

***UNIDAD DE
VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA***



**DEPARTAMENTO DE SALUD
Delegación Territorial de Bizkaia**

***RESUMEN DE VIGILANCIA
AÑO 2012***

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

Subdirección de Salud Pública

PERSONAL DE LA U.V.E. DE BIZKAIA DURANTE EL AÑO 2012

Administrativ@s

Juan José Aranburu Rojas, Ana Eva del Valle Araluze, Rafael Hurtado de Mendoza Elorduy, Mateo Presa Urarte, 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 González, Visitación de Castro Laiz, Esther Hernández Arricibita, Patricia Sancho Uriarte, Nerea Muniozguren Agirre

ÍNDICE

***ABREVIATURAS
UTILIZADAS***

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	5
INTRODUCCIÓN	9
I. DATOS DE VIGILANCIA Y TENDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	13
TENDENCIAS 2012	15
DATOS DE VIGILANCIA	16
VIGILANCIA DE TRANSMISIBLES de la A a la Z	17
Botulismo	17
Campylobacteriosis	17
Chagas, enfermedad de	18
Cólera	18
Coronavirus	19
Creutzfeldt-Jakob (ECJ)	19
Disentería / Shigelosis	20
Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	21
Gonocócica, infección (Gonococia)	21
Sífilis	22
Chlamydia trachomatis	22
Herpes virus tipo 2	23
Escabiosis / Sarna	23
Estreptococo grupo A (<i>S.pyogenes</i>), enfermedad invasiva por	24
Fiebre Q	25
Fiebre tifo-paratífica	25
Gripe (Influenza)	26
Vacuna estacional para la próxima temporada	27
Infección en humanos por el virus influenza A(H7N9) en China	27
Haemophilus influenzae tipo b	27
Hantavirus	28
Hepatitis A	28
Hepatitis B aguda	29
Hepatitis C	30
Legionelosis	30
Lepra	31
Listeriosis	32
Lyme, enfermedad de	32
Meningitis bacteriana	33
Meningitis vírica	33
Meningocócica, enfermedad	34
Neumocócica, enfermedad	35
Paludismo / Malaria	36
Parotiditis vírica (paperas)	36
Poliomielitis	37
Rabia	38
Rotavirus	39
Rubéola	39
Salmonelosis	40
SAMR (<i>Staphylococcus Aureus</i> Resistente a la Meticilina)	40
Sarampión	41
SIDA y VIH	41
Tétanos	43

Tos ferina	43
Toxiinfecciones de origen alimentario (TIAs)	44
Tuberculosis	45
Varicela	47
Yersiniosis	47
II. INMUNIZACIONES	49
III. DATOS DE VIGILANCIA Y TENDENCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	53
CÁNCER	55
Todas las localizaciones	55
Distribución del cáncer por municipios	57
Evolución temporal	58
Mortalidad por cáncer	64
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	66
Morbilidad hospitalaria	66
Mortalidad	67
ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR	68
Morbilidad hospitalaria	68
Mortalidad	69
DIABETES MELLITUS	71
Morbilidad hospitalaria; prevalencia de complicaciones	71
Mortalidad	72
Red Vigía de Diabetes Mellitus	73
ACCIDENTES EN MAYORES DE 64 AÑOS NO INSTITUCIONALIZADOS	75
Características de los mayores	75
Datos socio-demográficos	75
Antecedentes de salud	76
Datos relativos al accidente	77
Datos relativos a la lesión	78
IV. MORBILIDAD HOSPITALARIA	79
MORBILIDAD HOSPITALARIA: CASOS Y TASAS DE FRECUENTACIÓN	81
MORBILIDAD HOSPITALARIA POR GRANDES GRUPOS DE LA CIE-9	83
MORBILIDAD HOSPITALARIA POR COMARCA SANITARIA DE OSAKIDETZA	85
IV. REGISTRO DE MORTALIDAD	87
MORTALIDAD GENERAL	89
MORTALIDAD PROPORCIONAL. GRANDES GRUPOS DE CAUSA DE MUERTE	90
MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS	91
Primeras causas de muerte segun edad	91
Principales causas de muerte segun sexo	93
Primeras causas de muerte en el tiempo	94
Indicadores de evaluación del estado de salud (Plan de Salud)	95
Razón de mortalidad estandarizada	96
MORTALIDAD INFANTIL	99
ESPERANZA DE VIDA	99
MORTALIDAD PREMATURA	100
ANEXOS	103
ANEXO I. POBLACIONES	105
ANEXO II. EDO INDIVIDUAL	106
ANEXO III. SISTEMA DE INFORMACION MICROBIOLÓGICA	111
ANEXO IV. CÁNCER	118

ABREVIATURAS UTILIZADAS

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



RESUMEN EJECUTIVO

RESUMEN EJECUTIVO

- En el año 2012 hubo dos casos de **sarampión** (dos hombres de 36 y 38 años) que constituyeron un cluster.
- Se declararon 472 casos de **parotiditis**, lo que representa una tasa de 40,96 casos por 100.000, superior a la del año 2011.
- En 2012 se declararon en Bizkaia 110 casos de **tos ferina** (tasa 9,55/100.000), el mayor número de casos de los últimos dieciséis años.
- Se produjeron dos brotes de **botulismo**; uno familiar, con dos afectados, en que se identificó neurotoxina B en muestra de heces de ambos y se confirmó la contaminación de una conserva casera de puerros. El segundo brote afectó a una niña de 20 días de vida; no se pudo detectar el vehículo responsable.
- **Campylobacter** fue la primera causa de gastroenteritis; **Salmonella** continuó la tendencia descendente iniciada en 2003.
- El número de **listerias** declaradas fue menor que el año anterior. Seis de cada diez afectados fueron mayores de 65 años. La letalidad por esta enfermedad fue del 6%. Se declaró un brote alimentario que afectó a dos embarazadas y al hijo recién nacido de una de ellas.
- La curva epidémica de **gripe** de la temporada 2012-13 es muy similar a la registrada en 2011-12. El pico epidémico se alcanzó en la semana 7. Los virus circulantes, por orden de frecuencia, fueron: B, A(H1N1)pdm09 y A(H3N2). Ingresaron 16 personas que cumplían los criterios de gravedad, 14 de ellos debidos al tipo B.
- La tasa de **tuberculosis** fue de 16,5 por 100.000 habitantes, lo que supuso un ligero ascenso respecto al año anterior. El porcentaje de extranjeros fue similar al de años previos, siendo este año el 34% de los diagnosticados.
- La incidencia de **enfermedad meningocócica** fue baja (1,90/100.000), similar a la del año anterior. Ningún caso se debió al serogrupo C. Falleció una persona (letalidad 5%).
- La incidencia de **hepatitis B y C** fue similar a años anteriores. Por el contrario, la hepatitis A duplicó su incidencia debido principalmente a un brote ocurrido en un municipio de la Comarca Interior que afectó fundamentalmente a niños.
- El número de casos de **paludismo** declarados fue menor que en 2011. En uno de los casos la transmisión fue por trasplante hepático.
- Durante el primer año de funcionamiento del protocolo de enfermedad de **Chagas** se notificaron 49 resultados positivos en embarazadas y 3 en recién nacidos.
- Se declararon dos casos nuevos de **lepra** en 2012, los dos con clínica paucibacilar, uno de ellos originario de Paraguay y el otro con antecedentes de residencia en Marruecos.
- En 2012 se creó para Osanet una guía sobre **ictus**, con información de apoyo a pacientes con ictus y sus cuidadores, así como un vídeo para reconocer los síntomas de alarma de enfermedad cerebro-vascular que permitan un diagnóstico precoz.

- Uno de cada dos hombres y una de cada cuatro mujeres desarrollará **cáncer** a lo largo de su vida. El cáncer más frecuente es el de colon y recto. Se diagnostican más de 1100 casos anuales en Bizkaia.
- La incidencia de **cáncer de pulmón** en mujeres aumenta a un ritmo de 6% anual. En hombres se mantiene estable.
- La **esperanza de vida** al nacimiento es de 79 años en hombres y 86 en mujeres, de las mayores de Europa. A la edad de 65 años la esperanza de vida es de 18 años y 23 años en hombres y mujeres respectivamente.
- **Murieron** 10.797 personas en 2010 (5635 hombres y 5161 mujeres). El cáncer causa el mayor número de muertes entre los hombres; entre las mujeres, la primera causa de muerte son las enfermedades del aparato circulatorio.



INTRODUCCIÓN

La vigilancia epidemiológica se define como la recogida sistemática, continua, oportuna y fiable 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 2012, 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 (2010), Registro de Altas Hospitalarias (CMBD) (2011) y Registro de Cáncer (RCEME) (2009). 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.

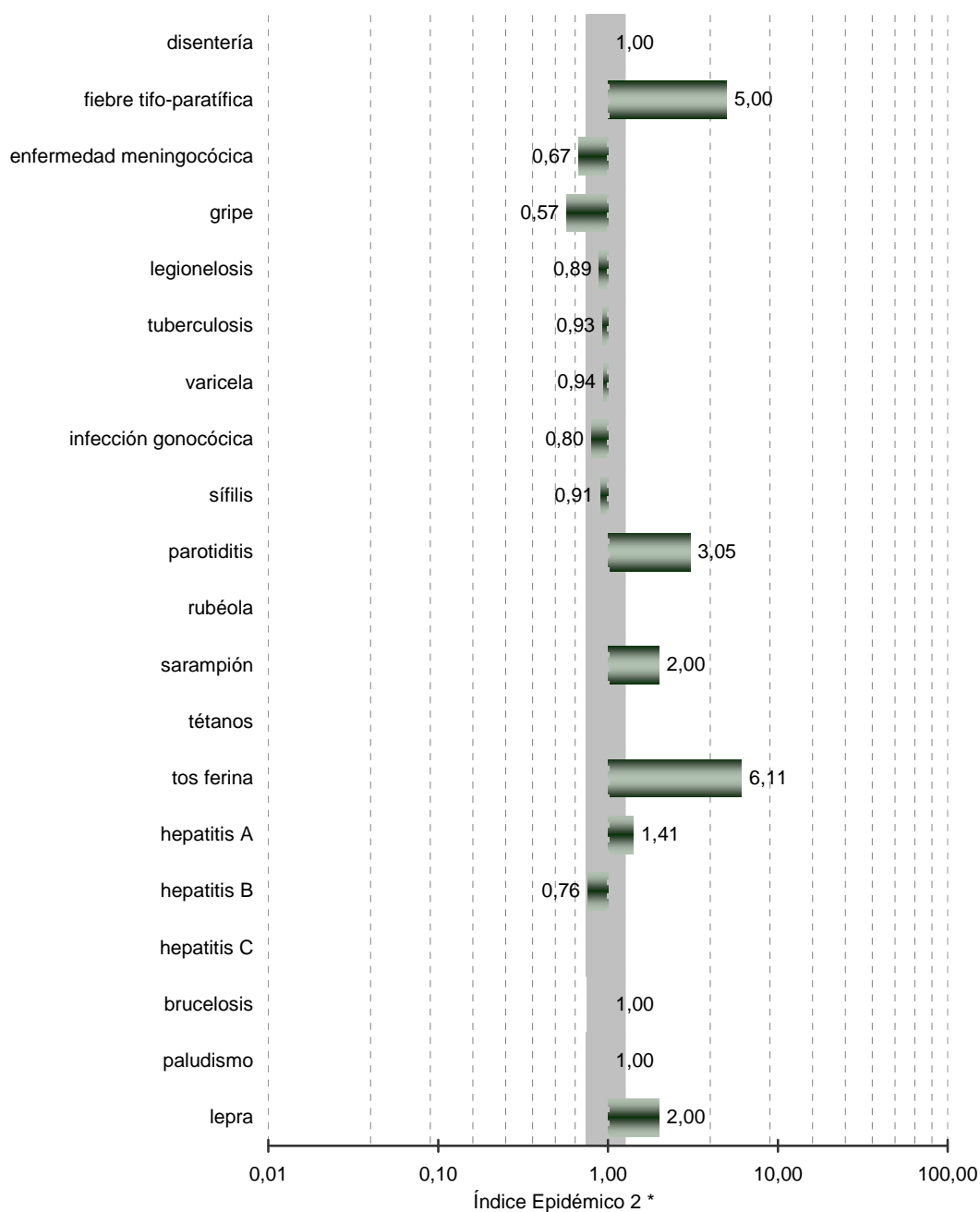
Excepto cuando se especifique otra cosa, los denominadores de población empleados en este informe son los correspondientes al censo del año 2011 (Anexo I).

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 2012



* 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

La siguiente tabla resume los datos de vigilancia epidemiológica de las Enfermedades de Declaración Obligatoria durante 2012. 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 2012

Enfermedad	N.º casos	Tasa/100.000	Índice Epidémico 1 ¹	Índice Epidémico 2 ²	Cálculo Promedio quinquenio
Botulismo	3	0,26	-	-	0,8
Brucelosis	1	0,09	1	1	-
Cólera	-	-	-	-	-
Disentería	12	1,04	4	1	-
Fiebre tifo-paratífica	5	0,43	0,45	5	-
Triquinosis	-	-	-	-	-
Enfermedad meningocócica	22	1,91	1	0,67	-
Gripe	10.026	870,01	0,92	0,57	-
Legionelosis	41	3,56	0,95	0,89	-
Tuberculosis	190	16,49	1,02	0,96	-
Tuberculosis meningea	4	0,35	4	1	-
Varicela	3.194	277,16	1,16	0,94	-
Infección gonocócica	77	6,68	0,65	0,8	-
Sífilis	59	5,12	0,87	0,91	-
Difteria	-	-	-	-	-
Parotiditis	472	40,96	1,26	3,05	-
Poliomielitis	-	-	-	-	-
Rubéola	-	-	-	-	-
Sarampión	2	0,17	0,17	2	-
Tétanos	1	0,09	-	-	-
Tos ferina	110	9,55	2,62	6,11	-
Hepatitis A	31	2,96	1,72	1,41	-
Hepatitis B	12	1,04	1	0,71	-
Hepatitis C	1	0,09	0,33	0,33	-
Otras hepatitis víricas	2	0,17	2	-	-
Brucelosis	1	0,09	1	1	-
Rabia	-	-	-	-	-
Fiebre amarilla	-	-	-	-	-
Paludismo	17	1,48	0,71	1	-
Peste	-	-	-	-	-
Tifus exantemático	-	-	-	-	-
Lepra	2	0,17	2	2	-
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 (2007-2011).

(3) Promedio quinquenio: es el promedio de los casos notificados en los 5 años anteriores (2007-2011). Se utiliza para enfermedades de baja incidencia.

VIGILANCIA DE TRANSMISIBLES DE LA A A LA Z

Botulismo

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

Durante 2012 se declararon 2 brotes de botulismo.

El primer brote fue un botulismo alimentario que afectó a dos adultos, padre e hijo, que habían consumido una conserva casera de puerros. En el laboratorio se detectó toxina botulínica en la muestra de la conserva casera, asimismo en las heces de los casos se aisló neurotoxina y *Clostridium botulinum* con presencia del gen codificante de la toxina botulínica B.

El segundo brote fue un botulismo neonatal, la afectada fue una niña de 20 días de edad. En las heces se identificó neurotoxina y *Clostridium botulinum* con presencia del gen codificante de la toxina botulínica B. Se analizaron muestras de una infusión de manzanilla y de unas pezoneras de cera natural, con resultados negativos.

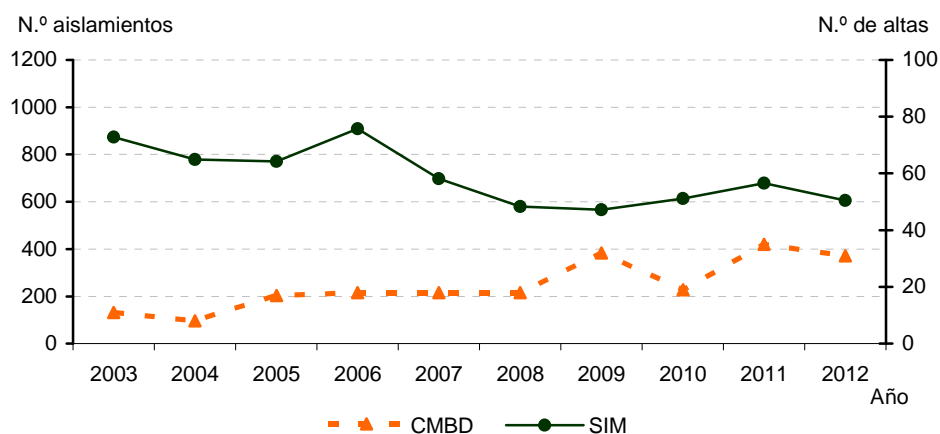
Campylobacteriosis

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

Campylobacter, con 605 aislamientos, fue el microorganismo responsable de infecciones gastrointestinales declarado con más frecuencia al SIM durante el año 2012. Se observa, no obstante, un ligero descenso respecto a 2011 (678 aislamientos).

El 59% de aislamientos correspondieron a hombres. Por edades, uno de cada diez eran menores de 1 año y el 61% de los aislamientos se dio en menores de 10 años. No hay distribución estacional característica.

Aislamientos y altas hospitalarias de *Campylobacter*
SIM y CMBD. Bizkaia 2003-2012



En el registro de altas de los hospitales de Osakidetza constan 31 ingresos por campilobacteriosis (diagnóstico principal). Entre los ingresados, 3 (17%) eran menores de 14 años.

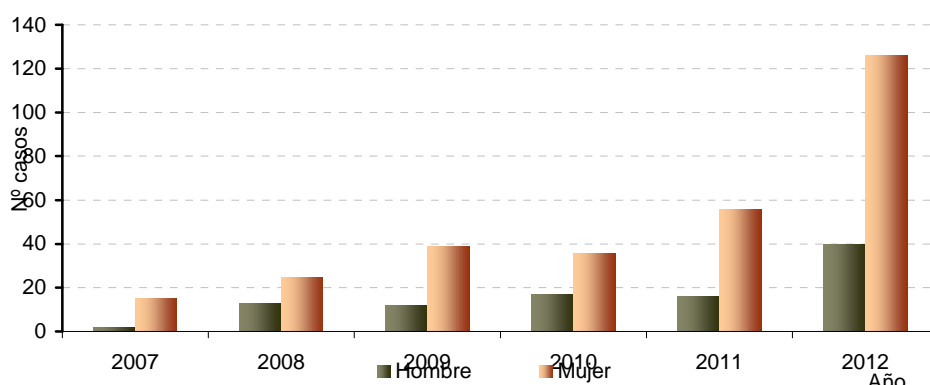
Chagas, enfermedad de

CIE-9: 086.0-086.2

La enfermedad de Chagas está producida por el protozoo *Trypanosoma cruzi*. Es endémica en países latinoamericanos, donde afecta especialmente a zonas rurales y se transmite de forma vectorial por los triatominos, chinches hematófagos conocidos popularmente como vinchucas. Se estima que hay entre siete y ocho millones de personas infectadas en el mundo. En los países no endémicos la vía de transmisión es fundamentalmente materno-fetal.

En 2012 los laboratorios recibieron 814 peticiones analíticas de enfermedad de Chagas en residentes en Bizkaia, de las cuales se obtuvieron 166 serologías positivas. En el gráfico siguiente se puede observar el aumento experimentado desde 2007, año en el que comenzamos a registrar los resultados positivos.

N.º de serologías positivas de Chagas
Bizkaia 2007-2012



De las 814 analíticas, al menos 529 corresponden a embarazadas originarias de países endémicos. Conocemos el origen de 429 de estas mujeres (81%), de las cuales el 37% es Bolivia, el 15% Colombia y el 15% Paraguay.

Entre estas mujeres se han notificado 49 serologías positivas (9,26%): el 67% corresponden a mujeres de origen boliviano (33 casos) y el resto se reparten entre Paraguay, Colombia, Nicaragua, Ecuador y Perú. Desconocemos el origen de 7 casos.

Por otra parte, en 2012 se estudiaron 24 recién nacidos, tres con resultado positivo a PCR (12,5%) que han recibido tratamiento, todos de madre boliviana. Además, se estudiaron nueve hijos anteriores de las mujeres infectadas, entre los cuales un niño resultó positivo y le fue indicado tratamiento.

Cólera

CIE-9: 001; CIE-10: A00

En el año 2012 no se declaró ningún caso de cólera en Bizkaia.

En Cuba, en Julio de 2012, se detectó un brote de infecciones gastrointestinales centrado en la provincia de Granma y entre los afectados se confirmaron 85 casos de cólera (fallecieron 3 de estos pacientes). En agosto las autoridades declaraban el final del brote, sin embargo, en octubre, tras el paso del huracán Sandy, se confirmaban nuevos casos de la infección, alcanzando la capital. A finales de 2012 el número de casos ascendía a 500. Se identificó como agente etiológico *Vibrio cholerae* serogrupo toxigénico O1, serotipo Ogawa, biotipo El Tor. A pesar de que una proporción importante de turistas transita por la capital, el riesgo de adquirir

la infección para este grupo se considera bajo, especialmente si se aplican las medidas básicas de prevención recomendadas.

A principios de 2012 se declaró un brote de cólera en Sierra Leona que, en el mes de octubre, había afectado a 20.736 personas, 280 de ellas fallecidas (tasa de letalidad del 1,35%). La zona occidental del país, donde se encuentra la capital, Freetown, fue la más afectada, con más del 50% de la totalidad de los casos.

Coronavirus

En el mes de septiembre de 2012 se identificó un nuevo coronavirus. Hasta el 26 de marzo la OMS ha notificado 17 casos: 9 en Arabia Saudí (6 fallecidos), 2 en Qatar, 2 en Jordania (ambos fallecidos), un cluster de 3 personas de una familia en el Reino Unido, uno de ellos con antecedente de estancia en Arabia Saudí que falleció, y uno declarado por Alemania pero procedente de Emiratos Árabes.

Los casos presentaron enfermedad respiratoria grave, con fiebre, tos y dificultad respiratoria. Se desconoce el mecanismo de transmisión pero se deben establecer medidas de barrera y precaución ante su sospecha. Fuera del cuerpo sobrevive poco tiempo y se destruye fácilmente por detergentes y agentes de limpieza.

El nuevo coronavirus es genéticamente diferente al coronavirus del SARS y, hasta el momento, la infección no sigue el mismo patrón epidemiológico. Parece que está relacionado con coronavirus identificados en murciélagos.

Creutzfeldt-Jakob (ECJ)

CIE-9:046; CIE-10 A810

Durante el año 2012 se declararon 6 casos sospechosos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Dos fallecieron y, tras la realización de la autopsia, fueron catalogados como Insomnio Familiar fatal y ECJ definitivo. En la tabla siguiente se muestran los datos del registro de la CAPV.

Encefalopatías Transmisibles Humanas
Registro País Vasco 1993-2013 (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	2,3
ECJ Familiar	1	3	0	4
I. Familiar fatal	14	2	5	21
S. Gerstmann-SS	0	2	1	3

En la tabla se detallan los casos declarados en el mundo hasta diciembre de 2012 de la nueva variante (vECJ), relacionados con el consumo de animales afectados de encefalopatía espongiiforme bovina (EEB). El único cambio con la presentada el año pasado se ha dado en Francia, con dos casos más este año.

Casos de nueva variante de Enfermedad de Creutzfeldt Jacob (vECJ) en el mundo

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	27 (2)		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 2012 fueron declarados al SIM 12 aislamientos: dos *S. flexneri*, nueve *S. sonnei* y un *S. sp.* Cuatro de los casos (33%) habían viajado a zonas endémicas; otros cuatro formaron parte de una agrupación familiar: una niña, un niño y su madre más un caso del aula de la niña; el resto no presentaron antecedentes de riesgo ni tenían relación entre sí. Siete afectados eran menores de 14 años.

Como se observa en la gráfica, en el año 2012 aumentó la incidencia respecto a 2011, año en que se dio la más baja de los últimos 10 años. Excepto en 2008, que 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 endémicas.

Evolución de los casos de shigelosis declarados
EDO. SIM. Bizkaia 2003-2012



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.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

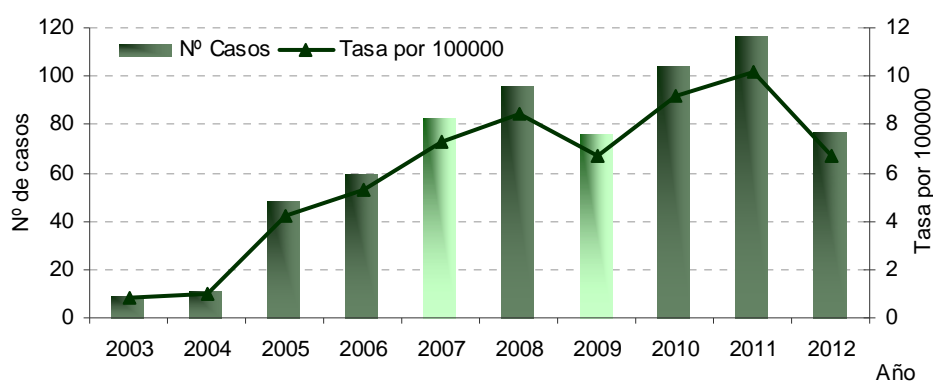
La infección gonocócica y la sífilis son enfermedades de declaración obligatoria numérica. A través del sistema de información microbiológica (SIM) los laboratorios declaran, además de estas dos enfermedades, los diagnósticos de Herpes simple tipo 2 y *Chlamydia trachomatis*.

Gonocócica, infección (Gonococia)

CIE-9: 098; CIE-10: A54

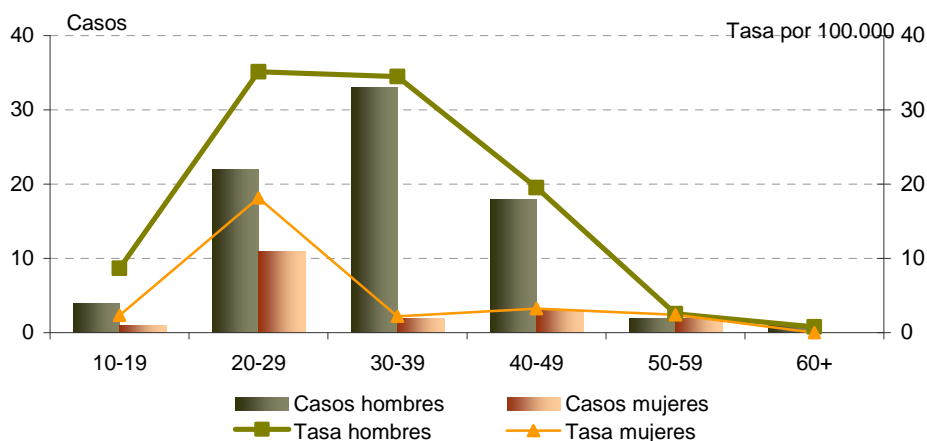
En el año 2012 se registraron en el sistema EDO 81 casos de infección gonocócica, 36 menos que en el año anterior. En 2005 comenzó a declarar sus casos el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y desde entonces aporta el mayor número de casos (91% en 2012).

Número de casos y tasas de infección gonocócica
EDO. Bizkaia. 2003-2012



El número de aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae* declarado por los laboratorios de microbiología de Bizkaia fue 108. El 81% de los casos se dio en hombres y el 82% entre los 20 y los 49 años de edad.

***Neisseria gonorrhoeae*. Número de casos y tasas**
SIM. Bizkaia. 2012

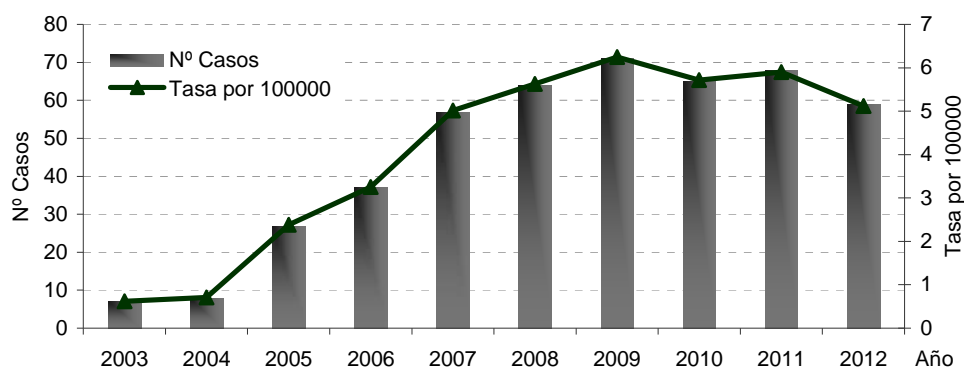


Sífilis

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

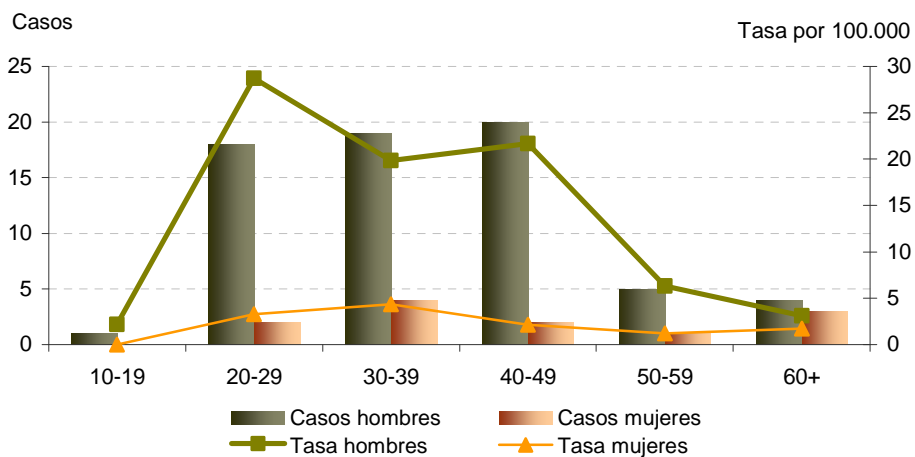
El número de casos de sífilis declarados al sistema EDO en 2012 fue 60. Al igual que ocurre con la gonococia, los casos aumentaron en 2005 por el comienzo de la declaración del centro de ETS. Este centro realizó el 61% de las declaraciones de los casos de sífilis en 2012.

Número de casos y tasas de sífilis
EDO. Bizkaia. 2003-2012



Los laboratorios de microbiología de Bizkaia declararon 82 serologías positivas para *Treponema pallidum*, de las cuales el 85% correspondía a hombres. El 79% de los casos pertenecía al grupo de edad entre 20 y 49 años.

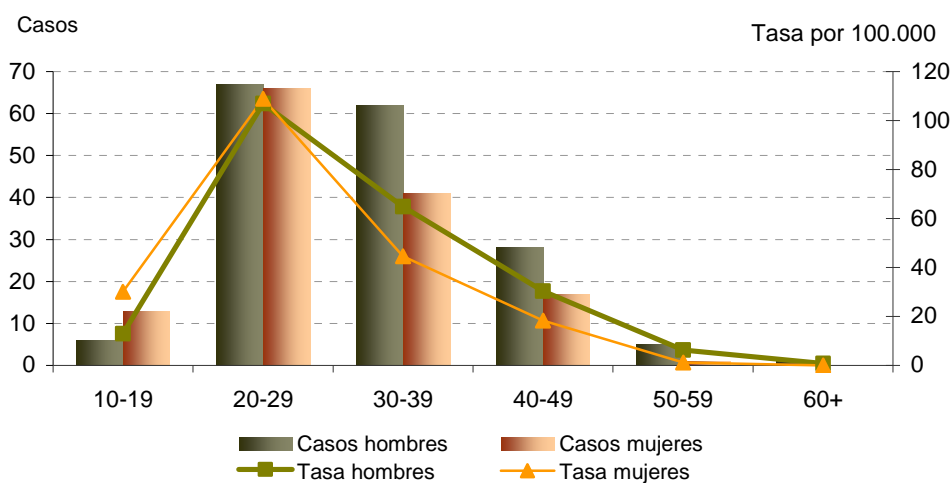
***Treponema pallidum*. Número de casos y tasas**
SIM. Bizkaia. 2012



Chlamydia trachomatis

En 2012 se notificaron al SIM 344 casos de *Chlamydia trachomatis*, 192 correspondientes a hombres y 152 a mujeres. El 69% de los casos se dio entre los 20 y los 39 años de edad.

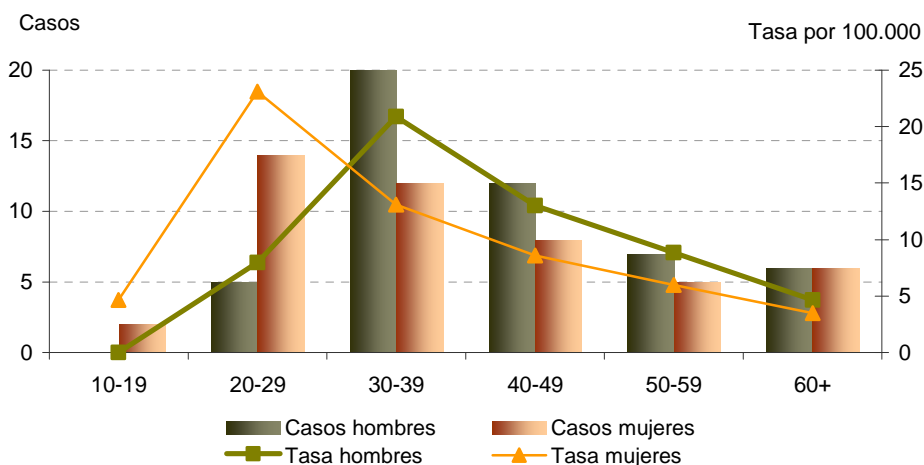
Chlamydia trachomatis. Número de casos y tasas
SIM. Bizkaia. 2012



Herpes virus tipo 2

Se declararon al Sistema de Información Microbiológica 111 aislamientos de Herpes virus tipo 2 (57 hombres y 54 mujeres). El 64% de los casos tenían entre 20 y 49 años de edad.

Herpes virus tipo 2. Número de casos y tasas
SIM. Bizkaia 2012



Escabiosis / Sarna

Durante el año 2012 se produjeron numerosas consultas sobre sarna. Además se intervino en 3 brotes, que se especifican en este resumen:

En el mes de enero se detectó un brote de escabiosis en una asociación a favor de personas con discapacidad intelectual. Las afectadas fueron cinco, todas mujeres, siendo la tasa de ataque entre ellas de 15,1% y la global de la asociación de 7,7%. No se vio afectado ningún trabajador. Esta asociación ya había sufrido un brote en 2007 y, como entonces, se realizó una

intervención única y puntual, se pautó tratamiento oral con Ivermectina a los casos. El seguimiento se mantuvo durante 6 semanas y no se detectaron nuevos casos, pero sí fue necesario repetir el tratamiento a uno de ellos.

En marzo de 2012 nos comunicaron la existencia de varios casos de sarna en un centro escolar. Entre noviembre de 2011 y marzo de 2012 se habían diagnosticado 9 casos (6 de ellos eran hermanos dos a dos) en distintas aulas del centro escolar. Se realizó una intervención que consistió en una reunión/sesión clínica en el centro de salud, que se encargó del tratamiento de los casos y del tratamiento preventivo de los contactos familiares, y otra reunión en el centro escolar con todos los docentes, más el envío de una nota a los padres. También se solicitó la colaboración de los servicios sociales del ayuntamiento para mejorar la información y colaboración entre las familias extranjeras. Tras la intervención se detectaron dos nuevos casos, el total de afectados fue 11, mayoritariamente en educación infantil.

En julio de 2012 se declararon 3 casos de sarna en hombres de una residencia de personas mayores. Tras la intervención se detectaron otros 3 casos, la tasa de ataque fue alta: 22%.

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 que se presenten con signos de severidad clínica o neumonía, que hayan estado expuestos al caso. Los contactos estrechos de todos los casos, independientemente de su severidad, deben ser informados.

