del sistema osteo-muscular.

Entre los de 65 a 84 años, las enfermedades que más peso tuvieron fueron las circulatorias en los hombres (16% insuficiencia cardíaca y 14% aterosclerosis coronaria) y las del sistema nervioso y órganos de los sentidos en las mujeres.

En el último grupo de edad representado (mayores de ochenta y cuatro años) el 64% de los ingresos hospitalarios correspondieron a mujeres y las enfermedades del aparato circulatorio (30% insuficiencia cardíaca) y las del aparato respiratorio (24% neumonías) fueron las que dieron lugar al mayor número de altas. Además, adquieren importancia los traumatismos (45% caídas accidentales), que afectan más a las mujeres.

El aumento en los ingresos por enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos observado a partir de los 65 años se debió fundamentalmente a las altas por cataratas, que supusieron en este grupo de edad el 11% y el 16% de los ingresos en hombres y mujeres respectivamente.

MORBILIDAD HOSPITALARIA POR COMARCA SANITARIA DE OSAKIDETZA

Las tasas crudas de frecuentación hospitalaria por comarca sanitaria de Osakidetza oscilaron entre 130 altas por 1.000 habitantes en Comarca Uribe y 168 en Bilbao. Respecto a 2009, aumentaron ligeramente los ingresos en Interior, Uribe y Bilbao, y disminuyeron en Ezkerraldea-Enkarterri.

Morbilidad hospitalaria por Comarcas CMBD. Bizkaia 2010

Comarca	N.º altas	Tasa cruda	Tasa estandarizada (IC 95%)		
Interior	36.293	134,17	107,38	106,20	108,57
Ezkerraldea-Enkarterri	41.569	141,82	109,61	108,44	110,78
Uribe	27.785	130,32	108,23	106,89	109,56
Bilbao	59.657	167,51	127,51	126,37	128,66

Tasas por 1.000 habitantes (Población de 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 2009. 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.

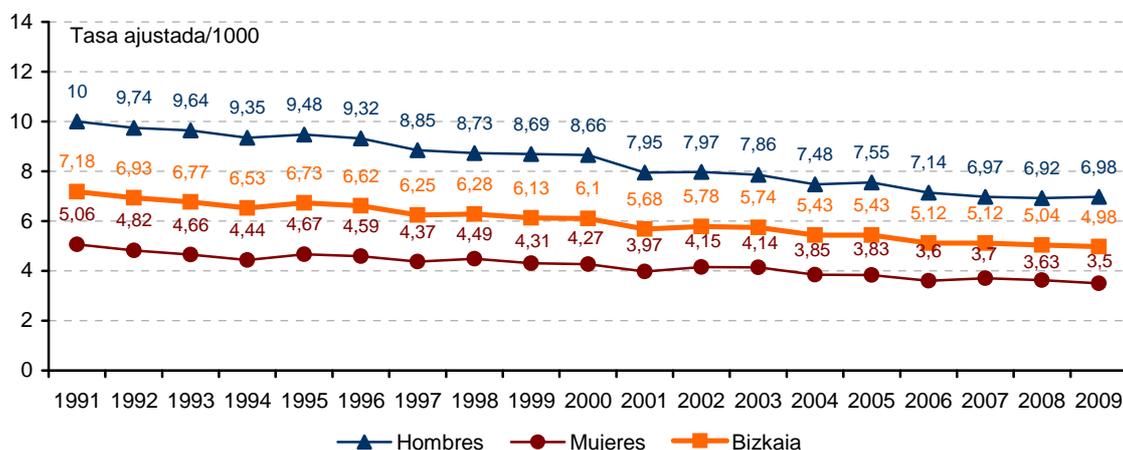
Las poblaciones utilizadas como denominadores son las de los censos y padrones de 1991, 1996, 2001 y 2006. Las correspondientes a los años intercensales analizados se han obtenido mediante interpolación lineal de las poblaciones de los censos y padrones indicados previamente. La estandarización directa 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 2009).

MORTALIDAD GENERAL

Durante el año 2009 fallecieron 10.865 personas residentes en Bizkaia, 52% hombres y 48% mujeres. La tasa de mortalidad general fue de 9,49 por mil habitantes, superior en los hombres (10,27) que en las mujeres (8,75). La tasa estandarizada por edad de la población europea fue de 4,98 por mil habitantes, también mayor en los hombres (6,98) que en las mujeres (3,50).

Tasa de Mortalidad general ajustada por edad
Bizkaia 1991-2009

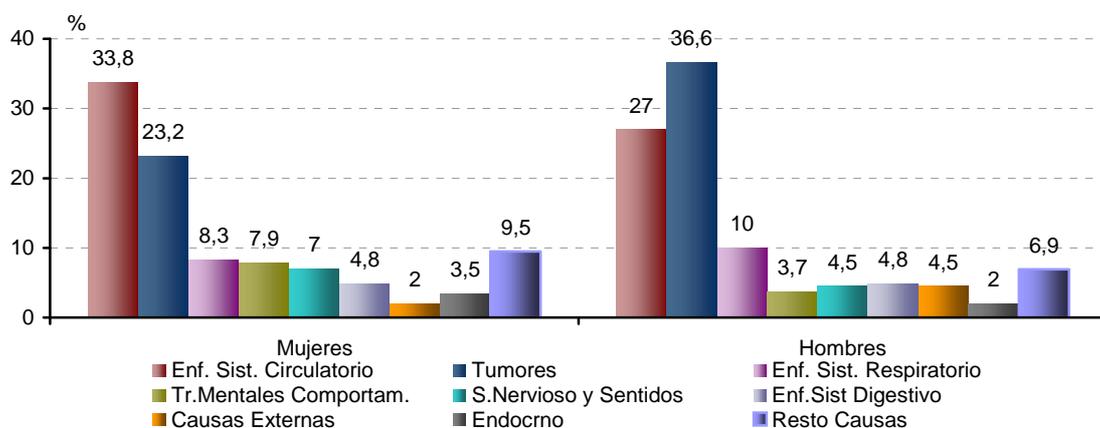


Tal y como se observa en la figura previa, las tasas estandarizadas descendieron de forma continuada desde 1991 (7,18) hasta 2009 (4,98). Por el contrario, las tasas crudas continuaron aumentando, fruto del envejecimiento de la población.

MORTALIDAD PROPORCIONAL. GRANDES GRUPOS DE CAUSA DE MUERTE

Las enfermedades del aparato circulatorio fueron las responsables del mayor número de defunciones en las mujeres (34%) seguidas por los tumores (23%), mientras que en los hombres sucede a la inversa: la causa más frecuente de defunción fueron los tumores (37%) y, en segundo lugar, las enfermedades del aparato circulatorio (27%). Las enfermedades del aparato respiratorio ocuparon el tercer lugar de importancia en ambos géneros, provocando el 9% de las defunciones en el conjunto de la población. El grupo de los trastornos mentales y del comportamiento ocupó el cuarto lugar (6%) y las enfermedades del sistema nervioso y sentidos el quinto (6%).

Mortalidad Proporcional. Defunciones por sexo y grandes grupos de causas
Bizkaia 2009



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 fueron bastante más elevadas en los hombres que en las mujeres prácticamente para todos los grupos de causas. La tasa de mortalidad estandarizada más alta correspondió al grupo de los tumores tanto en hombres como en mujeres. Hasta este año el grupo de enfermedades cardiovasculares era la primera causa de mortalidad estandarizada en mujeres.

Mortalidad por grandes grupos de causas. Bizkaia 2009

	Hombres		Mujeres		Total	
	Muertes	Tasa *	Muertes	Tasa *	Muertes	Tasa *
Enf. infecciosas y parasitarias (I)	89	11,89	97	7,20	186	9,32
Tumores (II)	2.038	264,04	1.198	106,67	3.281	173,15
Enf. sangre y órg. hematop.; Tr. inmunit. (III)	22	2,94	33	2,31	55	2,63
Enf. endocrinas, nutrición. y metabólicas (IV)	116	13,80	182	10,55	298	11,97
Tr. mentales y del comportamiento (V)	212	24,80	411	21,38	623	22,71
Enf. sistema nervioso, ojo y oído (VI,VII,VIII)	255	29,09	361	21,97	616	25,04
Enf. sistema circulatorio (IX)	1.533	181,18	1.752	104,73	3.285	137,18
Enf. sistema respiratorio (X)	570	63,76	430	25,98	1.000	39,85
Enf. sistema digestivo (XI)	270	32,53	250	16,10	520	23,45
Enf. piel y tejido subcutáneo (XII)	7	0,77	7	0,33	14	0,51
Enf. S. osteo-muscular y tej. conjuntivo (XIII)	30	3,16	49	3,24	79	3,20
Enf. sistema genito-urinario (XIV)	121	13,48	110	6,21	231	8,97
Embarazo, parto, puerperio (XV)	---	---	0	0,00	0	0,00
Afecciones perinatales (XVI)	17	4,74	9	2,60	26	3,67
Malf. congénitas, defor., an. cromoso. (XVII)	16	3,20	4	0,68	20	1,96
Causas mal definidas (XVIII)	90	11,14	181	10,20	271	11,07
Causas externas (XIX)	256	37,24	104	9,64	360	22,84
TOTAL	5.687	697,77	5.178	349,78	10.865	497,52

