

**UNIDAD DE
VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA**



DEPARTAMENTO DE SALUD
Delegación Territorial de Bizkaia

**RESUMEN DE VIGILANCIA
AÑO 2013**



Subdirección de Salud Pública y Adicciones

PERSONAL DE LA U.V.E. DE BIZKAIA DURANTE EL AÑO 2013

Administrativ@s

Juan José Aranburu Rojas, Ana Eva del Valle Araluce, 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, Rosaura Santamaría Zuazua

Epidemiólog@s

Eva Alonso Fustel, Inmaculada Baonza González, Joseba Bidaurrazaga Van-Dierdonck, Visitación de Castro Laiz, Esther Hernández Arricibita, Patricia Sancho Uriarte, Nerea Muniozguren Agirre

ÍNDICE

***ABREVIATURAS
UTILIZADAS***

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	5
INTRODUCCIÓN	8
I. DATOS DE VIGILANCIA Y TENDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	10
TENDENCIAS 2013	11
DATOS DE VIGILANCIA	12
VIGILANCIA DE TRANSMISIBLES DE LA A A LA Z	13
Campylobacteriosis	13
Chagas, enfermedad de	13
Cólera	14
Creutzfeldt-Jakob (ECJ)	14
Disentería / Shigelosis	15
Enfermedades de transmisión sexual (ETS)	16
Gonocócica, infección (Gonococia)	16
Sífilis	17
Herpes virus tipo 2	18
<i>Chlamydia trachomatis</i>	18
Escabiosis / Sarna	19
Estreptococo grupo A (<i>S. pyogenes</i>), enfermedad invasiva por	19
Fiebre Q	20
Fiebre tifo-paratífica	20
Gripe (influenza)	21
Vacuna estacional para la próxima temporada	23
Virus de la gripe aviar en humanos (avian influenza)	23
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	25
Hepatitis A	26
Hepatitis B aguda	27
Hepatitis C	27
Legionelosis	28
Lepra	29
Leptospira	29
Listeriosis	30
Lyme, enfermedad de	30
Meningitis bacteriana	31
Meningitis vírica	31
Meningocócica, enfermedad	32
Neumocócica, enfermedad	33
Paludismo / Malaria	34
Parotiditis vírica (paperas)	35
Poliomielitis	35
Rabia	37
Rotavirus	37
Rubéola	38
Salmonelosis	38
SAMR (<i>Staphylococcus Aureus</i> resistente a la meticilina)	39
Sarampión	40
SIDA y VIH	40
Síndrome respiratorio agudo por coronavirus (MERS-CoV)	42
Tos ferina	43
Toxiinfecciones de origen alimentario (TIAs)	44

Tuberculosis	44
Varicela	46
Yersiniosis	47
II. INMUNIZACIONES	48
VACUNACIÓN INFANTIL. COBERTURAS VACUNALES	49
Estimación de coberturas para las vacunas administradas hasta los 6 años de edad	49
Estimación de coberturas a partir de los registros en Osabide. Ensayo en colaboración con Comarca Bilbao	49
Estimación de coberturas a partir del SIV (Sistema Integrado de Vacunaciones)...	50
Conclusiones	50
Coberturas de vacunas administradas en centros educativos	51
SITUACIÓN DE LA VACUNA FRENTE A VARICELA	51
III. DATOS DE VIGILANCIA Y TENDENCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	53
CÁNCER	54
Todas las localizaciones	54
Evolución temporal	56
Mortalidad por cáncer	62
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	65
Morbilidad hospitalaria 2012	65
Mortalidad 2011	66
ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR	68
Morbilidad hospitalaria	68
Mortalidad 2011	69
DIABETES MELLITUS	71
Morbilidad hospitalaria; prevalencia de complicaciones	71
Mortalidad 2011	73
IV. MORBILIDAD HOSPITALARIA	74
MH: CASOS Y TASAS DE FRECUENTACIÓN	75
MORBILIDAD HOSPITALARIA POR GRANDES GRUPOS DE LA CIE-9	77
MORBILIDAD HOSPITALARIA POR COMARCA SANITARIA DE OSAKIDETZA	79
V. REGISTRO MORTALIDAD	80
MORTALIDAD GENERAL	81
MORTALIDAD PROPORCIONAL. GRANDES GRUPOS DE CAUSA DE MUERTE	82
MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS	83
Primeras causas de muerte según edad	83
Principales causas de muerte según sexo	85
Primeras causas de muerte en el tiempo	86
Razón de mortalidad estandarizada	87
MORTALIDAD INFANTIL	89
ESPERANZA DE VIDA	89
MORTALIDAD PREMATURA	90
ANEXOS	92
ANEXO I. POBLACIONES	93
ANEXO II. EDO INDIVIDUAL	94
ANEXO III. SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA	99
ANEXO IV. CÁNCER	106