En 2012 se declararon 28 casos de enfermedad invasiva por EA (tasa: 2,42/100.000) cuyo diagnóstico fue por hemocultivo, excepto dos muestras de líquido pleural, dos de líquido articular y una de líquido peritoneal. Cuatro casos fueron niños menores de 5 años; uno de ellos fue un caso grave.

Enfermedad invasiva por Estreptococo A por grupo de edad Bizkaia. Año 2012

GRUPO DE EDAD	N.º
MENOS DE 1 AÑO	0
1-4 AÑOS	4
5-24 AÑOS	0
25-64 AÑOS	9
MÁS DE 64 AÑOS	15
TOTAL	28

Siete de los 28 casos cursaron de forma grave: 2 sepsis, 4 neumonías y un derrame pleural. Se produjeron dos fallecimientos: una mujer de 82 años con neumonía y un hombre de 80 con derrame pleural.

Se administró quimioprofilaxis a los contactos íntimos en seis casos y se dio información al resto.

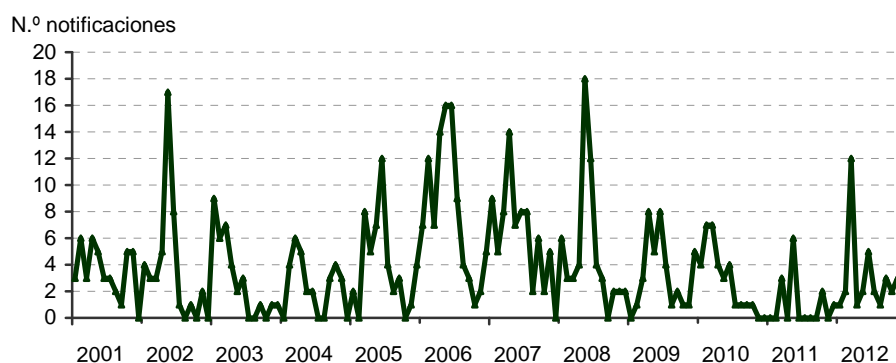
Fiebre Q

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. En el año 2012 se declararon a este sistema 25 casos, lo que supuso un aumento respecto al año anterior (11).

El mayor número de casos se diagnosticaron durante el mes de marzo. En este mes se estudió un brote en un municipio de la comarca Interior que afectó a tres personas, a las cuales se les diagnosticó neumonía. En el mes de junio se produjo otro pequeño brote en la misma comarca con dos personas afectadas e igualmente diagnóstico de neumonía.

Evolución de los casos de fiebre Q
SIM. Bizkaia 2001-2012



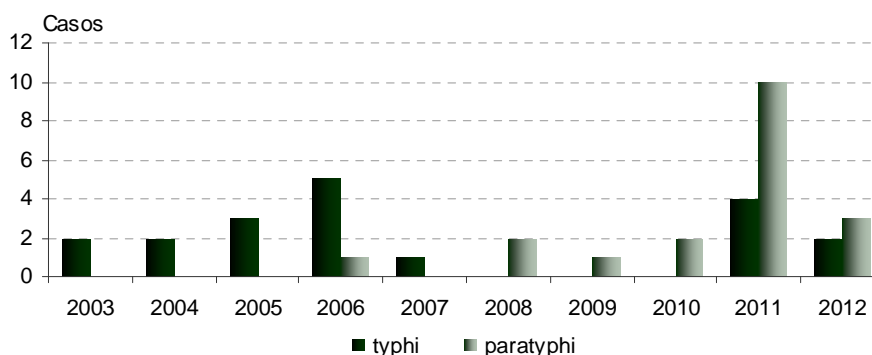
En el gráfico anterior se presentan los casos registrados en el SIM mes a mes, desde 2001 a 2012.

Fiebre tifo-paratífica

CIE 9: 002 CIE 10:A01

Durante el año 2012 se declararon al SIM 5 aislamientos de *Salmonella typhi-paratyphi*: dos *typhi* y tres *paratyphi*. Las dos *S. typhi* declaradas eran cultivos en sangre, una mujer que había viajado a Marruecos y su hija de 5 años. 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. 2003-2012



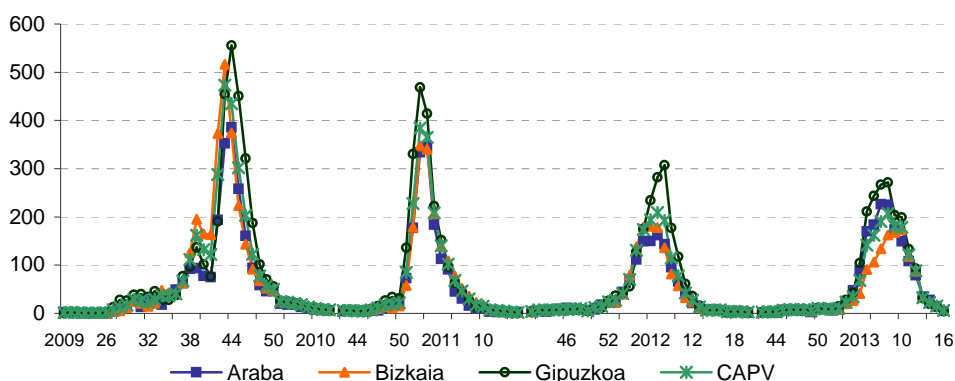
El pico de *S. paratyphi* que se observa en el gráfico corresponde a una agrupación de casos asociada al contacto con tortugas acuáticas.

Gripe (Influenza)

En la CAPV la vigilancia epidemiológica de la gripe se lleva a cabo mediante la red de Médicos Vigía, constituida, en la temporada 2012-2013, por 49 médicos de Atención Primaria que cubren una población de 65.377 habitantes (el 3% de la población). Desde 2009 esta información se complementa mediante 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 hasta la 20 del año siguiente.

Esta temporada 2012-2013 la curva de la gripe ha sido similar a la precedente (ver figura), tanto en intensidad y en duración como en la semana de máxima actividad gripal (semana 7).

Tasa (por 100.000 habitantes) de consultas por síndrome gripal en los tres Territorios Históricos y CAPV. Temporadas 2009/10, 2010/11, 2011/12 y 2012/13



Fuente: Osabide

El virus gripal predominante en la CAPV ha sido el influenza tipo B, si bien en las últimas semanas de la temporada se ha observado una circulación mixta de virus gripales B y A(H1N1)pdm09.

De los 42 casos graves ingresados (16 en Bizkaia), nueve presentaron como factor de riesgo alguna enfermedad pulmonar crónica, siete casos tenían una enfermedad cardiovascular, y cuatro, diabetes. Un 19% (8) eran mayores de 65 años, y un 26% (11) menores de 5 años. El 19% de los afectados afirmaba estar vacunado. En el 76% de los casos el agente causal fue un virus tipo B.

En el ámbito de Bizkaia, se registró un brote en una residencia de mayores que cursó con 63 afectados (38% de tasa de ataque) siendo la media de edad de los afectados de 83 años. Se produjeron cinco defunciones (8% de letalidad) en personas de 91 años de media de edad y se aislaron dos tipos virales: influenza tipo B (50% de los casos) e influenza tipo A(H3N2).

Los datos de la CAPV han sido concordantes con los del conjunto del Estado, donde los tipos circulantes han sido B (75,4%), A (24,5%) y C (0,1%); entre los virus A subtipados, el 85% eran A(H1N1)pdm09 y el 15% AH3.

En Europa se han identificado los tipos/subtipos: A(H1N1)pdm09, A(H3N2), B/Victoria y B/Yamagata. La prevalencia relativa de unos y otros ha variado en función del país. En el oeste de Europa ha predominado el tipo B y en el este el A(H1N1)pdm09.

En América hay también diferencias en función del país: en USA el tipo predominante ha sido el A(H3N2) (56%) con escasa circulación de virus A(H1N1)pdm09 (10%). En Méjico durante las primeras semanas predominó el tipo B y, posteriormente, el AH3. En los países del Caribe y Centroamérica el virus influenza predominante ha sido el tipo A(H1N1)pdm09 y en buena parte de los países de Sudamérica el A(H3N2).

En el norte de África y en Oriente Medio el virus más detectado fue el A(H1N1)pdm09.

Por último, en la región de Asia predominó AH3 en el este y A(H1N1)pdm09 en el oeste.

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.

Vacuna estacional para la próxima temporada

Durante esta temporada se han detectado pequeños cambios antigénicos (drift) en el virus A(H1N1)pdm09, a pesar de lo cual se mantiene bastante similar a la cepa vacunal A/California/07/2009. Del mismo modo la cepa del virus A(H3N2) vacunal es similar antigénicamente a la circulante. Ante estos resultados, la OMS recomienda que la vacuna trivalente estacional 2013-14 en el hemisferio norte incluya las siguientes cepas:

- Cepa similar a A/California/7/2009(H1N1), como A/Christchurch/16/2010 (H1N1)pdm09.
- Cepa antigénicamente similar a A/Victoria/361/2011(H3N2), como A/Texas/50/2012 (H3N2)
- B/Massachusetts/2/2012 (linaje Yamagata)

Y en aquellas vacunas tetravalentes en las que se incluyen dos cepas de virus de la gripe B, una cepa similar al virus B/Brisbane/60/2008(linaje Victoria).

Infección en humanos por el virus influenza A(H7N9) en China

Las autoridades sanitarias han alertado del aislamiento, por primera vez, del influenzavirus aviar A(H7N9). Hasta la fecha (23 abril de 2013), son 108 los afectados, de los que 22 han fallecido. No se ha demostrado una transmisión persona-persona, pero dada la severidad con la que cursa la infección, las autoridades sanitarias permanecen en alerta. Asimismo, en Taiwán han identificado un caso importado que no ha estado, aparentemente, en contacto con aves.

***Haemophilus influenzae* tipo b**

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

En el año 2012 el SIM registró un caso de enfermedad invasiva por *H. influenzae* en menores de 5 años de edad. Se trataba de un niño de un mes de vida, que no había iniciado la vacunación, y que presentó un cuadro de bronquiolitís.

Hantavirus

Los hantavirus infectan a los roedores en todo el mundo y la transmisión a los humanos puede producirse por aerosoles a partir de las excretas de ellos. Las formas más graves pueden progresar a un Síndrome Pulmonar por Hantavirus o Fiebre Hemorrágica con síndrome renal.

A finales del mes de agosto de 2012 se suscitó una alerta por un brote de hantavirus entre los visitantes de una zona de cabañas del Parque de Yosemite en USA. Ante esta situación, entre mediados del mes de junio y finales de agosto, el parque se puso en contacto e informó a los visitantes de la zona.

Según el CDC, en noviembre de 2012 se habían detectado 10 casos, todos residentes en USA, de los cuales 9 habían resultado expuestos en la zona de riesgo indicada. Tres de estos pacientes fallecieron.

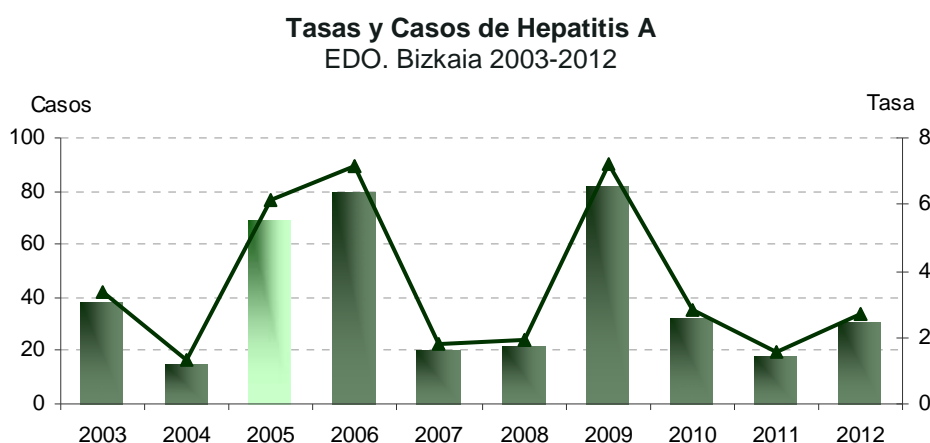
En Bizkaia, se realizaron análisis a una mujer con sintomatología compatible. Las muestras, analizadas en Majadahonda, resultaron negativas. Además se contactó con siete personas residentes en Bizkaia y que habían sido informadas por el propio parque. Ninguno de ellos manifestó síntomas.

El ECDC consideró el riesgo de infección bajo.

Hepatitis A

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

Se declararon 31 casos en 2012 (tasa 2,69/100.000), esto supuso un aumento de casos con respecto al año anterior, situándose en niveles de 2010. Este aumento fue debido fundamentalmente al brote ocurrido entre finales de 2012 y comienzo de 2103 en un municipio de Comarca Interior, en el que se registraron 17 casos en 2012. La tasa en esta comarca fue de 6,54/100.000 y en el municipio ascendió a 94,18/100.000.



La razón H/M fue de 1,58 y el rango de edad de los afectados de 2 a 57 años, estando el 71% entre los 2 y 8 años de edad.

El 48% de los casos estaba asociado a brote epidémico; el 7% se presentó asociado a otro caso conocido y el 45% fueron considerados casos aislados.

Se produjeron 3 agrupaciones de casos. En el primero enfermaron dos hermanos de comarca Interior, cuyo factor de riesgo fue un viaje a zona endémica sin vacunarse previamente, se intervino en el aula de guardería vacunando a 15 niños y a 5 profesores.

La segunda agrupación ocurrió en un colegio de la comarca Ezkerraldea, en el que hubo tres casos en niños de la misma aula, se vacunó a 18 niños.

En el tercer brote se afectaron en total 23 personas: 8 adultos y 15 niños de edades comprendidas entre los 2 y los 8 años; 17 de ellos iniciaron síntomas en 2012. El caso índice fue un niño de 6 años que había viajado en septiembre a zona endémica sin haber sido vacunado previamente. En un principio se adoptaron las medidas preventivas entre los contactos próximos y en determinados centros escolares. Dado que esto no logró romper la difusión del brote, se estableció la vigilancia activa y se vacunó a los niños mayores de 1 año hasta 2º de primaria y a sus profesores, en total 1066 personas.

Entre los casos no asociados a brote, el factor de riesgo más frecuente (4) fue antecedente de desplazamiento a zona endémica de Hepatitis A durante el periodo de incubación (Marruecos, México y Bolivia); dos casos podrían ser atribuibles a la ingesta de alimentos sospechosos. En tres casos no se cita ningún factor de riesgo.

Es importante la declaración precoz de los casos, ya que permite hacer profilaxis con gammaglobulina y vacunar frente a hepatitis A a las personas de su entorno que pueden haber estado expuestas y así evitar nuevos casos. Se realizó el estudio de contactos de todos los pacientes.

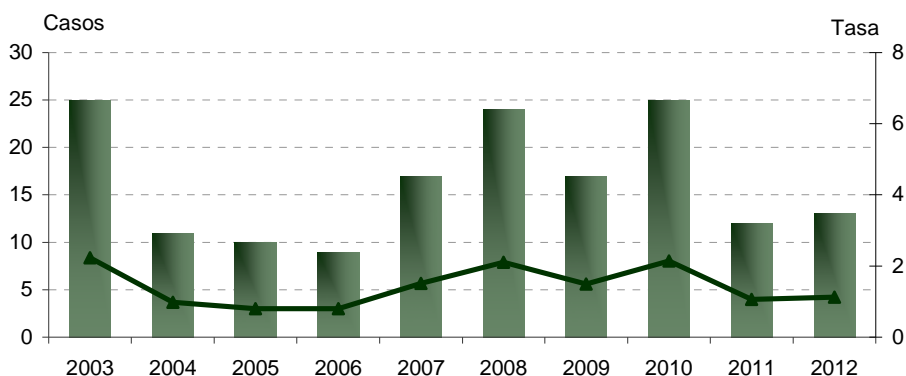
Las medidas de saneamiento y control de alimentos y aguas de bebida de las últimas décadas han eliminado la circulación del virus en nuestro medio; por ello, las cohortes de edad menores de cincuenta años son, en su mayoría, susceptibles a la hepatitis A. Dada esta susceptibilidad en la población de cualquier edad, es importante **recomendar la vacunación frente a 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 2012 se declararon 13 casos de hepatitis B aguda. La tasa fue 1,13 casos/100.000 habitantes, similar a la del año anterior (tasa 1,06/100,000), y el Índice Epidémico de 0,76. Fue un año de baja incidencia comparado con los datos de la última década.

Tasas y Casos de Hepatitis B
EDO. Bizkaia 2003-2012



El rango de edad fue de 19 a 76 años, estando el 62% comprendido entre los 30 y los 64. Únicamente un caso correspondió a una mujer; el resto fueron hombres, continuando con la tendencia de los últimos años en que ha predominado el sexo masculino.

Todos fueron casos 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 12 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 ha vacunado en el medio escolar a los niños de 13 años de edad. En ambos programas se alcanzó 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 fue el último en que se vacunó en los centros escolares, al alcanzar la edad de trece años los vacunados en la primera infancia.

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

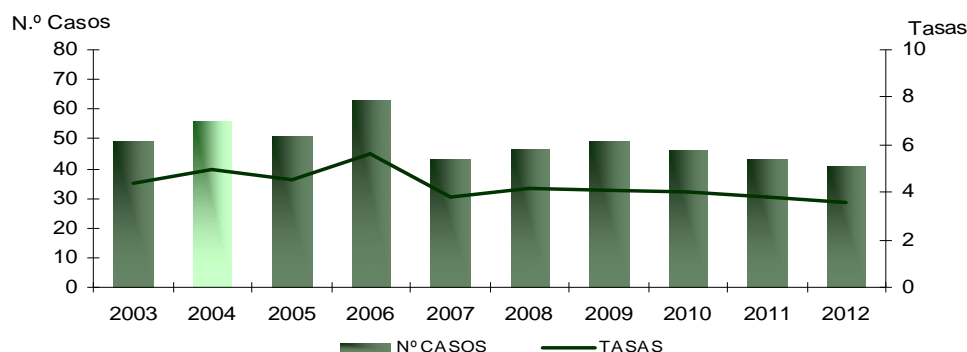
En 2012 fue declarado un caso agudo de hepatitis C aguda, que presentaba sintomatología clínica. Se trataba de un hombre cuya vía de contagio fue el uso de drogas por vía parenteral.

Legionelosis

CIE-9: 482.8; CIE-10: A48.1 – A48.2

En el año 2012 se declararon 41 casos de legionelosis, lo que supuso una tasa de 3,56/100.000, similar a la de años previos. La razón de sexos (h/m) fue de 3,5. La mediana de edad de los casos fue de 56 años (rango: 37-88), mayor en las mujeres (68 años) que en los hombres (54 años). Es de destacar que el 29% (12) tenía más de 75 años. Fallecieron cuatro personas (10% de letalidad).

Casos y Tasas de legionelosis
EDO. Bizkaia 2003-2012



Tal y como se observa 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.

La distribución de los casos a lo largo del año es la habitual de esta enfermedad, con mayor número de casos a finales de verano, aunque este año el pico se ha retrasado hasta octubre y noviembre.

En el Anexo 2 se muestra la distribución por comarcas según el municipio de residencia de los casos. Al igual que en los años 2010 y 2011, la tasa mas elevada fue la de Comarca Interior. La de Bilbao permaneció relativamente estable, y las de Ezkerraldea-Enkarterri y Uribe aumentaron ligeramente.

En cuanto al método diagnóstico, en 35 de los casos se identificó Ag en Orina (mediante la prueba EIA), 5 fueron diagnosticados por detección de Ag en orina positivo en la prueba rápida (ICT) más clínica compatible, y otro por cultivo. 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 8 días.

Entre los factores de riesgo personales, el más frecuente fue el tabaco, ya que 22 casos (53,7%) eran fumadores. Cinco pacientes eran diabéticos y cuatro presentaban enfermedad respiratoria crónica.

Se registraron dos casos nosocomiales (uno definitivo y otro probable). Otro afectado había permanecido durante todo el periodo de incubación en Marruecos.

OSALAN estudió el ambiente laboral de un paciente por haberse considerado un posible riesgo relacionado con su trabajo. Se realizaron también varias investigaciones ambientales por parte del Ayuntamiento de Bilbao y Sanidad Ambiental de las Comarcas de Salud Pública que comprendían viviendas, instalaciones deportivas y un colegio. En ninguna de estas investigaciones se pudo establecer la fuente de la legionella.

Se estudió una agrupación de dos pacientes que residían en el mismo bloque de pisos con fecha de inicio de síntomas en junio y en diciembre. A pesar del estudio de las viviendas y de su entorno no se pudo determinar una fuente común.

Lepra

CIE-9: 030; CIE-10: A30

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

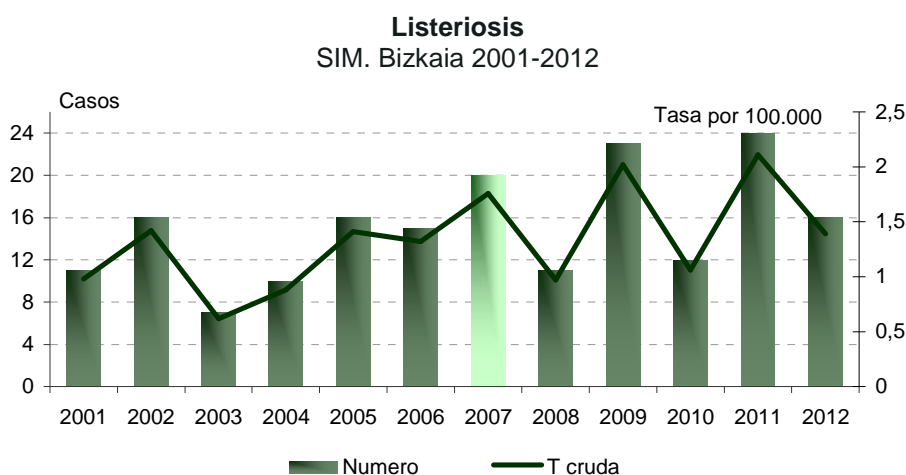
En Bizkaia se declararon dos casos nuevos en 2012, los dos con clínica paucibacilar, uno de ellos originario de Paraguay y el otro con antecedentes de residencia en Marruecos.

En el Registro Estatal de Lepra, actualizado a 31 de diciembre de 2012, había 56 casos prevalentes en todo el Estado y 9 incidentes en 2012, en cinco de los cuales constaba como origen del caso un país Sudamericano, dos procedían de Asia y uno de Marruecos. 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 2012 los laboratorios de microbiología de Bizkaia declararon 16 aislamientos de listeria, lo que supuso una tasa de 1,39 por 100.000 habitantes, tasa que aumenta hasta 3,51/100.000 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 2001 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.



Los aislamientos fueron doce en hemocultivo, tres en LCR y uno en absceso cerebral.

El 50% eran hombres, el rango de edad fue amplio (0-82) y la media de edad alta; seis de cada diez eran mayores de 60 años. Entre los casos investigados en Bizkaia, hubo cuatro materno-fetales: tres embarazadas que presentaron bacteriemia y un recién nacido con sepsis neonatal. El resto fueron bacteriemias.

Entre los factores de riesgo recogidos figuran: 4 embarazos, 5 historia de cáncer y el resto padecían EPOC u otras patologías crónicas. Solo en un caso no se identificó ningún factor de riesgo. Un afectado falleció.

Se declaró un brote alimentario que afectó a dos embarazadas y al hijo de una de ellas. El vehículo alimentario fue un queso.

Lyme, enfermedad de

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

Durante el año 2012 se declararon al SIM 6 serologías positivas para *Borrelia burgdorferi*, pero a partir del sistema de altas hospitalarias se detectaron tres casos más. Todos los casos eran adultos entre 26 y 84 años, y seis de ellos recordaban el antecedente de la picadura por garrapata.

Meningitis bacteriana

CIE-9: 320, 0360

Durante 2012 se registraron 53 altas en los hospitales de Osakidetza en las que constaba una 'meningitis bacteriana' en alguno de los diagnósticos; esto supuso una frecuentación hospitalaria de 4,6 por 100.000 habitantes, similar a la presentada en 2011 (4,3/100.000).

N.º de casos, tasa de frecuentación y letalidad hospitalaria por meningitis bacteriana Osakidetza-EXPLOGRD. Bizkaia 2012

	N.º casos	Tasa	Fallecidos	Letalidad
<i>Haemophilus</i> (CIE-9:3200)	0	0	-	-
<i>Pneumococcus</i> (CIE-9:3201)	9	0,8	1	11,1%
<i>Streptococcus</i> (CIE-9:3202)	4	0,4	1	25%
<i>Staphylococcus</i> (CIE-9:3203)	5	0,4	1	20%
Otras bacterias (CIE-9:3208-3209)	23	2,0	1	4,4%
Meningococo (CIE-9: 0360)	8	0,7	-	-
Listeria (CIE-9: 0270)	4	0,7	-	-
Total casos	53	0	-	-

En el 17% de los casos la bacteria causante de la meningitis fue el neumococo. En el 43% de los casos no se especificó el tipo de bacteria causante de la meningitis, 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 53% de los afectados fueron hombres. El rango de edad fue muy amplio, comprendiendo desde neonatos hasta los 90 años, con un promedio de 49 años.

La letalidad hospitalaria fue de 7,6%; los fallecidos eran personas que presentaban otras patologías de base.

Meningitis vírica

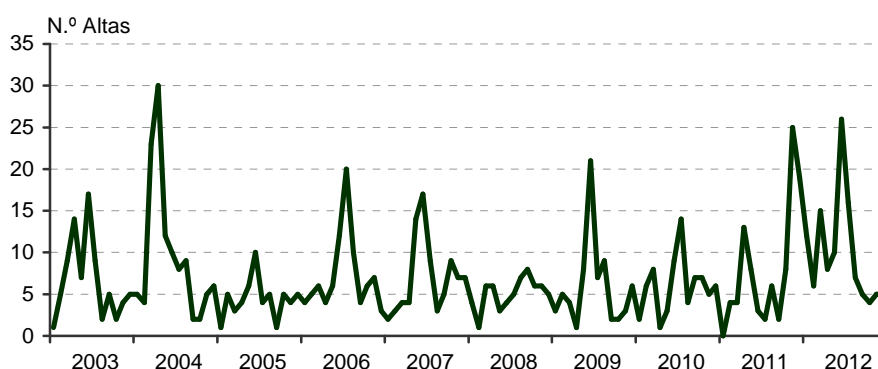
Enterovirus CIE-9:047; 0490; CIE-10: A87

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 2012 se declararon 47 aislamientos (31 en 2011), siendo 35 virus ECHO, 4 virus *Coxsackie* y 8 enterovirus. El 58% de los aislamientos se produjo entre mayo y julio, siendo el 64% de los afectados menores de 10 años.

Por otro lado, en 2012 el Registro de Altas Hospitalarias recogió 119 ingresos por meningitis vírica (94 en 2011), de los cuales el 17% eran menores de 10 años. El máximo se produjo en los meses de junio y julio (ver gráfico).

Meningitis vírica EXPLO-GRD. Osakidetza. Bizkaia 2003-2012



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

Meningocócica, enfermedad

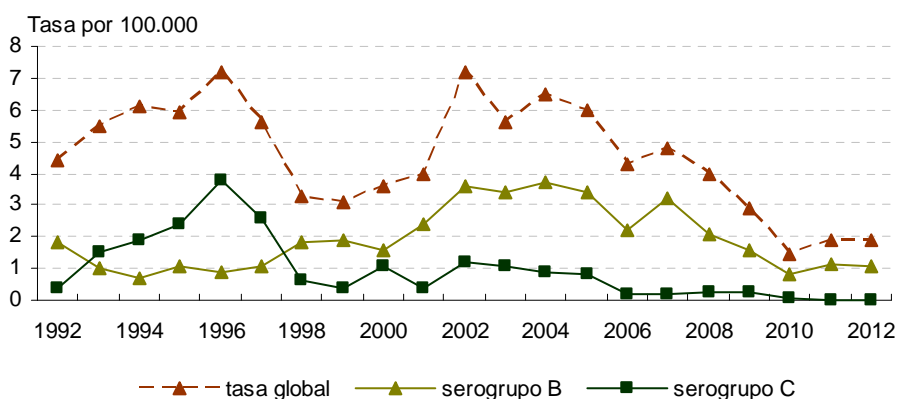
CIE-9: 036; CIE-10: A39

Fueron declarados 22 casos de enfermedad meningocócica, tasa de 1,90 por 100.000 habitantes, similar a la del año pasado. La tendencia sigue siendo descendente respecto a años anteriores.

Se confirmaron microbiológicamente 17 de los 22 casos declarados (77%). En 12 pacientes se aisló Meningococo serogrupo B, en uno serogrupo Y, en otro serogrupo A y en dos serogrupo W135. Solo en un caso no se pudo determinar el serogrupo. Se observa un aumento relativo de aislamientos de los serogrupos poco frecuentes en nuestro medio.

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

Casos de enfermedad meningocócica por año EDO. Bizkaia 1992-2012



Continuamos sin ningún caso de enfermedad meningocócica por meningococo C.

Casos de enfermedad meningocócica por grupos de edad y serogrupo EDO. Bizkaia 2012

Grupo de edad	Casos confirmados microbiológicamente				Casos probables (microbiología neg.)	Total	Tasa por 100.000	N.º fallecidos Letalidad %	
	Serogrupo								
	B	C	Otros	SG*					
<10 años	7	-	2	1	2	12	12,88	1	8,33%
10-19 años	-	-	1	-	-	1	1,13	-	-
20-39 años	1	-	-	-	1	2	0,59	-	-
>39 años	4	-	1	0	2	7	1,13	-	-
TOTAL	12	-	4	1	5	22	1,90	-	-

* Sin agrupar

Existen importantes diferencias según la edad. El grupo más afectado es el de menores de 10 años, sin embargo el de 10 a 19 años solo tuvo un caso.

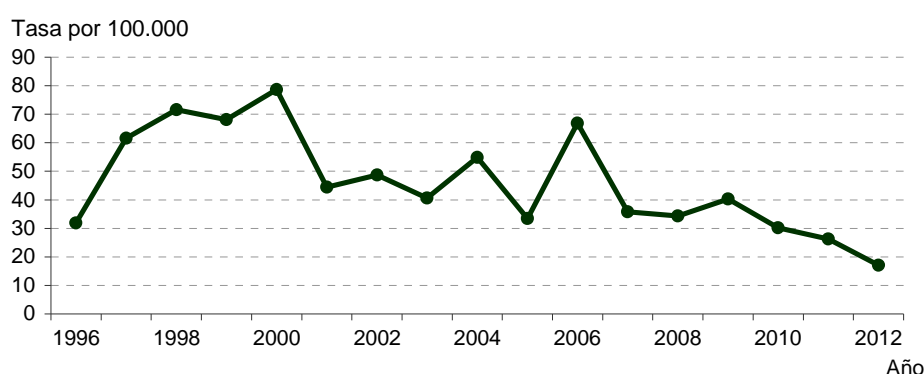
Se observan diferencias destacables en las tasas de incidencia comarcales, entre 0,48 en Uribe y 4,15 en Interior.

Neumocócica, enfermedad

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

En Bizkaia, durante 2012, se declararon al SIM 9 casos de enfermedad invasiva por *Streptococcus pneumoniae* en niños menores de 5 años, lo que supuso una tasa de 17,1 casos por 100.000 para este grupo de edad, inferior a la de 2011 (26,2 por 100.000). En todos los casos se aisló neumococo en hemocultivo.

Tasa de enfermedad neumocócica invasiva en menores de 5 años Bizkaia 1996-2012



Cinco de los niños tuvieron neumonía (uno de ellos con derrame pleural y otro con un absceso pulmonar), en dos casos el diagnóstico fue de bacteriemia y en los otros dos de otitis media. Un niño tenía una enfermedad crónica y, aunque estaba vacunado, el serotipo causal no estaba incluido en la vacuna. El serotipo se conoce en todos los casos, 5 (56%) están comprendidos en la vacuna de 13 valencias. Uno de estos niños tenía menos de 2 meses, por lo que no sería prevenible por vacunación.

Por lo que respecta al conjunto de la población, en Bizkaia se produjeron 301 altas hospitalarias por neumonía neumocócica en el conjunto de hospitales de Osakidetza; de estas, 194 (64,5%) se produjeron en mayores de sesenta y cuatro años, lo que supuso una tasa de 83,81/100.000 habitantes en este grupo de edad. Además, este año hubo 33 sepsis por neumococo y 9 ingresos por meningitis (12 sepsis y 3 meningitis en mayores de 64 años).

Paludismo / Malaria

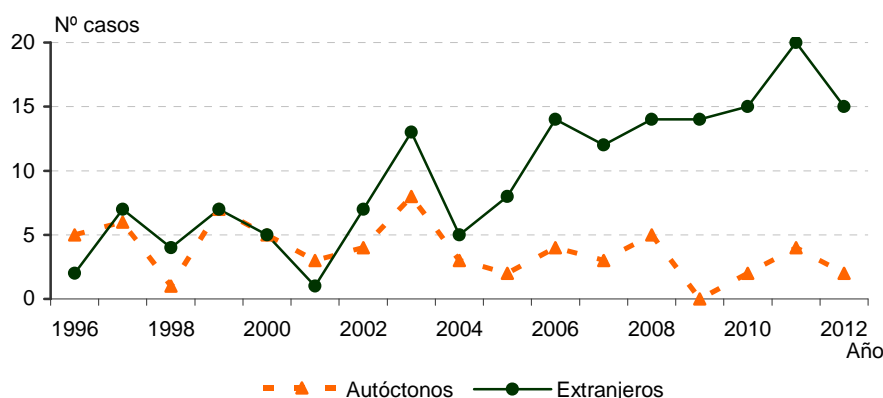
CIE-9: 084; CIE-10: B50 - B54

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 2012 se declararon en Bizkaia 17 casos de paludismo. Los afectados fueron 15 hombres y 2 mujeres, con un rango de edad entre 5 y 57 años, y una media de 36.

Se identificó *Plasmodium falciparum* en 15 casos, *P. ovale* en uno y *P. vivax* en otro.

Número de casos de paludismo en población autóctona y extranjera
EDO. Bizkaia 1996-2012



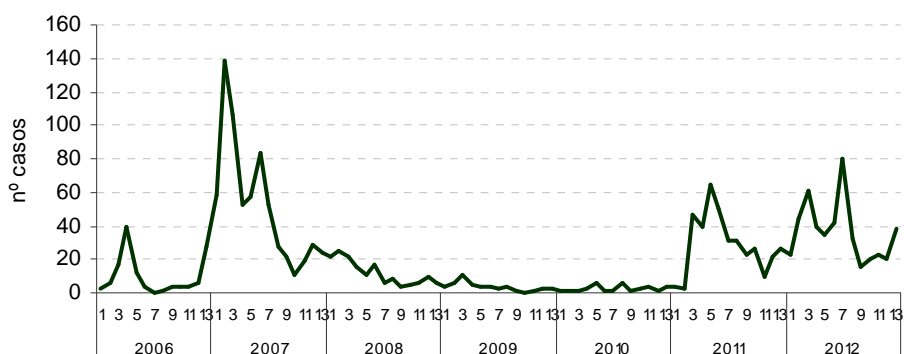
El lugar de origen de la infección fue África central y occidental, destacando Guinea Ecuatorial, Mali y Senegal, con 3 casos cada uno. Excepto un caso en el que la infección se transmitió por trasplante hepático y otro que viajó a África por turismo, los afectados eran originarios de zonas endémicas que habían viajado a su lugar de origen temporalmente. En ninguno de los casos consta que hubiera tomado quimioprofilaxis.

Parotiditis vírica (paperas)

CIE-9: 072; CIE-10: B26

En 2012 se declararon 472 casos a través del sistema EDO, lo que supuso una tasa de 40,96 por 100.000, superior a la de 2011 (32,81/100.000).