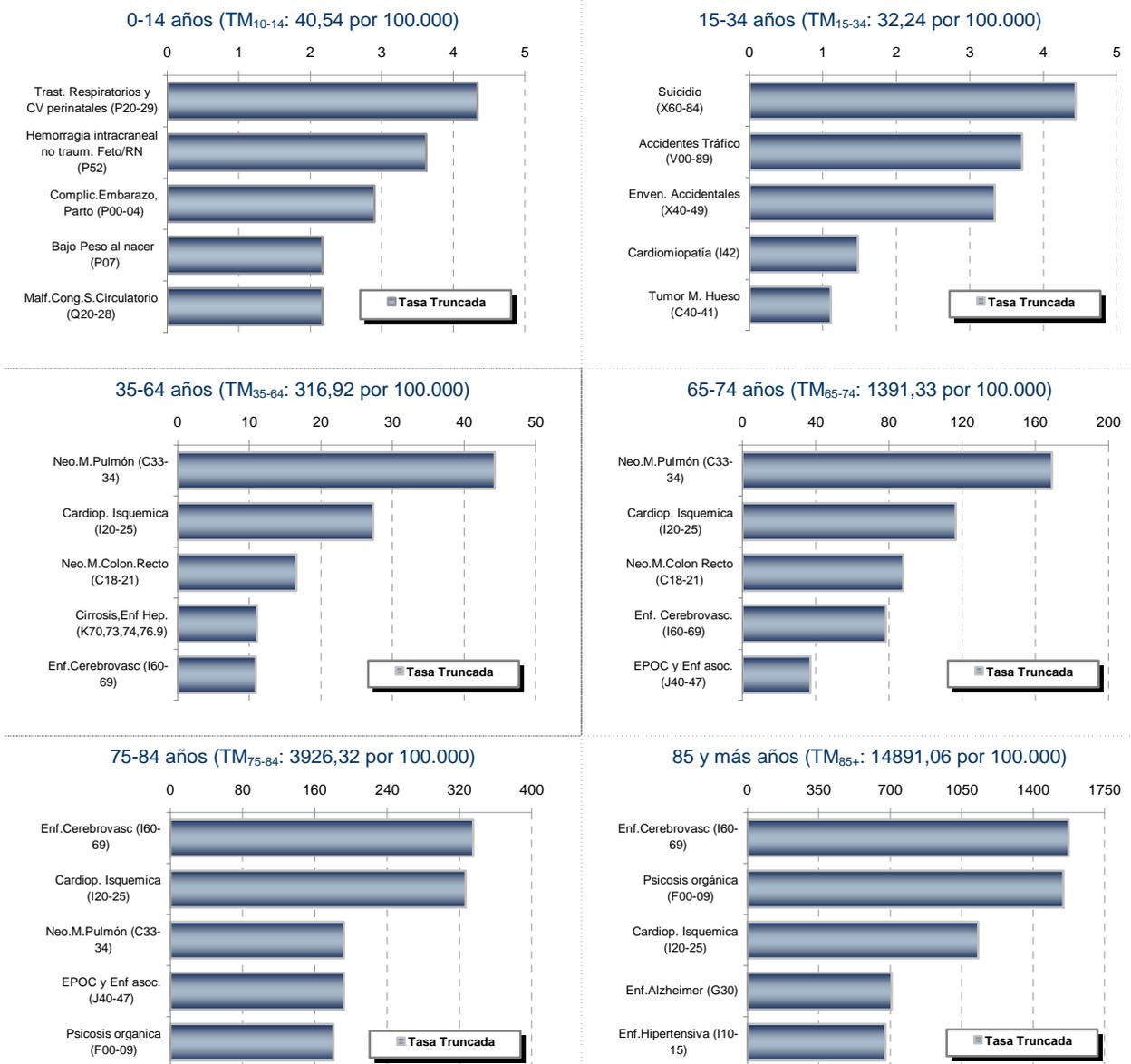
* Tasa por cien mil habitantes estandarizada por edad de la población europea

MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS

Primeras causas de muerte según edad

Las causas de muerte son distintas según la edad. Entre los menores de 15 años fallecieron 56 niños. Los trastornos cardiovasculares y respiratorios perinatales fueron la primera causa de muerte (tasa: 4,34 por 100.000). Entre los 15 y 34 años de edad hubo 87 defunciones, siendo la principal causa de muerte el suicidio, con una tasa de 4,45 por cien mil habitantes, seguida de los accidentes de tráfico y los envenenamientos accidentales. En el grupo de edad de 35 a 64 años fallecieron 1.624 personas; la primera causa fue el cáncer de pulmón (44,30 por 100.000) seguido de la cardiopatía isquémica y, en tercer lugar, el cáncer de colon y recto.

Principales causas de muerte por edad Bizkaia 2009



Tasas por cien mil habitantes

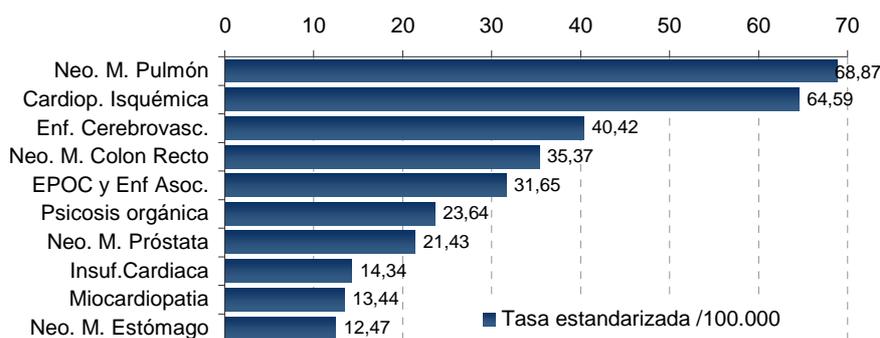
Entre los mayores de 64 y menores de 75 años, cuya cifra de fallecidos fue de 1.457, el cáncer de pulmón sigue siendo la primera causa (169,02 por 100.000), seguido por la cardiopatía isquémica y el cáncer de colon y recto. La primera causa entre las 3.677 defunciones del grupo de 75 a 84 años fue la enfermedad cerebro-vascular (335,29 por 100.000), seguida de la cardiopatía isquémica y el cáncer de pulmón. Por último, entre los mayores de 84 años la primera causa fue la enfermedad cerebro-vascular (tasa 1.574,71 por 100.000), seguida de la psicosis orgánica senil y presenil, y la cardiopatía isquémica; fallecieron 3.964 personas en este grupo de edad.

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. Estas diez causas supusieron casi la mitad de las defunciones sucedidas (48%) tanto entre los hombres como entre las mujeres.

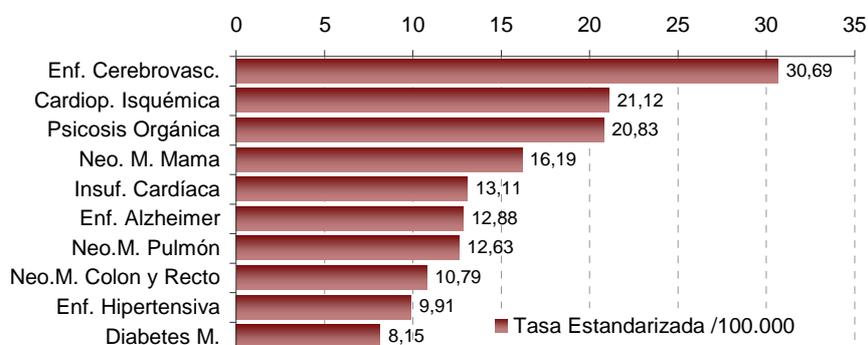
La primera causa en hombres fue la neoplasia maligna de pulmón, con tasa de 68,87 por 100.000 (532 defunciones), y en segundo lugar la cardiopatía isquémica, con tasa de 64,59 por 100.000 (535 defunciones). La enfermedad cerebro-vascular fue la tercera causa (40,42 por 100.000; 358 defunciones).

Diez primeras causas de muerte en hombres
Bizkaia 2009



Entre las mujeres, las causas más frecuentes de defunción fueron la enfermedad cerebro-vascular, con tasa ajustada de 30,69 por 100.000 (514 defunciones), la cardiopatía isquémica, tasa de 21,12 por 100.000 (336 defunciones) y la psicosis orgánica senil y presenil, tasa de 20,83 por 100.000 (404 defunciones).

Diez primeras causas de muerte en mujeres
Bizkaia 2009

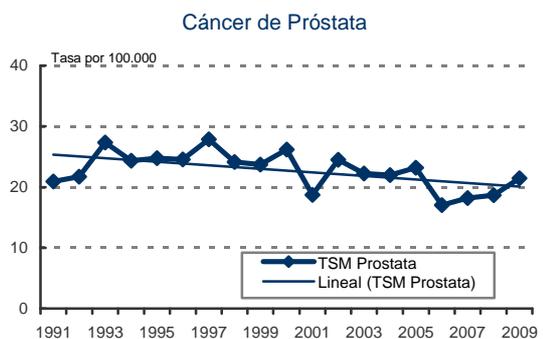
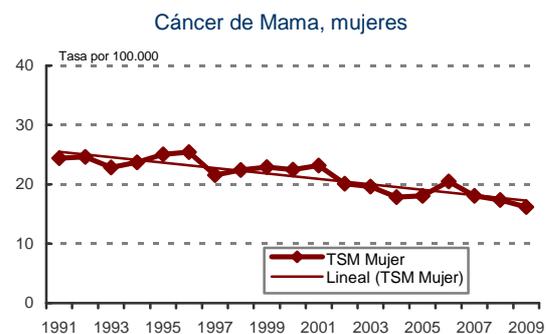
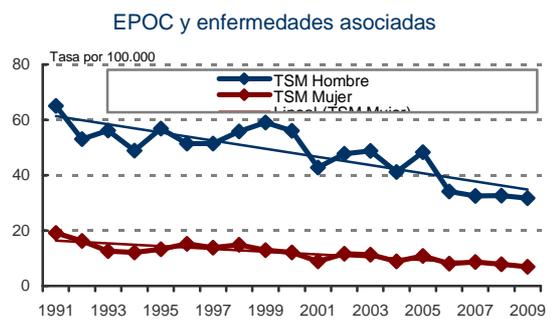
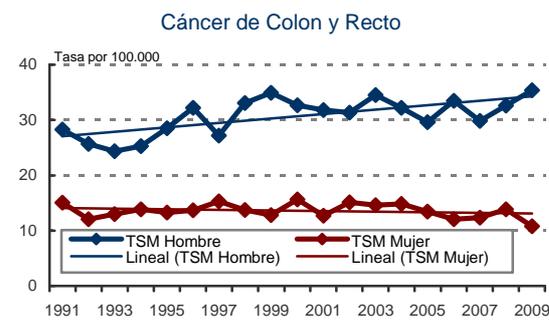
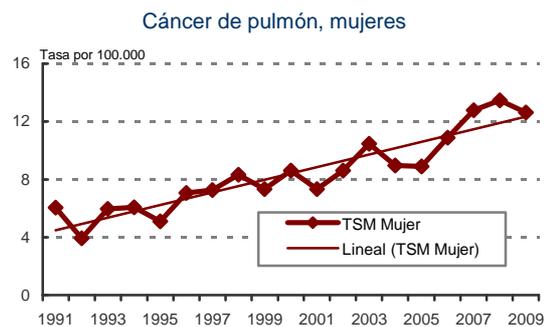
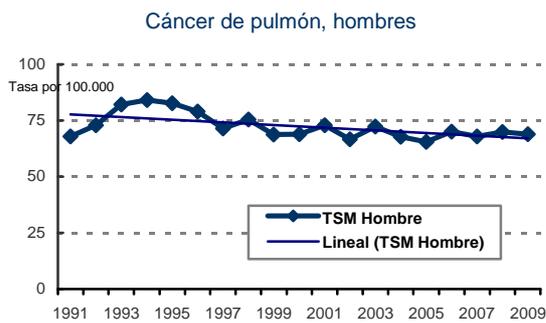
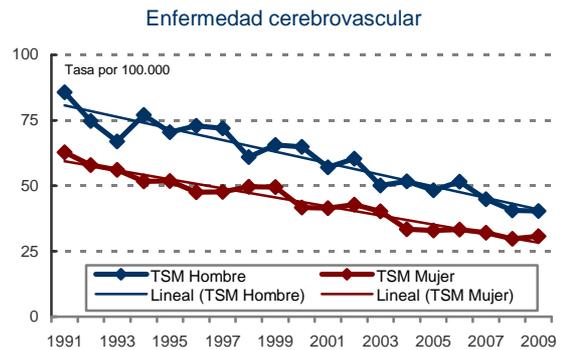
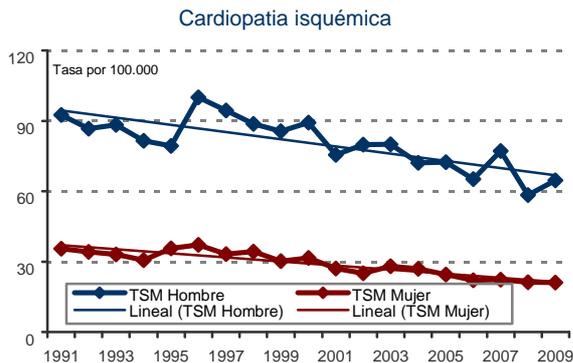


Primeras causas de muerte en el tiempo

La mortalidad por cardiopatía isquémica y enfermedad cerebro-vascular, sobre todo esta última, mantuvieron una tendencia descendente desde 1991 a 2009 (tasas estandarizadas).

El cáncer de pulmón parece descender en hombres, pero muestra una tendencia claramente ascendente en las mujeres. La mortalidad por cáncer de colon y recto siguió aumentando entre los hombres y permanece estable en las mujeres; la debida a cáncer de mama en mujeres descendió y la del cáncer de próstata también. La mortalidad por EPOC descendió en estos años, sobre todo entre los hombres.

Evolución de las principales causas de muerte según sexo. Bizkaia 1991-2009

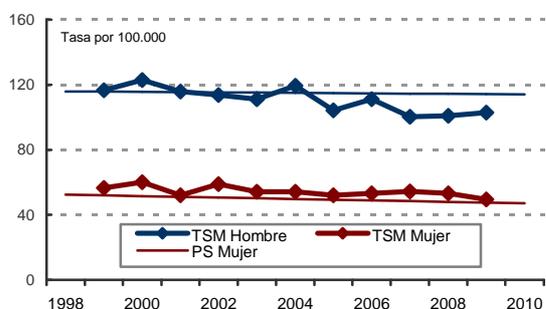


Indicadores de evaluación del estado de salud (Plan de Salud)

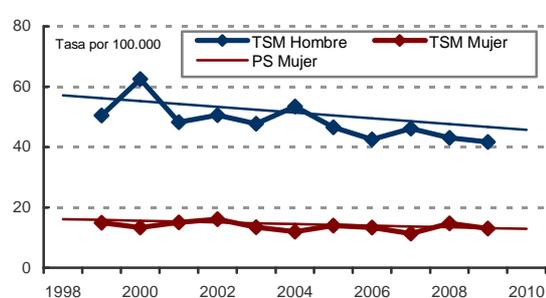
En la tabla y gráficos siguientes se comparan los datos de mortalidad de los años 1998 a 2009 con los objetivos del Plan de Salud de 2002-2010.

Plan de Salud 2002-2010. Objetivos de reducción de mortalidad por causas seleccionadas Bizkaia 1999-2009

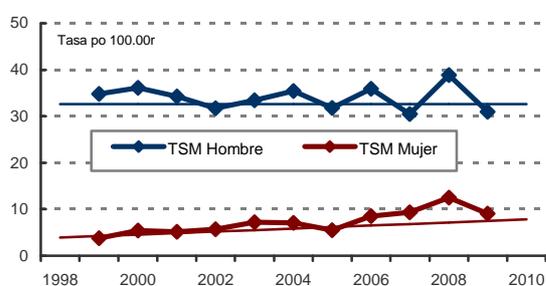
Tumores <65años



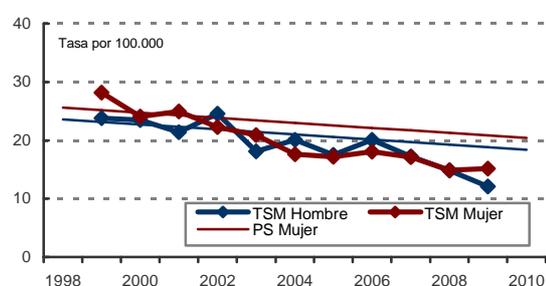
A. Circulatorio <65años



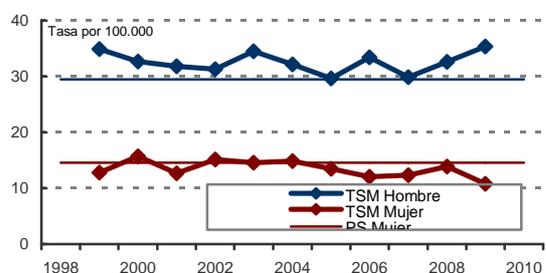
Neo Pulmón <65años



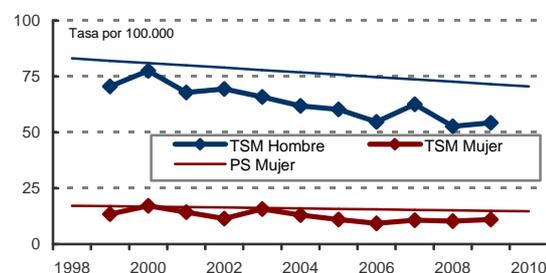
Enf. Cerebrovascular <75a ♂ y <85a ♀



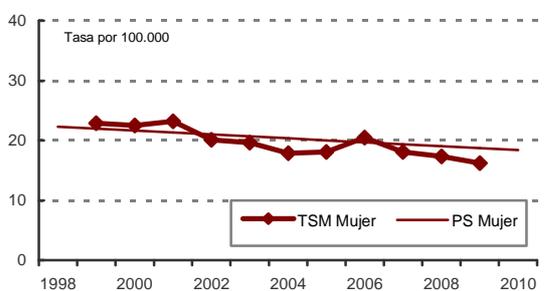
Neo Colon y Recto



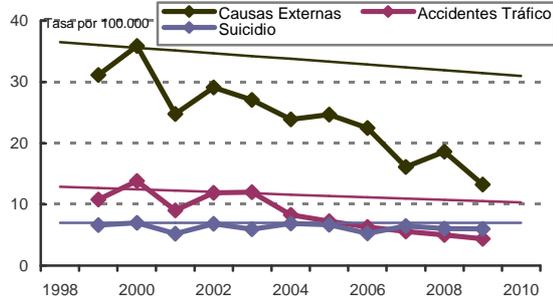
Cardiopatía isquémica 25-74 años



Cáncer de Mama, mujeres



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



La mortalidad debida a todos los tumores malignos en personas menores de 65 años parece frenar la tendencia ascendente. No está claro que se estén consiguiendo los objetivos propuestos en las localizaciones priorizadas en el Plan de Salud (pulmón y colon-recto) entre los hombres. Entre las mujeres, las tasas de cáncer de mama y colon-recto estaban en la línea marcada, pero las tasas de cáncer de pulmón se mantenían por encima del objetivo 2010 y seguían aumentando.

La mortalidad por enfermedades cardiovasculares en menores de 65 años, la tasa de cardiopatía isquémica entre 25 y 74, y la de enfermedad cerebro-vascular de los hombres menores de 75 años y de las mujeres menores de 85 estaban por debajo del umbral formulado para 2010. Los indicadores de mortalidad por causas externas también habían alcanzado el objetivo 2010.

Mortalidad por causas priorizadas en el Plan de Salud Bizkaia 1999-2009

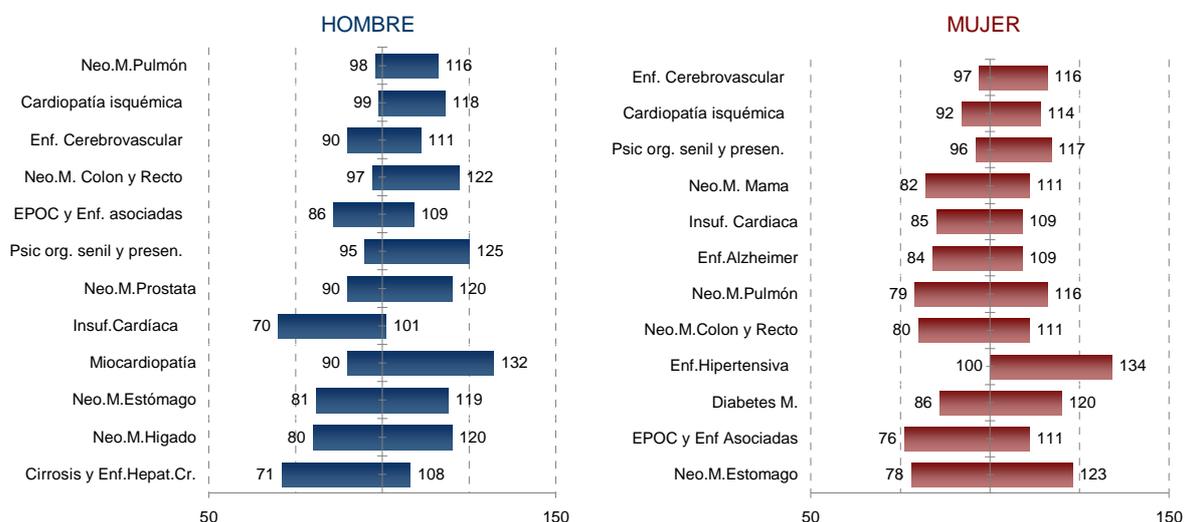
Causas	Tasa 1999	Tasa 2000	Tasa 2001	Tasa 2002	Tasa 2003	Tasa 2004	Tasa 2005	Tasa 2006	Tasa 2007	Tasa 2008	Tasa 2009	Objetivos del Plan de Salud para la CAPV 2010
Tumores malignos hombres <65 a.	116,7	122,9	115,80	113,59	111,13	119,31	104,22	111,17	100,29	100,97	102,88	Iniciar tendencia descendente
Tumores malignos mujeres <65 a.	56,6	60,0	52,0	58,94	54,22	50,69	51,94	53,12	54,47	53,30	49,40	47,1
Cáncer de pulmón hombres <65 a.	34,8	36,1	34,25	31,73	33,45	35,41	31,77	35,91	30,47	38,89	30,95	Invertir tendencia ascendente
Cáncer de pulmón mujeres <65 a.	3,8	5,4	5,13	5,68	7,19	7,09	5,47	8,49	9,31	12,52	9,08	Frenar tendencia ascendente
Cáncer de mama en mujeres	22,9	22,5	23,18	20,12	19,62	17,86	18,06	20,48	18,08	17,34	16,19	18,4
Cáncer de Colon-recto en hombres	34,9	32,7	31,81	31,34	34,51	32,20	29,63	33,45	29,86	32,62	35,37	Estabilizar las tasas
Cáncer de Colon-recto en mujeres	12,8	15,7	12,70	15,13	14,60	14,86	13,46	12,07	12,35	13,87	10,79	Estabilizar las tasas
Cáncer de cabeza y cuello hombres	13,4	12,4	10,93	14,35	13,56							20,3
Enf. Ap. circulatorio hombres <65 a.	50,5	62,5	48,24	50,63	47,71	53,47	46,61	42,49	46,12	43,07	41,73	45,7
Enf. Ap. circulatorio mujeres <65 a.	14,9	13,3	14,99	16,08	13,48	11,93	14,02	13,32	11,34	14,69	13,03	12,9
Enf. cerebrovascular hombres <75 a.	23,8	23,5	21,38	24,56	18,09	20,07	17,52	20,10	17,25	14,81	12,07	18,4
Enf. cerebrovascular mujeres <85 a.	28,2	24,1	24,97	22,29	20,93	17,62	17,20	18,08	17,10	14,91	15,18	20,4
Cardiop. isquémica hombres 25-74 a.	70,6	77,6	67,81	69,46	65,81	61,79	60,33	54,70	62,64	52,66	54,34	70,6
Cardiop. isquémica mujeres 25-74 a.	13,4	17,1	14,34	11,48	15,67	13,01	11,05	9,25	10,70	10,25	10,96	14,7
Accidentes de tráfico	10,8	13,8	9,01	11,87	11,97	8,28	7,26	6,32	5,56	5,01	4,39	10,3
Suicidio	6,6	7,0	5,22	6,83	5,96	6,87	6,68	5,29	6,47	6,05	5,99	Mantener inferior a 7/100.000
Causas externas jóvenes 15-29 a.	32,14	35,87	24,75	29,09	27,05	23,86	24,67	22,47	16,14	18,60	13,25	31,0