Nº. casos por cuatrisesmana 2006-2012 EDO. Bizkaia



Al valorar la distribución por edad, el 67% de los casos tenían entre 10 y 24 años. El 40% de los casos se dio en el grupo de edad de 15-19 años. La razón H/M en 2012 fue de 1,2.

En cuanto a la distribución espacial, destacó la alta tasa de la comarca Uribe (76,5/100.000), mientras que en el resto de comarcas las tasas se mantuvieron entre 20 y 33 casos por 100.000. En el Anexo 2 pueden consultarse los datos sobre distribución por edad y comarca sanitaria.

En el registro de altas hospitalarias la parotiditis vírica consta como diagnóstico principal en cuatro ocasiones; dos de ellas cursaron con orquitis y las otras dos sin complicaciones. Además, constaron como diagnóstico en otra posición (no como causa del ingreso) en otros tres casos: una orquitis urliana, una meningitis urliana y un caso no complicado.

En los primeros meses de 2013 se mantiene la circulación sostenida del virus (112 casos hasta la semana 15).

El año pasado solicitamos a Osakidetza los datos de Osabide sobre los diagnósticos de parotiditis vírica en Atención Primaria. A partir de estos datos, observamos que entre los años 2006 y 2011 sólo se declaró al sistema EDO el 50% de los diagnósticos introducidos en Osabide. Por lo tanto, es de suponer que el número real de casos en 2012 duplicó los datos de los que disponemos a través del sistema EDO. En la comparación entre ambas fuentes (Registro EDO y Osabide), no había diferencias importantes en la distribución temporal, espacial, ni por grupos de edad y sexo.

En el conjunto del Estado se declararon 8.563 casos (tasa 18,54/100.000). Las mayores incidencias, además de en Euskadi, se dieron en Navarra, Asturias y Castilla y León.

En definitiva, a pesar de las altas coberturas de vacunación, el virus continúa circulando entre la población, manteniendo una presentación epidémica de la enfermedad cada 3-5 años, con un patrón claramente estacional en los meses de invierno y primavera.

Poliomielitis

CIE-9: 045; CIE-10: A08

En 2012 se registraron en todo el mundo 217 casos de poliovirus salvaje (WPV) de los que 211 se localizaron en los únicos tres países endémicos: Nigeria (122), Pakistán (58) y Afganistán (37); Chad y Níger son los otros países afectados con 5 y 1 casos respectivamente. Asimismo, se identificaron 68 casos asociados al virus vacunal (cVDPV).

Ante esta situación, la OMS estableció un plan de acción de emergencia para los tres países endémicos, cuyo objetivo era alcanzar unas coberturas vacunales suficientes que permitieran detener la transmisión del virus; para ello se tratará de reforzar las actuaciones en los núcleos más reticentes a la vacunación. En este contexto, el último informe de la OMS alertó de la situación de Pakistán, donde la etnia pastún, que supone no más de un 15% de la población, concentra el grueso de los casos. Según el mismo informe, un 41% de los padres de esta etnia afirmaba no haber oído hablar de la poliomielitis, y un 11% de la población de todo el país se negaba a su vacunación por no recibir el beneplácito de los ancianos de la familia y/o por una percepción de que la vacuna era nociva o innecesaria.

La existencia de estos países endémicos supone un riesgo ya que los movimientos migratorios amenazan con extender el virus a otros países.

En este sentido, se recomienda mantener elevadas las tasas de vacunación, así como extremar las medidas de vigilancia frente a casos de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en menores de edad.

España, debido a su situación geográfica, debe mantener la vigilancia pese a que el último caso de poliovirus salvaje autóctono se identificó en 1988, evitando que la ausencia mantenida de casos relaje la vigilancia. El último informe de evaluación del sistema de vigilancia de la PFA del CNE (2011) alertó de que la sensibilidad del sistema, aunque ha mejorado, estaba por debajo de los niveles deseables.

En lo que respecta a la CAPV, a lo largo de 2012 se declararon 3 casos de PFA; uno en Álava (Hospital de Txagorritxu) y dos en Bizkaia (Hospital de Basurto). Ninguno fue causado por un poliovirus y los diagnósticos definitivos fueron los siguientes: Guillain Barré, mielitis transversa y traumatismo.

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 Grecia, país que había estado libre de rabia desde 1987, en el año 2012 notificaron dos casos confirmados, en un zorro y en un perro pastor, en la región de Macedonia Occidental, fronteriza con Albania.

En España, los territorios peninsulares e insulares no han registrado casos de rabia en animales terrestres desde el año 1975. El virus de la rabia (EBLV) circula entre los murciélagos. Sin embargo en el año 2012 se notificaron varios incidentes:

- En febrero se implantó una alerta, ya que se había detectado un perro rabioso en Holanda procedente de Marruecos y que había permanecido en España.
- En el año 2012 se informó de que en 2011 se había detectado un murciélago positivo a lisavirus en Lérida; este lisavirus era diferente a los detectados hasta entonces. En diciembre se notificó otro murciélago positivo a lisavirus, que había sido capturado en agosto, en Barcelona.
- En julio, en Melilla y Ceuta, se confirmaron sendos casos de rabia canina en perros vagabundos. En diciembre se declaró otro perro positivo a rabia en Melilla.

Durante 2012 se administró vacuna antirrábica en Bizkaia a 130 personas. La mayoría fueron tratamientos pre-exposición a viajeros a zonas endémicas, aunque a 12 personas se les indicó tratamiento post-exposición. En uno se inició el tratamiento porque se había sacrificado el animal mordedor y en otro caso se inició sin indicación adecuada. Los 10 restantes habían sido agredidos por animales en países con endemia de rabia; en 5 casos los animales agresores fueron monos.

Durante el mes de septiembre, ante los problemas del suministro de vacuna por parte de los laboratorios, limitamos la indicación de vacunación pre-exposición a los viajeros de mayor riesgo.

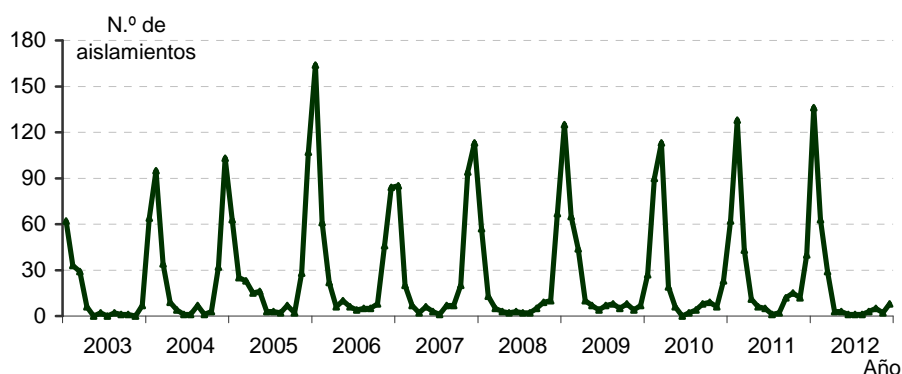
Rotavirus

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

Se declararon al SIM 255 determinaciones de rotavirus, 82 menos que en 2011. El pico de la onda se produjo en enero, con 136 casos. Como es habitual, en los tres primeros meses del año se produjo el 90% de los aislamientos.

El 97 % de los casos declarados eran menores de 3 años de edad. En el mismo periodo hubo 35 ingresos por infección con rotavirus y, entre estos, el 83% eran menores de 24 meses.

Distribución por mes de aislamientos de rotavirus notificados
SIM. Bizkaia 2003-2012



Rubéola

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

Desde el año 2005, en el que hubo un brote en población de origen extranjero, no se han declarado casos de rubéola en Bizkaia. En el año 2012 no se declaró ninguna sospecha de esta enfermedad.

Respecto al SRC (Síndrome de Rubéola Congénita), durante al menos los últimos 24 años no se ha declarado ningún caso en Bizkaia.

La ausencia de casos conlleva el riesgo de poca familiaridad con esta 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.

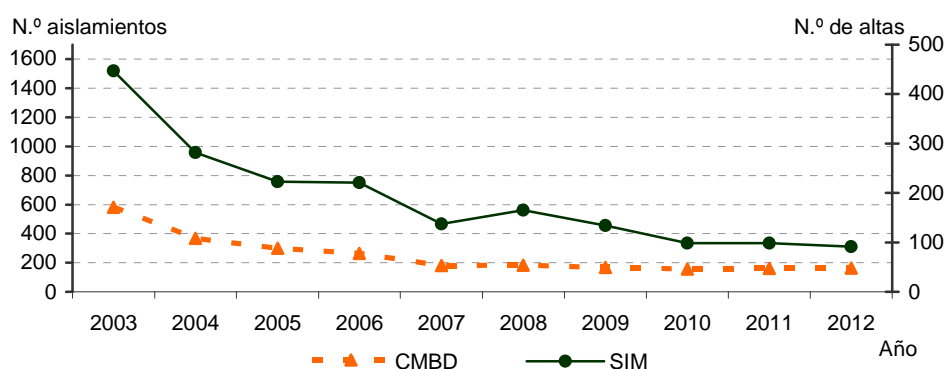
Salmonelosis

CIE-9: 003; CIE-10: A02

Durante el año 2012 se mantuvo la tendencia descendente iniciada en el año 2003, con 311 aislamientos declarados al SIM. El 45% eran menores de 10 años, el 30% tenían entre 10 y 60, y el resto eran mayores de 60.

En el mismo periodo hubo 48 ingresos por salmonelosis (diagnóstico principal). Si consideramos que todos los ingresos 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 20% de los adultos de 14-64 años y el 37% de los mayores de 64.

Número de Salmonellas
SIM y CMBD. Bizkaia 2003-2012



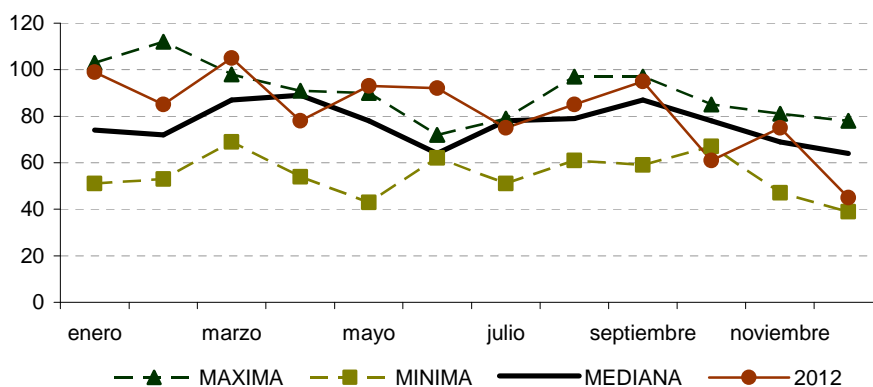
Por primera vez, el porcentaje de aislamientos de *S. Typhimurium* (39%) fue superior al de *S. Enteritidis* (35%).

SAMR (*Staphylococcus Aureus* Resistente a la Meticilina)

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

Se notificaron al SIM 990 aislamientos de *Staphylococcus Aureus* Resistente a la Meticilina, prácticamente el mismo número que el año anterior.

Aislamientos de SAMR. Canal endemo-epidémico 2007-2011 y año 2012
SIM. Bizkaia



En el mes de diciembre de 2012 se declaró un brote en una residencia de la Comarca Uribe que afectó a tres mujeres de 78, 91 y 93 años. Tras el estudio de las cepas en el Laboratorio de Majadahonda, la conclusión fue que las cepas estudiadas no presentaban, por PFGE (electroforesis en campo pulsado), perfiles relacionados epidemiológicamente.

Sarampión

CIE-9: 055; CIE-10: B05

En el año 2012 hubo dos casos confirmados de sarampión y cuatro sospechas que se descartaron tras ser investigadas.

Los dos casos confirmados constituyeron un cluster laboral. Se trataba de dos hombres de 36 y 38 años de edad. El caso índice había estado en Cataluña durante el período de incubación. En una de las muestras biológicas se identificó el genotipo D4, el mismo que produjo la mayoría de los casos de 2011. Por su edad, ninguno de los dos casos había recibido la vacuna frente al sarampión.

Por los datos históricos de vacunación, estimamos que los nacidos a partir de 1987 (25 años de edad en 2012) han sido candidatos a recibir dos dosis de vacuna (monovalente o TV) a lo largo de su vida. Los nacidos entre 1978 y 1986 (26 a 34 años de edad en 2012) han sido candidatos a recibir, al menos, una dosis.

En el Estado Español y en Europa también se mantuvo la circulación del virus, aunque el número de casos descendió con respecto a 2011. En el Estado hubo 1.219 casos confirmados (741 de ellos en la Comunidad Valenciana y 213 en Madrid). En Europa se declararon 8.230 casos (frente a más de 30.000 en 2010 y 2011). Destacaron por número de casos: Rumanía (3.843), Reino Unido (1.902), Francia (859) e Italia (682). Junto con España, acumularon el 94% de los casos europeos.

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.

Además, es de especial importancia que el personal sanitario esté correctamente inmunizado frente al sarampión.

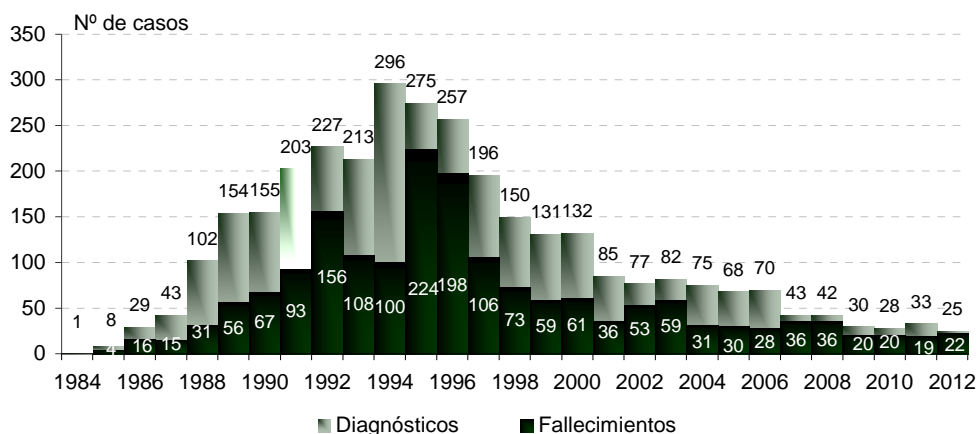
SIDA y VIH

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 2012 se diagnosticaron 25 casos de SIDA, un 24,2% menos que en el año anterior (38). El número acumulado desde 1984 hasta 2012 es de 3.230 casos; de estos han fallecido 1757.

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 1984-2012

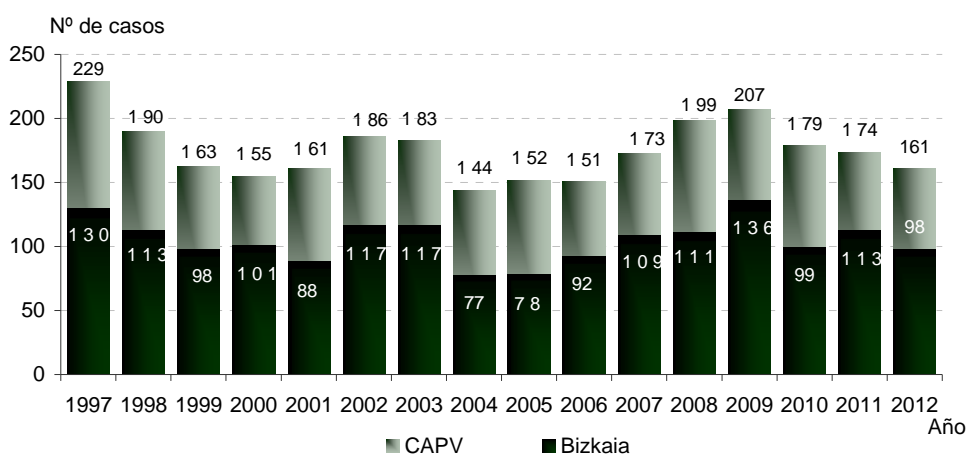


De los 25 diagnosticados de SIDA durante el año 2012, 21 eran hombres y 4 mujeres. En el 16%, el mecanismo de transmisión identificado fue el uso de drogas por vía parenteral (UDVP), en el 36% la transmisión heterosexual y en el 32% la transmisión homo/bisexual.

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 1997-2012

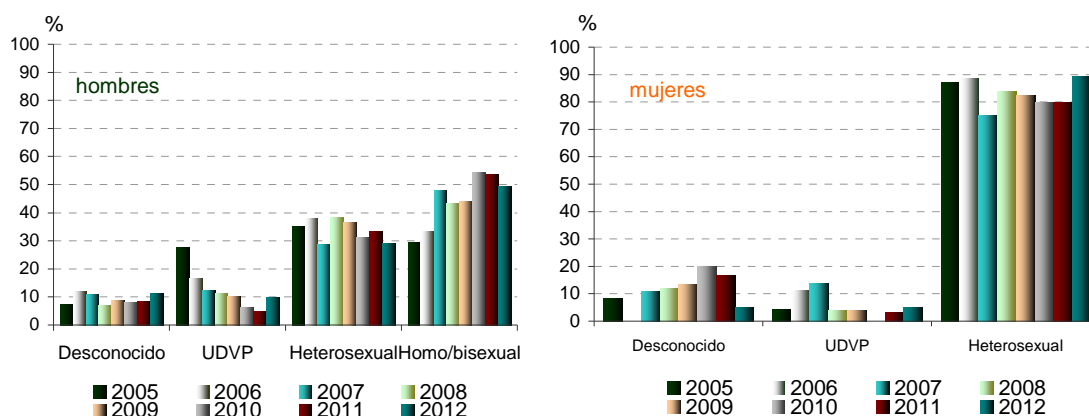


Durante 2012 se diagnosticaron 98 nuevas infecciones por VIH en Bizkaia. El 81% eran hombres y la media de edad de los casos nuevos fue de 37,8 años en los hombres y 36 en las mujeres.

El 41% de los nuevos infectados adquirió la infección a través de relaciones heterosexuales, el 40% por vía homosexual, el 9% 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:

VIH. Mecanismos de transmisión

Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual. Bizkaia 2005-2012



El porcentaje de extranjeros entre las nuevas infecciones fue de 29%.

Tétanos

CIE-9: 037; CIE-10: A35

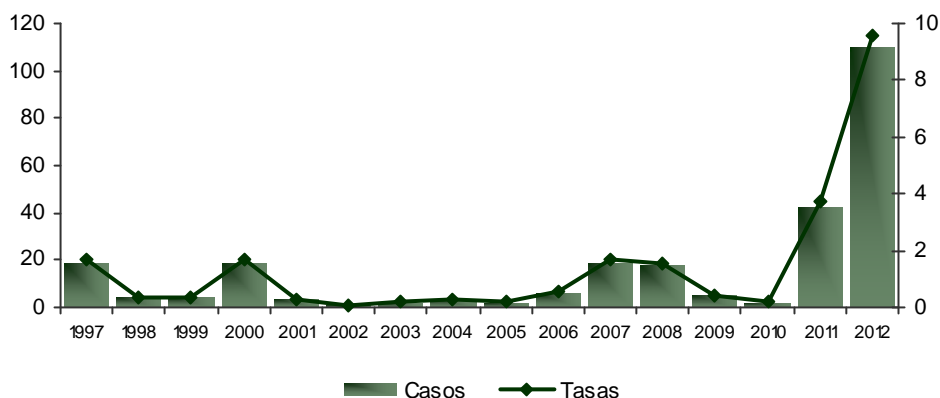
Se produjo un caso de tétanos en una mujer de 86 años; no estaba vacunada previamente y tras una herida casual en la pierna no se realizó inmunización antitetánica. La paciente permaneció casi dos meses hospitalizada.

Tos ferina

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

En 2012 se declararon en Bizkaia 110 casos de tos ferina (tasa 9,55/100.000), el mayor número de casos de los últimos dieciséis años (ver figura). El índice epidémico de 2012 fue de 7 (Anexo 2).

Casos y Tasas de Tos ferina. Distribución temporal
EDO. Bizkaia 1997-2012



La mayor parte de los casos (43) fueron menores de un año (tasa: 419,15/100.000). Al igual que en años anteriores, fueron raros los casos aislados, estando la mayor parte asociados a otro caso, generalmente dentro del núcleo familiar.

En lo que respecta al estado vacunal, de los 102 afectados de los que se tuvieron datos, 42 no estaban vacunados correctamente (33 no tenían ninguna dosis y en 9 casos la vacunación era incompleta).

Este aumento de casos experimentado en 2012 es paralelo a la situación estatal; los casos de tos ferina han aumentado en los últimos años (en 2010 hubo 884 casos; en 2011, 3.239, y los datos provisionales de 2012 rondan los 3.300 casos). Hay que destacar el caso de las Islas Canarias donde, en 2012, se produjo un brote epidémico con 1.043 casos (14 ingresos en UCI).

En el resto del mundo también fueron varios los países que experimentaron un incremento llamativo de casos; destaca Australia con 24.000 afectados (tasa de 106/100.000; tasa de 246/100.000 en la Isla de Tasmania); USA con más de 41.000 casos, Colombia con más de 50 defunciones en lactantes y más de 2.000 casos, y, el más cercano, Reino Unido con 9.740 casos, que multiplica por diez el número de casos de 2011.

Ante esta situación algunos países modificaron su calendario vacunal, recomendando la vacunación a otros grupos de riesgo.

Toxiinfecciones de origen alimentario (TIAs)

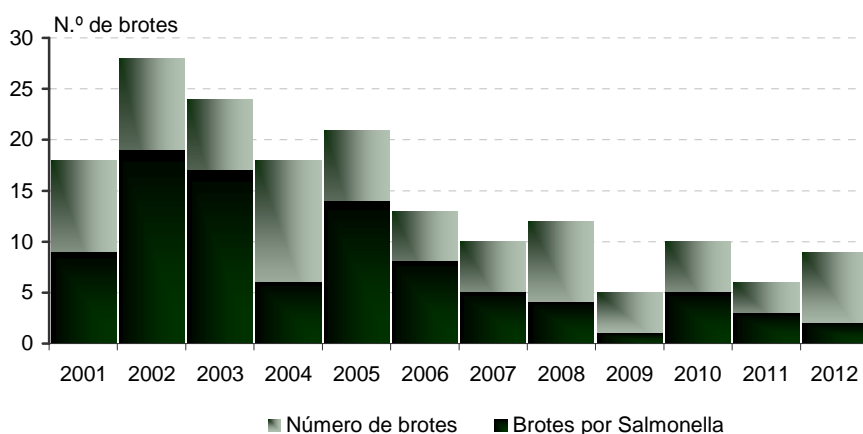
Durante el año 2012 se investigaron 9 brotes de origen alimentario: en 6 se identificó el agente causal y, en 4 de ellos, el alimento responsable.

En dos brotes se aisló *salmonella* en los coprocultivos solicitados a los afectados; en ambos casos el vehículo responsable fue elaborado con huevo. En el brote producido por *Listeria monocytogenes*, la bacteria se aisló en hemocultivo y en el alimento sospechoso (queso). Hubo dos brotes por *Clostridium botulinum*: un botulismo del lactante y un brote familiar. En el botulismo del lactante se identificó neurotoxina botulínica B en una muestra de heces y no se pudo identificar el vehículo responsable. En el brote familiar, con dos afectados, se identificó neurotoxina B en muestra de heces de ambos y se confirmó la contaminación de una conserva casera de puerros con toxina botulínica. Hubo un brote en un centro hospitalario, con 7 personas afectadas (6 pacientes y una trabajadora), se identificó virus Norwalk (*Norovirus*) pero no se confirmó el vehículo responsable.

El alimento se consumió en domicilios particulares en cinco ocasiones, en establecimientos públicos en dos ocasiones, en un establecimiento sanitario en uno y en el ámbito comunitario en otro.

Como refleja la gráfica siguiente, el número de brotes mantiene la tendencia descendente, a pesar de haber aumentado respecto al año anterior, al igual que sucede con los aislamientos de salmonella.

Toxiinfecciones alimentarias global y por Salmonella EDO. Bizkaia 2001-2012



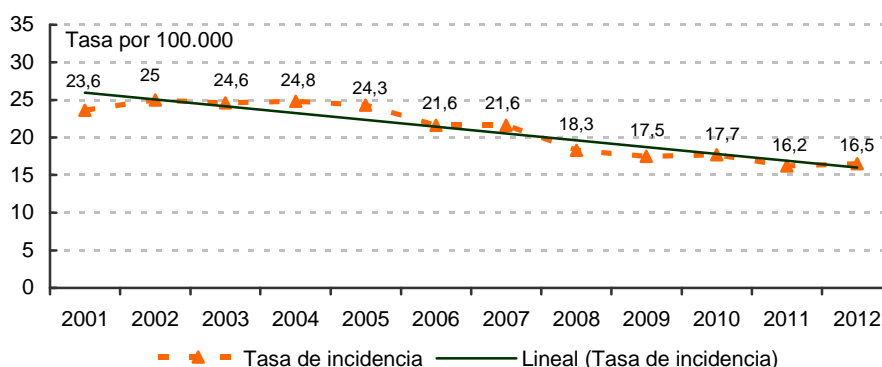
En total hubo 319 afectados; 288 casos pertenecían a un brote de ámbito comunitario que afectó a dos municipios colindantes. La curva epidémica sugería un brote de fuente común con una posible transmisión posterior persona a persona. Las características clínicas y epidemiológicas orientaban hacia una causa vírica de probable origen hídrico. Afectó a la población general, de todas las edades y de ambos sexos por igual, así como a dos centros escolares (alumnado y profesorado) y a tres residencias para mayores de la zona (residentes y trabajadores/as). No se identificó la causa ni el vehículo responsables.

Tuberculosis

CIE-9: 010 - 018; CIE-10: A15 – A19

El número de casos de tuberculosis registrados en 2012 fue de 190 (187 en 2011), tasa: 16,5/100.000, ligeramente superior 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.

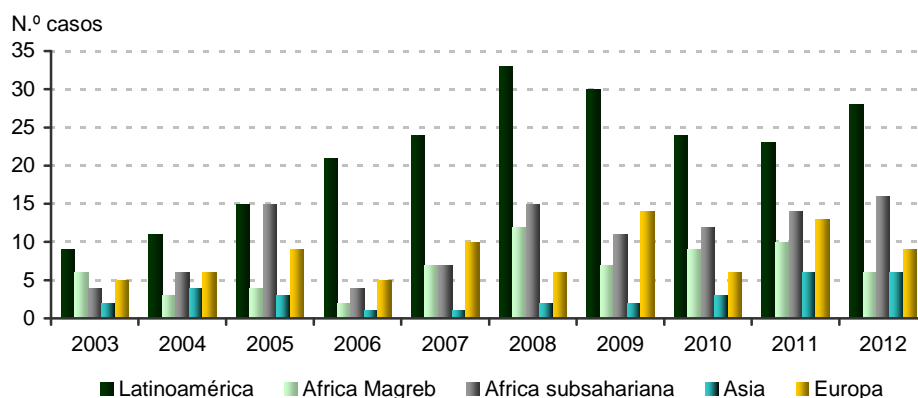
Tuberculosis. Tasa de incidencia y línea de tendencia EDO. Bizkaia 2001-2012



La razón H/M fue 1,4, y el grupo de edad de máxima incidencia el de 20-24 años (28,72/100.000).

El número de pacientes extranjeros fue similar al año anterior: 65 en 2012 (66 en 2011), lo que supuso un 34% del total de casos registrados. La mayoría de estos pacientes procedía de Latinoamérica (28); el resto de África (22) (6 Magreb y 16 África subsahariana), Asia (6) y Europa (9, seis 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 1,1.

Tuberculosis. Casos en extranjeros según origen EDO. Bizkaia 2003-2012



Utilizando como denominador la revisión del padrón municipal a 1 de enero de 2013, publicada por el INE, la tasa de tuberculosis en el colectivo de extranjeros en Bizkaia fue de 86,05 casos por 100.000 habitantes (87,87 en 2011).

La localización de la enfermedad fue pulmonar, con o sin otras localizaciones, en el 63% de los casos. Se declararon 4 tuberculosis meningéas en adultos.

El 69% de los casos declarados tuvieron diagnóstico bacteriológico, con cultivo positivo en una o más muestras biológicas. La tasa de bacilíferos fue inferior a la del año anterior: 4,51 por 100.000 (5,98 en 2011).

Después del tabaquismo (42 casos), SIDA y diabetes fueron los factores de riesgo más frecuentemente descritos, en 18 y 14 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 21 por 100.000. El 45% de los casos extranjeros tenían su residencia en esta comarca, donde disminuyó tanto su número como su tasa comarcal respecto a 2011.

Tuberculosis. Tasa y n.º de casos total y en extranjeros por comarca sanitaria EDO. Bizkaia 2012*

COMARCA	TOTAL CASOS		CASOS EXTRANJEROS	
	Casos	Tasa/100.000	Casos	Porcentaje
BILBAO	75	21,14	33	44,00
EZKERRALDEA / ENKARTERRI	53	18,05	14	26,42
INTERIOR	32	11,79	9	28,13
URIBE	24	11,23	8	33,33

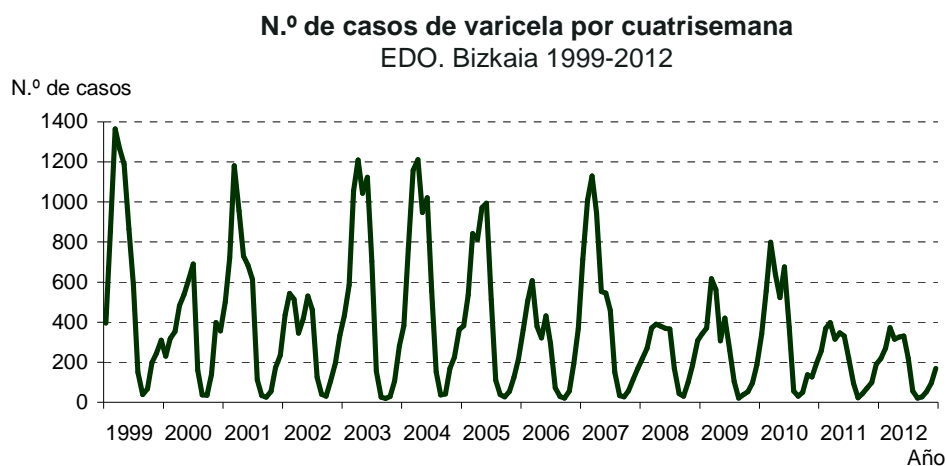
* No incluye 6 casos en Ermua, uno de ellos extranjero.

Varicela

CIE-9:052; CIE-10:BO1

Se declararon 3194 casos de varicela, lo que supuso una tasa de 277,16 casos por 100.000, similar a la de 2011 (242,51/100.000). Como en años anteriores, el mayor número de casos se produjo en primavera.

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, tal y como se observa en el gráfico.



En el registro de altas hospitalarias constan 32 ingresos hospitalarios con el código de varicela como diagnóstico principal. De ellos, diecisiete tenían quince o más años de edad. Aproximadamente la mitad (17) de los casos ingresados sufrieron alguna complicación: nueve cursaron con neumonitis y el resto con otro tipo de complicación no especificada. No hubo ningún fallecimiento por esta causa. Además, el código de varicela apareció en otros doce ingresos hospitalarios en otras posiciones (no como diagnóstico principal).

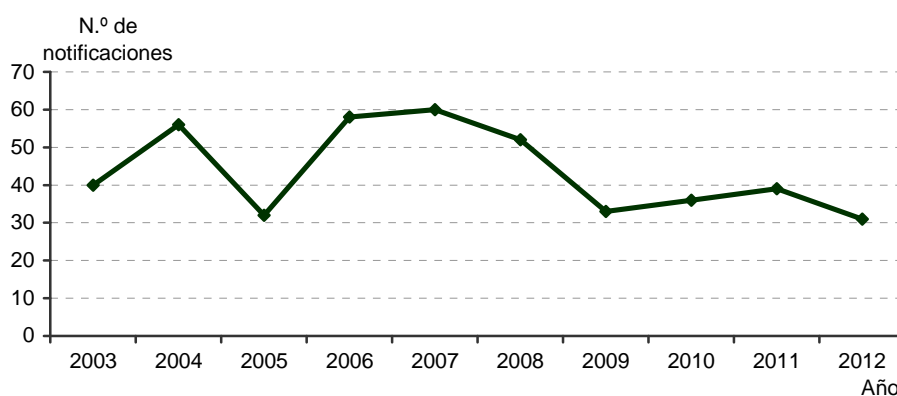
El herpes zoster, que es la enfermedad producida por la reactivación del virus de la varicela, se encuentra en 51 informes de alta como causa de ingreso hospitalario. De estos pacientes, el 67% tenía más de 64 años. Entre las 35 complicaciones registradas constaban: dieciocho que afectaban al sistema nervioso central, seis meningitis, tres oftálmicas, dos otitis y seis no especificadas. No hubo ningún fallecimiento por este motivo. Este diagnóstico apareció, además, en otros 127 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 2012 fue de 31; todos fueron serotipo enterocolítica. El 58% de los casos eran menores de 10 años. El número de casos de este año fue similar al del año anterior e inferior al de años precedentes. Hubo un ingreso en 2012 por esa causa.

Aislamientos de *Yersinia* notificados SIM. Bizkaia 2003-2012



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* enterocolítica, 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

Al igual que el año anterior, 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 2011/12

	INTERIOR	EZKERRALDEA -ENKARTERRI*	URIBE	BILBAO	Á. SANITARIA BIZKAIA
Hepatitis B	95,7	94,3	96,8	93,8	95,1
Virus Papiloma Humano	93,9	91,9	92,7	91,4	92,5
Tétanos-Difteria	95,8**	91,6	94,9	92,1	93,5

* Salvo Balmaseda

** Salvo UAP Galdakao

Durante el curso 2011/12 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 CAPV. Hemos realizado la evaluación de la vacunación en 174 centros, con un total de 10.067 escolares matriculados en este curso. La cobertura global fue del 75,5%, y, si añadimos los alumnos y alumnas vacunados previamente (1971), el total de escolares correctamente vacunados fue del 95,1%.

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. La cohorte de nacidos en el año 1999 cursó 1º de ESO en 2011/12, por lo tanto este ha sido el último curso en que una cohorte completa se ha vacunado en los centros escolares. Esta vacunación se ha prolongado en el curso 2012/13, para captar a los alumnos/as que hubieran repetido algún curso de primaria.

La vacuna frente al **VPH** también se administra en los centros escolares en 1º de ESO. En el curso 2011/12 el censo fue de 4757 alumnas, de las que se vacunaron 4098 (86,1%). Si añadimos las 302 alumnas que ya habían sido vacunadas, obtenemos una cobertura total del 92,5%, ligeramente superior a la del curso anterior (91,9%).

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 176 centros de los que disponemos datos había 8116 alumnos matriculados en este curso. La cobertura global fue del 84,1%; añadiendo los previamente vacunados (761), el total de alumnos correctamente vacunados fue del 93,5%.