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

Razón de mortalidad estandarizada

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

RME según sexo. Primeras causas de muerte
Bizkaia 2009



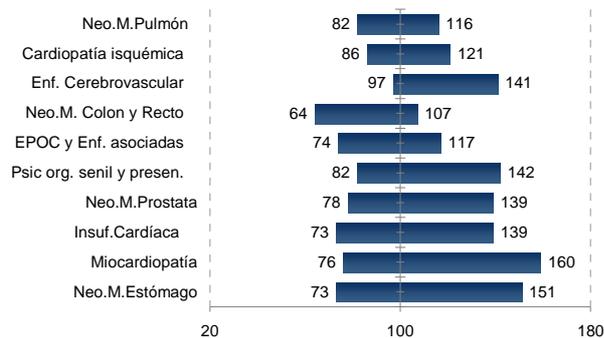
La mortalidad por todas las causas de los hombres en Bizkaia, durante el año 2009, fue superior a la correspondiente de la CAPV (RME=103, (IC 95% 101-106)); la de las mujeres no fue significativamente distinta. Como se observa en la figura, la mortalidad debida a cada una de las 12 principales causas no fue distinta, en ninguno de los dos sexos, a la de la CAPV.

Al comparar la mortalidad total de cada comarca sanitaria con la de la CAPV se observa mayor mortalidad que la esperada en Comarca Interior (RME=105, (IC95% 101-109)) y en Ezkerraldea-Enkarterri (RME=107, (IC 95% 103-111)).

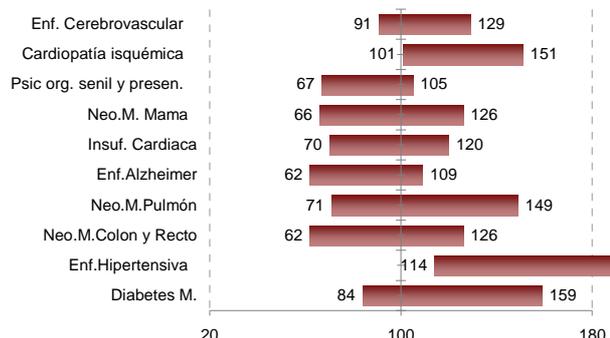
Razón de mortalidad estandarizada según sexo

Primeras 10 causas de muerte. Comarcas Sanitarias de Bizkaia 2009

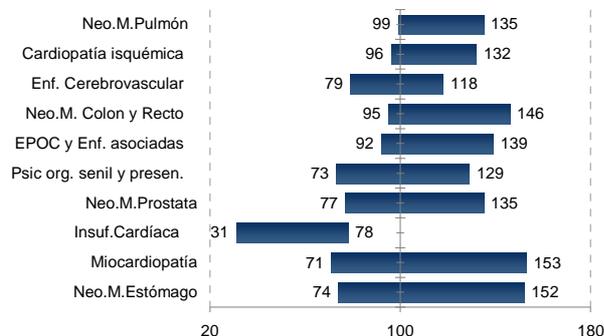
INTERIOR - HOMBRE



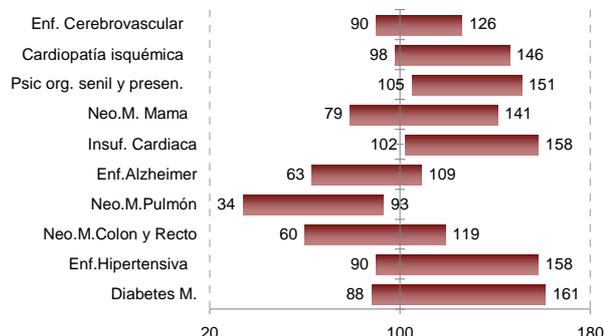
INTERIOR - MUJER



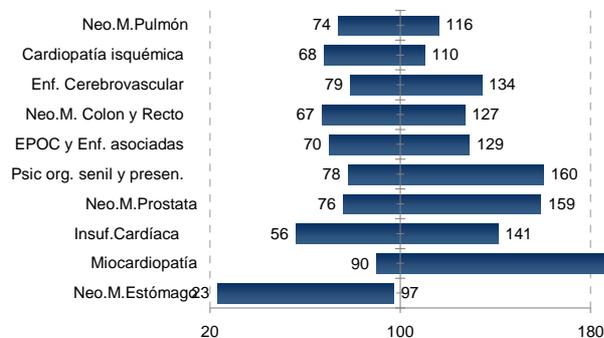
EZKER.-ENKARTERRI - HOMBRE



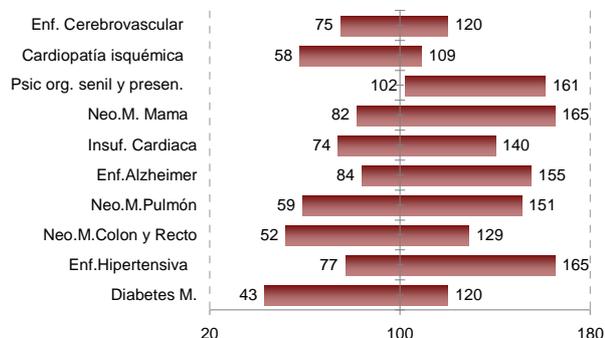
EZKER.-ENKARTERRI - MUJER



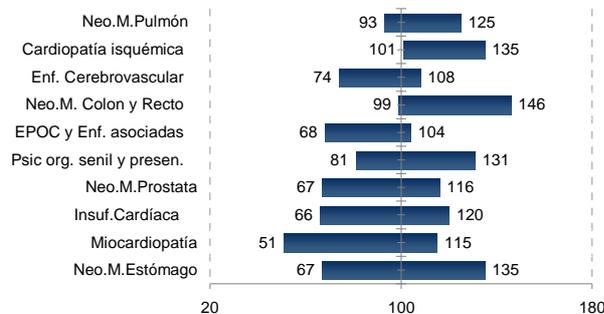
URIBE KOSTA - HOMBRE



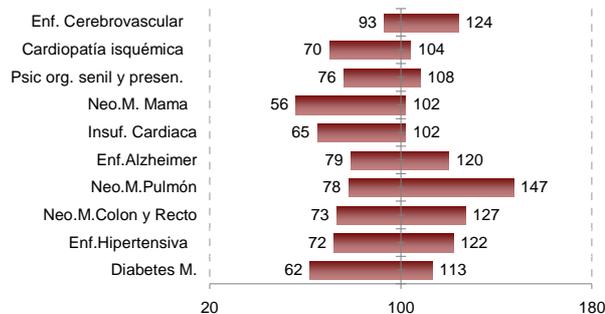
URIBE KOSTA - MUJER



BILBAO - HOMBRE



BILBAO - MUJER



Como se observa en la figura, los hombres de Comarca Interior no tuvieron una mortalidad significativamente distinta al resto de la CAPV. Sin embargo, las mujeres murieron más que las de la CAPV por cardiopatía isquémica y enfermedad hipertensiva.

Los hombres de Ezkerraldea-Enkarterri tuvieron una mortalidad total significativamente menor que el resto de la CAPV por insuficiencia cardiaca; por el contrario, las mujeres de esta comarca tuvieron mayor mortalidad que las de la CAPV por insuficiencia cardiaca y también por psicosis orgánica senil y presenil, y menor por cáncer de pulmón.

Entre los hombres de Comarca Uribe, la mortalidad por neoplasia maligna de estómago es menor que la del resto de hombres de la CAPV; las mujeres tuvieron mayor mortalidad que las de la CAPV por psicosis orgánica senil y presenil.

Con respecto a Comarca Bilbao, los hombres tuvieron mayor mortalidad por cardiopatía isquémica, mientras las mujeres no diferían significativamente de las de la CAPV respecto a mortalidad por ninguna de estas diez causas.

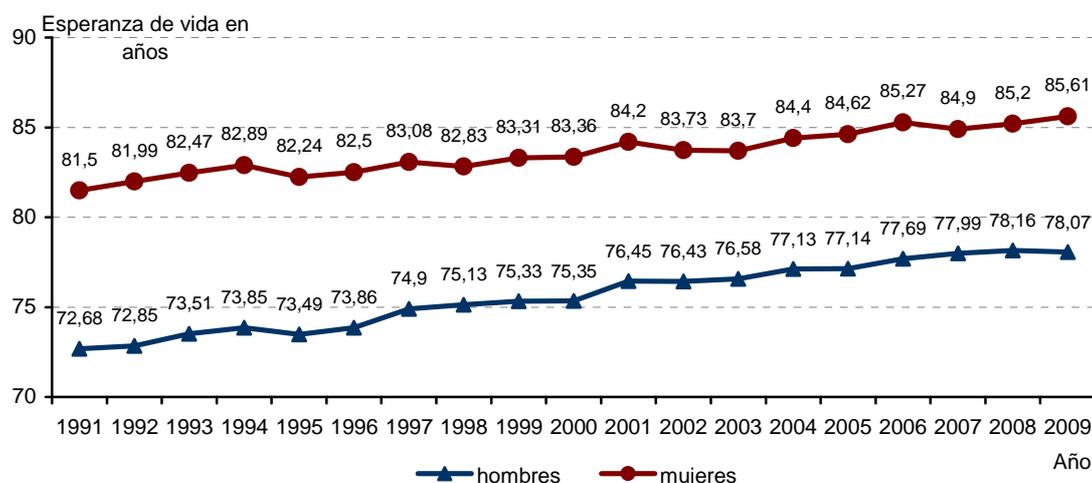
MORTALIDAD INFANTIL

Durante 2009 se produjeron 41 fallecimientos en niños y niñas de Bizkaia menores de un año, lo que supuso una tasa de mortalidad infantil de 3,9 por 1.000 nacidos vivos (periodo neonatal: 34 fallecidos y postneonatal: 7 fallecidos). La mortalidad perinatal fue 6,9 por 1000 (setenta y tres fallecidos).

ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida al nacer fue aumentando desde 1991 hasta el año 2009 de forma mantenida en ambos sexos. En el año 2009 se situó en 81,90 años, menor en los hombres (78,07) que en las mujeres (85,61), es decir, que hemos alcanzado y superado los objetivos propuestos en el Plan de Salud para 2010: 76,8 y 84,3 años de esperanza de vida al nacimiento en hombres y mujeres, respectivamente.

Esperanza de vida al nacimiento según sexo
Bizkaia 1991-2009



MORTALIDAD PREMATURA

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

Los años potenciales de vida perdidos por todas las causas de muerte en 2009 en menores de 70 años fueron 33.795, equivalente a una tasa ajustada de 32,05 por mil habitantes. El número de años de vida perdidos fue mayor en los hombres (22.548) que en las mujeres (10.247). Las primeras causas de APVP son distintas en ambos sexos: entre los hombres destacaron la neoplasia maligna de pulmón, la cardiopatía isquémica y los accidentes de tráfico, mientras que entre las mujeres fueron, en este orden, la neoplasia maligna de mama, la neoplasia maligna de pulmón y la neoplasia maligna de colon y recto.

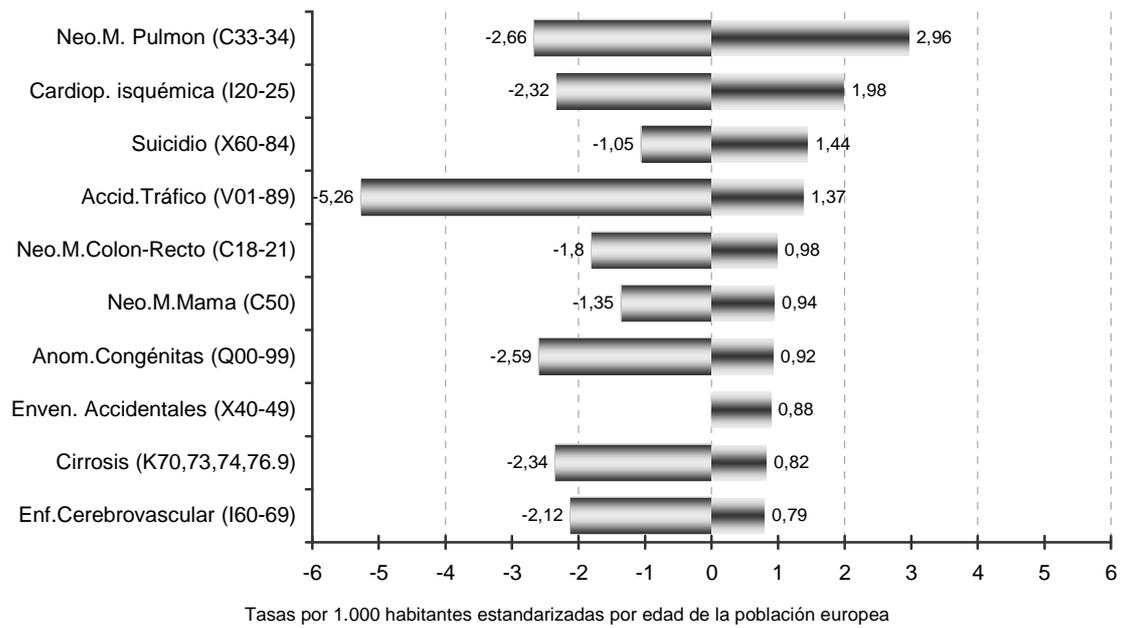
Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) Bizkaia 2009

CAUSAS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Años	T. APVP*	Años	T. APVP*	Años	T. APVP*
Neo. M. Pulmón (C33-34)	2.527	4,40	967	1,60	3.494	2,96
Card. Isquémica (I20-25)	2.062	3,52	295	0,49	2.357	1,98
Suicidio (X60-84)	1.248	2,32	298	0,55	1.546	1,44
Accid. Tráfico (V01-89)	1.081	2,33	177	0,40	1.258	1,37
Neo. M. Colon-recto (C18-21)	819	1,40	366	0,60	1.185	0,98
Neo. M. Mama (C50)	13	0,02	1.093	1,84	1.106	0,94
Anom. Congénitas (Q00-99)	639	1,60	80	0,23	719	0,92
Enven. Accidentales (X40-49)	751	1,32	285	0,45	1.036	0,88
Cirrosis (K70, 73, 74, 76.9)	701	1,22	262	0,43	963	0,82
Enf. Cerebrovascular (I60-69)	628	1,15	268	0,44	896	0,79
Neo.M. Encefalo (C71)	443	0,98	213	0,35	656	0,67
SIDA (B20-24)	494	0,80	261	0,43	755	0,61

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

La cantidad de APVP y las causas que los provocan sufrieron variaciones a lo largo de los años 1991 a 2008. Se produjo una disminución en las tasas ajustadas de APVP para la mayoría de las 10 principales causas de muerte, a excepción de las tasas de años de vida perdidos por cáncer de pulmón, suicidio, envenenamientos accidentales y neoplasia maligna de encéfalo.

Años potenciales de vida perdidos Bizkaia 1991 y 2009





ANEXOS



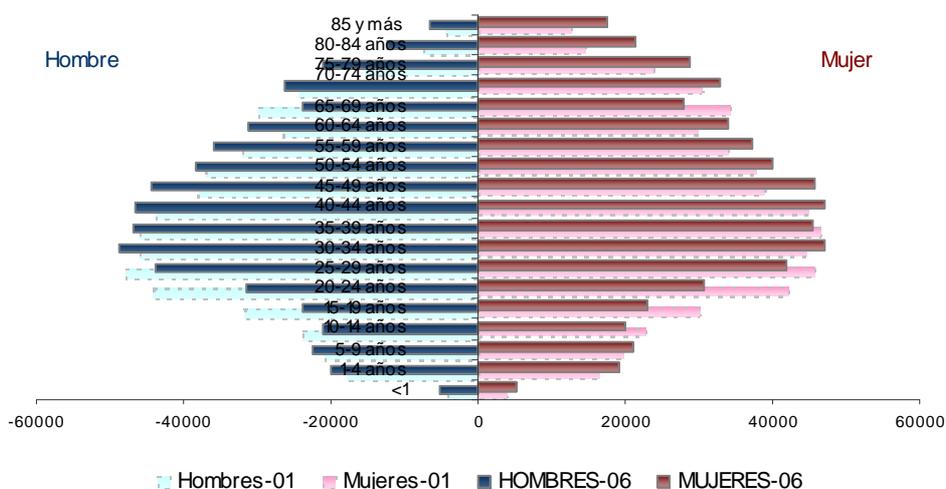
POBLACIÓN BIZKAIA. CENSO 2006

GRUPO DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
< 1 Año	5.310	5.123	10.433
1 - 4	20.090	19.089	39.179
5 - 9	22.497	21.048	43.545
10 - 14	21.220	20.111	41.331
15 - 19	23.950	22.988	46.938
20 - 24	31.587	30.672	62.259
25 - 29	43.933	41.862	85.795
30 - 34	48.813	46.995	95.808
35 - 39	46.881	45.584	92.465
40 - 44	46.662	47.084	93.746
45 - 49	44.296	45.776	90.072
50 - 54	38.382	39.911	78.293
55 - 59	35.760	37.371	73.131
60 - 64	31.242	33.958	65.200
65 - 69	23.876	27.818	51.694
70 - 74	26.404	32.994	59.398
75 - 79	21.034	28.793	49.827
80 - 84	12.251	21.396	33.647
≥85	6.450	17.641	24.091
TOTAL	550.638	586.214	1.136.852

POBLACIÓN POR COMARCAS DE RESIDENCIA SEGUN SEXO. CENSO 2006

COMARCAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
BARNEKO / INTERIOR	131.470	133.813	265.283
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	141.599	148.961	290.560
URIBE	100.926	107.444	208.370
BILBAO	167.178	186.809	353.987
GIPUZKOA OESTE (Ermua y Mallabia)	8.775	8.551	17.326
ARABA (Otxandio y Ubide)	690	636	1.326

EVOLUCIÓN DE LA PIRAMIDE DE POBLACIÓN DE BIZKAIA 2001 – 2006
EUSTAT



ANEXO II

CASOS Y TASAS POR 100.000 HABITANTES. EDOS INDIVIDUALES, BIZKAIA 2006-2011 DISTRIBUCIÓN SEGÚN PERSONA, LUGAR Y TIEMPO

Brucelosis

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nº Casos	1	0	2	1	-	1
Tasas	0,09	-	0,18	0,09	-	0,09
Razón de sexos (H/M)	-	-	-	-	-	-
Índice epidémico 2	1	-	2	1	-	1

Fiebre tifo-paratífica

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nº Casos	4	1	2	0	1	11
Tasas	0,36	0,09	0,18	-	0,09	0,97
Razón de sexos (H/M)	-	-	-	-	-	1,2
Índice epidémico 2	2	0,33	1	-	0,50	11

Disenteria

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nº Casos	7	12	19	9	12	3
Tasas	0,62	1,06	1,67	0,79	1,06	0,26
Razón de sexos (H/M)	2,5	0,5	0,9	3,5	1	2
Índice epidémico 2	2,33	4	4,75	1,29	1,33	0,25

Enfermedad meningocócica

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Nº Casos	48	54	45	33	16	22	
Tasas	4,28	4,81	3,96	2,9	1,41	1,94	
Razón de sexos (H/M)	1,18	1,16	0,8	1,54	1,6	1,45	
Índice epidémico 2	0,72	0,81	0,71	0,61	0,33	0,49	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	103,53	90,6	105,43	47,92	28,75	8	76,68
1-4 años	49,80	41	35,73	22,97	12,76	7	17,87
5-9 años	7,45	24,85	9,19	6,89	-	1	2,30
10-14 años	6,72	13,43	2,42	4,84	2,42	-	-
15-24 años	2,87	2,87	2,75	4,58	1,83	1	0,92
Mayores de 24 años	1,52	1,52	1,34	1	0,56	5	0,56
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	1,54	3,48	4,15	5,65	1,13	11	3,68
EZKERRALDEA	6,21	5,9	5,85	3,1	1,72	5	1,72
URIBE	3	4,5	2,88	1,44	0,96	0	0
BILBAO	5,35	4,8	2,87	1,3	1,7	6	1,7
OTROS	-	-	-	-	-	-	-

Hepatitis A

	2006	2007	2008	2009	2010	2011		
Nº Casos	80	20	22	82	32	18		
Tasas	7,13	1,78	1,94	7,22	2,82	1,58		
Razón de sexos (H/M)	1,58	1,86	1	8,11	3,5	2		
Índice epidémico 2	5	0,53	0,58	3,73	0,46	0,56		
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA	
Menores de 1 año	-	-	-	-	-	-	-	-
1 a 9 años	20,17	4	2,42	1,21	3,63	2	2,42	
10 a 19 años	19,50	2,9	3,4	4,53	3,40	3	3,40	
20 a 29 años	6,27	3,42	2,7	13,51	2,70	3	2,03	
30 a 39 años	14,11	2,17	4,78	15,40	6,90	8	4,25	
40 a 49 años	4,72	0,6	1,1	12,51	3,26	2	1,09	
Mayor de 49 años	-	0,73	0,46	1,15	0,69	-	-	
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA	
INTERIOR	6,95	1,93	1,88	3,39	5,28	3	1	
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	9	1,03	1,72	6,19	0,34	5	1,72	
URIBE	5,50	2	0,48	11,14	1,92	2	0,96	
BILBAO	6,75	2,25	3,16	9,04	3,67	8	2,26	
OTROS	-	-	-	-	-	-	-	