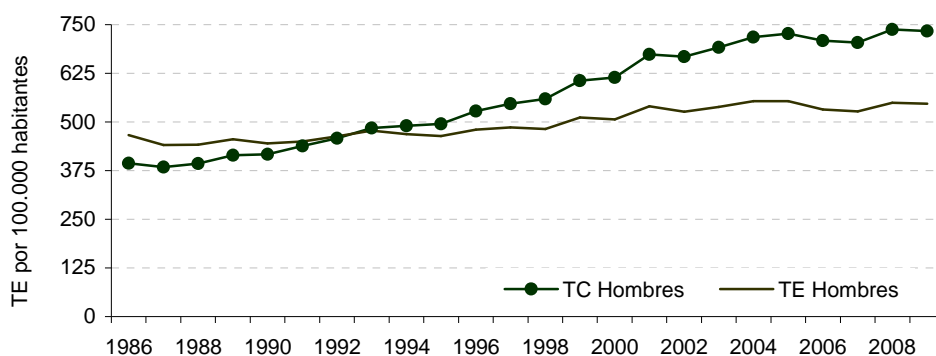
***III. DATOS DE
VIGILANCIA Y
TENDENCIA DE
ENFERMEDADES No
TRANSMISIBLES***

Todas las localizaciones¹

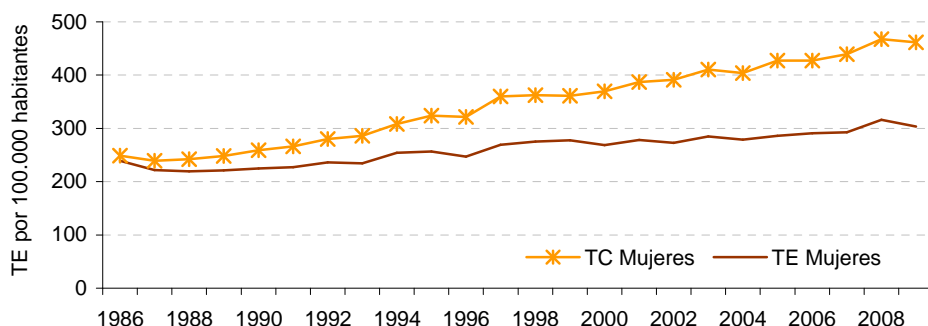
Durante el año 2009 fueron registrados en el RCEME 6.811 cánceres en pacientes residentes en Bizkaia, 4.080 (60%) en hombres y 2.731 (40%) en mujeres, lo que supuso una tasa de 733,82 y 461,32 cánceres por 100.000 hombres y mujeres respectivamente.

Los gráficos siguientes representan las tasas estandarizadas y la evolución de la incidencia para hombres y mujeres, calculada por el método de regresión Joinpoint. Entre los hombres, la evolución de la incidencia fue ascendente, con un incremento significativo (1,2% anual) hasta 2004; a partir de ese momento se ha estabilizado. Entre las mujeres, la incidencia está aumentando, sin puntos de cambio, un 1,5% anual

Incidencia de tumores malignos, en hombres
RCEME – Bizkaia, 1986-2009



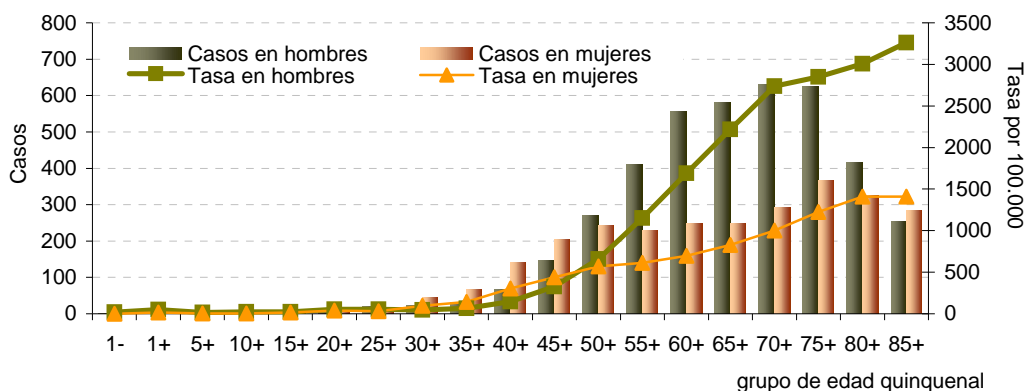
Incidencia de tumores malignos, en mujeres
RCEME – Bizkaia, 1986-2009



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.

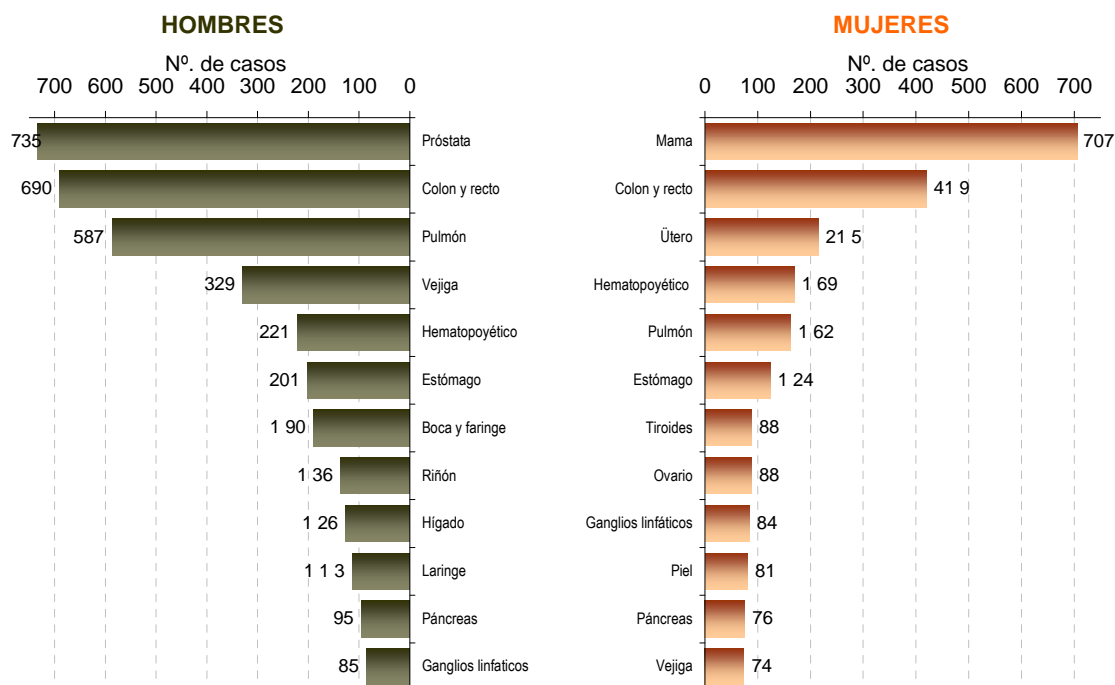
En el siguiente gráfico se refleja la distribución por edad y sexo de los tumores malignos. Las tasas de incidencia son ligeramente superiores en las mujeres hasta los 50 años; a partir de esa edad las diferencias entre sexos aumentan, hasta llegar a ser del doble o triple en los hombres en los grupos de edad más altos.

Número de casos nuevos y tasas crudas de incidencia por grupo de edad de tumores malignos en hombres y mujeres. RCEME - Bizkaia: 2009



En la población total el cáncer de colon y recto (CCR) es el cáncer más frecuente: supone el 16% del total de los tumores malignos diagnosticados en 2009. El segundo lugar le corresponde al pulmón con un 11%. El gráfico siguiente representa los tumores por orden de frecuencia en cada sexo.

Casos nuevos de tumores malignos en el año 2009 en las localizaciones* más frecuentes RCEME - Bizkaia 2009



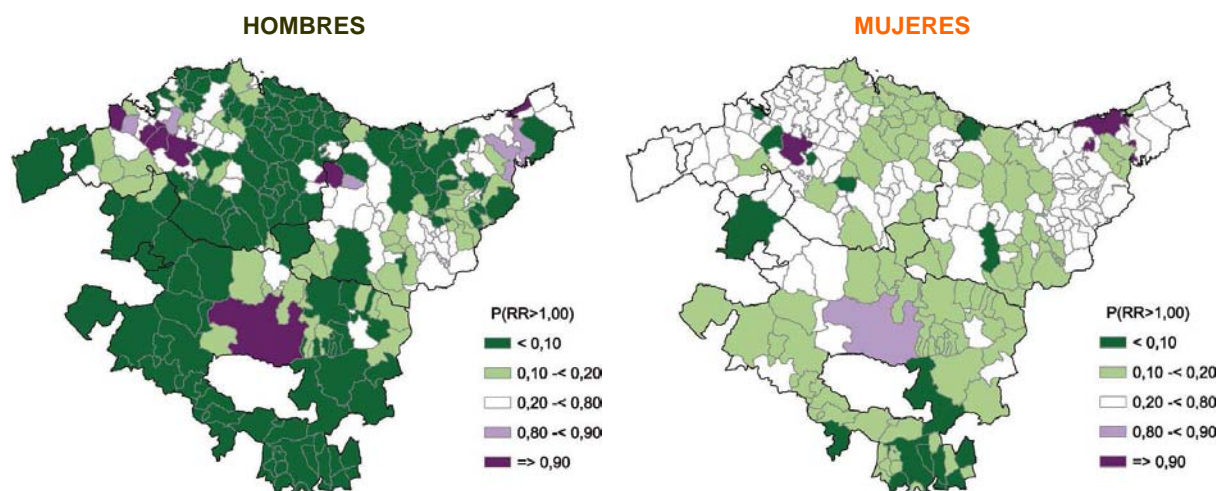
* Localización según CIE-10. Boca y Faringe: C00 a C14; Esófago: C15; Estómago: C16; Colon-Recto: C18 a C20; Hígado: C22; Páncreas: C25; Laringe: C32; Pulmón: C33 y C34; Piel: C44; Hematopoyético: C42; Mama: C50; Útero: C53 a C55; Ovario: C56; Próstata: C61; Riñón: C64; Vejiga: C67; Encéfalo: C71; Ganglios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

Distribución del cáncer por municipios

En diciembre de 2012 se publicó el *Atlas municipal de cáncer en la CAPV* con datos de los años 2003-2008. A continuación se presenta la distribución de cáncer por municipios, para todas las localizaciones y para las dos localizaciones más frecuentes en ambos sexos: colon-recto y pulmón.

En hombres, en Bizkaia, se observa un exceso de riesgo significativo para **cáncer de todas las localizaciones** en ocho municipios: Bilbao, Erandio, Ermua, Muskiz, Abanto y Ciérvana, Trapagaran, Barakaldo y Sestao. Entre las mujeres se observa un exceso de riesgo significativo en Bilbao.

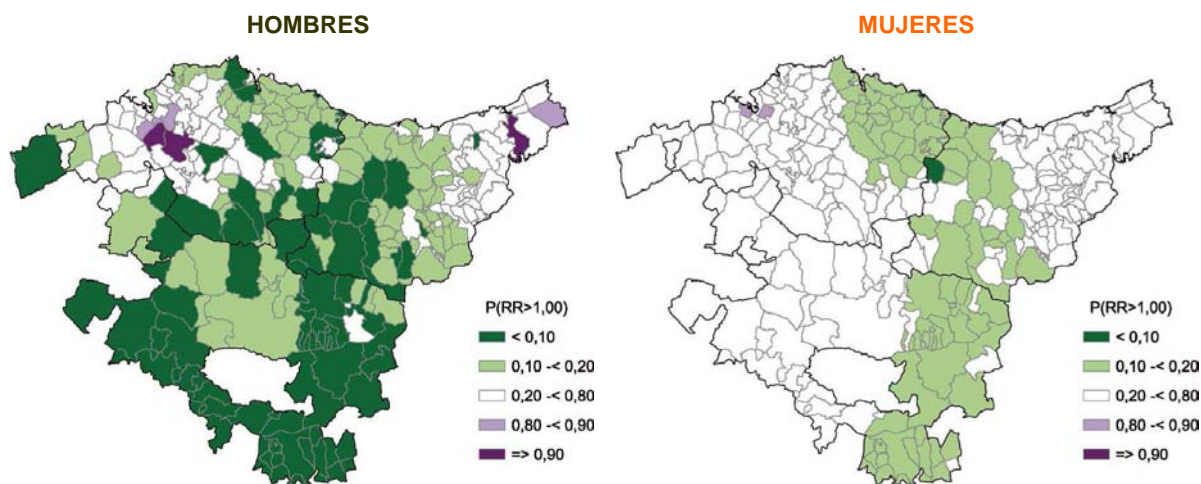
Cáncer de todas las localizaciones en la CAPV. RIEs por municipios RCEME – CAPV. 2003-2008



RIEs: Razón de Incidencia Estandariza suavizada

En la distribución del **cáncer de colon y recto**, entre los hombres de Bizkaia se observa un exceso de riesgo significativo en cinco municipios: Bilbao, Barakaldo, Trapagaran, Sestao y Erandio y, entre las mujeres, se observa un exceso de riesgo significativo en Santurtzi y Leioa.

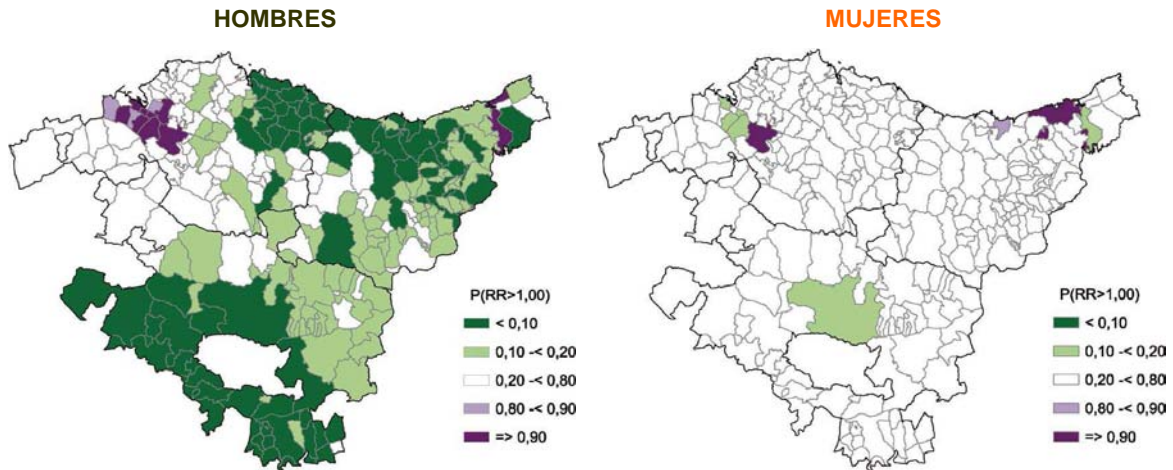
Cáncer de colon y recto en la CAPV. RIEs por municipios RCEME – CAPV. 2003-2008



RIEs: Razón de Incidencia Estandariza suavizada

En cuanto a la distribución del **cáncer de pulmón**, en el atlas se refleja que en Bizkaia, entre los hombres, hay once municipios con riesgo elevado estadísticamente significativo: Bilbao, Abanto y Zierbana, Barakaldo, Erandio, Leioa, Muskiz, Ortuella, Portugalete, Santurtzi, Sestao y Trapagaran y, entre las mujeres, hay un exceso de riesgo significativo en Bilbao.

Cáncer de pulmón en la CAPV. RIEs por municipios
RCEME – CAPV. 2003-2008



RIEs: Razón de Incidencia Estandariza suavizada

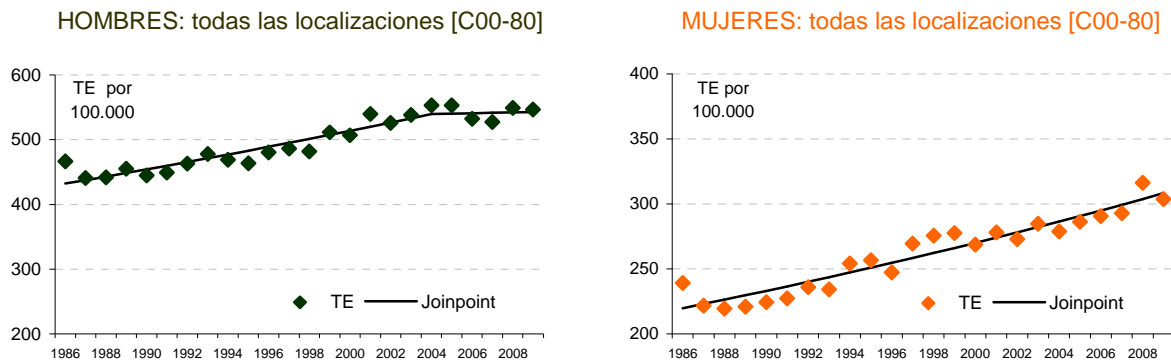
El atlas municipal de cáncer en el País Vasco puede consultarse en la Web: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-cknoti03/es/contenidos/infomacion/epidemiologica_publicaciones

Evolución temporal

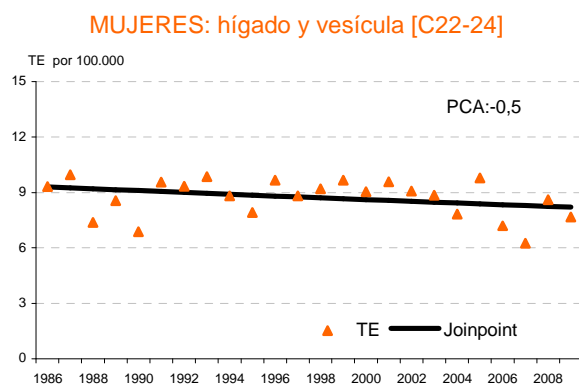
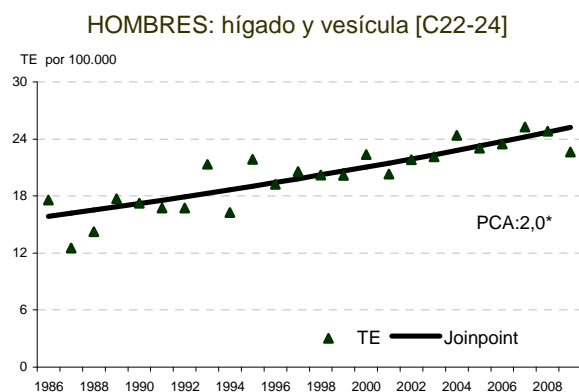
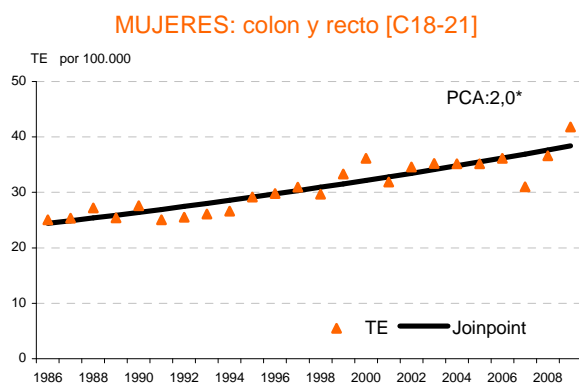
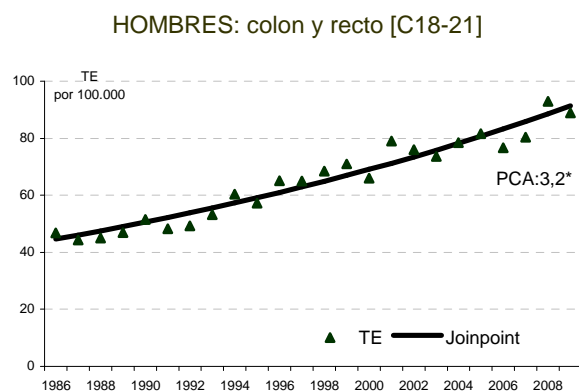
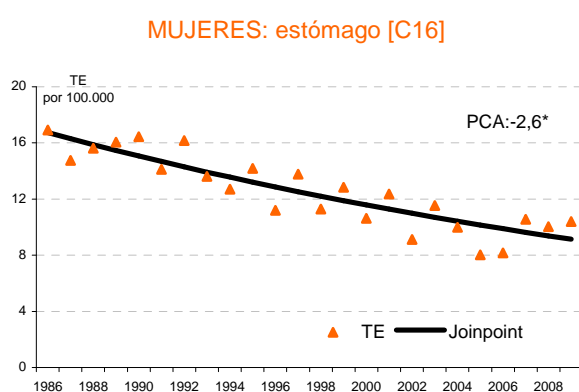
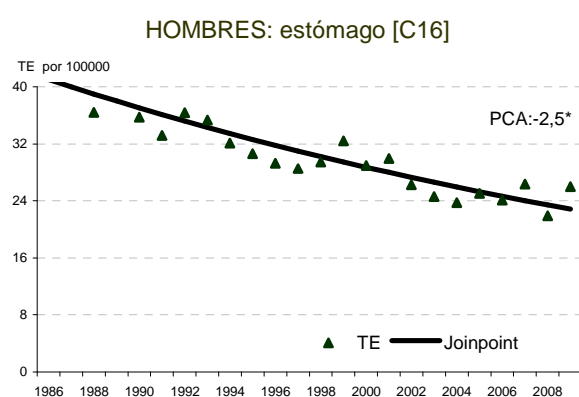
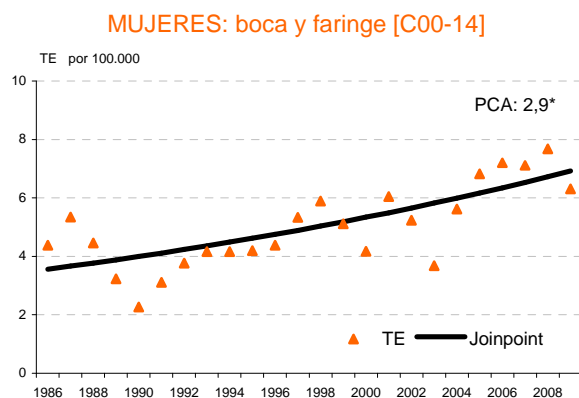
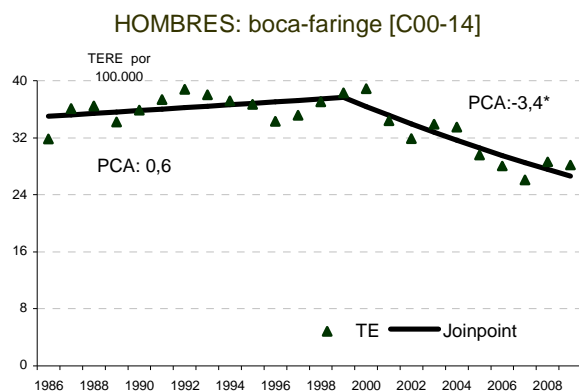
En general, todos los cánceres son más frecuentes en los hombres, excepto el de tiroides y el melanoma de piel, que tienen mayor incidencia en las mujeres.

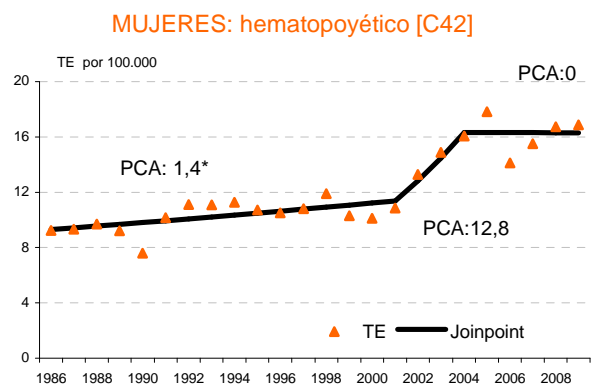
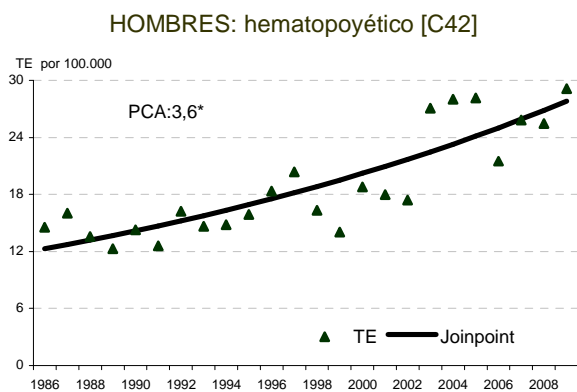
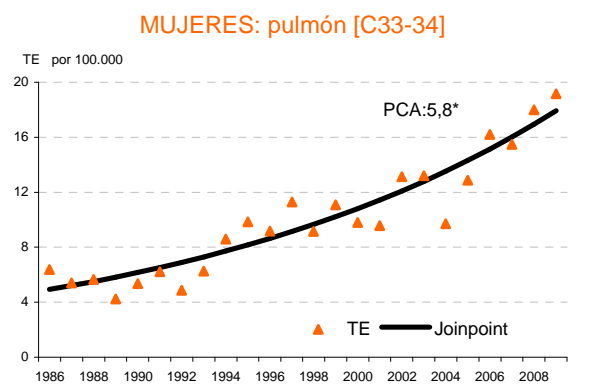
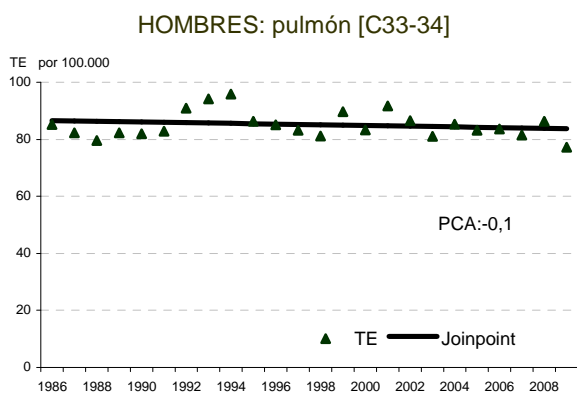
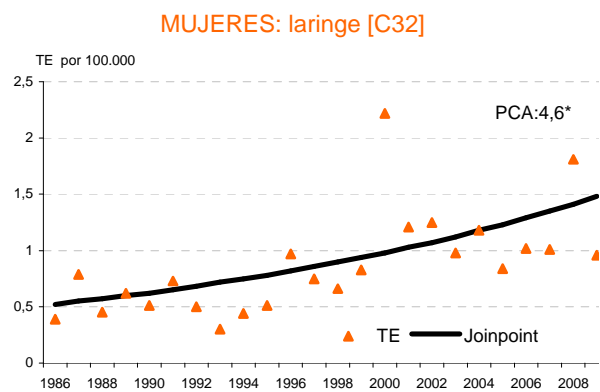
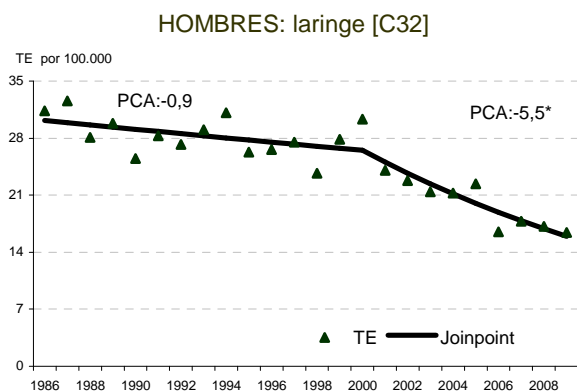
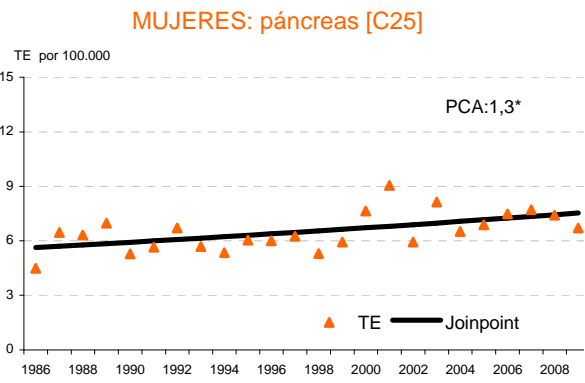
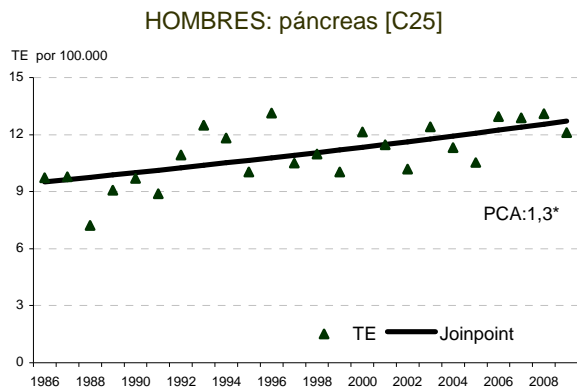
A continuación se representa de forma gráfica la evolución de la incidencia de los cánceres más frecuentes por localización anatómica. Los puntos representan las Tasas de Incidencia Estandarizadas (TEE) y la línea continua la tendencia, valorada con el método de regresión Joinpoint. En ocasiones, para poder valorar las tendencias, dado que algunos cánceres presentan grandes diferencias de incidencia según el sexo, las escalas son diferentes para hombres y mujeres.

Cánceres en todas las localizaciones. TEE, Joinpoint
RCEME. Bizkaia. 1986-2009

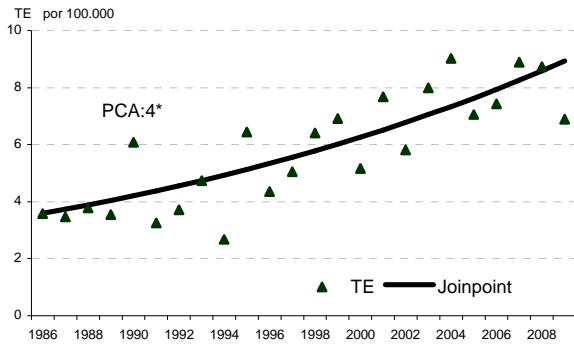


Cánceres en localizaciones concretas. TEE, Joinpoint RCEME. Bizkaia. 1986-2009

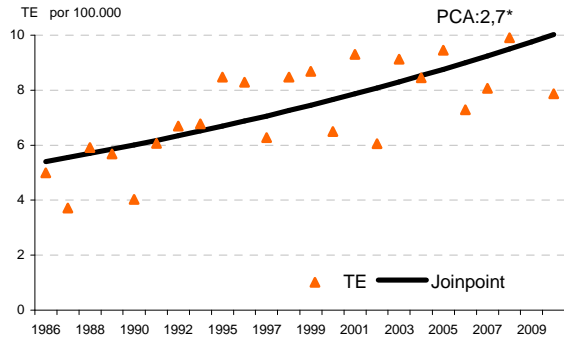




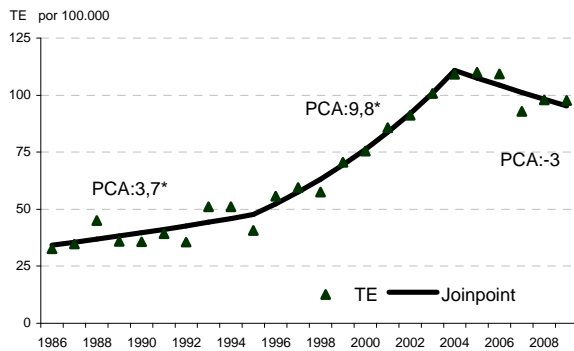
HOMBRES: melanoma piel [C44-M872-879]



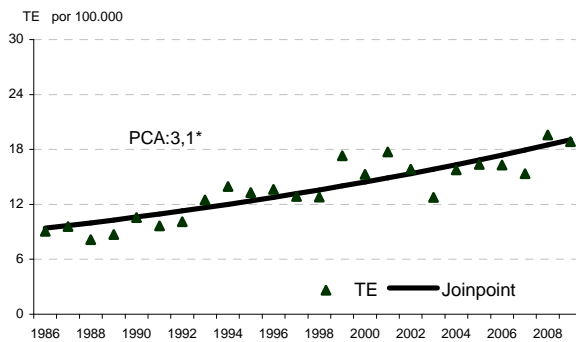
MUJERES: melanoma piel [C44-M872-879]



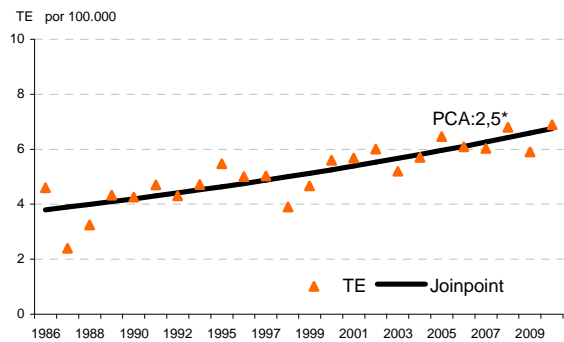
HOMBRES: próstata [C61]



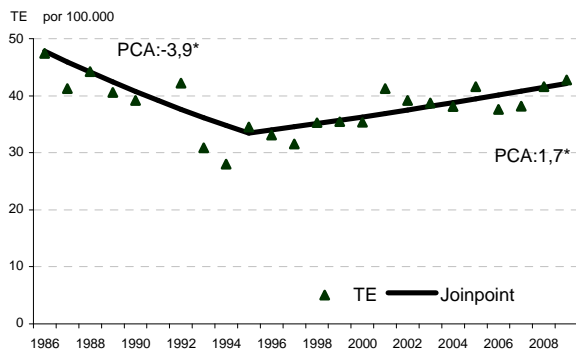
HOMBRES: riñón [C64]



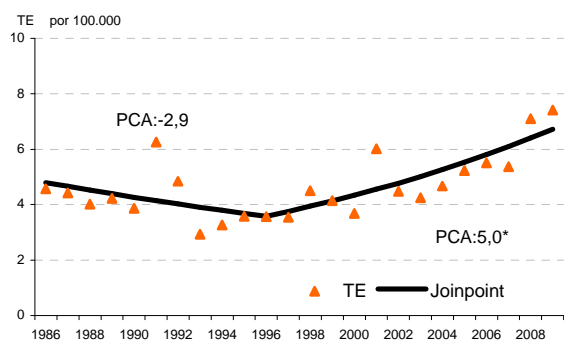
MUJERES: riñón [C64]



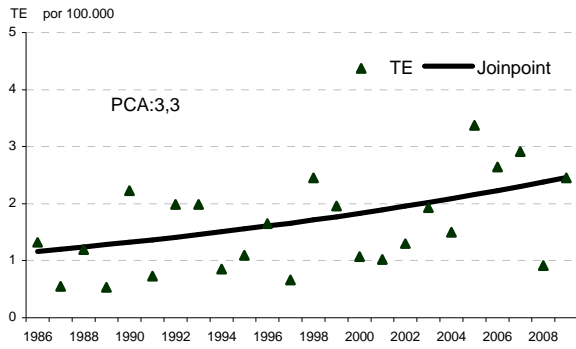
HOMBRES: vejiga [C67]



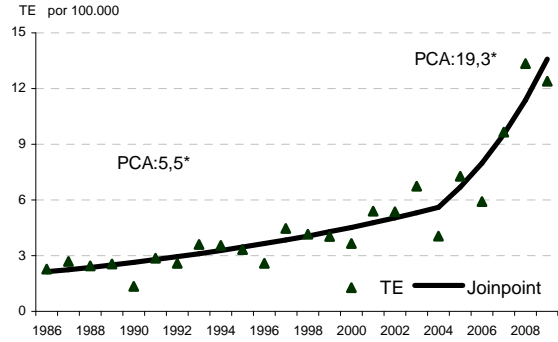
MUJERES: vejiga [C67]



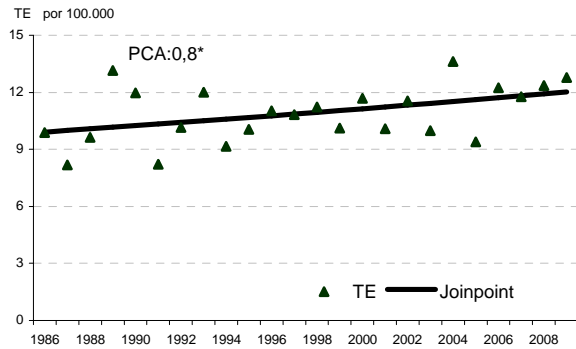
HOMBRES: tiroides [C73]



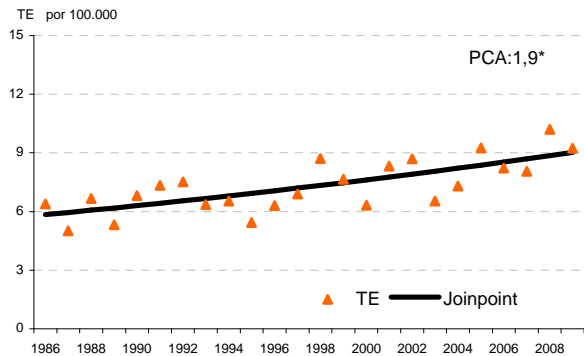
MUJERES: tiroides [C73]



HOMBRES: ganglios linfáticos [C77]

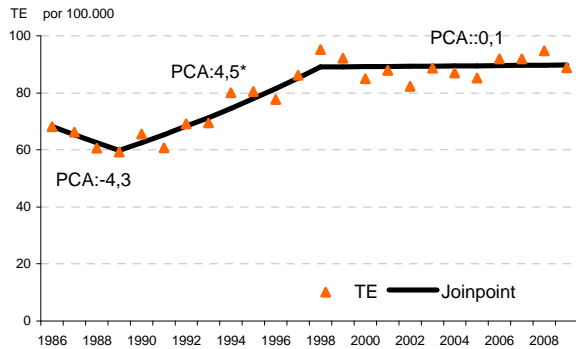


MUJERES: ganglios linfáticos [C77]

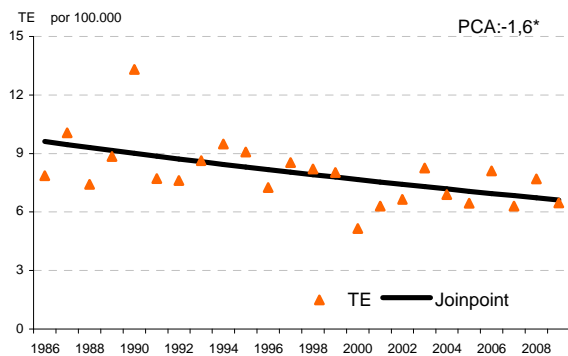


Cánceres ginecológicos en la mujeres. TEE, Joinpoint
RCEME- Bizkaia. 1986-2009

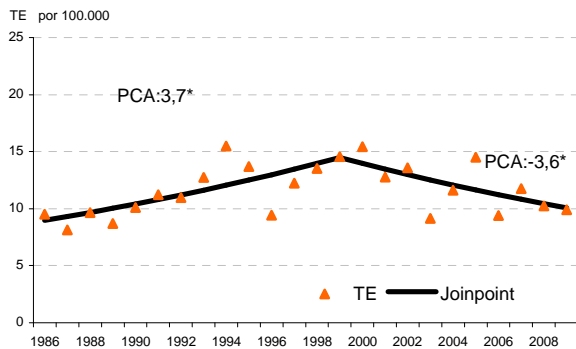
MUJERES: mama [C50]



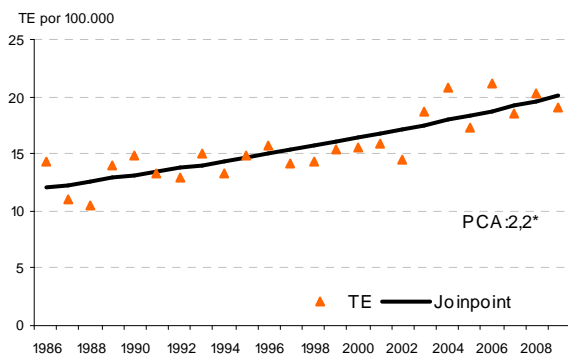
MUJERES: cérvix [C53]



MUJERES: ovario [C56]



MUJERES: Útero [C54]



Desde el año 2000, entre los hombres se ha producido un importante descenso de la incidencia de cáncer de boca-faringe (3,4% descenso anual) y de laringe (5,5% 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. Los hombres tienen mayor incidencia -cuatro de cada cinco cánceres de pulmón se diagnosticaron en hombres- pero entre ellos la tendencia es estable, mientras que entre las mujeres el porcentaje de incremento anual ha sido de un 5,8%.