Hepatitis B

	2006	2007	2008	2009	2010	2011		
Nº Casos	9	17	24	17	25	12		
Tasas	0,8	1,51	2,11	1,50	2,2	1,06		
Razón de sexos (H/M)	8	-	3	7,5	5	12		
Índice epidémico 2	0,56	1,55	2,18	1,55	1,47	0,71		
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA	
Menores de 15 años	-	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19 años	-	-	-	-	2,13	-	-	-
20 a 24 años	-	2,46	1,61	-	1,60	-	-	-
25 a 29 años	-	2,12	1,17	-	1,65	2	2,33	
30 a 64 años	1,1	2,35	3,74	2,21	2,60	9	1,53	
Mayores de 64 años	1,4	-	-	1,83	-	1	0,49	
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA	
INTERIOR	0,39	0,77	1,88	2,26	0,75	2	0,67	
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	1,04	2,42	1,72	1,72	3,1	3	1,03	
URIBE	0,50	0,5	0,48	0,96	1,44	2	0,96	
BILBAO	1,26	1,98	3,73	1,13	3,11	4	1,13	
OTROS	-	-	-	-	-	1	-	

Hepatitis C

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nº Casos	-	2	3	3	2	3
Tasas	-	0,18	0,26	0,26	0,18	0,26
Razón de sexos (H/M)	-	1	2	-	1	2
Índice epidémico 2	-	0,50	1	1	0,67	1,50

Legionelosis

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Nº Casos	63	43	47	48	46	43	
Tasas	5,61	3,83	4,14	4,22	4,05	3,78	
Razón de sexos (H/M)	2,7	6,16	10,7	5,36	2,3	4,37	
Índice epidémico 2	1,12	0,77	0,92	0,94	0,96	0,91	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 30 años	-	-	0,61	-	0,30	1	0,30
30-49 años	6,50	5,37	2,96	4,03	4,03	17	3,95
50-64 años	9,01	4,03	6,92	10,62	7,85	15	3,49
Mayores de 64 años	10,47	7,61	8,69	4,57	5,95	11	2,56
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	5,02	2,7	6,03	3,77	5,65	19	6,35
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	6,90	4,4	2,41	5,16	3,44	5	1,72
URIBE	5,50	2,5	1,92	4,80	2,40	4	1,92
BILBAO	5,35	5,1	5,74	2,82	3,95	14	3,95
OTROS (Ermua)	-	-	-	-	12,4	-	-
METODO DIAGNOSTICO (%)						Nº CASOS	%
AISLAMIENTO	3,2	7	4,3	12,5	4,35	4	9,3
SEROCONVERSIÓN	-	-	8,7	2,1	2,17	1	2,3
Ag EN ORINA	100	100	91,5	100	97,8	43	100

Tuberculosis

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Nº Casos	243	242	208	199	204	187	
Tasas	21,7	21,6	18,3	17,51	17,95	16,45	
Razón de sexos (H/M)	1,48	2,00	1,81	1,65	1,24	1,07	
Índice epidémico 2	0,91	0,88	0,77	0,82	0,84	0,90	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 10 años	3,59	8,39	3,22	3,22	1,07	4	4,29
10-14 años	2,22	2,22	0	7,26	4,84	2	4,83
15-19 años	17,14	13,71	8,52	8,52	4,26	4	8,52
20-24 años	24,38	18,29	24,09	24,09	25,70	9	14,45
25-29 años	29,73	19,12	29,14	25,64	18,65	22	25,64
30-49 años	23,21	24,63	25,53	20,16	21,23	73	19,61
50-64 años	15,12	20,16	9,23	14,74	20,31	25	11,54
Mayores de 64 años	33,17	30,77	21,04	20,58	20,12	48	21,95
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	17,38	16,12	16,59	11,31	16,21	39	14,70
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	30,79	26,68	18,92	20,31	19,96	43	14,80
URIBE	18,52	14,51	12,48	16,80	13,44	19	9,12
BILBAO	19,85	22,68	22,21	20,06	18,93	81	22,88
OTROS (Ermua)	-	-	-	-	-	5	-
METODO DIAGNOSTICO (%)						Nº CASOS	%
BK POSITIVO EN ESPUTO	36,40	35,12	39,42	32,66	30,88	56	29,95
CULTIVO (+) EN ALGUNA MUESTRA	70,40	74,79	75,00	72,36	74,51	121	64,71

Parotiditis

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Nº Casos	127	681	155	43	31	373	
Tasas	11,31	60,66	13,64	3,78	2,73	32,82	
Razón de sexos (H/M)	1,49	1,5	1,46	2,3	0,87	1,66	
Índice epidémico 2	6,35	34,05	7,75	0,34	0,24	2,94	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	-	-	-	-	-	-	-
1 – 4 años	32,23	87,9	40,84	30,63	10,21	23	58,70
5 – 9 años	67,1	213,72	82,67	34,45	20,67	24	55,12
10 – 14 años	82,84	259,72	164,53	12,10	19,35	60	145,17
15 – 19 años	41,44	293,52	17,04	4,26	4,26	82	174,7
20 – 29 años	9,12	104,3	10,99	2,7	2,03	132	89,16
≥ de 30 años	1,57	12,6	1,86	0,62	0,50	52	8,83
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
INTERIOR	6,95	107,77	9,42	6,79	2,64	85	28,42
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	28,31	34,18	5,16	1,72	1,72	108	37,18
URIBE	5,51	64,08	30,71	5,28	5,76	89	42,71
BILBAO	3,94	43,34	14,07	2,26	1,98	82	23,16
OTROS	-	-	-	-	-	9	1,62

Rubéola

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nº Casos	1	0	0	0	-	0
Tasas	0,1	-	-	-	-	-
Razón de sexos (H/M)	-	-	-	-	-	-
Índice epidémico	0,33	-	-	-	-	-

Sarampión

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nº Casos	0	0	0	0	1	12
Tasas	-	-	-	-	0,09	1,06
Razón de sexos (H/M)	-	-	-	-	-	2
Índice epidémico	-	-	-	-	-	0

Tos ferina

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nº Casos	6	19	18	5	2	42
Tasas	0,53	1,69	1,58	0,44	0,18	3,70
Razón de sexos (H/M)	0,2	1,37	1,25	0/5	-	0,75
Índice epidémico	3	9,5	6	0,83	0,33	7,00

EDOS INDIVIDUALES. BIZKAIA 2006-2011. DISTRIBUCIÓN ESTACIONAL

Hepatitis A

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Año 2006	11	8	3	9	14	10	7	6	6	3	1	2
Año 2007	3	1	3	-	2	3	5	2	1	-	-	-
Año 2008	4	2	-	-	1	1	2	2	3	4	2	1
Año 2009	3	-	10	10	12	6	14	7	8	6	4	2
Año 2010	3	2	4	3	1	2	6	3	3	4	-	1
Año 2011	4	2	0	2	2	-	-	-	2	3	-	3
Periodo 2006-2011	28	15	20	24	32	22	34	20	23	20	7	9

Enfermedad Meningocócica

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2008	9	6	2	3	1	3	4	2	1	5	3	6
Año 2009	5	2	5	1	4	2	1	1	1	5	4	2
Año 2010	2	2	2	1	-	1	2	-	1	2	-	3
Año 2011	7	1	2	2	2	1	-	-	1	2	-	4
Periodo 2006-2011	36	21	29	14	15	16	13	6	7	19	15	27

Legionelosis

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2008	3	1	1	1	2	5	6	2	11	7	7	1
Año 2009	3	2	2	-	-	4	1	8	15	9	2	2
Año 2010	2	2	2	-	1	2	8	14	3	5	4	3
Año 2011	2	2	1	3	1	3	10	6	6	6	2	1
Periodo 2006-2011	14	12	14	9	8	19	34	49	51	44	23	13

Parotiditis

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Año 2006	3	5	37	24	10	2	-	6	3	4	8	25
Año 2007	93	128	107	39	84	71	43	21	18	24	29	24
Año 2008	25	24	27	15	14	12	8	3	6	6	9	6
Año 2009	5	4	14	4	4	2	3	1	1	1	1	3
Año 2010	-	3	-	3	5	2	3	2	3	2	3	4
Año 2011	3	2	46	50	66	49	38	24	24	22	22	28
Periodo 2006-2011	129	166	231	135	183	138	95	57	55	58	72	90

SISTEMA DE INFORMACION MICROBIOLÓGICA BIZKAIA - AÑO 2011 - RESULTADOS GLOBALES
Laboratorio declarante

	Basurto	Cruces	Galdakao	S. Eloy	Otros *	TOTAL
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL						
<i>Chlamydia trachomatis</i>	289	3	-	-	-	292
Herpes simple tipo 2	88	8	-	-	-	96
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	136	10	9	4	1	160
<i>Treponema pallidum</i>	55	39	6	1	-	101
INFECCIONES GASTROINTESTINALES						
<i>Campylobacter</i>	244	241	101	75	17	678
<i>Entamoeba histolytica</i>	2	-	-	-	-	2
Fasciola hepática	1	-	-	-	-	1
<i>Listeria monocytogenes</i>	7	11	5	2	-	25
<i>Salmonella</i>	117	107	50	38	9	321
<i>Salmonella Typhi y Paratyphi</i>	1	9	2	2	-	14
<i>Shigella</i>	3	-	-	-	-	3
<i>Yersinia</i>	14	11	8	6	-	39
Adenovirus 40 y 41	56	15	10	-	-	81
<i>Taenia</i>	-	7	4	1	-	12
Rotavirus	147	129	49	-	13	338
INFECCIONES RESPIRATORIAS						
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	3	1	1	-	-	5
<i>Legionella pneumophila</i>	13	18	9	-	-	40
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	9	45	8	-	-	62
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (en hemocultivo)	47	49	22	-	-	118
Virus sincitial respiratorio	105	43	-	-	-	148
MICOBACTERIAS						
<i>M. tuberculosis</i>	63	41	25	2	-	131
<i>M. kansasii</i>	5	2	2	-	-	9
Otras micobacterias	4	11	5	2	-	22
INFECCIONES DEL SNC						
Enterovirus	11	18	-	-	-	29
<i>Neisseria meningitidis</i>	42	12	2	-	-	16
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (en L.C.R.)	4	4	2	-	-	10
ENF. PREVENIBLES PON INMUNIZACIÓN						
<i>Bordetella pertussis</i>	1	23	-	-	-	24
<i>Haemophilus influenzae tipo b</i>	10	6	-	-	-	16
Hepatitis B	4	3	1	4	-	12
Hepatitis A	3	9	3	-	-	15
Virus de la parotiditis	60	34	8	-	-	102
Virus de la rubéola	-	-	-	-	-	0
Virus del sarampión	6	-	-	-	-	6
ZOONOSIS						
<i>Bartonella</i>	-	11	-	-	-	11
<i>Borrelia burgdorferi</i>	-	1	-	-	1	2
<i>Brucella</i>	1	-	-	-	-	1
<i>Echinococcus granulosus</i>	1	4	-	-	-	5
<i>Leptospira</i>	-	-	-	-	-	0
<i>Rickettsia conorii</i>	-	-	-	-	-	0
<i>Coxiella burnetii</i>	2	3	6	-	-	11
<i>Francisella tularensis</i>	-	-	-	-	-	0
OTROS						
<i>Leishmania</i>	1	1	-	-	-	2
<i>Plasmodium</i>	11	4	-	-	-	15
<i>Staphylococcus aureus</i> meticilin resistente	449	287	195	84	-	1015
<i>Streptococcus pyogenes</i>	11	14	3	-	-	28

*Laboratorios privados: Lab. Clínica Axpe, Dra. Tánago, G. Riego y Ana Patricia Martínez de la Fuente.

SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA (SIM). BIZKAIA 2006 – 2011

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

N.º identificaciones

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Chlamydia trachomatis</i>	266	194	131	256	246	292
<i>Herpes simple tipo 2</i>	72	76	89	124	96	96
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	221	167	112	124	129	160
<i>Treponema pallidum</i>	76	91	111	110	106	101
TOTAL	530	528	443	613	577	649

INFECCIONES GASTROINTESTINALES

N.º identificaciones

Campylobacter

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>C. coli</i>	9	6	10	3	9	1
<i>C. fetus</i>	-	-	-	-	2	-
<i>C. jejuni</i>	829	641	491	532	568	640
<i>Campylobacter sp.</i>	70	48	78	30	34	37
Otros	0	2	-	-	-	-
TOTAL	908	697	579	565	613	678

Listeriosis

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>L. monocytogenes</i>	15	20	11	23	14	25

Fiebre tifo-paratífica

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>S. Typhi</i>	5	1	-	-	1	4
<i>S. Paratyphi</i>	1	-	2	1	1	10
TOTAL	6	1	2	1	2	14

Salmonella

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>S. Enteritidis</i>	466	261	259	235	192	147
<i>S. Arizonae</i>	-	-	-	3	1	-
<i>S. Hadar</i>	1	-	-	-	-	-
<i>S. Infantis</i>	3	1	-	-	-	2
<i>S. London</i>	4	-	2	2	-	-
<i>S. Montevideo</i>	-	2	1	-	-	-
<i>S. Newport</i>	-	3	2	-	-	1
<i>S. Ohio</i>	1	-	-	-	-	1
<i>S. Entérica</i>	-	-	-	51	31	33
<i>S. Typhimurium</i>	68	67	179	124	70	77
<i>S. Virchow</i>	1	-	-	-	-	-
<i>S. grupo B</i>	34	20	41	13	8	10
<i>S. grupo C</i>	31	18	14	16	15	18
<i>S. grupo D</i>	69	41	12	2	1	2
<i>S. grupo E</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Salmonella sp.</i>	67	43	49	11	15	27
Otras	5	11	4	-	1	3
TOTAL	750	467	563	455	334	321

Shigella

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>S. flexneri</i>	7	4	15	5	5	2
<i>S. sonnei</i>	4	8	5	5	6	1
<i>S. boydii</i>	-	-	-	-	-	-
Otras	2	-	-	-	1	-
TOTAL	13	12	20	10	12	3

Yersinia

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Y. enterocolítica</i>	56	60	51	33	36	39
<i>Yersinia sp.</i>	1	-	-	-	-	-
<i>Y. frederiksenii</i>	1	-	1	-	-	-
TOTAL	58	60	52	33	36	39

Adenovirus

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Adenovirus</i>	73	42	47	101	81	81

Rotavirus

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Rotavirus</i>	421	365	178	294	307	338

Taenia

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Taenia sp</i>	5	6	9	5	10	10
<i>Taenia saginata</i>	18	9	5	6	19	2
TOTAL	23	15	14	11	29	12

INFECCIONES RESPIRATORIAS

N.º identificaciones

Clamidiasis

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	31	30	23	14	17	5

Legionella pneumophila

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Legionella pneumophila</i>	77	44	40	47	46	40

Mycoplasma pneumoniae

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	84	132	60	54	44	62

Streptococcus pneumoniae (en hemocultivo)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	214	190	205	165	115	118

Virus sincitial respiratorio

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Virus sincitial respiratorio	165	165	267	214	209	148

Micobacterias tuberculosas

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>M. tuberculosis</i>	188	150	140	130	129	131
<i>M. bovis</i>	-	-	-	-	-	-
<i>M. africanum</i>	-	-	1	-	-	-
TOTAL	188	150	141	130	129	131

Micobacterias atípicas

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>M. avium</i>	17	20	15	19	5	6
<i>M. chelonae</i>	1	-	1	2	3	3
<i>M. fortuitum</i>	5	4	2	-	-	-
<i>M. goodii</i>	14	4	4	1	-	4
<i>M. kansasii</i>	25	31	10	8	12	9
<i>M. marinum</i>	-	1	1	-	1	1
<i>M. intracellulare</i>	-	-	-	-	8	4
<i>M. szulgai</i>	1	-	-	-	-	-
<i>M. xenopi</i>	-	-	-	-	1	-
<i>M. sp</i>	3	7	3	2	1	2
<i>M. genavense</i>	-	-	-	-	-	-
<i>M. terrae</i>	-	-	-	1	-	-
<i>M. lentiflavum</i>	2	1	1	-	-	-
<i>M. simiae</i>	-	-	-	-	-	1
<i>M. celatum</i>	-	-	1	-	-	-
<i>M. brisbarensis</i>	-	-	1	-	-	-
<i>M. abscessus</i>	-	-	1	-	-	-
Otras micobacterias	-	3	-	-	2	1
TOTAL	68	71	40	33	33	31

INFECCIONES DEL S.N.C.

N.º identificaciones

Neisseria meningitidis

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>N. meningitidis</i> grupo B	30	35	21	16	9	10
<i>N. meningitidis</i> grupo C	3	2	2	3	1	-
<i>N. meningitidis</i> grupo W 135	-	-	1	-	-	-
<i>N. meningitidis</i> grupo Y	-	-	-	-	-	-
<i>N. meningitidis</i> grupo Z	-	-	-	-	1	-
<i>N. meningitidis</i> no grupada	3	2	2	6	3	6
TOTAL	36	39	26	25	14	16

Streptococcus pneumoniae (en L.C.R.)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	13	6	9	8	8	10

Enterovirus

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Virus Coxsackie	6	3	1	3	4	3
Echovirus	42	19	3	10	23	15
Enterovirus sin especificar	7	18	7	14	15	11
TOTAL	55	40	11	27	42	29

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACION

N.º identificaciones

Bordetella pertussis

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Bordetella pertussis</i>	5	20	21	6	2	24

Haemophilus influenzae

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Haemophilus influenzae tipo b</i>	3	9	12	20	13	16

Hepatitis B

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hepatitis B	27	31	36	26	31	12

Hepatitis A

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hepatitis A	83	24	20	73	37	15

Virus de la parotiditis

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Virus de la parotiditis	32	318	74	14	9	102

Virus de la rubéola

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Virus de la rubéola	8	1	-	-	-	-

Virus del sarampión

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Virus del sarampión	-	-	-	-	1	6

ZONOSIS

N.º identificaciones

Bartonella

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Bartonella</i>	20	23	16	4	6	11

Borrelia burgdorferi

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Borrelia burgdorferi</i>	4	14	2	6	1	2

Brucella

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>B. melitensis</i>	-	-	1	1	-	1
<i>Brucella</i> sp.	1	-	-	-	-	-
<i>B. abortus</i>	-	-	-	-	-	-
No consta	-	-	-	-	1	-
TOTAL	1	-	1	1	1	1

Echinococcus granulosus

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Echinococcus granulosus</i>	3	9	6	4	4	5

Leptospira

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Leptospira</i>	1	-	2	4	1	-

Rickettsia conorii

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Rickettsia conorii</i>	-	-	-	-	-	-

Fiebre Q

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Coxiella burnetii</i>	95	73	59	39	32	6

Tularemia

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Francisella tularensis</i>	-	11	7	2	-	-

OTRAS ENFERMEDADES

N.º identificaciones

Staphylococcus aureus Meticilin-Resistente

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Staphylococcus aureus</i> MR	695	753	779	924	945	1015

Streptococcus pyogenes

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>Streptococcus pyogenes</i>	-	20	21	18	19	28