El cáncer de estómago es la única neoplasia maligna cuya incidencia presenta tendencia significativamente descendente en ambos sexos. Disminuye un 2,5% anual a lo largo de todo el periodo.

El cáncer de colon es el segundo cáncer en frecuencia tras el cáncer de próstata, en los hombres y, tras el cáncer de mama, en las mujeres. La incidencia aumenta de forma significativa, con mayor pendiente entre los hombres (3,2%) que entre las mujeres (2,0%).

La incidencia de cáncer de vejiga, también muy superior entre los hombres, aumenta de forma significativa a partir del año 1995: 1,7% anual entre los hombres y 5,0% entre las mujeres. Al interpretar la gráfica hay que tener en cuenta que en 1995 se produjeron cambios en el sistema de codificación, que han podido influir en el cambio de incidencia observado ese año.

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 4,0% de incremento anual frente al 2,7% que se observa entre las mujeres.

La incidencia de cáncer de tiroides aumenta de forma ininterrumpida, especialmente durante los últimos seis años, en las mujeres; en los hombres también aumenta, pero es muy poco frecuente. El aumento de la incidencia de cáncer de tiroides se observa en todo el mundo.

En cuanto a los cánceres ginecológicos se observan las siguientes tendencias: el cáncer de mama, en mujeres, se mantiene estable tras el aumento experimentado entre 1989-1998; el cáncer de ovario disminuye un 3,4% anual, de forma estadísticamente significativa durante el periodo 1999-2009; el cáncer de cuerpo de útero aumenta un 2,2% anual y el cáncer de cérvix presenta un descenso significativo de 1,6% anual.

El cáncer de próstata, tras un importante incremento estadísticamente significativo entre 1995-2004 (9,8% anual), presenta una tendencia descendente y significativa durante los últimos cinco años. En el incremento experimentado hasta 2004 ha podido influir un mayor diagnóstico por el uso masivo del antígeno prostático (PSA). Por otro lado, no se puede descartar una posible infradeclaración, debido a que en ocasiones no es intervenido quirúrgicamente, lo que puede dificultar la captación de casos.

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

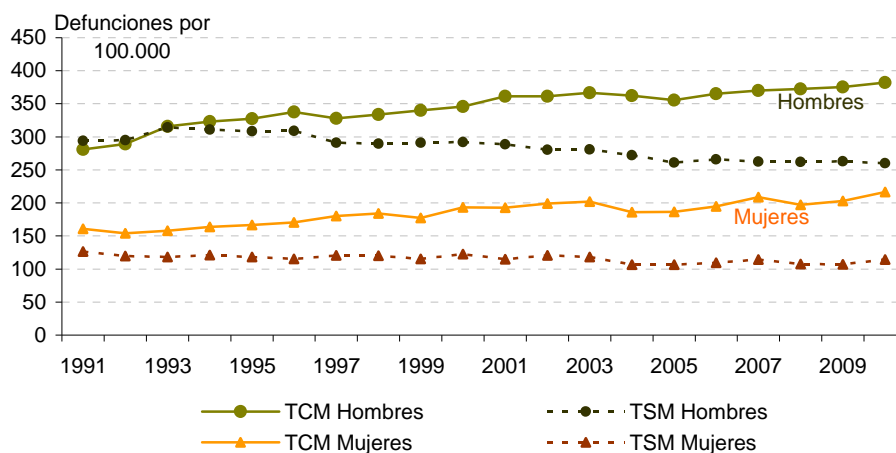
Se pueden consultar en el Anexo IV datos más concretos sobre el número de cánceres, tasa cruda y tasa estandarizada, para localizaciones concretas y por sexo.

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 2010 la tasa cruda de mortalidad fue 382,05/100.000 para los hombres y 216,53/100.000 para las mujeres. La tasa estandarizada fue 259,95 y 114,27 por 100.000, para hombres y mujeres

respectivamente. El cáncer es la primera causa de muerte en los hombres, responsable del 38% de las muertes, y la segunda en las mujeres, entre las que es responsable del 25% de las muertes.

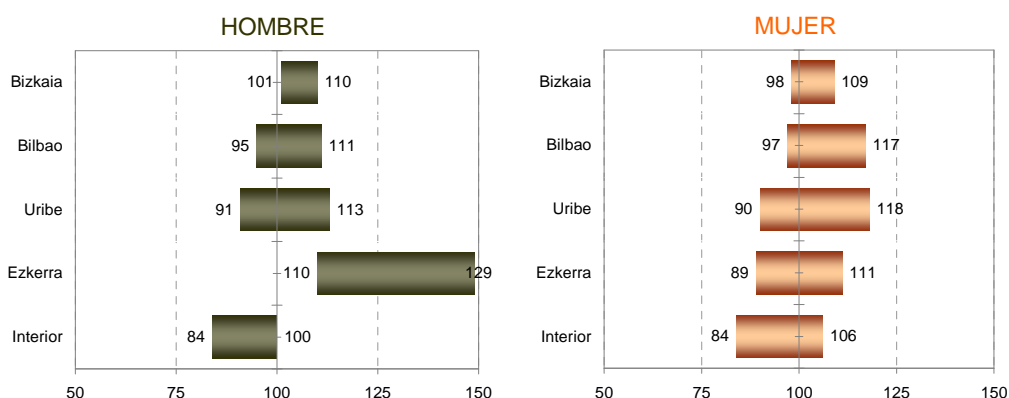
Evolución anual de las tasas de mortalidad por tumores malignos Registro de Mortalidad. Bizkaia 1991-2010



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

Durante el año 2010 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 de los hombres de la CAPV.

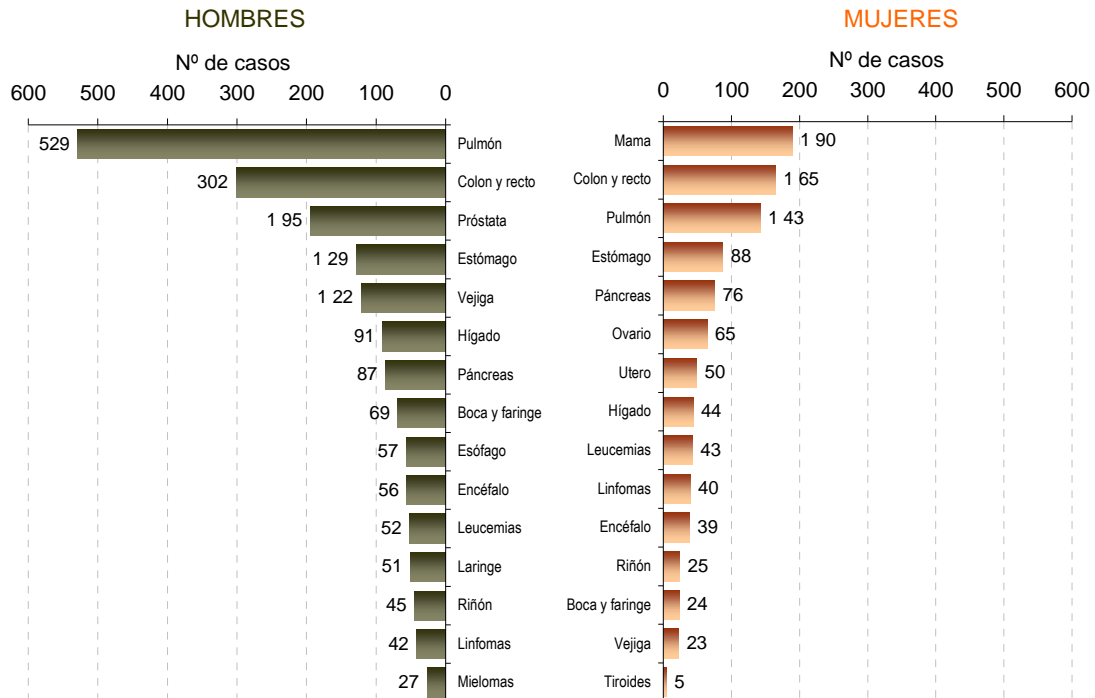
Razón de mortalidad estandarizada, para todas las localizaciones, por sexo y por comarca Registro de mortalidad. Bizkaia. 2010



Durante 2010, la tasa de Años Potenciales de Vida Perdidos (ADVP), ajustados a la población europea, fue de 15,42/1.000 en el caso de los hombres y 9,38 en las mujeres, lo que supuso

8.709 años de vida perdidos -hasta los 70 años de edad- en el caso de los hombres y 5.567 en el caso de las mujeres.

Número de muertes por cáncer, por sexo y por orden de frecuencia
 Registro de mortalidad. Bizkaia. 2010



El cáncer que produce más muertes es el de pulmón en los hombres, y el de mama en las mujeres. El cáncer de colon es el segundo cáncer en frecuencia para ambos sexos, y el tercer lugar lo ocupan la próstata en hombres, y en las mujeres el pulmón.

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 Altas Hospitalarias del CMBD (2011) y el Registro de Mortalidad (2010). Para el cálculo de las tasas utilizamos la población de 2011 (EUSTAT) y para el cálculo de las tasas estandarizadas se ha usado la población europea.

Morbilidad hospitalaria 2011

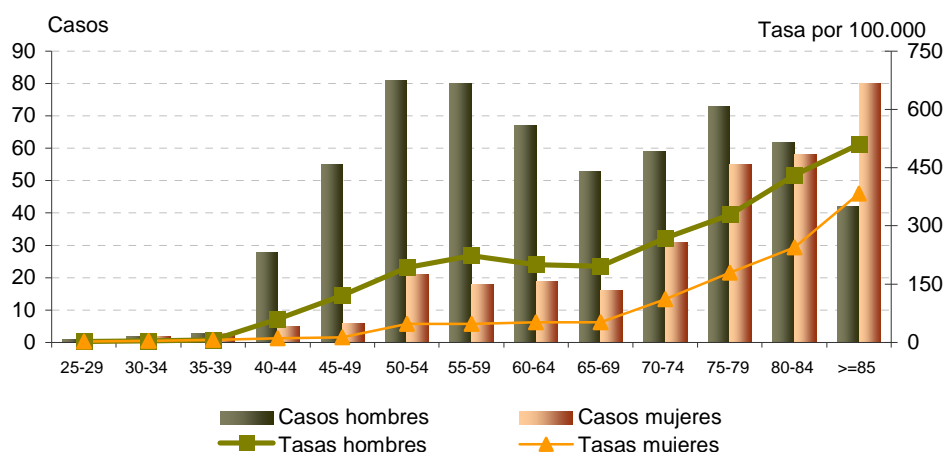
CIE-9: 410-414

Durante el año 2011 se produjeron 3.262 ingresos hospitalarios de residentes en Bizkaia por Cardiopatía Isquémica (CI), lo que supuso una tasa de frecuentación hospitalaria de 283,06/100.000. 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 77% son mayores de 64 años, y entre los hombres el 58%).

Dentro de este grupo de patologías, los dos diagnósticos más frecuentes fueron la aterosclerosis coronaria, con el 57% de los ingresos, y el Infarto Agudo de Miocardio (IAM), con el 28%.

La tasa de frecuentación hospitalaria por IAM fue de 80,14/100.000, más elevada para los hombres (109,00) que para las mujeres (53,04). Como refleja la gráfica siguiente, los ingresos por IAM fueron 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. 2011



La estancia media del ingreso por IAM fue de siete días y la tasa de letalidad hospitalaria 11,59 por cada 100 ingresos, 8,39/100 para los hombres y 17,78/100 para las mujeres. El 16% de los fallecimientos se produjeron el mismo día del ingreso y el 44% 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 entre los mayores de 65 años sigue siendo mayor para las mujeres que para los hombres (22,50 y 14,53 por cada 100 ingresos, respectivamente).

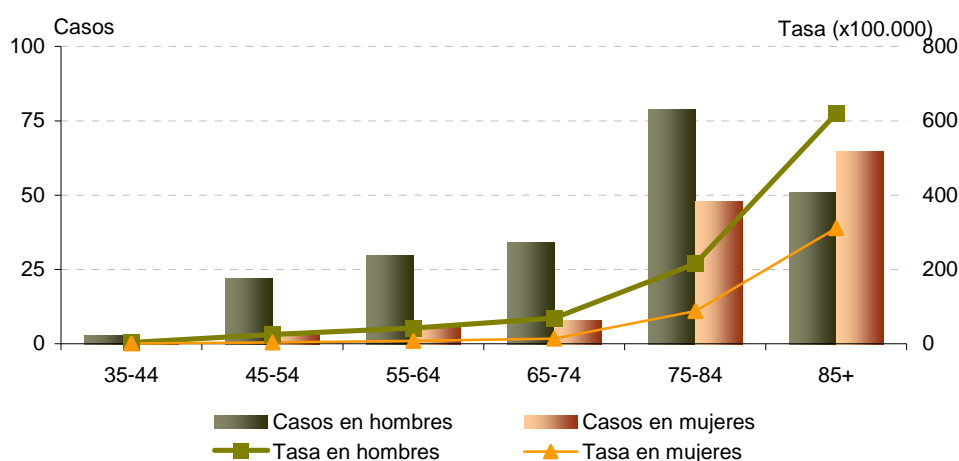
Mortalidad 2010

CIE 10: I21-I25

Durante 2010 hubo 837 fallecimientos por causa de cardiopatía isquémica; la CI fue la segunda causa de muerte entre los hombres (tasa estandarizada 64,44/100.000) y la tercera entre las mujeres (tasa estandarizada 17,68/100.000). 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 42% (351) 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 86,3% de los fallecimientos por IAM que se producen en mujeres afecta a las mayores de 74 años, frente al correspondiente 59,1% de los hombres.

Número de fallecidos y tasa de mortalidad por IAM según sexo y grupo de edad
Registro de mortalidad. Bizkaia, 2010



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

ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR

CIE9:430-438; CIE10: I60-69

En 2012 se creó para Osanet una guía sobre Ictus, con información para la prevención primaria, el diagnóstico precoz (incluyendo un video explicativo de síntomas), y acerca de las distintas etapas de intervención (activación del código Ictus, atención en las unidades de Ictus, rehabilitación).

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.

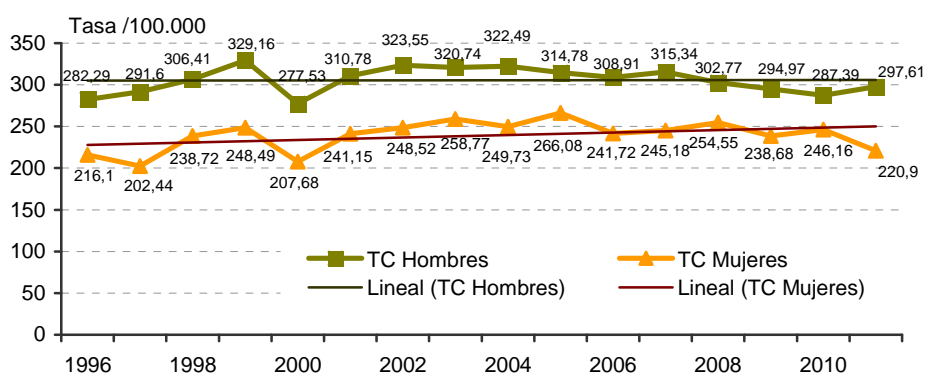
Para la vigilancia de la enfermedad cerebrovascular (ECV) utilizamos como sistemas de información el Registro de Altas Hospitalarias del CMBD y el Registro de Mortalidad (2010). Para el cálculo de las tasas utilizamos la población de 2011 (EUSTAT) y para la estandarización de tasas, la población europea.

Morbilidad hospitalaria

Durante 2011 hubo 2.972 ingresos por ECV: el 17% por ECV hemorrágica, 64% isquémica, 12% isquemia cerebral transitoria (ICT) y el resto de otro tipo (mal definidos o efectos tardíos de la enfermedad). El 56% de los ingresos se dieron en hombres; tres de cada cuatro ingresos correspondían a mayores de 64 años.

La tasa cruda de frecuentación hospitalaria por 100.000 habitantes fue 297,61 en hombres y 220,90 en mujeres; esta diferencia por sexos se mantiene durante todo el periodo (1996-2011). Las tasas disminuyen al estandarizar por edad (hombres: 206,87 y mujeres: 101,86), 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 1996-2011



Fuente: CMBD

Durante el ingreso fallecieron 329 pacientes, lo que supuso una letalidad hospitalaria del 11%. La letalidad más alta se produjo en los ingresos por ECV hemorrágica (29%). La presentada por la ECV oclusiva fue de 9%.

La estancia media hospitalaria fue de 8,3 días en la ECV oclusivo-isquémica y 12,5 días en la hemorrágica.

Por comarca de residencia, las tasas de frecuentación hospitalaria oscilaron entre 163,23 y 321,79 por 100.000 habitantes de Uribe y Bilbao, respectivamente. Al estandarizar por edad se acortan las diferencias, aunque la tasa es significativamente más baja en Uribe que en las otras comarcas.

Número de altas y tasa de frecuentación hospitalaria por ECV según comarca sanitaria
CMBD. Bizkaia. 2011

	N.º altas	Tasa cruda	Tasa estandarizada IC 95%
Interior	742	274,32	166,48 (153,62-179,35)
Ezkerraldea-Enkarterri	688	234,73	141,47 (130,04-152,90)
Uribe	348	163,23	110,63 (98,57-122,69)
Bilbao	1146	321,79	165,63 (154,91-176,35)

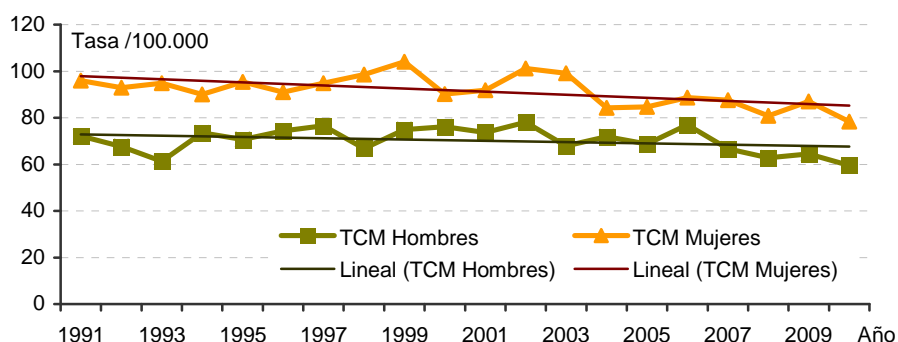
*Tasa por cien mil habitantes estandarizada por edad de la población europea

En cuanto a la comorbilidad, en el 59% de los ingresos existe enfermedad hipertensiva, en el 24% diabetes y en el 22% fibrilación auricular. Estas tres enfermedades son factores de riesgo importantes en la ECV.

Mortalidad

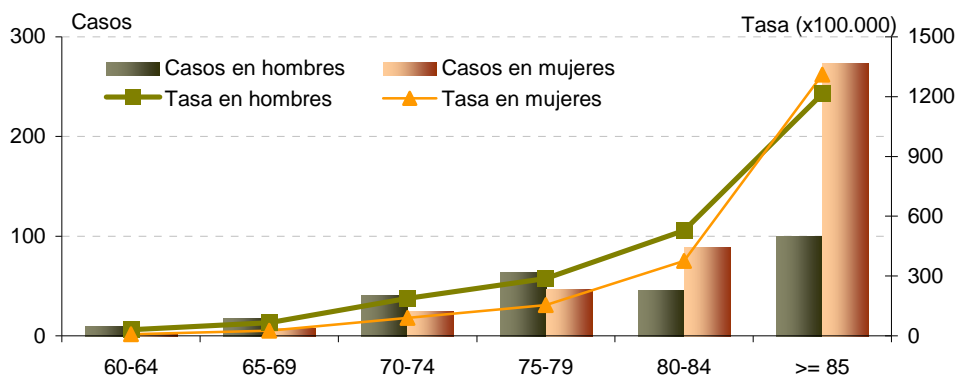
La ECV es la primera causa de muerte en las mujeres y la tercera en los hombres tras la neoplasia de pulmón y la cardiopatía isquémica. Durante 2010 se produjeron 797 defunciones por ECV: 465 mujeres y 332 hombres. Las tasas crudas por 100.000 habitantes fueron 78,29 para mujeres y 59,52 para hombres; esta diferencia se invierte al estandarizar por edad, siendo 36,68 en hombres y 27,19 en mujeres. Las tasas de mortalidad, tanto crudas como estandarizadas, han ido disminuyendo en ambos sexos desde el año 1991.

ECV. Tasas crudas de mortalidad y tendencia, por sexo
Bizkaia 1991-2010



En la gráfica siguiente se observa que las tasas específicas por edad y sexo son, hasta el grupo de edad de 80-84 años, superiores en los hombres y a partir de los 84 años, cuando se producen prácticamente el 50% de los fallecimientos, el número de casos en mujeres casi triplica al de los hombres.

Número de fallecidos y tasa de mortalidad por ECV según sexo y edad
 Registro de mortalidad. Bizkaia 2010



DIABETES MELLITUS

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

Para realizar la vigilancia de la Diabetes Mellitus (DM) en la CAPV utilizamos diferentes fuentes de información: el Registro de Altas Hospitalarias, que recoge presentaciones más severas de la enfermedad; el Registro de Mortalidad y la Red de Médicos Vigía, que proporciona información más extensa.

Morbilidad hospitalaria; prevalencia de complicaciones

Los ingresos hospitalarios por causa de DM durante los 5 últimos años han oscilado entre 650 y 719, con una media de 686. En Bizkaia, en el año 2011, se produjeron 657 altas hospitalarias por causa de DM, lo que supuso una tasa de 57,01 altas por 100.000 habitantes y año. La tasa más elevada la presentó la comarca Interior con 80,71; le sigue Bilbao con 55,53, Ezkerraldea-Enkarterri con 50,07 y en último lugar Uribe con 37,42/100.000.

El 58% de los ingresos correspondieron a hombres. El 3% eran menores de 15 años, y el 59% mayores de 64.

Si analizamos la presencia del código de DM en cualquiera de los 20 diagnósticos codificados en el informe de alta, encontramos 15.105 altas con este diagnóstico. Esto supone que un 9% de las altas se han dado en personas diabéticas. Desde 2001 se codifican 15 diagnósticos en los informes de alta y desde entonces el número de ingresos en los que el paciente es diabético presenta una tendencia ascendente. Actualmente se codifican 20 diagnósticos.

Diabetes Mellitus en el diagnóstico principal y en todos los diagnósticos
2011. CMBD. Bizkaia

CIE-9	DIAGNÓSTICOS	Diag 1-Diag 20	D. Principal
		2011	2011
250.0	D. M. sin mención de complicación	12.646	42
	D. M. complicaciones agudas		
250.1	D. M. con cetoacidosis	218	112
250.2	D. M. con coma hiperosmolar	91	48
250.3	D. M. con otro tipo de coma	11	7
	D. M. complicaciones crónicas		
250.4	D. M. con manifestaciones renales	348	8
250.5	D. M. con manifestaciones oftalmológicas	545	49
250.6	D. M. con manifestaciones neurológicas	267	23
250.7	D. M. con manifestaciones circulatorias periféricas	317	43
250.8-9	D. M. con otras manifestaciones y sin especificar	1.294	325
250	D.M. con o sin complicación	15.105	657

La tabla anterior presenta la frecuencia de las complicaciones tanto agudas como crónicas en los ingresos por diabetes. De los 657 casos cuyo diagnóstico principal fue diabetes, el 25,4% ingresó por algún tipo de coma (cetoacidosis, coma hiperosmolar o coma de otro tipo), en un 68,2% el motivo de ingreso fue una complicación crónica y en un 6,4% de los casos el motivo fue la enfermedad, sin mención de complicaciones.

Considerando el total de complicaciones recogidas en las altas con diagnóstico de diabetes en cualquiera de los 20 diagnósticos, un 20,4% tenía al menos una complicación de su diabetes, ya fuera aguda (2,1%) o crónica (18,3%).

Entre las complicaciones crónicas, se especifican las oftalmológicas (3,6%), circulatorias periféricas (2,1%), renales (2,3%) y neurológicas (1,8%); en un 8,6% se trata de complicaciones no especificadas.

Por otro lado en 180 episodios, más del 1,2% de los ingresos entre la población diabética, se produce una amputación de extremidades inferiores de causa no traumática. El 78% eran hombres y la edad media de los pacientes era 70 años (rango entre 34 y 90). La amputación se realizó generalmente a nivel del pie aunque hasta el 30% eran por encima de la rodilla. En 3 ocasiones el paciente había sufrido una amputación anterior el mismo año.

Las complicaciones cardiovasculares son más frecuentes en la población de diabéticos que en los no diabéticos. La tabla siguiente presenta la morbilidad proporcional de las enfermedades cardiovasculares en la población de ingresos con diabetes (CIE-9:250 entre el diagnóstico 1 y el diagnóstico 20 del informe de alta) y en el resto de los ingresados (informe de alta sin mención de DM). El 27,0% de los ingresos en los que el paciente tiene diagnosticada una DM ingresaron por una enfermedad cardiovascular, fundamentalmente: cardiopatía isquémica, accidente cerebral vascular (ACV), patología de arterias, arteriolas y capilares, y la enfermedad hipertensiva, frente a sólo el 9,7% de los ingresados no diabéticos.

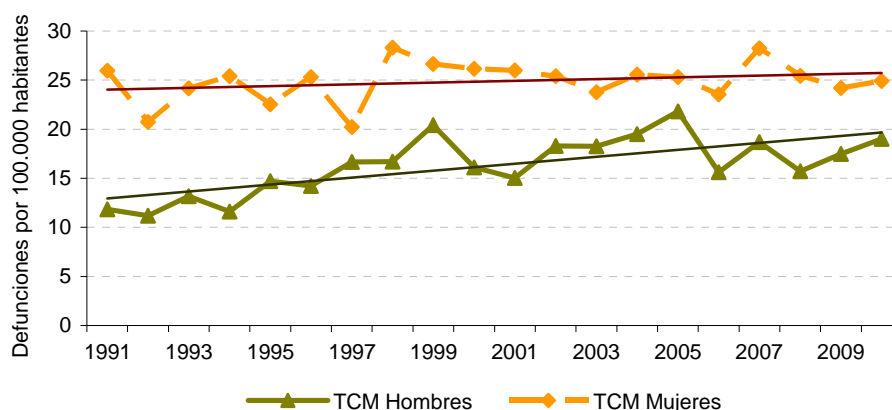
Enfermedad cardiovascular en el diagnóstico principal N.º de altas en ingresados con y sin DM. Bizkaia 2011

CIE-9-MC: 390-459 en diagnóstico principal		DM en día 1 – día 20		ALTAS SIN DM	
		N	%	N	%
390-392	Fiebre reumática aguda	0	0	2	0,00
393-398	Enf. cardíaca reumática crónica	36	0,24	125	0,08
401-405	Enfermedad hipertensiva	335	2,22	779	0,50
410-414	Enfermedad cardíaca isquémica	786	5,20	2.476	1,59
415-417	Enf. de la circulación pulmonar	70	0,46	561	0,36
420-429	Otras formas de la enf. cardíaca	1.576	10,43	4.945	3,18
430-438	Enfermedad cerebrovascular	727	4,81	2.245	1,44
440-448	Enf. de las arterias, arteriolas y capilares	460	3,05	961	0,62
451-459	E. de venas y linfáticos, y otras	93	0,62	3.000	1,93
TOTAL		4.083	27,03	15.094	9,70

Mortalidad 2010

La tasa de mortalidad por diabetes en 2010 fue 22,05 por 100.000 (254 defunciones), superior en mujeres (24,92) que en hombres (19,00).

Evolución anual de las TC de mortalidad por diabetes mellitus Registro de Mortalidad. Bizkaia 1991-2010



Al estandarizar con la población europea, las tasas disminuyen y son más elevadas en hombres (11.59) que en mujeres (8.24). Su evolución, aunque es fluctuante en ambos sexos, se mantiene bastante estable, especialmente en las mujeres.

Red de Vigías de Diabetes Mellitus

El 1 de enero de 2000 se puso en marcha en la CAPV la "Vigilancia de la DM tipo II a través de la Red de Médicos Vigía" y se seleccionó una cohorte de pacientes (777) diagnosticados en los años 1998, 1999 y 2000, para un estudio de seguimiento que finalizó en 2010.

Las conclusiones más importantes del estudio son:

- El control de la diabetes y de los principales factores de RCV, excepto HbA1c y HDL, evolucionó favorablemente a lo largo del estudio.
- Las mujeres tienen mayor prevalencia de obesidad y sedentarismo, y los hombres mayor prevalencia de tabaquismo.
- Los pacientes DM tipo 2 presentaban una alta prevalencia de complicaciones crónicas en el momento del diagnóstico, mayor en hombres.
- El control intensivo de la enfermedad es esencial durante los 5 primeros años, ya que el 50% de las complicaciones se desarrollaron durante ese periodo.
- La enfermedad coronaria es la complicación cardiovascular con mayor incidencia observada en los pacientes diabéticos de nuestro estudio.
- Las tasas de incidencia de retinopatía fueron iguales en ambos sexos, mientras que la nefropatía fue mayor en hombres y la neuropatía mayor en mujeres. Las mujeres desarrollaron estas complicaciones a edades más avanzadas.
- Durante el tiempo de seguimiento, se registró el ingreso hospitalario en el 56% (433) de los pacientes. En total fueron 1.280 ingresos.
- Falleció el 28,3% (220) de los pacientes pertenecientes a la cohorte de estudio. Entre los que se conoce la causa básica de defunción, el 41,2% fue por enfermedades cardiovasculares o por diabetes propiamente.
- Las tasas brutas de mortalidad por causa cardiovascular son cuatro veces superiores en la población con DM tipo 2 de nuestro estudio, respecto a la población general del País Vasco mayor de 24 años.

- Con los años de evolución aumenta el uso de antidiabéticos orales, estatinas y fármacos antihipertensivos, así como la necesidad de emplear combinaciones de varios fármacos.
- El número de consultas por año, por diabetes o sus complicaciones, se acerca a 6 visitas de media. El 50% de los pacientes acude como mínimo 4 veces al año. El 63% de los pacientes al final del estudio declaraba percibir su salud como excelente, buena o muy buena.

ACCIDENTES EN MAYORES DE 64 AÑOS NO INSTITUCIONALIZADOS

Los accidentes constituyen una causa importante de morbilidad, invalidez y mortalidad. La población de mayores es especialmente vulnerable. El reconocimiento de que los accidentes son evitables ha aumentado y orientado el interés hacia programas dirigidos a su control. La prevención de los accidentes se basa en el conocimiento de la influencia de los factores etiológicos (riesgos ambientales y comportamientos a riesgo) y en la adopción de estrategias preventivas. En el año 2012 se puso en marcha la Red Vigía de Accidentes en mayores de 64 años de la CAPV, no institucionalizados, con los siguientes objetivos:

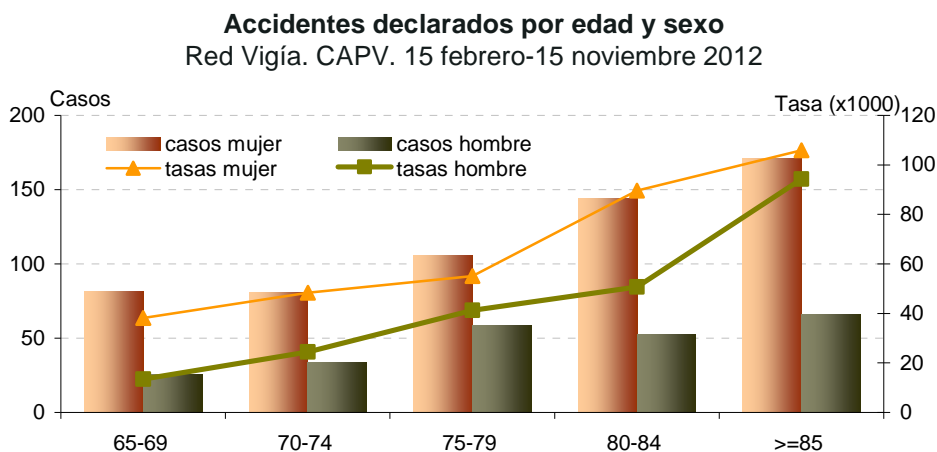
- conocer la incidencia de los accidentes en las personas mayores de 64 años no institucionalizadas residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco,
- conocer los factores de riesgo que influyen en la accidentabilidad,
- elaborar un perfil de riesgo individual con las características clínico-epidemiológicas de los accidentados y
- tras evaluar el impacto del problema, diseñar una intervención que reduzca o minimice los riesgos de accidentes de este grupo poblacional.

En la red participaron 44 equipos vigía formados por médico/a y enfermero/a. La población objeto de vigilancia activa fueron los mayores de 64 años del cupo del médico/a del equipo vigía, en total 15.463 mayores no institucionalizados. El periodo de vigilancia fue de un año, desde el 15 de febrero de 2012 hasta el 15 de febrero de 2013. A continuación se presenta un resumen de la información recogida por la red durante los nueve primeros meses de vigilancia.

Características de los mayores

Datos socio-demográficos

Edad y sexo. Se registraron 823 accidentes. El 71% de los accidentes se produjeron en mujeres; la edad media de los afectados fue 80 años para ambos sexos. En el gráfico siguiente se observa que la incidencia aumenta al aumentar la edad, y que siempre es superior entre las mujeres.



El **domicilio** de los afectados fue Bizkaia (42%), Gipuzkoa (38%) y Araba (20%).

Nivel de estudios. El porcentaje de personas con estudios medios y superiores es mayor entre los hombres; hay mayor porcentaje de mujeres con estudios básicos, y sin estudios.

Situación familiar. Hubo un mayor porcentaje de mujeres que vivían solas (30%) que de hombres en la misma situación (16%); entre los que vivían solos, 3 de cada 10 mujeres y 4 de cada 10 hombres no tenían hijos o, si los tenían, estos vivían lejos.

Respecto al **apoyo de la red social**, 11% refirieron falta de apoyo.

Tipo de vivienda. Un 26% de los mayores no tenía ascensor, 54% tenía escaleras para acceder a la vivienda y 12% escaleras dentro de la propia vivienda. No salía del domicilio un 6%.

Antecedentes de salud

La media de **peso** de los accidentados fue: 77 kilos en los hombres y 67 en las mujeres. Según el IMC era obeso el 58% de los accidentados.

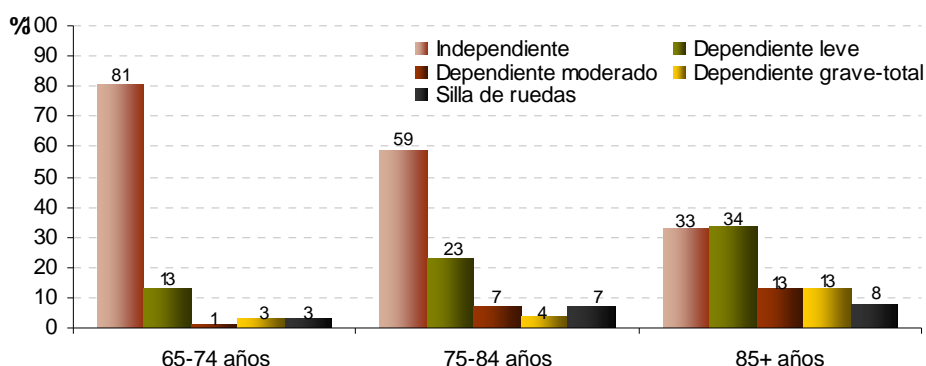
Consumo de alcohol. El 63% eran bebedores moderados y 1,6% (13) bebedores de riesgo o problema.

Actividad física. El 62% de las personas accidentadas eran activas, 36% sedentarias y un 2% estaban inmovilizadas. El porcentaje de mujeres sedentarias fue ligeramente superior (37%) al de hombres sedentarios (35%). La actividad física disminuye con la edad, de modo que el porcentaje de accidentados sedentarios en los mayores de 85 años fue mayor.

En cuanto al **consumo de fármacos durante las 6 semanas previas al accidente** el 77% había consumido “tres o más fármacos”, el 17% “menos de tres” y solo el 6% no tomaba ninguno. Un 49% tomaba psicofármacos; las mujeres consumían más psicofármacos (52%) que los hombres (40%).

La **valoración de dependencia** según la escala de Barthel se representa en la gráfica siguiente. No se observan diferencias significativas entre los dos sexos. Un 57% de los accidentados eran independientes; este porcentaje varía según la edad.

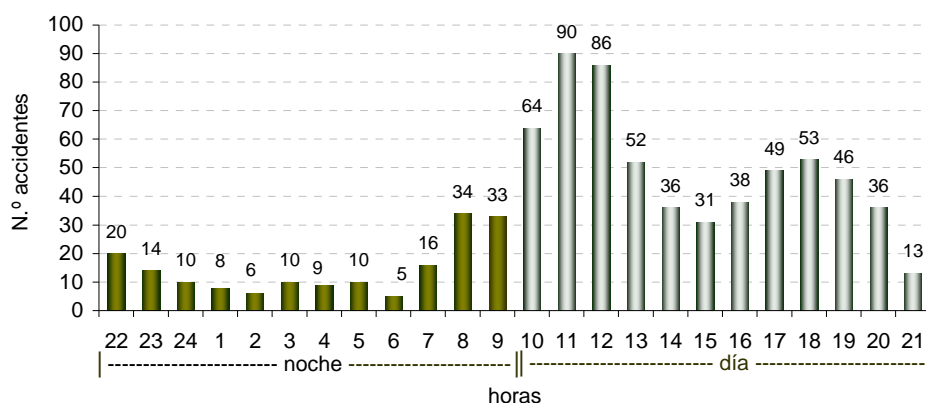
Escala de Barthel. Grados de dependencia según el sexo
Red Vigía. CAPV. 15 febrero-15 noviembre



Datos relativos al accidente

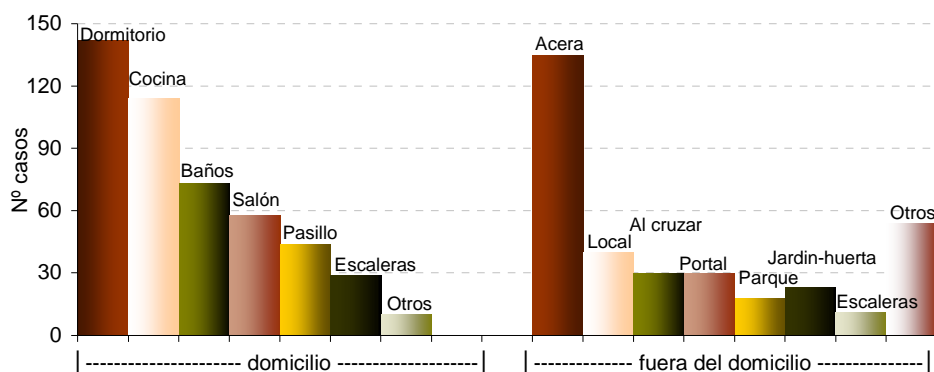
Tiempo. Conocemos la hora del accidente del 93% de los casos. El 23% se produjo entre las 10 de la noche y 10 de la mañana. Las horas con mayor accidentalidad fueron las de la mañana, entre las 10 y las 14 horas, en las que se produjo el 38% de los accidentes declarados. Hubo otro pico de incidencia a la tarde, entre las 17 y las 19 horas, con un 20% de los accidentes.

Hora del día en que se produce el accidente
Red Vigía. CAPV. 15 febrero-15 noviembre



Lugar del accidente. El 57% de los accidentes se produjeron en el domicilio del afectado. Dentro del domicilio, por orden de frecuencia: en el dormitorio (30%), en la cocina (24%) y en el baño (15%). Entre los accidentes ocurridos fuera del domicilio, el 40% se produjeron en la acera.

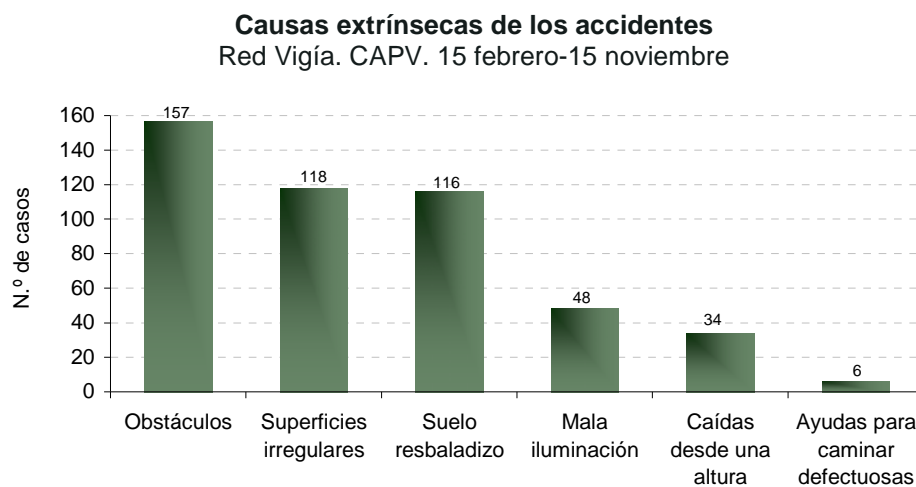
Lugar del accidente
Red Vigía. CAPV. 15 febrero-15 noviembre



Tipo de accidente: 91% fueron caídas, 2,4% quemaduras y el resto golpes, heridas y un atragantamiento.

Motivo del accidente. Entre los factores intrínsecos citados con más frecuencia están las alteraciones de la marcha por déficit muscular o del equilibrio (22%), el mareo (6 %) y el miedo a caerse (2%); otros motivos referidos fueron el fallo de la pierna-pie, mal cálculo de la distancia y trastornos neurológicos como ictus previo, parkinson, o demencia. Los motivos

extrínsecos declarados con más frecuencia fueron: obstáculos, superficies irregulares, suelo resbaladizo y mala iluminación.



Hubo 9 accidentes de tráfico. En seis casos los accidentados eran peatones y en los otros tres accidentes los accidentados eran: copiloto, conductor y ciclista.

Datos relativos a la lesión

Tipo de lesión. La lesión más frecuente fue la contusión (73%), seguida por fracturas (15%), cortes-heridas (7%) y quemaduras (2 %).

Localizaciones anatómicas. Por orden de frecuencia fueron: extremidades inferiores (40%), cabeza (30%), extremidades superiores (29%) y tronco (28%). Hay que tener en cuenta que puede darse más de una localización en el mismo accidente.

Si consideramos el **accidente con fractura**, la localización de la misma fue: extremidades inferiores 48% (60), extremidades superiores 32% (40), tronco 25% (31) y cabeza 5% (6).

Tipo de asistencia. Los tipos de asistencia no son excluyentes. Un 84% recibió asistencia domiciliaria, 59 % fueron atendidos en la consulta, 71% en urgencias hospitalarias y 6,1% de los accidentes requirieron ingreso hospitalario.

Reincidencia: En un 30% de los casos los pacientes declararon haber tenido otro accidente el año anterior.

Observaciones: Hay que tener en cuenta, al interpretar la información presentada en este resumen, que son datos provisionales. Para el cálculo de la incidencia hemos tomado como denominador la población total de mayores, sin restar los residentes del cupo de los médicos/as vigías institucionalizados, que no han sido objeto de vigilancia; por lo tanto, las tasas reflejadas en el gráfico son orientativas. En general, la recogida de información sobre datos relativos a los accidentes y a los accidentados ha sido exhaustiva y la participación de equipos "medico/a- enfermero/a" ha sido muy positiva.



***IV. MORBILIDAD
HOSPITALARIA***

Presentamos los resultados obtenidos tras analizar los datos del CMBD del Registro de Altas Hospitalarias de la Comunidad Autónoma del año 2011. La población a estudio son los pacientes, residentes en Bizkaia, que fueron dados de alta durante 2011 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.

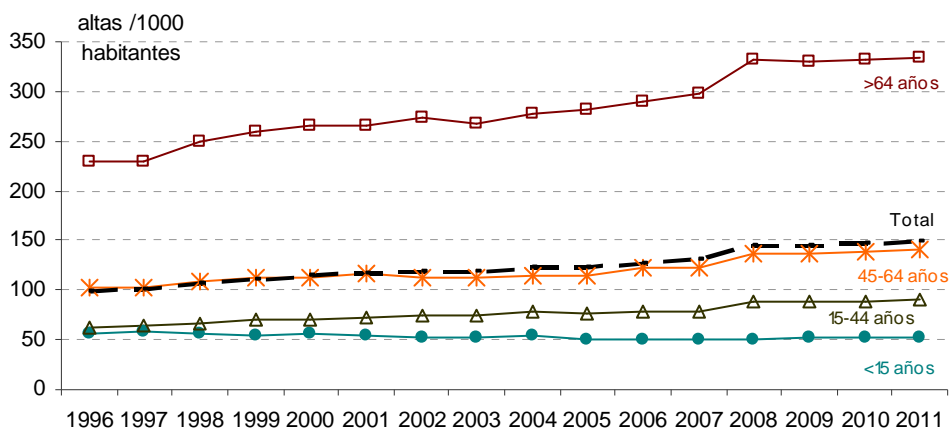
La población utilizada como denominador para el cálculo de las tasas de frecuentación hospitalaria es la población de 2011 (EUSTAT) y para la estandarización utilizamos la población europea.

MORBILIDAD HOSPITALARIA: CASOS Y TASAS DE FRECUENTACIÓN

Durante el año 2011 se produjeron 170.758 altas hospitalarias entre la población residente en Bizkaia, lo que supuso una tasa de frecuentación hospitalaria de 148,18 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 un día.

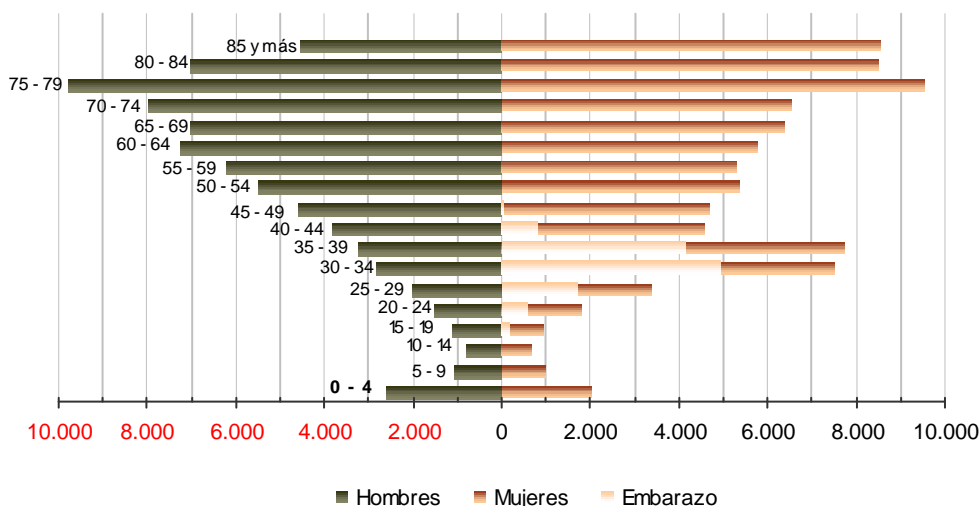
Como refleja el gráfico siguiente, la frecuentación hospitalaria aumentó entre 1996 y 2008, especialmente en los mayores de 64 años, y se estabiliza en los últimos años.

Tasa de frecuentación hospitalaria por grupos de edad
Bizkaia 1996-2011



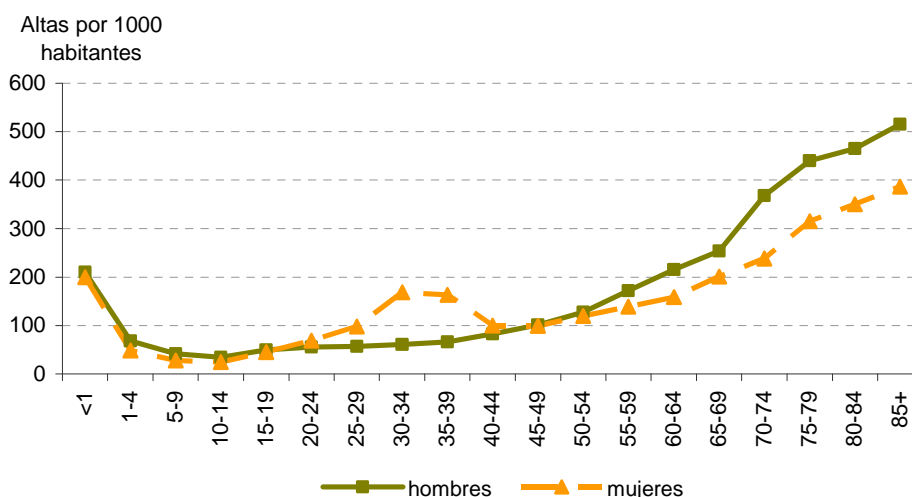
El 50% de las altas se dieron entre los 15 y 64 años, el 5% en la edad pediátrica y el 45% en los mayores de 64. Solo entre los 20 y 49 años de edad, debido a las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, y en las edades superiores a los ochenta años, el número de altas en cifras absolutas en mujeres superó al de los hombres.

Morbilidad hospitalaria por grupos de edad y por sexo
CMBD. Bizkaia 2011



En los grupos de edad extremos (menores de 1 año y mayores de 84), las tasas de frecuentación fueron altas: 223 y 436 por 1.000 habitantes respectivamente. La frecuentación más baja se dio entre los 5 y los 14 años, con 32 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 2011



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.

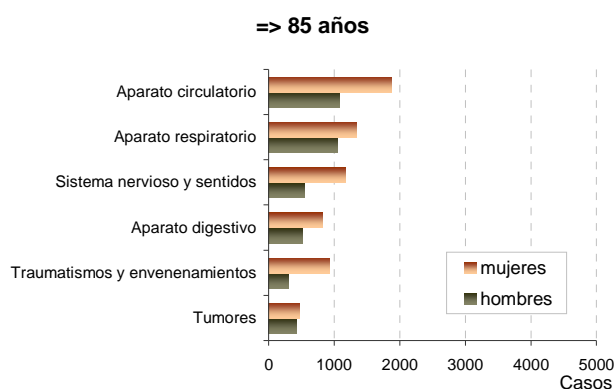
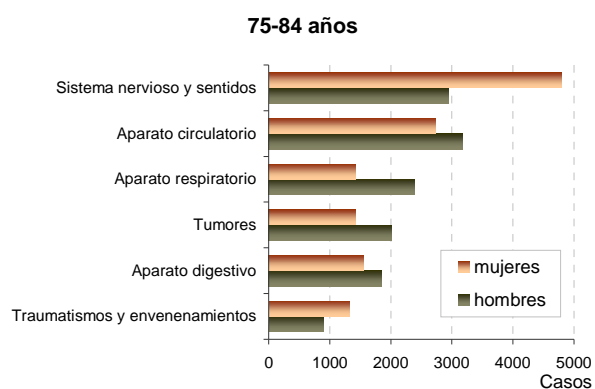
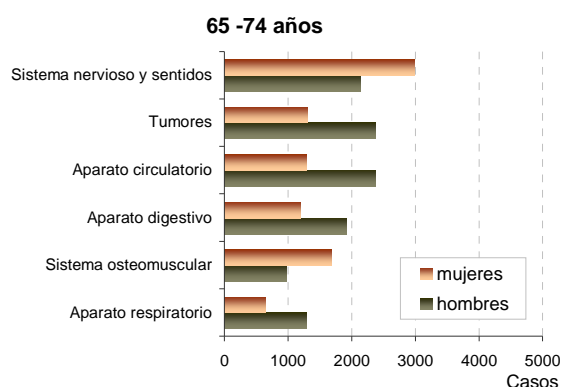
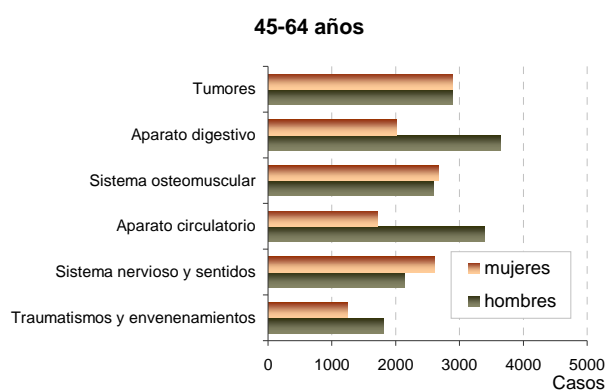
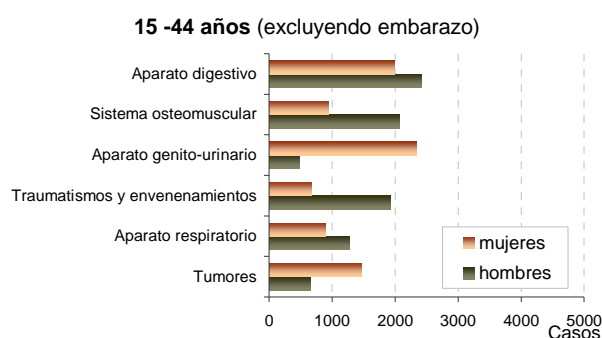
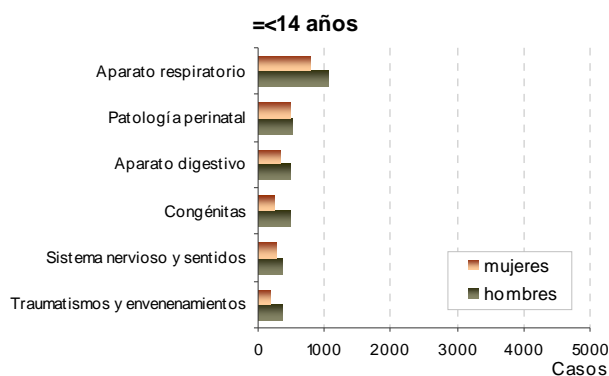
Morbilidad proporcional según el diagnóstico principal, por grandes grupos y por sexo CMBD. Bizkaia 2011

CIE-9-MC	DIAGNÓSTICOS	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
		N.º altas	%	N.º altas	%	N.º altas	%
001-139	Infecciosas y parasitarias	2.219	1,4	1.239	1,7	980	1,2
140-239	Tumores	16.044	10,2	8.407	11,3	7.637	9,3
240-279	Endocrino-metabólicas	2.031	1,3	831	1,1	1.200	1,5
280-289	Sangre y órganos hematopoyéticos	1.395	0,9	687	0,9	708	0,9
290-319	Trastornos mentales	2.682	1,7	1.438	1,9	1.244	1,5
320-389	Sistema nervioso y sentidos	21.816	13,9	8.971	12,1	12.845	15,6
390-459	Aparato circulatorio	19.177	12,2	10.830	14,6	8.347	10,1
460-519	Aparato respiratorio	14.821	9,5	8.712	11,7	6.109	7,4
520-579	Aparato digestivo	18.707	11,9	10.805	14,5	7.902	9,6
580-629	Aparato genito-urinario	9.331	6,0	3.616	4,9	5.715	6,9
630-679	Embarazo, parto y puerperio	12.488	8,0	-	-	12.488	15,1
680-709	Piel y tejido subcutáneo	3.064	2,0	1.711	2,3	1.353	1,6
710-739	Sist. osteo-mioarticular y conectivo	13.393	8,5	6.379	8,6	7.014	8,5
740-759	Anomalías congénitas	1.195	0,8	702	0,9	493	0,6
760-779	Patología perinatal	995	0,6	524	0,7	471	0,6
780-799	Signos y síntomas mal definidos	6.311	4,0	3.432	4,6	2.879	3,5
800-999	Traumatismos y envenenamientos	11.128	7,1	5.999	8,1	5.129	6,2
TOTAL (excepto código V)		156.797	100	74.283	100	82.514	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, las enfermedades respiratorias y los tumores.

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 2011



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 4 años, el 36% de los ingresos se debió a enfermedades del aparato respiratorio (sobre todo enfermedades de las amígdalas y adenoides). Entre los 5 y los 14 años, fueron importantes las enfermedades del aparato digestivo (58% apendicitis) y las respiratorias (72% enfermedades de las amígdalas y adenoides).

Entre los 15 y 44 años, la causa más frecuente de ingreso 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 (28% esterilidad), aparato digestivo (23% extracciones dentales, 18% coledocistitis) y tumores (25% útero, 19% mama). Entre los hombres, las causas más frecuentes fueron las enfermedades del aparato digestivo (22% hernias, 14% apendicitis), enfermedades del sistema osteo-muscular (41% trastorno interno de la rodilla) y traumatismos y envenenamientos (accidentes).

En el grupo de 45 a 64 años, las enfermedades del aparato digestivo (37% hernias) y circulatorio (17% 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 (21% mama, 16% útero), seguida por las enfermedades del sistema osteomuscular (20% juanetes).

Entre los de 65 a 84 años, las enfermedades que más peso tuvieron fueron las circulatorias en los hombres (17% enfermedad cerebrovascular y 16% insuficiencia cardiaca), 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 63% de los ingresos hospitalarios correspondieron a mujeres y las enfermedades del aparato circulatorio (33% insuficiencia cardiaca) y las del aparato respiratorio (23% bronquitis, 22% neumonías) fueron las más frecuentes.

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 10% 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 137 altas por 1.000 habitantes en Comarca Uribe y 162 en Bilbao. Respecto a 2010, aumentaron ligeramente los ingresos en Interior, Ezkerraldea-Enkarterri y Uribe, y disminuyeron en Bilbao.

Morbilidad hospitalaria por Comarcas CMBD. Bizkaia 2011

COMARCA	N.º ALTAS	TASA CRUDA	TASA ESTANDARIZADA (IC 95%)	
Interior	37.393	137,81	110,35	(109,14; 111,56)
Ezkerraldea-Enkarterri	43.159	147,00	112,84	(111,66; 114,03)
Uribe	29.325	137,18	112,92	(111,56; 114,28)
Bilbao	57.627	162,42	122,48	(121,35; 123,61)

Tasas por 1000 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 2010. 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.

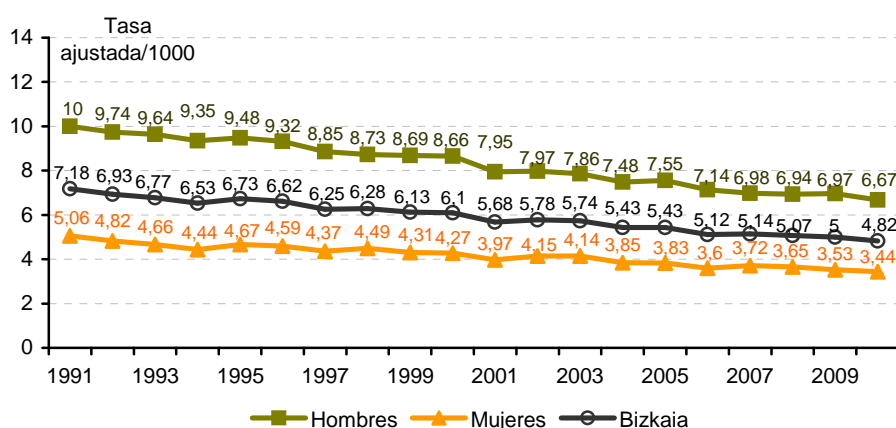
Las poblaciones utilizadas como denominadores son las de los censos y padrones de 1991, 1996, 2001, 2006 y 2010. Las correspondientes a los años intercensales analizados se han obtenido mediante interpolación lineal de las poblaciones de los censos y padrones indicados previamente. La estandarización 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 2010).

MORTALIDAD GENERAL

Durante el año 2010 fallecieron 10.797 personas residentes en Bizkaia: 52% hombres y 48% mujeres. La tasa de mortalidad general fue de 9,37 por mil habitantes, superior en los hombres (10,10) que en las mujeres (8,69). La tasa estandarizada por edad de la población europea fue de 4,82 por mil habitantes, también mayor en los hombres (6,67) que en las mujeres (3,45).

Tasa de Mortalidad general ajustada por edad
Bizkaia 1991-2010

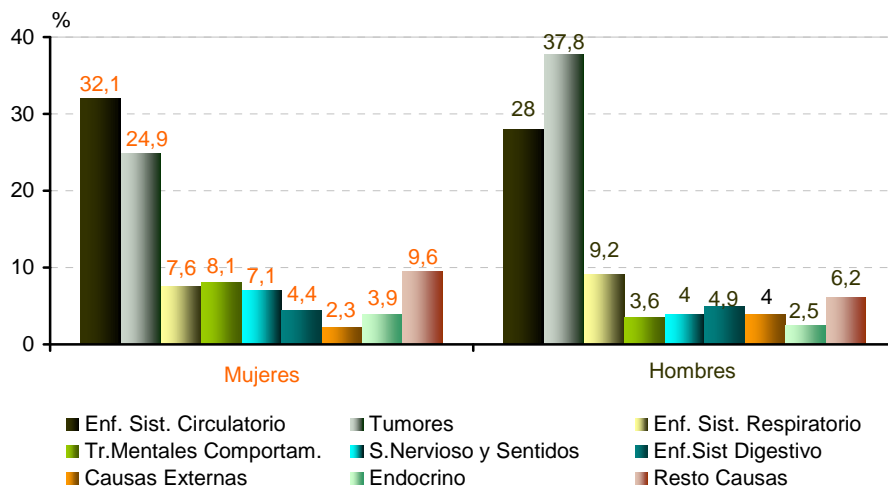


Tal como se observa en la figura previa, las tasas estandarizadas descendieron de forma continuada desde 1991 (7,18) hasta 2010 (4,82). Por el contrario, las tasas crudas continuaron aumentando, fruto del envejecimiento de la población.

MORTALIDAD PROPORCIONAL. GRANDES GRUPOS DE CAUSA DE MUERTE

Las enfermedades del aparato circulatorio fueron las responsables del mayor número de defunciones en las mujeres (32%) seguidas por los tumores (25%), mientras que en los hombres sucede a la inversa: la causa más frecuente de defunción fueron los tumores (38%) y, en segundo lugar, las enfermedades del aparato circulatorio (28%). Las enfermedades del aparato respiratorio ocuparon el tercer lugar de importancia en ambos sexos, provocando el 8% 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 (5%).

Mortalidad Proporcional. Defunciones por sexo y grandes grupos de causas
Bizkaia 2010



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.

Mortalidad por grandes grupos de causas
Bizkaia 2010

DIAGNÓSTICOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Muertes	Tasa*	Muertes	Tasa*	Muertes	Tasa*
Enf. infecciosas y parasitarias (I)	88	11,17	79	5,28	167	7,88
Tumores (II)	2131	259,95	1286	114,27	3417	175,86
Enf. sangre y órg.hematop.;Tr. inmunit. (III)	16	1,85	29	1,51	45	1,79
Enf. endocrinas, nutrición. y metabólicas (IV)	138	16,19	200	12,13	338	13,79
Tr. mentales y del comportamiento (V)	200	21,14	420	20,97	620	21,26
Enf. sistema nervioso, ojo y oído (VI,VII,VIII)	224	24,97	366	22,04	590	23,51
Enf. sistema circulatorio (IX)	1576	179,98	1656	94,10	3232	130,83
Enf. sistema respiratorio (X)	517	54,86	390	22,59	907	34,56
Enf. sistema digestivo (XI)	276	33,75	227	15,19	503	23,44
Enf. piel y tejido subcutáneo (XII)	8	0,89	15	0,89	23	0,89
Enf. s. osteo-muscular y tej. conjuntivo (XIII)	27	3,16	65	3,42	92	3,43
Enf. sistema genito-urinario (XIV)	107	11,80	139	7,54	246	9,13
Embarazo, parto, puerperio (XV)	--	--	1	0,15	1	0,07
Afecciones perinatales (XVI)	11	3,22	10	3,11	21	3,17
Malf. congénitas, defor., an. cromos. (XVII)	14	3,08	8	2,00	22	2,54
Causas mal definidas (XVIII)	79	9,28	150	8,60	229	9,32
Causas externas (XIX)	224	32,13	120	10,80	344	20,93
TOTAL	5636	667,43	5161	344,60	10.797	482,41

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

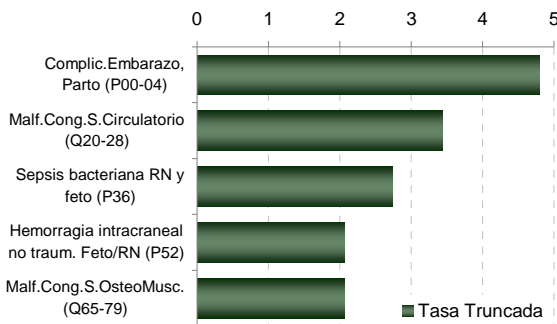
MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS

Primeras causas de muerte según edad

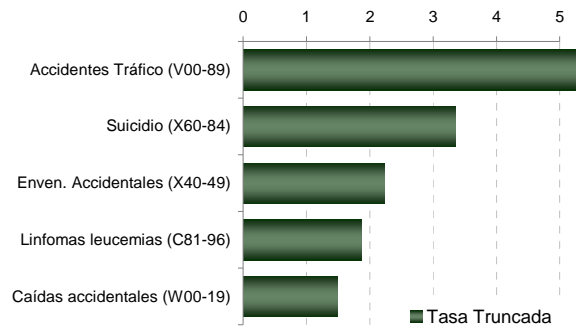
Las causas de muerte son distintas según la edad. Entre los menores de 15 años fallecieron 50 niños. Las complicaciones del embarazo y del parto fueron la primera causa de muerte (tasa: 4,80/100.000). Entre los 15 y 34 años de edad, hubo 99 defunciones; la principal causa de muerte fueron los accidentes de tráfico, con una tasa de 7,08/100.000, seguido del suicidio y los envenenamientos accidentales. En el grupo de edad de 35 a 64 años, fallecieron 1.597 personas; la primera causa fue el cáncer de pulmón (49,05/100.000), seguido de la cardiopatía isquémica y, en tercer lugar, el cáncer de colon y recto.