Tasas anuales de tumores malignos en hombres de Bizkaia. 2008. RCEME

LOCALIZACIÓN	N.º	T. BRUTA	POBL. EUROPEA	POBL. MUNDIAL	POBL. TRUNC.	TASA ACUM.
C00 - C14 LABIO, CAVIDAD ORAL Y FARINGE	199	36,00	28,90	20,75	41,34	2.511,62
C00 Labio	23	4,16	2,84	1,85	1,50	240,00
C01 Base de la lengua	14	2,53	1,96	1,43	2,78	172,88
C02 Otras partes y las no especificadas de la lengua	18	3,26	2,78	1,99	4,18	248,96
C03 Encías	5	0,9	0,61	0,35	0,39	15,07
C04 Piso de la boca	17	3,08	2,58	1,91	3,92	261,07
C05 Paladar	13	2,35	1,85	1,37	2,72	159,54
C06 Otras partes y las no especificadas de la boca	8	1,45	1,25	0,95	2,03	111,29
C07 Glandula parótida	8	1,45	1,00	0,65	0,76	66,24
C08 Otras glandulas salivales mayores y no especificadas	1	0,18	0,15	0,12	0,39	15,07
C09 Amígdala	17	3,08	2,71	1,95	3,51	265,45
C10 Orofaringe	20	3,62	3,11	2,24	5,80	301,63
C11 Nasofaringe	19	3,44	2,89	2,23	3,97	238,50
C12 Seno piriforme	15	2,71	2,21	1,58	4,67	155,15
C13 Hipofaringe	12	2,17	1,61	1,13	2,74	126,73
C14 Otros sitios y los mal definidos de labio, cavidad bucal y faringe	9	1,63	1,35	1,02	1,99	134,07
C15 - C26 APARATO DIGESTIVO	1.248	225,78	164,61	111,02	153,25	13.833,60
C15 Esófago	62	11,22	9,02	6,34	13,42	791,07
C16 Estómago	168	30,39	21,82	14,59	18,07	1.834,55
C17 Intestino delgado	15	2,71	2,10	1,43	2,40	148,14
C18 Colon	483	87,38	61,06	40,52	49,40	5.032,13
C19 Unión rectosigmoidea	83	15,02	10,58	6,91	7,64	837,46
C20 Recto	149	26,96	20,11	13,42	21,25	1.607,89
C21 Ano y conducto anal	7	1,27	1,07	0,75	1,48	99,45
C22 Hígado y conductos biliares intrahepáticos	135	24,42	19,03	13,56	21,53	1.783,68
C23 Vesícula biliar	10	1,81	1,32	0,80	0,39	61,83
C24 Otras partes y no especificadas de las vías biliares	33	5,97	4,29	2,89	3,82	368,83
C25 Páncreas	96	17,37	13,40	9,29	13,86	1.203,07
C26 Otros sitios y los mal definidos de los órganos digestivos	7	1,27	0,81	0,52	0,00	65,50
C30 - C39 APAR. RESPIRATORIO Y ORG. INTRATORACICOS	784	141,84	108,00	75,19	129,36	9.292,10
C30 Cavidad nasal y oído medio	3	0,54	0,43	0,31	0,42	34,15
C31 Senos paranasales	2	0,36	0,35	0,25	0,35	36,98
C32 Laringe	116	20,99	17,10	12,3	26,76	1.539,60
C33 Tráquea	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C34 Bronquios y pulmón	633	114,52	86,25	59,82	99,24	7.389,80
C37 Timo	2	0,36	0,33	0,27	0,41	33,90
C38 Corazón, mediastino y pleura	28	5,07	3,53	2,25	2,18	257,65
C39 Otros sitios y los mal definidos del sistema respiratorio y los órganos intratorácicos	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C40 - C41 HUESOS, ARTICULACIONES Y CARTILAGOS ART.	6	1,09	1,50	1,66	1,17	108,86
C40 Huesos, articulaciones y cartilagos articulares de extremidades	2	0,36	0,68	0,88	0,00	48,69
C41 Huesos, articulaciones y cartilagos articulares. de otros sitios y de los no especificados	4	0,72	0,82	0,78	1,17	60,17
C42 SISTEMA HEMATOPOYETICO Y RETICULOENDOTE.	188	34,01	25,27	17,89	22,73	1.965,24
C44 PIEL	76	13,75	10,73	8,15	15,35	801,22
C47 NERVIOS PERIFERICOS Y SIS.NERV.AUT.	1	0,18	0,11	0,07	0,00	18,74
C48 PERITONEO Y RETROPERITONEO	11	1,99	1,62	1,38	1,60	130,21
C49 TEJIDO CONJUNTIVO, SUBCUTANEO Y OTROS	27	4,88	4,09	3,21	5,27	302,02
C50 MAMA	7	1,27	1,12	0,80	1,18	123,55
C60 - C63 APARATO GENITAL MASCULINO	772	139,67	104,55	72,60	84,42	10.174,58
C60 Pene	10	1,81	1,25	0,81	1,44	97,98
C61 Glándula prostática	724	130,98	97,70	66,89	74,88	9.676,57
C62 Testículos	33	5,97	4,97	4,44	6,90	357,04
C63 Otros órganos genitales masculinos y los no especificados	5	0,9	0,63	0,44	1,19	42,98
C64 - C68 APARATO URINARIO	484	87,56	63,47	43,28	62,25	5.090,42
C64 Riñón	142	25,69	19,38	13,74	22,15	1.593,84
C65 Pelvis renal	10	1,81	1,48	1,06	2,72	116,94
C66 Uréter	5	0,9	0,65	0,45	1,18	37,22
C67 Vejiga urinaria	321	58,07	41,27	27,57	35,45	3.280,72
C68 Otros organos urinarios y no especificados	6	1,09	0,68	0,46	0,76	61,70
C69 - C72 OJO, ENCEFALO Y OTROS DEL SIS.NERV.CTRAL	59	10,67	8,95	6,92	11,26	746,81
C69 Ojo y anejos	3	0,54	0,46	0,36	1,17	34,63
C70 Meninges	1	0,18	0,11	0,07	0,00	18,74
C71 Encéfalo	54	9,77	8,12	6,19	10,10	675,20
C72 Médula esp., nervios craneales y otras partes del sist. nerv. cent.	1	0,18	0,26	0,29	0,00	18,24
C73 - C75 TIROIDES Y OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS	11	1,99	1,73	1,53	2,84	123,36
C73 Glándula tiroides	6	1,09	0,89	0,71	2,04	78,57
C74 Glándula suprarrenal (adrenal)	4	0,72	0,69	0,75	0,81	44,80
C75 Otras glándulas endocrinas y estructuras afines	1	0,18	0,14	0,07	0,00	0,00
C76 LOCALIZACIONES MAL DEFINIDAS	2	0,36	0,18	0,11	0,00	18,74
C77 GANGLIOS LINFATICOS	80	14,47	12,42	9,99	15,39	993,43
C80 LOCALIZACION PRIMARIA DESCONOCIDA	88	15,92	11,36	7,66	9,76	925,45
TOTAL	4.039	731,44	548,60	382,20	557,19	47.159,93

Tasas anuales de tumores malignos en mujeres de Bizkaia. 2008. RCEME

LOCALIZACIÓN	N.º	T. BRUTA	TASAS ESTANDARIZADAS			TASA ACUM.
			POBL. EUROPEA	POBL. MUNDIAL	POBL. TRUNC.	
C00 - C14 LABIO, CAVIDAD ORAL Y FARINGE	63	10,68	7,59	5,65	13,29	546,09
C00 Labio	3	0,51	0,23	0,16	0,36	13,88
C01 Base de la lengua	5	0,85	0,61	0,43	1,20	34,97
C02 Otras partes y las no especificadas de la lengua	7	1,19	0,57	0,37	0,36	58,44
C03 Encías	5	0,85	0,50	0,34	0,80	22,69
C04 Piso de la boca	5	0,85	0,84	0,60	1,92	62,17
C05 Paladar	3	0,51	0,23	0,16	0,36	13,88
C06 Otras partes y las no especificadas de la boca	4	0,68	0,25	0,13	0,00	0,00
C07 Glandula parótida	7	1,19	1,13	1,05	1,43	93,38
C08 Otras glandulas salivales mayores y no especificadas	1	0,17	0,07	0,03	0,00	0,00
C09 Amígdala	6	1,02	0,81	0,59	1,83	62,65
C10 Orofaringe	4	0,68	0,66	0,49	1,59	47,25
C11 Nasofaringe	7	1,19	0,99	0,80	1,97	82,89
C12 Seno piriforme	1	0,17	0,14	0,11	0,36	13,88
C13 Hipofaringe	3	0,51	0,36	0,26	0,75	26,16
C14 Otros sitios y los mal definidos de labio, cavidad bucal y faringe	2	0,34	0,18	0,13	0,36	13,88
C15 - C26 APARATO DIGESTIVO	682	115,63	63,97	43,32	67,12	4.815,63
C15 Esófago	11	1,86	1,13	0,80	1,60	80,29
C16 Estómago	111	18,82	9,86	6,57	10,89	650,01
C17 Intestino delgado	6	1,02	0,59	0,39	0,75	41,01
C18 Colon	266	45,10	25,78	17,58	26,52	1.979,61
C19 Unión rectosigmoidea	30	5,09	2,85	1,93	3,06	220,38
C20 Recto	62	10,51	7,02	4,97	10,22	643,03
C21 Ano y conducto anal	6	1,02	0,72	0,50	1,14	65,44
C22 Hígado y conductos biliares intrahepáticos	44	7,46	4,06	2,88	3,53	297,48
C23 Vesícula biliar	22	3,73	1,89	1,22	1,49	133,99
C24 Otras partes y no especificadas de las vías biliares	31	5,26	2,34	1,43	1,08	175,23
C25 Páncreas	86	14,58	7,36	4,86	6,83	529,16
C26 Otros sitios y los mal definidos de los órganos digestivos	7	1,19	0,38	0,19	0,00	0,00
C30 - C39 APAR. RESPIRATORIO Y ORG. INTRATORACICOS	173	29,33	21,42	15,86	36,20	1.806,95
C30 Cavidad nasal y oído medio	2	0,34	0,33	0,23	0,73	25,33
C31 Senos paranasales	4	0,68	0,34	0,22	0,36	28,73
C32 Laringe	13	2,20	1,82	1,38	3,57	152,41
C33 Tráquea	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C34 Bronquios y pulmón	146	24,75	17,93	13,13	31,18	1.511,11
C37 Timo	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C38 Corazón, mediastino y pleura	8	1,36	1,01	0,90	0,36	89,37
C39 Otros sitios y los mal definidos del sistema respiratorio y los órganos intratorácicos	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C40 - C41 HUESOS, ARTICULACIONES Y CARTILAGOS ART.	7	1,19	0,97	0,93	0,81	57,27
C40 Huesos, articulaciones y cartilagos articulares de extremidades	2	0,34	0,20	0,15	0,41	10,48
C41 Huesos, articulaciones y cartilagos articulares. de otros sitios y de los no especificados	5	0,85	0,77	0,78	0,41	46,80
C42 SISTEMA HEMATOPOYETICO Y RETICULOENDOTE.	147	24,92	16,21	12,71	17,21	1.270,21
C44 PIEL	108	18,31	13,73	10,75	21,35	1.074,64
C47 NERVIOS PERIFERICOS Y SIS.NERV.AUT.	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C48 PERITONEO Y RETROPERITONEO	7	1,19	0,78	0,57	0,76	88,75
C49 TEJIDO CONJUNTIVO, SUBCUTANEO Y OTROS	22	3,73	2,48	1,91	2,68	180,36
C50 MAMA	726	123,09	94,09	70,78	172,00	7.608,95
C51 - C58 APARATO GENITAL FEMENINO	345	58,49	40,96	29,48	62,34	3.452,58
C51 Vulva	18	3,05	1,69	1,14	1,17	139,21
C52 Vagina	3	0,51	0,26	0,18	0,40	10,40
C53 Cuello uterino	56	9,49	7,39	5,64	14,08	612,63
C54 Cuerpo del útero	168	28,48	20,62	14,64	30,41	1.782,90
C55 Útero, sai	8	1,36	0,86	0,61	1,10	72,09
C56 Ovario	88	14,92	9,77	7,04	15,18	800,58
C57 Otros órganos genitales femeninos y no especificados	4	0,68	0,36	0,23	0,00	34,77
C58 Placenta	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C64 - C68 APARATO URINARIO	142	24,07	13,84	9,38	14,35	1.121,13
C64 Riñón	55	9,32	5,94	4,16	6,72	500,63
C65 Pelvis renal	7	1,19	0,69	0,48	0,74	58,29
C66 Uréter	2	0,34	0,16	0,09	0,00	14,85
C67 Vejiga urinaria	76	12,89	6,86	4,51	6,54	533,48
C68 Otros organos urinarios y no especificados	2	0,34	0,19	0,14	0,36	13,88
C69 - C72 OJO, ENCEFALO Y OTROS DEL SIS.NERV.CTRAL	61	10,34	6,87	5,06	8,67	558,15
C69 Ojo y anejos	1	0,17	0,16	0,10	0,34	13,05
C70 Meninges	2	0,34	0,24	0,16	0,40	12,28
C71 Encéfalo	56	9,49	6,26	4,67	7,60	519,78
C72 Médula esp., nervios craneales y otras partes del sist. nerv. cent.	2	0,34	0,22	0,14	0,34	13,05
C73 - C75 TIROIDES Y OTRAS GLÁNDULAS ENDOCRINAS	97	16,45	13,87	11,29	20,48	1.141,32
C73 Glándula tiroides	95	16,11	13,4	10,72	20,08	1.110,51
C74 Glándula suprarrenal (adrenal)	2	0,34	0,47	0,57	0,40	30,81
C75 Otras glándulas endocrinas y estructuras afines	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C76 LOCALIZACIONES MAL DEFINIDAS	3	0,51	0,17	0,09	0,00	0,00
C77 GANGLIOS LINFATICOS	81	13,73	10,44	8,93	9,33	773,04
C80 LOCALIZACION PRIMARIA DESCONOCIDA	66	11,19	5,46	3,57	5,22	368,94
TOTAL	2.729	462,85	312,85	230,27	451,80	24.864,01