Principales causas de muerte por edad Bizkaia. 2010

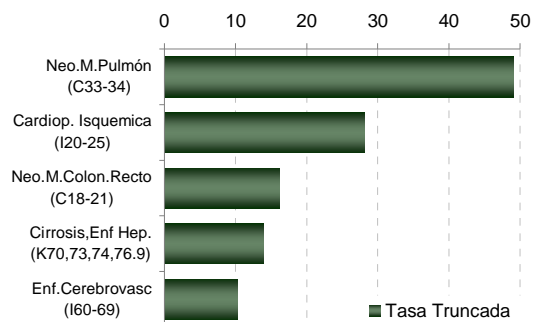
0-14 años (TM₀₋₁₄: 34,27 por 100.000)



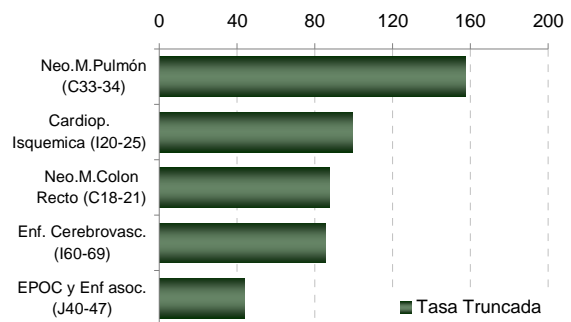
15-34 años (TM₁₅₋₃₄: 36,87 por 100.000)



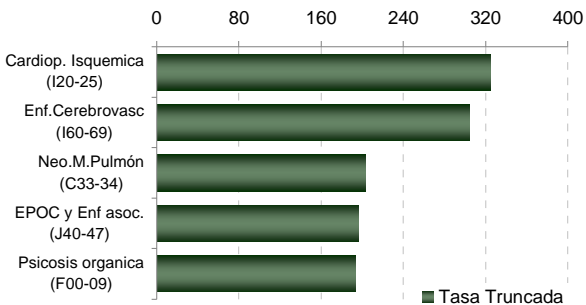
35-64 años (TM₃₅₋₆₄: 313,31 por 100.000)



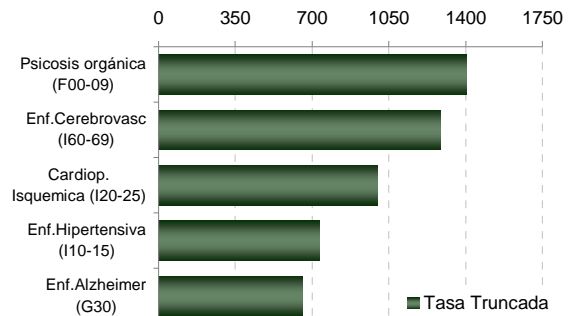
65-74 años (TM₆₅₋₇₄: 1337,21 por 100.000)



75-84 años (TM₇₅₋₈₄: 3855,17 por 100.000)



85 y más años (TM₈₅₊: 14111,15 por 100.000)



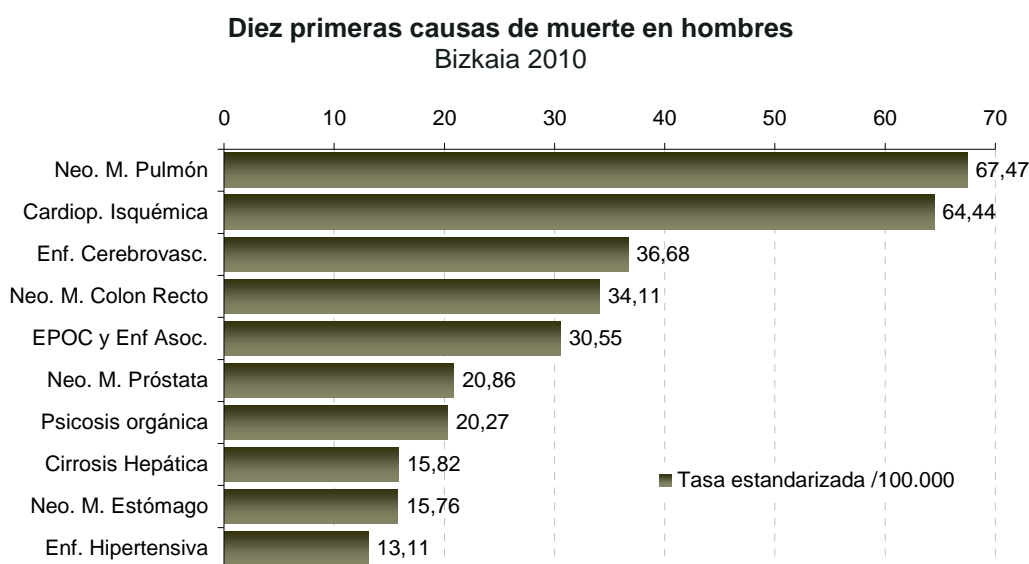
Tasas por cien mil habitantes

Entre los mayores de 64 y menores de 75 años, cuya cifra de fallecidos fue de 1.439, el cáncer de pulmón sigue siendo la primera causa (157,05/100.000), seguido por la cardiopatía isquémica y del cáncer de colon y recto. La primera causa entre las 3.501 defunciones del grupo de 75 a 84 años fue la cardiopatía isquémica (324,84/100.000) seguida de la enfermedad cerebro-vascular y el cáncer de pulmón. Por último, entre los mayores de 84 años, la primera causa fue la psicosis orgánica senil y presenil (tasa 1.400,47/100.000), seguida de la enfermedad cerebro-vascular y la cardiopatía isquémica; fallecieron 4.111 personas en este grupo de edad.

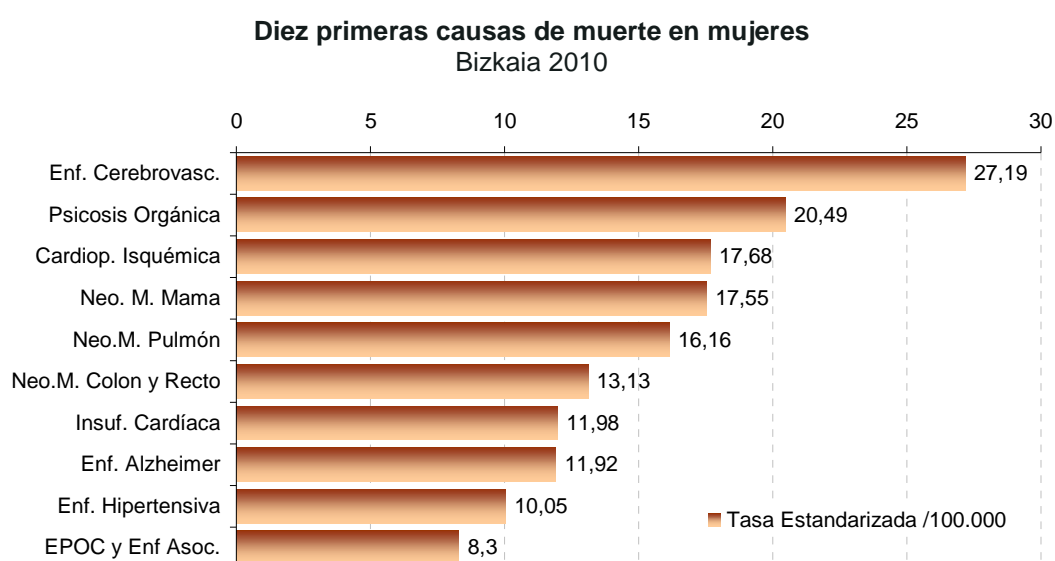
Principales causas de muerte segun sexo

Las figuras siguientes muestran las tasas estandarizadas de mortalidad debida a las 10 primeras causas en hombres y mujeres respectivamente. Estas 10 causas suponen 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 67,47/100.000 (529 defunciones), y en segundo lugar la cardiopatía isquémica con tasa estandarizada de 64,44/100.000 (546 defunciones). La enfermedad cerebro-vascular fue la tercera causa (36,68/100.000; 332 defunciones).



Entre las mujeres, las causas más frecuentes de defunción fueron la enfermedad cerebro-vascular con tasa ajustada de 27,19/100.000 (465 defunciones), la psicosis orgánica senil y presenil con tasa de 20,49/100.000 (413 defunciones) y la cardiopatía isquémica, con tasa de 17,68/100.000 (291 defunciones).

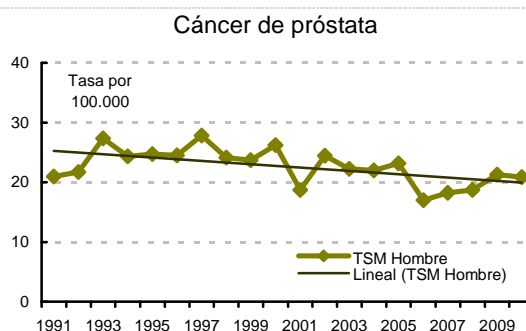
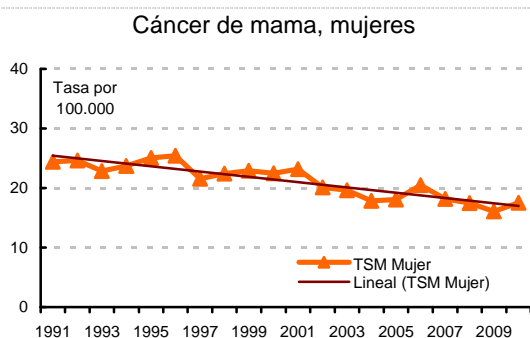
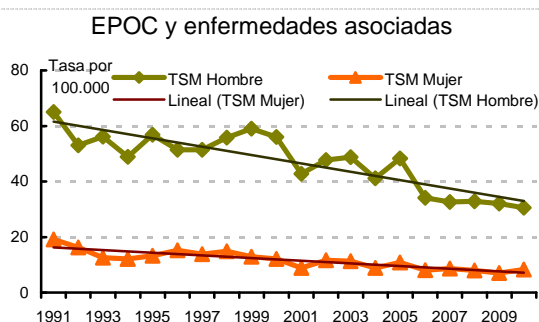
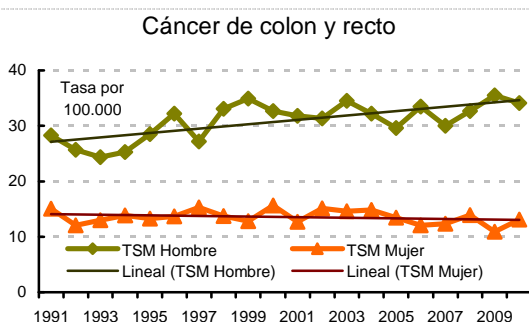
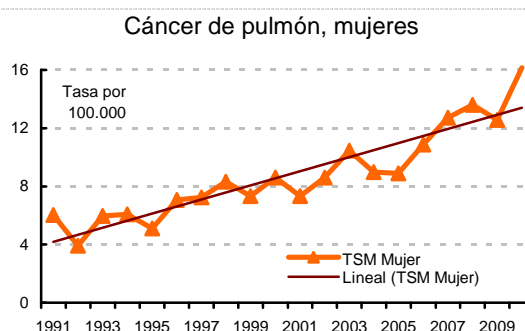
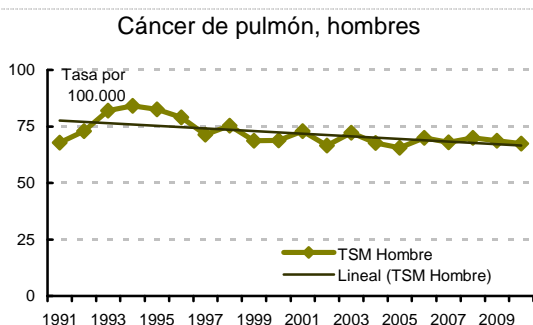
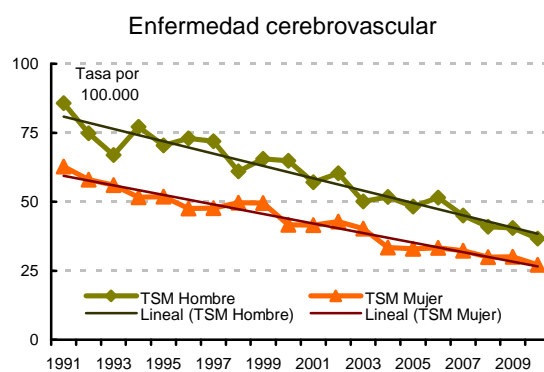
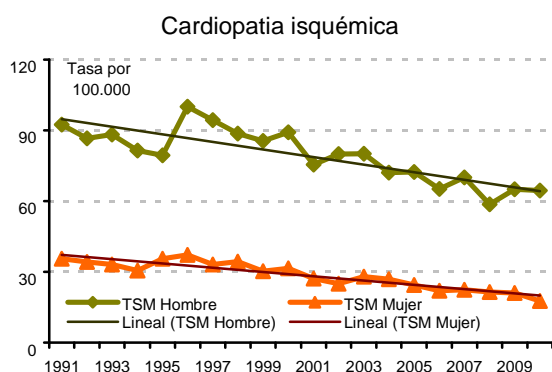


Primeras causas de muerte en el tiempo

La mortalidad por cardiopatía isquémica y enfermedad cerebro-vascular, sobre todo esta última, mantuvieron una tendencia descendente desde 1991 a 2010 (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 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 1991-2010

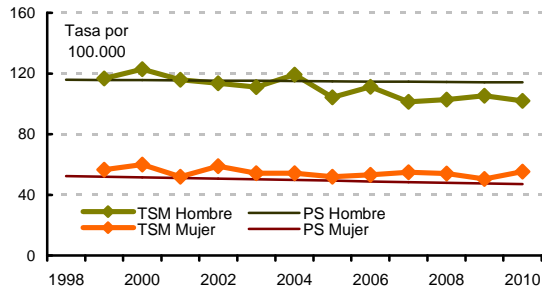


Indicadores de evaluación del estado de salud (Plan de Salud)

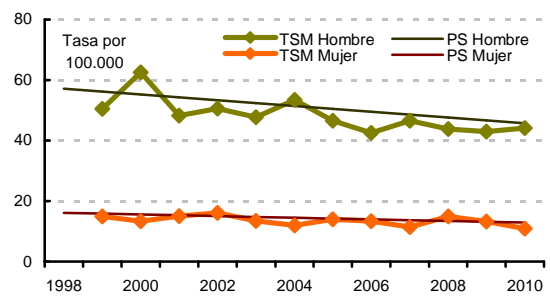
En la tabla y gráfico siguientes se comparan los datos de mortalidad de los años 1998 a 2010 con los objetivos del Plan de Salud de 2002-2010.

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

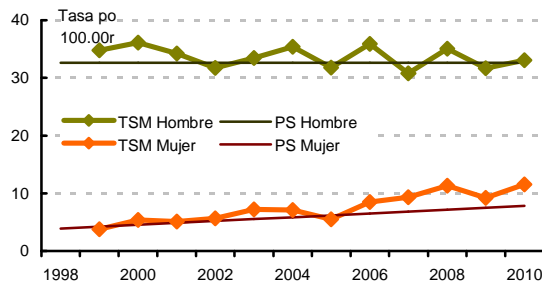
Tumores <65años



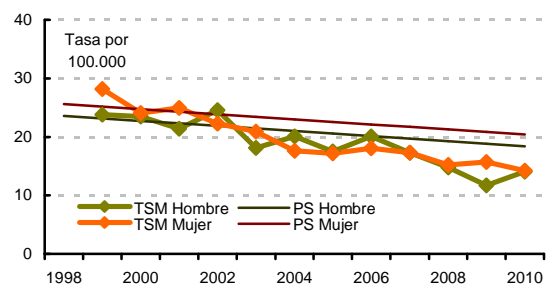
A. Circulatorio <65años



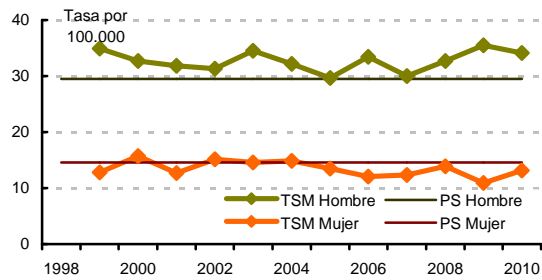
Neo M Pulmón <65años



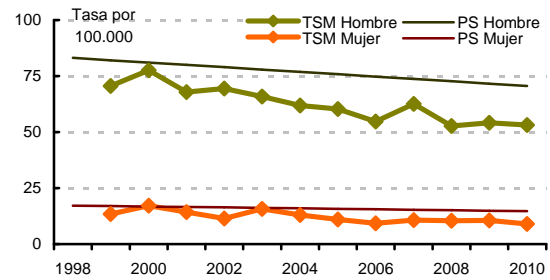
Enf.Cerebrovascular <75a ♂ y <85a ♀



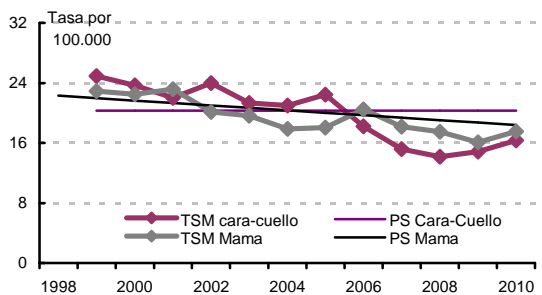
Neo M. Colon y Recto



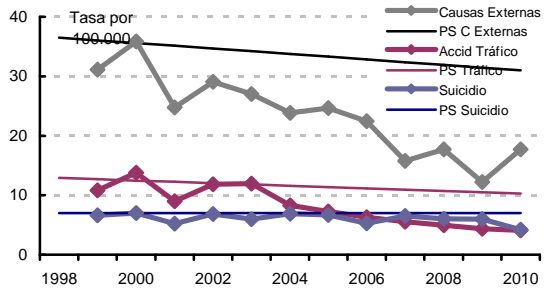
Cardiopatía isquémica 25-74 años



Neo M. Mama, mujeres; cara-cuello, hombres



Causas Externas 15-29 años; acc.tráfico; suicidio



La mortalidad debida a todos los tumores malignos en hombres menores de 65 años ha frenado la tendencia ascendente, pero en mujeres supera la tasa establecida para 2010. Se han conseguido los objetivos propuestos en las localizaciones priorizadas en el Plan de Salud (pulmón y colon-recto) entre los hombres. Entre las mujeres se consiguen los objetivos para cáncer de mama y colon-recto, pero las tasas de cáncer de pulmón siguen aumentando en 2010 sin frenar esta tendencia.

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

Mortalidad por causas priorizadas en el Plan de Salud Bizkaia 1999 a 2010

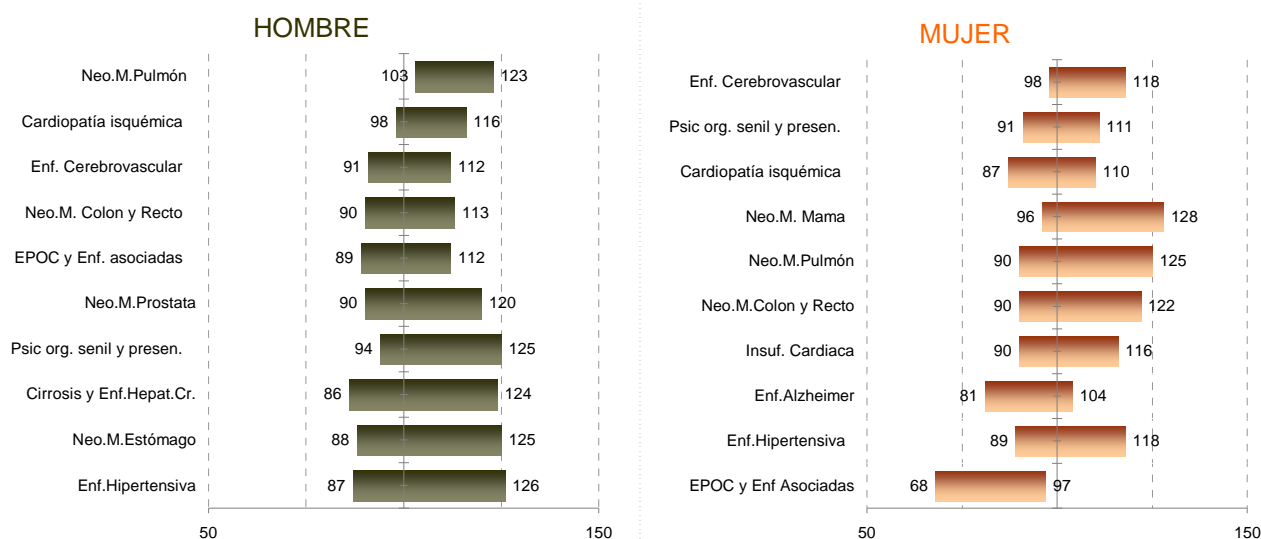
Causas	Tasa 1999	Tasa 2000	Tasa 2001	Tasa 2002	Tasa 2003	Tasa 2004	Tasa 2005	Tasa 2006	Tasa 2007	Tasa 2008	Tasa 2009	Tasa 2010	Objetivos del Plan de Salud CAPV, 2010
Tumores malignos hombres <65 a.	116,7	122,9	115,8	113,59	111,13	119,31	104,22	111,17	101,28	102,88	105,36	101,89	Iniciar tendencia descendente
Tumores malignos mujeres <65 a.	56,6	60,0	52,0	58,94	54,22	50,69	51,94	53,12	54,79	54,01	50,39	55,35	47,1
Cáncer de pulmón hombres <65 a.	34,8	36,1	34,25	31,73	33,45	35,41	31,77	35,91	30,81	35,08	31,69	33,06	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	9,32	11,33	9,23	11,54	Frenar tendencia ascendente
Cáncer de mama en mujeres	22,9	22,5	23,18	20,12	19,62	17,86	18,06	20,48	18,17	17,50	16,09	17,55	18,4
Cáncer de Colon-recto en hombres	34,9	32,7	31,81	31,34	34,51	32,20	29,63	33,45	30,01	32,67	35,50	34,11	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	12,37	13,90	10,91	13,13	Estabilizar las tasas
Cáncer de cabeza y cuello hombres	24,93	23,67	22,02	23,97	21,34	21,01	22,43	18,21	15,18	14,18	14,85	16,34	20,3
Enf. Ap. circulatorio hombres <65 a.	50,5	62,5	48,24	50,63	47,71	53,47	46,61	42,49	46,52	43,82	42,92	44,11	45,7
Enf. Ap. circulatorio mujeres <65 a.	14,9	13,3	14,99	16,08	13,48	11,93	14,02	13,32	11,44	14,88	13,19	10,85	12,9
Enf. cerebrovascular hombres <75 a.	23,8	23,5	21,38	24,56	18,09	20,07	17,52	20,10	17,28	14,79	11,72	14,06	18,4
Enf. cerebrovascular mujeres <85 a.	28,2	24,1	24,97	22,29	20,93	17,62	17,20	18,08	17,30	15,22	15,73	14,23	20,4
Cardiop. isquémica hombres 25-74 a.	70,6	77,6	67,81	69,46	65,81	61,79	60,33	54,70	62,57	52,67	54,12	53,19	70,6
Cardiop. isquémica mujeres 25-74 a.	13,4	17,1	14,34	11,48	15,67	13,01	11,05	9,25	10,73	10,44	10,52	8,95	14,7
Accidentes de tráfico	10,8	13,8	9,01	11,87	11,97	8,28	7,26	6,32	5,54	4,95	4,34	4,11	10,3
Suicidio	6,6	7,0	5,22	6,83	5,96	6,87	6,68	5,29	6,51	6,04	6,00	4,18	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	15,75	17,73	12,22	17,70	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.

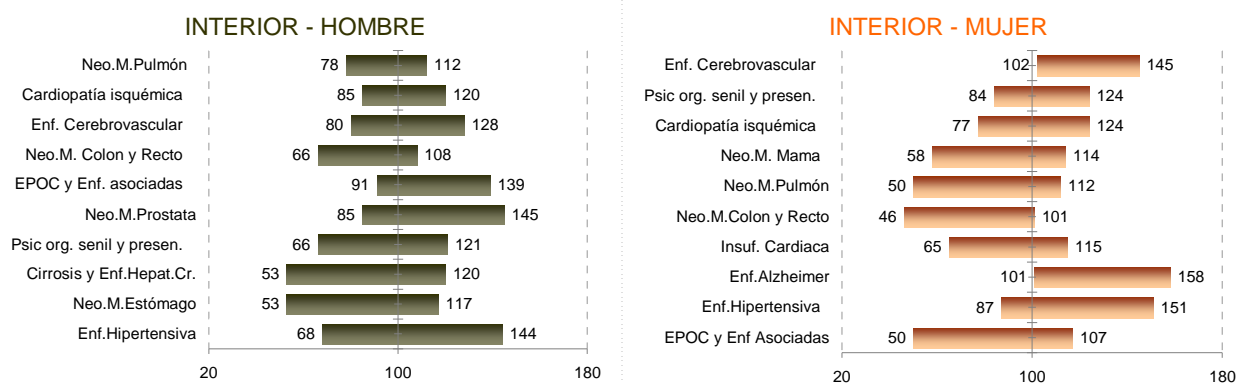
RME según sexo. Primeras causas de muerte Bizkaia 2010



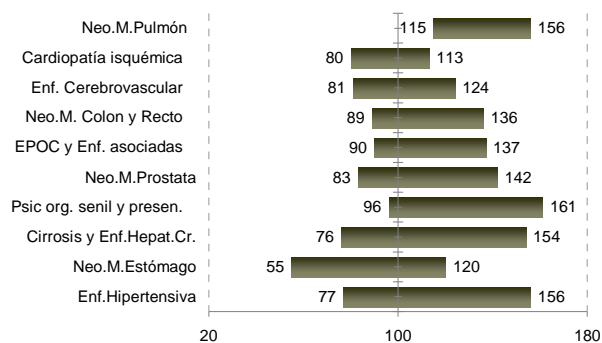
La mortalidad por todas las causas de los hombres en Bizkaia, durante el año 2010, fue superior a la correspondiente de la CAPV [RME=104, (IC 95% 101-106)]; la de las mujeres no fue significativamente distinta. Como se observa en la figura previa, que muestra la RME debida a cada una de las 10 principales causas, la mortalidad por cáncer de pulmón fue mayor en los hombres de Bizkaia comparados con los de la CAPV, y la debida a EPOC fue menor en las mujeres de Bizkaia que en las 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 los hombres de la comarca Ezkerraldea-Enkarterri [RME=110, (IC95% 105-116)]. Las siguientes figuras muestran la RME debida a las diez primeras causas de hombres y mujeres en cada comarca.

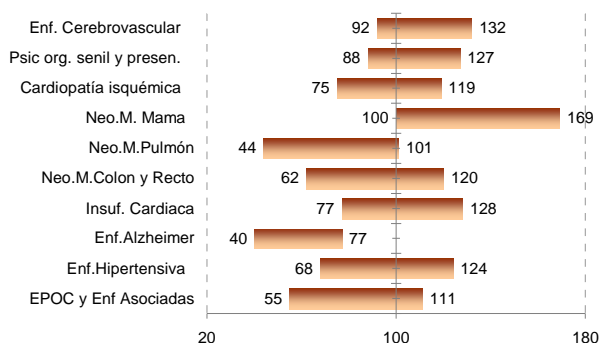
Razón de mortalidad estandarizada según sexo. Primeras 10 causas de muerte Comarcas Sanitarias de Bizkaia 2010



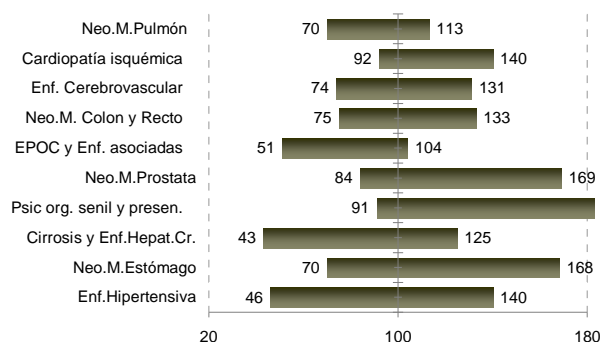
EZKERRALDEA-ENKARTERRI - HOMBRE



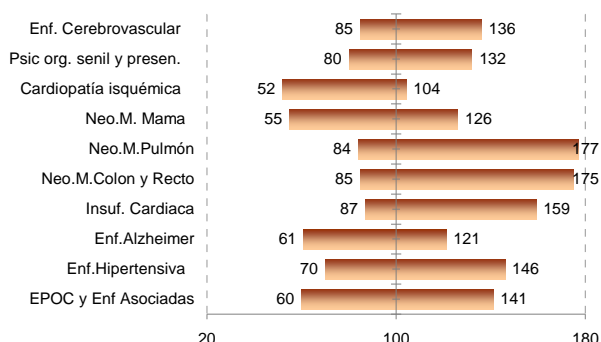
EZKERRALDEA-ENKARTERRI - MUJER



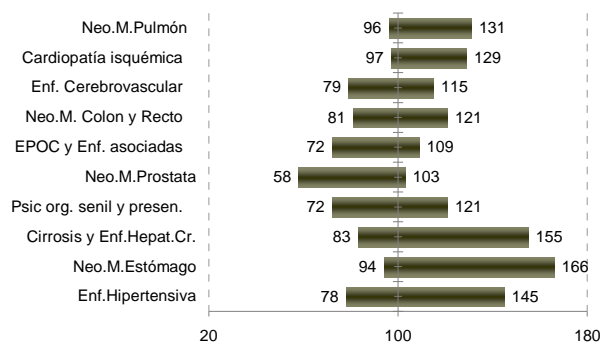
URIBE KOSTA - HOMBRE



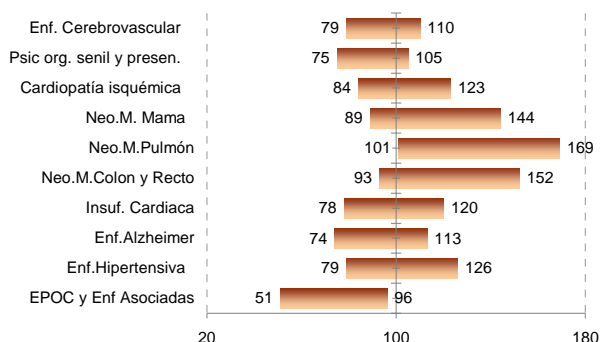
URIBE KOSTA - MUJER



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; las mujeres murieron más que las de la CAPV por enfermedad cerebrovascular y por enfermedad de Alzheimer.

Los hombres de Ezkerraldea-Enkarterri, tuvieron una mortalidad total significativamente mayor que el resto de la CAPV por cáncer de pulmón; por el contrario, las mujeres de esta comarca tuvieron menor mortalidad que las de la CAPV por Alzheimer.

En la comarca Uribe no se observa una mortalidad significativamente distinta al resto de la CAPV por ninguna causa, ni en hombres ni en mujeres.

Los hombres de Bilbao no diferían significativamente de los de la CAPV respecto a mortalidad por ninguna de estas 10 causas; las mujeres tuvieron mayor mortalidad que las de la CAPV por cáncer de pulmón, y menor por EPOC.

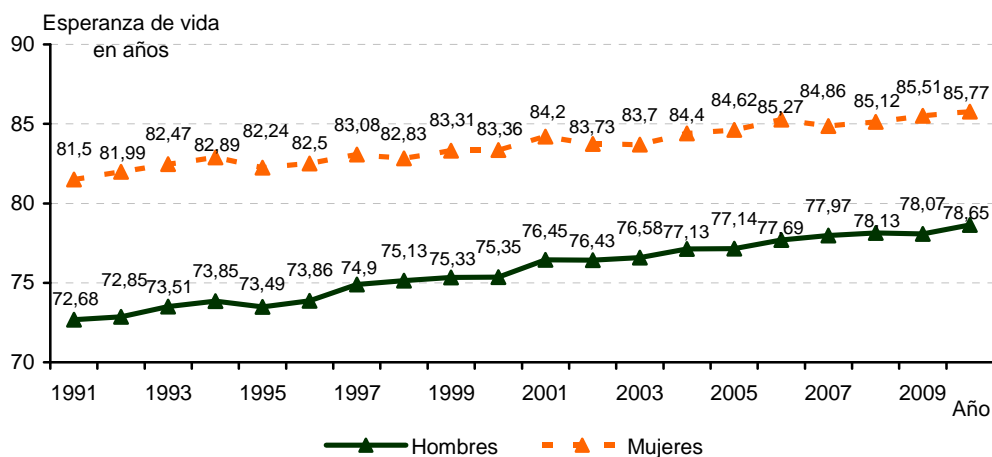
MORTALIDAD INFANTIL

Durante 2010 se produjeron 37 fallecimientos en niños y niñas menores de un año de Bizkaia, lo que supuso una tasa de mortalidad infantil de 3,5/1.000 nacidos vivos (periodo neonatal: 25 fallecidos y postneonatal: 12 fallecidos). La mortalidad perinatal fue 5,9/1.000 (63 fallecidos).

ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida al nacer fue aumentando desde 1991 hasta el año 2010 de forma mantenida en ambos sexos. En el año 2010 se situó en 82,28 años, menor en los hombres (78,65) que en las mujeres (85,77); 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. 1991-2010



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 2010 en menores de 70 años fueron 33.720, equivalente a una tasa ajustada de 30,85/1.000; el número de años de vida perdidos fue mayor en los hombres (21.769 años) que en las mujeres (10.951). 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; entre las mujeres las primeras causas de APVP fueron, en este orden, la neoplasia maligna de pulmón, la neoplasia maligna de mama y las anomalías congénitas.

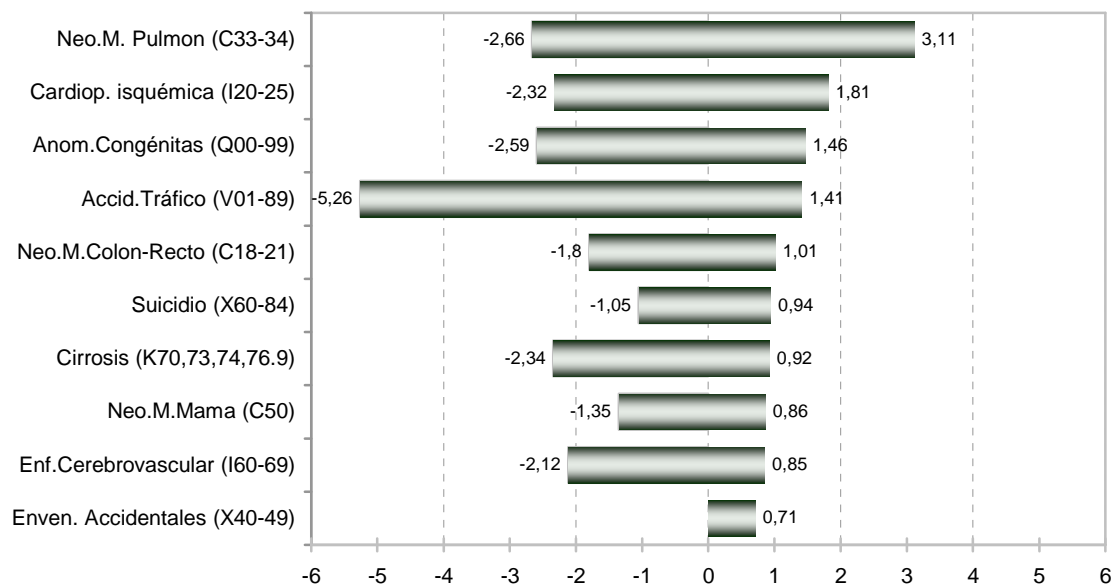
Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) Bizkaia 2010

CAUSAS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Años	T. APVP (*)	Años	T. APVP (*)	Años	T. APVP (*)
Neo. M. Pulmón (C33-34)	2575	4,41	1152	1,90	3727	3,11
Card. Isquémica (I20-25)	1881	3,22	297	0,48	2178	1,81
Anom. Congénitas (Q00-99)	578	1,71	376	1,21	954	1,46
Accid. Tráfico (V01-89)	1078	2,26	230	0,54	1308	1,41
Neo. M. Colon-recto (C18-21)	714	1,21	503	0,82	1217	1,01
Suicidio (X60-84)	839	1,47	248	0,40	1087	0,94
Cirrosis (K70,73,74,76.9)	811	1,39	299	0,48	1110	0,92
Neo. M. Mama (C50)	30	0,05	1004	1,64	1034	0,86
Enf. Cerebrovascular (I60-69)	529	0,89	437	0,83	966	0,85
Enven. Accidentales (X40-49)	642	1,09	162	0,32	804	0,71

(*) 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 2010. 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.

Años potenciales de vida perdidos Bizkaia Años 1991 y 2010



Tasas por 1.000 habitantes estandarizadas por edad de la población europea



ANEXOS

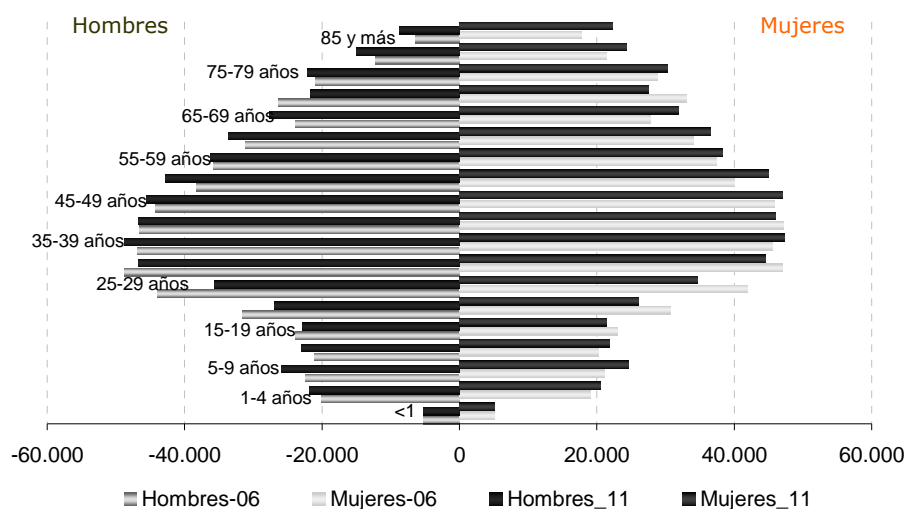
POBLACIÓN DE BIZKAIA. CENSO 2011

GRUPO DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
< 1 año	5.272	5.142	10.414
1 - 4	21.789	20.550	42.339
5 - 9	25.907	24.623	50.530
10 - 14	23.136	21.772	44.908
15 - 19	22.939	21.342	44.281
20 - 24	27.015	26.065	53.080
25 - 29	35.631	34.572	70.203
30 - 34	46.842	44.555	91.397
35 - 39	48.895	47.270	96.165
40 - 44	46.749	45.898	92.647
45 - 49	45.561	46.969	92.530
50 - 54	42.876	45.006	87.882
55 - 59	36.216	38.278	74.494
60 - 64	33.603	36.461	70.064
65 - 69	27.625	31.791	59.416
70 - 74	21.650	27.538	49.188
75 - 79	22.223	30.302	52.525
80 - 84	15.059	24.315	39.374
≥85	8.792	22.177	30.969
TOTAL	557.780	594.626	1.152.406

POBLACIÓN POR COMARCAS DE RESIDENCIA SEGUN SEXO. CENSO 2011

COMARCAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
BARNEKO / INTERIOR	134.193	137.154	271.347
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	142.863	150.736	293.599
URIBE	103.311	110.459	213.770
BILBAO	167.843	186.949	354.792
GIPUZKOA OESTE (Ermua y Mallabia)	8.794	8.645	17.439
ARABA (Otxandio y Ubide)	776	683	1.459

EVOLUCIÓN DE LA PIRAMIDE DE POBLACIÓN DE BIZKAIA 2006 – 2011 EUSTAT



ANEXO II

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

Brucelosis

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº Casos	0	2	1	-	1	1
Tasas	-	0,18	0,09	-	0,09	0,09
Razón de sexos (H/M)	-	-	-	-	-	-
Índice epidémico 2	-	2	1	-	1	1

Fiebre tifo-paratífica

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº Casos	1	2	0	1	11	5
Tasas	0,09	0,18	-	0,09	0,97	0,43
Razón de sexos (H/M)	-	-	-	-	1,2	0,25
Índice epidémico 2	0,33	1	-	0,50	11	5

Disenteria

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº Casos	12	19	9	12	3	12
Tasas	1,06	1,67	0,79	1,06	0,26	1,04
Razón de sexos (H/M)	0,5	0,9	3,5	1	2	0,2
Índice epidémico 2	4	4,75	1,29	1,33	0,25	1

Enfermedad meningocócica

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Nº Casos	54	45	33	16	22	22	
Tasas	4,81	3,96	2,9	1,41	1,94	1,91	
Razón de sexos (H/M)	1,16	0,8	1,54	1,6	1,45	1,2	
Índice epidémico 2	0,81	0,71	0,61	0,33	0,49	0,67	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	90,6	105,43	47,92	28,75	76,68	3	28,75
1-4 años	41	35,73	22,97	12,76	17,87	6	15,31
5-9 años	24,85	9,19	6,89	-	2,30	3	6,89
10-14 años	13,43	2,42	4,84	2,42	-	1	2,42
15-24 años	2,87	2,75	4,58	1,83	0,92	1	0,92
Mayores de 24 años	1,52	1,34	1	0,56	0,56	8	0,42
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Interior	3,48	4,15	5,65	1,13	3,68	11	3,59
Ezkerraldea	5,9	5,85	3,1	1,72	1,72	5	1,70
Uribe	4,5	2,88	1,44	0,96	0	1	0,47
Bilbao	4,8	2,87	1,3	1,7	1,7	4	1,13
Otros	-	-	-	-	-	1	0,35

Hepatitis A

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Nº Casos	20	22	82	32	18	31	
Tasas	1,78	1,94	7,22	2,82	1,58	2,69	
Razón de sexos (H/M)	1,86	1	8,11	3,5	2	1,58	
Índice epidémico 2	0,53	0,58	3,73	0,46	0,56	1,41	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	-	-	-	-	-	-	-
1 a 9 años	4	2,42	1,21	3,63	2,42	22	26,59
10 a 19 años	2,9	3,4	4,53	3,40	3,40	-	-
20 a 29 años	3,42	2,7	13,51	2,70	2,03	3	2,03
30 a 39 años	2,17	4,78	15,40	6,90	4,25	2	1,06
40 a 49 años	0,6	1,1	12,51	3,26	1,09	2	1,09
Mayor de 49 años	0,73	0,46	1,15	0,69	-	2	1,32
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Interior	1,93	1,88	3,39	5,28	1	20	6,54
Ezkerraldea-Enkarterri	1,03	1,72	6,19	0,34	1,72	4	1,36
Uribe	2	0,48	11,14	1,92	0,96	2	0,94
Bilbao	2,25	3,16	9,04	3,67	2,26	5	1,41
Otros	-	-	-	-	-	-	-

Hepatitis B

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Nº Casos	17	24	17	25	12	13	
Tasas	1,51	2,11	1,50	2,2	1,06	1,13	
Razón de sexos (H/M)	-	3	7,5	5	12	12	
Índice epidémico 2	1,55	2,18	1,55	1,47	0,71	0,76	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 15 años	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19 años	-	-	-	2,13	-	1	2,13
20 a 24 años	2,46	1,61	-	1,60	-	-	-
25 a 29 años	2,12	1,17	-	1,65	2,33	8	-
30 a 64 años	2,35	3,74	2,21	2,60	1,53	4	1,36
Mayores de 64 años	-	-	1,83	-	0,49	-	1,83
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Interior	0,77	1,88	2,26	0,75	0,67	1	0,33
Ezkerraldea-Enkarterri	2,42	1,72	1,72	3,1	1,03	4	1,36
Uribe	0,5	0,48	0,96	1,44	0,96	1	0,47
Bilbao	1,98	3,73	1,13	3,11	1,13	7	1,97
Otros	-	-	-	-	-	-	-

Hepatitis C

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Nº Casos	2	3	3	2	3	1	
Tasas	0,18	0,26	0,26	0,18	0,26	0,09	
Razón de sexos (H/M)	1	2	-	1	2	-	
Índice epidémico 2	0,50	1	1	0,67	1,50	0,33	

Legionelosis

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Nº Casos	43	47	48	46	43	41	
Tasas	3,83	4,14	4,22	4,05	3,78	3,61	
Razón de sexos (H/M)	6,16	10,7	5,36	2,3	4,37	3,56	
Índice epidémico 2	0,77	0,92	0,94	0,96	0,91	0,89	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 30 años	-	0,61	-	0,30	0,30	-	-
30-49 años	5,37	2,96	4,03	4,03	3,95	12	4,34
50-64 años	4,03	6,92	10,62	7,85	3,49	13	6
Mayores de 64 años	7,61	8,69	4,57	5,95	2,56	16	7,32
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Interior	2,7	6,03	3,77	5,65	6,35	15	4,91
Ezkerraldea-Enkarterri	4,4	2,41	5,16	3,44	1,72	8	2,72
Uribe	2,5	1,92	4,80	2,40	1,92	7	3,27
Bilbao	5,1	5,74	2,82	3,95	3,95	11	3,1
Otros (Ermua)	-	-	-	12,4	-	-	-
METODO DIAGNOSTICO (%)						Nº CASOS	%
Aislamiento	7	4,3	12,5	4,35	9,3	3	7,3
Seroconversión	-	8,7	2,1	2,17	2,3	2	4,9
Ag en orina	100	91,5	100	97,8	100	37	90

Tuberculosis

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Nº Casos	242	208	199	204	187	190	
Tasas	21,6	18,3	17,51	17,95	16,45	16,49	
Razón de sexos (H/M)	2,00	1,81	1,65	1,24	1,07	1,44	
Índice epidémico 2	0,88	0,77	0,82	0,84	0,90	0,96	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 10 años	8,39	3,22	3,22	1,07	4,29	6	5,90
10-14 años	2,22	0	7,26	4,84	4,83	0	-
15-19 años	13,71	8,52	8,52	4,26	8,52	1	2,30
20-24 años	18,29	24,09	24,09	25,70	14,45	15	28,72
25-29 años	19,12	29,14	25,64	18,65	25,64	16	23,18
30-49 años	24,63	25,53	20,16	21,23	19,61	79	21,55
50-64 años	20,16	9,23	14,74	20,31	11,54	26	11,38
Mayores de 64 años	30,77	21,04	20,58	20,12	21,95	47	20,64
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Interior	16,12	16,59	11,31	16,21	14,70	32	11,79
Ezkerraldea-Enkarterri	26,68	18,92	20,31	19,96	14,80	53	18,05
Uribe	14,51	12,48	16,80	13,44	9,12	24	11,23
Bilbao	22,68	22,21	20,06	18,93	22,88	75	21,14
Otros (Ermua)	-	-	-	-	-	-	-
METODO DIAGNOSTICO (%)						Nº CASOS	%
Bk Positivo En Espudo	35,12	39,42	32,66	30,88	29,95	52	27,37
Cultivo (+) en alguna muestra	74,79	75,00	72,36	74,51	64,71	132	69,47

Parotiditis

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Nº Casos	681	155	43	31	373	472	
Tasas	60,66	13,64	3,78	2,73	32,82	41,52	
Razón de sexos (H/M)	1,5	1,46	2,3	0,87	1,66	1,2	
Índice epidémico 2	34,05	7,75	0,34	0,24	2,94	3,05	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	-	-	-	-	-	2	19,17
1 – 4 años	87,9	40,84	30,63	10,21	58,70	28	71,47
5 – 9 años	213,72	82,67	34,45	20,67	55,12	22	50,52
10 – 14 años	259,72	164,53	12,10	19,35	145,17	70	169,36
15 – 19 años	293,52	17,04	4,26	4,26	174,7	184	392,01
20 – 29 años	104,3	10,99	2,7	2,03	89,16	96	64,84
≥ de 30 años	12,6	1,86	0,62	0,50	8,83	70	8,67
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Interior	107,77	9,42	6,79	2,64	28,42	234	76,52
Ezkerraldea-Enkarterri	34,18	5,16	1,72	1,72	37,18	97	33,04
Uribe	64,08	30,71	5,28	5,76	42,71	44	20,58
Bilbao	43,34	14,07	2,26	1,98	23,16	80	22,55
Otros	-	-	-	-	1,62	17	5,83

Rubéola

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº Casos	-	-	-	-	-	-
Tasas	-	-	-	-	-	-
Razón de sexos (H/M)	-	-	-	-	-	-
Índice epidémico	-	-	-	-	-	-

Sarampión

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº Casos	-	-	-	1	12	2
Tasas	-	-	-	0,09	1,06	0,17
Razón de sexos (H/M)	-	-	-	-	2	-
Índice epidémico	-	-	-	-	0	2

Tos ferina

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº Casos	19	18	5	2	42	110
Tasas	1,69	1,58	0,44	0,18	3,70	9,55
Razón de sexos (H/M)	1,37	1,25	0/5	-	0,75	0,69
Índice epidémico	9,5	6	0,83	0,33	7,00	6,11

EDOs INDIVIDUALES. BIZKAIA 2007-2012. DISTRIBUCIÓN ESTACIONAL

Hepatitis A

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2012	1	2	1	1	-	1	1	-	3	4	8	9
Periodo 2007-2012	18	9	18	16	18	13	28	14	20	21	14	16

Enfermedad Meningocócica

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2012	5	6	3	-	3	-	3	-	1	-	-	1
Periodo 2007-2012	32	22	23	11	13	12	14	5	7	16	13	24

Legionelosis

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2012	1	3	-	1	6	5	2	5	-	8	4	6
Periodo 2007-2012	12	11	9	6	10	19	29	42	47	45	22	16

Parotiditis

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2012	23	44	71	38	33	79	58	21	20	24	23	38
Periodo 2007-2012	149	205	265	149	206	215	153	72	72	79	87	103

ANEXO III

SISTEMA DE INFORMACION MICROBIOLÓGICA. BIZKAIA 2012. DATOS GENERALES Laboratorio declarante

	BASURTO	CRUCES	GALDAKAO	SAN ELOY	OTROS *	TOTAL
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL						
<i>Chlamydia trachomatis</i>	327	16	1	-	-	344
Herpes simple tipo 2	100	11	-	-	-	111
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	89	9	3	5	2	108
<i>Treponema pallidum</i>	47	31	5	-	-	83
INFECCIONES GASTROINTESTINALES						
<i>Campylobacter</i>	192	260	51	73	29	605
<i>Entamoeba histolytica</i>	6	-	-	-	-	6
Fasciola hepática	-	-	-	-	-	-
<i>Listeria monocytogenes</i>	7	6	2	1	-	16
<i>Salmonella</i>	106	125	26	37	17	311
<i>Salmonella Typhi</i> y <i>Paratyphi</i>	-	5	-	-	-	5
<i>Shigella</i>	2	8	-	-	1	11
<i>Yersinia</i>	8	18	3	2	-	31
Adenovirus 40 y 41	36	16	2	3	-	57
<i>Taenia</i>	2	2	2	3	-	9
Rotavirus	133	58	30	21	13	255
INFECCIONES RESPIRATORIAS						
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	7	5	-	-	-	12
<i>Legionella pneumophila</i>	11	21	6	1	-	39
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	8	15	4	-	-	27
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (en hemocultivo)	43	38	28	-	-	109
Virus sincitial respiratorio	140	170	-	-	2	312
MICOBACTERIAS						
<i>M. tuberculosis</i>	50	42	18	8	-	118
<i>M. kansasii</i>	1	2	1	-	-	4
Otras micobacterias	12	6	2	4	-	24
INFECCIONES DEL SNC						
Enterovirus	14	33	-	-	-	47
<i>Neisseria meningitidis</i>	5	9	2	-	-	16
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (en L.C.R.)	4	4	-	-	-	8
ENF. PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN						
<i>Bordetella pertussis</i>	29	68	1	-	-	98
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	3	8	-	-	-	11
Hepatitis B	5	6	4	4	-	19
Hepatitis A	5	3	16	3	-	27
Virus de la parotiditis	57	18	17	-	-	92
Virus de la rubéola	-	-	-	-	-	-
Virus del sarampión	1	1	-	-	-	2
ZOONOSIS						
<i>Bartonella</i>	-	3	-	-	-	3
<i>Borrelia burgdorferi</i>	1	5	-	-	-	6
<i>Brucella</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Echinococcus granulosus</i>	1	1	-	-	-	2
<i>Leptospira</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Rickettsia conorii</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Coxiella burnetii</i>	7	7	21	-	-	35
<i>Francisella tularensis</i>	-	-	-	-	-	-
OTROS						
<i>Leishmania</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Plasmodium</i>	5	4	-	-	-	9
<i>Staphylococcus aureus</i> meticilin resistente	453	316	119	102	-	990
<i>Streptococcus pyogenes</i>	15	7	2	-	-	24

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA (SIM). BIZKAIA 2007 – 2012

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

N.º identificaciones

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Chlamydia trachomatis</i>	194	131	256	246	292	344
<i>Herpes simple tipo 2</i>	76	89	124	96	96	111
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	167	112	124	129	160	108
<i>Treponema pallidum</i>	91	111	110	106	101	83
TOTAL	528	443	613	577	649	646

INFECCIONES GASTROINTESTINALES

N.º identificaciones

Campylobacter

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>C. coli</i>	6	10	3	9	1	2
<i>C. fetus</i>	-	-	-	2	-	2
<i>C. jejuni</i>	641	491	532	568	640	547
<i>Campylobacter sp.</i>	48	78	30	34	37	52
Otros	2	-	-	-	-	2
TOTAL	697	579	565	613	678	605

Listeriosis

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>L. monocytogenes</i>	20	11	23	14	25	16

Fiebre tifo-paratífica

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>S. Typhi</i>	1	-	-	1	4	2
<i>S. Paratyphi</i>	-	2	1	1	10	3
TOTAL	1	2	1	2	14	5

Salmonella

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
S. Enteritidis	261	259	235	192	147	109
S. Arizonae	-	-	3	1	-	-
S. Hadar	-	-	-	-	-	-
S. Infantis	1	-	-	-	2	1
S. London	-	2	2	-	-	-
S. Montevideo	2	1	-	-	-	-
S. Newport	3	2	-	-	1	-
S. Ohio	-	-	-	-	1	-
S. Entérica	-	-	51	31	33	22
S. Typhimurium	67	179	124	70	77	122
S. Virchow	-	-	-	-	-	-
S. grupo B	20	41	13	8	10	11
S. grupo C	18	14	16	15	18	25
S. grupo D	41	12	2	1	2	4
S. grupo E	-	-	-	-	-	-
Salmonella sp.	43	49	11	15	27	17
Otras	11	4	-	1	3	-
TOTAL	467	563	455	334	321	311

Shigella

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>S. flexneri</i>	4	15	5	5	2	2
<i>S. sonnei</i>	8	5	5	6	1	8
<i>S. boydii</i>	-	-	-	-	-	-
Otras	-	-	-	1	-	1
TOTAL	12	20	10	12	3	11

Yersinia

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Y. enterocolitica</i>	60	51	33	36	39	31
<i>Yersinia sp.</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Y. frederiksenii</i>	-	1	-	-	-	-
TOTAL	60	52	33	36	39	31

Adenovirus

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Adenovirus	42	47	101	81	81	57

Rotavirus

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Rotavirus</i>	365	178	294	307	338	255

Taenia

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Taenia sp</i>	6	9	5	10	10	4
<i>Taenia saginata</i>	9	5	6	19	2	5
TOTAL	15	14	11	29	12	9

INFECCIONES RESPIRATORIAS

N.º identificaciones

Clamidiasis

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	30	23	14	17	5	12

Legionella pneumophila

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Legionella pneumophila</i>	44	40	47	46	40	39

Mycoplasma pneumoniae

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	132	60	54	44	62	27

Streptococcus pneumoniae (en hemocultivo)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	190	205	165	115	118	109

Virus sincitial respiratorio

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Virus sincitial respiratorio	165	267	214	209	148	285

Micobacterias tuberculosas

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>M. tuberculosis</i>	150	140	130	129	131	118
<i>M. bovis</i>	-	-	-	-	-	1
<i>M. africanum</i>	-	1	-	-	-	-
TOTAL	150	141	130	129	131	119

Micobacterias atípicas

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>M. avium</i>	20	15	19	5	6	10
<i>M. chelonae</i>	-	1	2	3	3	2
<i>M. fortuitum</i>	4	2	-	-	-	2
<i>M. gordonae</i>	4	4	1	-	4	4
<i>M. kansasii</i>	31	10	8	12	9	4
<i>M. marinum</i>	1	1	-	1	1	-
<i>M. intracellulare</i>	-	-	-	8	4	1
<i>M. szulgai</i>	-	-	-	-	-	-
<i>M. xenopi</i>	-	-	-	1	-	1
<i>M. sp</i>	7	3	2	1	2	2
<i>M. genavense</i>	-	-	-	-	-	-
<i>M. terrae</i>	-	-	1	-	-	-
<i>M. lentiflavum</i>	1	1	-	-	-	-
<i>M. simiae</i>	-	-	-	-	1	1
<i>M. celatum</i>	-	1	-	-	-	-
<i>M. brisbarensis</i>	-	1	-	-	-	-
<i>M. abscessus</i>	-	1	-	-	-	-
Otras micobacterias	3	-	-	2	1	-
TOTAL	71	40	33	33	31	25

INFECCIONES DEL S.N.C.

N.º identificaciones

Neisseria meningitidis

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>N. meningitidis</i> grupo B	35	21	16	9	10	10
<i>N. meningitidis</i> grupo C	2	2	3	1	-	-
<i>N. meningitidis</i> grupo W 135	-	1	-	-	-	1
<i>N. meningitidis</i> grupo Y	-	-	-	-	-	1
<i>N. meningitidis</i> grupo A	-	-	-	1	-	1
<i>N. meningitidis</i> no grupada	2	2	6	3	6	3
TOTAL	39	26	25	14	16	16

Streptococcus pneumoniae (en L.C.R.)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	6	9	8	8	10	8

Enterovirus

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Virus Coxsackie</i>	3	1	3	4	3	4
<i>Echovirus</i>	19	3	10	23	15	35
Enterovirus sin especificar	18	7	14	15	11	8
TOTAL	40	11	27	42	29	47

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACION

N.º identificaciones

Bordetella pertussis

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Bordetella pertussis</i>	20	21	6	2	24	98

Haemophilus influenzae

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	9	12	20	13	16	11

Hepatitis B

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hepatitis B	31	36	26	31	12	19

Hepatitis A

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Hepatitis A	24	20	73	37	15	27

Virus de la parotiditis

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Virus de la parotiditis	318	74	14	9	102	92

Virus de la rubéola

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Virus de la rubéola	1	-	-	-	-	-

Virus del sarampión

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Virus del sarampión	-	-	-	1	6	2

ZONOSIS

N.º identificaciones

Bartonella

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Bartonella</i>	23	16	4	6	11	3

Borrelia burgdorferi

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Borrelia burgdorferi</i>	14	2	6	1	2	6

Brucella

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>B. melitensis</i>	-	1	1	-	1	-
<i>Brucella</i> sp.	-	-	-	-	-	-
<i>B. abortus</i>	-	-	-	-	-	-
No consta	-	-	-	1	-	-
TOTAL	-	1	1	1	1	-

Echinococcus granulosus

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Echinococcus granulosus</i>	9	6	4	4	5	2

Leptospira

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Leptospira</i>	-	2	4	1	-	-

Rickettsia conorii

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Rickettsia conorii</i>	-	-	-	-	-	-

Fiebre Q

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Coxiella burnetii</i>	73	59	39	32	11	35

Tularemia

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Francisella tularensis</i>	11	7	2	-	-	-

OTRAS ENFERMEDADES

N.º identificaciones

Staphylococcus aureus Meticilin-Resistente

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Staphylococcus aureus</i> MR	753	779	924	945	1015	990

Streptococcus pyogenes

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Streptococcus pyogenes</i>	20	21	18	19	28	24

Tumores malignos, tasas crudas y estandarizadas (población europea) en hombres. Bizkaia 2009. RCEME

CIE-O-III: LOCALIZACIÓN	casos	Tasa cruda	Tasas estándares			Tasa acumulada
			Población europea	Población mundial	Población truncada	
C00 - C14 Labio, cavidad oral y faringe	190	34,31	28,57	20,40	46,98	2.424,67
C00 Labio	13	2,35	1,66	1,09	0,38	176,09
C01 Base de la lengua	10	1,81	1,66	1,20	2,68	162,71
C02 Otras partes y las no especificadas de la lengua	20	3,61	3,26	2,39	5,55	276,30
C03 Encías	8	1,44	1,19	0,85	2,36	95,40
C04 Piso de la boca	20	3,61	3,16	2,32	5,32	285,53
C05 Paladar	6	1,08	0,88	0,66	1,99	65,34
C06 Otras partes y las no especificadas de la boca	14	2,53	1,98	1,41	3,56	172,83
C07 Glándula parótida	7	1,26	0,94	0,67	1,60	66,98
C08 Otras glándulas salivales mayores y no especificadas	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C09 Amígdala	17	3,07	2,60	1,85	3,40	218,00
C10 Orofaringe	15	2,71	2,35	1,66	5,26	180,59
C11 Nasofaringe	13	2,35	1,86	1,36	3,42	136,46
C12 Seno piriforme	25	4,51	3,71	2,56	5,74	303,70
C13 Hipofaringe	9	1,63	1,23	0,90	1,92	107,22
C14 Otros sitios y los mal definidos de labio, cavidad bucal y faringe	13	2,35	2,10	1,47	3,79	177,49
C15 - C26 Aparato digestivo	1.266	228,61	167,09	113,61	164,89	13.605,79
C15 Esófago	80	14,45	11,46	8,17	17,54	969,12
C16 Estómago	201	36,30	26,50	17,80	25,08	2.020,42
C17 Intestino delgado	13	2,35	1,77	1,16	2,30	102,38
C18 Colon	428	77,29	55,09	36,54	48,60	4.286,32
C19 Unión rectosigmoidea	69	12,46	9,57	6,70	8,96	876,83
C20 Recto	186	33,59	25,23	17,29	20,55	2.332,60
C21 Ano y conducto anal	7	1,26	0,74	0,48	1,10	37,37
C22 Hígado y conductos biliares intrahepáticos	126	22,75	17,43	12,61	24,41	1.491,40
C23 Vesícula biliar	11	1,99	1,10	0,66	0,41	56,23
C24 Otras partes y no especificadas de las vías biliares	35	6,32	4,19	2,75	3,49	250,77
C25 Páncreas	95	17,15	12,21	8,27	10,87	1.015,77
C26 Otros sitios y los mal definidos de los órganos digestivos	15	2,71	1,78	1,17	1,58	166,58
C30 - C39 Aparato respiratorio y org. intratorácicos	748	135,07	100,84	70,25	120,15	8.646,60
C30 Cavidad nasal y oído medio	2	0,36	0,23	0,17	0,41	10,61
C31 Senos paranasales	9	1,63	1,36	1,23	0,79	101,46
C32 Laringe	113	20,41	16,57	11,61	23,83	1.519,59
C33 Tráquea	1	0,18	0,18	0,13	0,41	12,77
C34 Bronquios y pulmón	587	106,00	77,42	53,27	89,39	6.598,13
C37 Timo	3	0,54	0,41	0,33	0,82	39,69
C38 Corazón, mediastino y pleura	33	5,96	4,68	3,50	4,50	364,36
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 cartílagos articulares	8	1,44	1,46	1,52	0,41	119,12
C40 Huesos, articulaciones y cartílagos articulares de extremidades	4	0,72	0,76	0,83	0,00	65,21
C41 Huesos, articulac. y cartílagos articulares de otros sitios y de los no especificados	4	0,72	0,69	0,69	0,41	53,91
C42 Sistemas hemapoietico y reticuloendotelial	221	39,91	29,64	22,05	18,15	2.270,24
C44 Piel	73	13,18	10,50	7,81	10,38	873,24
C47 Nervios periféricos y sistema nervioso autónomo	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C48 Retroperitoneo y peritoneo	11	1,99	1,22	0,81	1,16	63,03
C49 Tejidos conjuntivo, subcutáneo y otros tejidos blandos	34	6,14	4,79	3,53	7,05	346,59
C50 Mama	12	2,17	1,67	1,16	2,29	116,43
C60 - C63 Aparato genital masculino	779	140,67	107,77	76,18	82,65	10.611,41
C60 Pene	9	1,63	1,12	0,75	1,48	79,08
C61 Glándula prostática	735	132,72	100,60	69,54	76,26	10.108,12
C62 Testículos	34	6,14	5,96	5,86	4,90	424,22
C63 Otros órganos genitales masculinos y los no especificados	1	0,18	0,09	0,04	0,00	0,00
C64 - C68 Aparato urinario	492	88,84	65,65	45,22	73,81	5.368,61
C64 Riñón	136	24,56	19,23	13,82	25,64	1.569,10
C65 Pelvis renal	12	2,17	1,54	1,01	1,48	134,97
C66 Uréter	5	0,90	0,71	0,45	0,00	49,67
C67 Vejiga urinaria	330	59,59	43,17	29,31	45,96	3.561,97
C68 Otros órganos urinarios y no especificados	9	1,63	1,00	0,62	0,72	52,89
C69 - C72 Ojo, encéfalo y otros del sistema nervioso central	63	11,38	10,01	8,53	8,84	840,95
C69 Ojo y anejos	5	0,90	0,81	0,59	1,20	62,77
C70 Meninges	1	0,18	0,07	0,03	0,00	0,00
C71 Encéfalo	56	10,11	8,98	7,78	7,24	767,57
C72 Médula espinal, nervios craneales y de otras partes del sistema nervioso central	1	0,18	0,15	0,13	0,41	10,61
C73 - C75 Tiroides y otras glándulas endocrinas	18	3,25	2,84	2,32	4,38	239,16
C73 Glándula tiroides	16	2,89	2,51	2,08	3,59	211,75
C74 Glándula suprarrenal (adrenal)	1	0,18	0,18	0,13	0,41	12,77
C75 Otras glándulas endocrinas y estructuras afines	1	0,18	0,15	0,12	0,38	14,64
C76 Sitios mal definidos y otros	4	0,72	0,51	0,44	0,40	41,11
C77 Ganglios linfáticos	84	15,17	12,71	10,27	16,38	1.033,59
C80 Localización primaria desconocida	81	14,63	10,07	6,45	6,87	692,15
TOTAL	4.084	737,48	555,34	390,54	564,80	47.292,69

Actualización: 15/05/2013 *Se excluyen las neoplasias basocelulares y espinocelulares de piel.

Tumores malignos, tasas crudas y estandarizadas (población europea) en mujeres. Bizkaia 2009. RCEME

CIE-O-III: LOCALIZACIÓN	Tasas estándares					
	casos	Tasa cruda	Población europea	Población mundial	Población truncada	Tasa acumulada
C00 - C14 Labio, cavidad oral y faringe	55	9,30	6,26	4,46	9,96	481,10
C00 Labio	4	0,68	0,23	0,13	0,00	14,70
C01 Base de la lengua	5	0,85	0,74	0,55	1,18	70,25
C02 Otras partes y las no especificadas de la lengua	10	1,69	0,98	0,69	0,73	83,86
C03 Encías	2	0,34	0,21	0,15	0,39	10,16
C04 Piso de la boca	3	0,51	0,23	0,17	0,39	10,16
C05 Paladar	3	0,51	0,38	0,25	0,72	25,05
C06 Otras partes y las no especificadas de la boca	6	1,01	0,73	0,50	1,01	60,32
C07 Glándula parótida	1	0,17	0,05	0,03	0,00	0,00
C08 Otras glándulas salivales mayores y no especificadas	2	0,34	0,20	0,12	0,33	12,88
C09 Amígdala	5	0,85	0,68	0,47	1,41	51,42
C10 Orofaringe	2	0,34	0,34	0,24	0,78	24,33
C11 Nasofaringe	4	0,68	0,51	0,41	0,74	48,71
C12 Seno piriforme	3	0,51	0,45	0,37	1,18	32,48
C13 Hipofaringe	3	0,51	0,44	0,34	1,08	36,78
C14 Otros sitios y los mal definidos de labio, cavidad bucal y faringe	2	0,34	0,09	0,05	0,00	0,00
C15 - C26 Aparato digestivo	744	125,76	70,18	47,49	74,84	5.317,71
C15 Esófago	14	2,37	1,54	1,06	2,10	120,52
C16 Estómago	124	20,96	10,47	6,90	8,94	701,01
C17 Intestino delgado	10	1,69	1,19	0,91	1,88	90,88
C18 Colon	284	48,01	27,68	18,84	30,50	2.140,62
C19 Unión rectosigmoidea	45	7,61	4,48	3,03	5,33	364,71
C20 Recto	78	13,18	8,41	6,05	10,68	718,81
C21 Ano y conducto anal	11	1,86	1,15	0,80	0,73	123,97
C22 Hígado y conductos biliares intrahepáticos	43	7,27	3,60	2,33	3,61	237,04
C23 Vesícula biliar	23	3,89	2,03	1,35	1,77	158,10
C24 Otras partes y no especificadas de las vías biliares	25	4,23	1,85	1,15	1,04	120,34
C25 Páncreas	75	12,68	6,67	4,32	6,44	481,55
C26 Otros sitios y los mal definidos de los órganos digestivos	12	2,03	1,11	0,74	1,83	60,17
C30 - C39 Aparato respiratorio y org. intratorácicos	177	29,92	21,42	15,43	31,14	1.840,72
C30 Cavidad nasal y oído medio	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C31 Senos paranasales	1	0,17	0,06	0,03	0,00	0,00
C32 Laringe	7	1,18	0,94	0,74	2,31	68,30
C33 Tráquea	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C34 Bronquios y pulmón	162	27,38	19,61	14,04	28,83	1.688,19
C37 Timo	1	0,17	0,06	0,03	0,00	0,00
C38 Corazón, mediastino y pleura	6	1,01	0,73	0,59	0,00	84,22
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 articulares	7	1,18	0,74	0,57	1,19	51,78
C40 Huesos, articulaciones y cartilagos articulares de extremidades	1	0,17	0,15	0,12	0,40	10,41
C41 Huesos, articulaciones y cartilagos articulares de otros sitios y de los no especificados	6	1,01	0,60	0,44	0,79	41,38
C42 Sistemas hemapoietico y reticuloendotelial	168	28,40	16,88	12,52	15,43	1.237,88
C44 Piel	81	13,69	9,78	7,55	13,86	747,21
C47 Nervios periféricos y sistema nervioso autónomo	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C48 Retroperitoneo y peritoneo	8	1,35	0,89	0,67	1,53	69,56
C49 Tejidos conjuntivo, subcutáneo y otros tejidos blandos	19	3,21	1,82	1,37	1,97	110,75
C50 Mama	717	121,20	88,91	66,43	162,03	7.000,32
C51 - C58 Aparato genital femenino	339	57,30	40,48	29,40	59,17	3.453,19
C51 Vulva	29	4,90	3,00	2,05	3,22	263,00
C52 Vagina	4	0,68	0,35	0,24	0,40	25,11
C53 Cuello uterino	50	8,45	6,41	4,94	12,21	479,11
C54 Cuerpo del útero	160	27,05	19,25	13,75	26,52	1.761,53
C55 Útero, SAI	5	0,85	0,54	0,37	1,06	35,93
C56 Ovario	88	14,88	10,76	7,94	15,76	873,81
C57 Otros órganos genitales femeninos y no especificados	3	0,51	0,17	0,10	0,00	14,70
C58 Placenta	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C64 - C68 Aparato urinario	142	24,00	14,82	10,19	16,01	1.249,66
C64 Riñón	62	10,48	7,01	5,00	7,44	630,85
C65 Pelvis renal	1	0,17	0,05	0,03	0,00	0,00
C66 Uréter	2	0,34	0,11	0,05	0,00	0,00
C67 Vejiga urinaria	75	12,68	7,43	4,97	8,23	605,93
C68 Otros órganos urinarios y no especificados	2	0,34	0,22	0,14	0,33	12,88
C69 - C72 Ojo, encefalo y otros del sistema nervioso central	56	9,47	6,48	4,76	7,18	544,53
C69 Ojo y anejos	6	1,01	0,83	0,67	1,26	64,04
C70 Meninges	2	0,34	0,29	0,25	0,40	20,76
C71 Encéfalo	47	7,94	5,18	3,71	5,12	447,56
C72 Médula espinal, nervios craneales y de otras partes del sistema nervioso central	1	0,17	0,17	0,12	0,39	12,17
C73 - C75 Tiroides y otras glándulas endocrinas	89	15,04	12,71	10,50	17,62	1.000,12
C73 Glándula tiroides	88	14,88	12,66	10,47	17,62	1.000,12
C74 Glándula suprarrenal (adrenal)	1	0,17	0,05	0,03	0,00	0,00
C75 Otras glándulas endocrinas y estructuras afines	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C76 Sitios mal definidos y otros	3	0,51	0,23	0,17	0,39	10,16
C77 Ganglios linfáticos	84	14,20	9,23	7,17	9,70	754,97
C80 Localización primaria desconocida	44	7,44	3,92	2,89	3,78	279,36
TOTAL	2.733	461,98	304,76	221,57	425,81	24.149,02

Actualización: 15/05/2013 *Se excluyen las neoplasias basocelulares y espinocelulares de piel.



Delegación Territorial de Salud de Bizkaia
Unidad de Vigilancia Epidemiológica
Alameda de Rekalde, 39-A. 48008 – Bilbao
Teléfono 94 403 15 90
epidebi-san@ej-gv.es