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios	OSALAN	Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral
Ag.	Antígeno	PCA	Porcentaje de Cambio Anual
AP	Atención Primaria	PCR	Polimerase Chain Reaction (Reacción en cadena de la polimerasa)
APVP	Años Potenciales de Vida Perdidos	PFA	Parálisis Flácida Aguda
BCG	Bacilo de Calmette-Guerin (vacuna tuberculosis)	RCEME	Registro de Cáncer de Euskadi – Euskadiko Minbizi Erregistroa
CAPV	Comunidad Autónoma del País Vasco	RME	Razón de Mortalidad Estandarizada
CI	Cardiopatía Isquémica	SAMR	<i>Staphylococcus Aureus</i> Resistente a Meticilina
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades	SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos (Altas)	SIM	Sistema de Información Microbiológica
CNE	Centro Nacional de Epidemiología	SIV	Sistema Integrado de Vacunaciones
DM	Diabetes Mellitus	SNC	Sistema Nervioso Central
DTPa/ dTpa	Difteria Tétanos Pertussis acelular (vacuna)	SRC	Síndrome de Rubéola Congénita
EEB	Encefalopatía Espongiforme Bovina	SRP	Sarampión, rubéola, parotiditis (vacuna)
ECJ	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	TC	Tasa Cruda
ECV	Enfermedad Cerebro-Vascular	Td	Tétanos y difteria (vacuna)
EDO	Enfermedades de Declaración Obligatoria	TE	Tasa Estandarizada
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	TH	Territorio Histórico
ESO	Enseñanza Secundaria Obligatoria	TIA	Toxi-infección Alimentaria
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual	TM	Tasa Mortalidad
EUSTAT	Euskal Estatistika Erakundea / Instituto Vasco de Estadística	TME	Tasa Mortalidad Estandarizada
HB	Hepatitis B	TV	Triple Vírica (vacuna)
IAM	Infarto Agudo de Miocardio	UAP	Unidad de Atención Primaria
ICT	Isquemia Cerebral Transitoria	UDVP	Usuario de Drogas por Vía Parenteral
MenC	Meningococo C (vacuna)	vECJ	Nueva variante ECJ
OBI	Oracle Business Intelligence	VIH	Virus Inmunodeficiencia Humana
OMS	Organización Mundial de la Salud	VPI	Virus de la Polio Intramuscular
OSI	Organización Sanitaria Integrada	VPH	Virus del papiloma humano (vacuna)
		VPO	Virus de la Polio Oral

RESUMEN EJECUTIVO

RESUMEN EJECUTIVO

- No hubo ningún caso ni se investigó ninguna sospecha de **sarampión** ni de **rubéola**.
- En 2013 se declararon en Bizkaia 44 casos de **tos ferina**; la tasa (3,82/100 000) fue un 60% menor al año anterior.
- Continuó la circulación del virus de la **parotiditis**. Se declararon 454 casos (tasa 39,36/100 000). El 40% de los casos se produjo en jóvenes del grupo de 15-19 años.
- La incidencia de **enfermedad meningocócica** fue baja (1,04/100 000), inferior a la del año anterior. Ningún caso se debió al serogrupo C. Falleció una persona (letalidad 4,55%).
- **Campylobacter** fue la primera causa de gastroenteritis. En 2013 se produjo un aumento importante, respecto al año anterior, en el número de casos declarados. Por el contrario **Salmonella** continúa la tendencia descendente iniciada en 2003.
- Se declararon siete casos de **fiebre tifo-paratífica**, uno de estos enfermos había tenido contacto con una tortuga en su domicilio y otro procedía de la India.
- El número de **listerias** declaradas fue superior al del año anterior. Desde agosto de 2013 hasta enero de 2014 se produjo un brote que afectó a 28 personas en la CAPV. En Bizkaia, ocho casos pertenecían al patrón del brote, patrón encontrado en una marca de foie.
- La incidencia de **hepatitis B** y **C** fue similar a años anteriores. La incidencia de hepatitis A fue inferior al año 2012. Se produjo un brote en un municipio de Comarca Interior que afectó fundamentalmente a niños.
- La temporada de **gripe** 2013-2014 se ha caracterizado por una intensidad similar a la de años precedentes. El pico epidémico (231,05/100 000) se alcanzó en la semana 3. A(H1N1)pdm09 ha sido el subtipo predominante. Los casos graves hospitalizados por gripe fueron 148 en toda la CAPV, de los que 23 fallecieron. Se registraron dos brotes en residencias de personas mayores, ambos por el subtipo A(H3N2).
- La tasa de **tuberculosis** fue de 14,91 por 100 000 habitantes, lo que supuso un descenso respecto al año anterior. El porcentaje de extranjeros fue inferior en diez puntos porcentuales al año anterior, siendo este año el 24% de los diagnosticados.
- Se declararon 40 casos de **legionelosis**, número similar al año anterior. Se produjo un brote en un balneario de Bizkaia con tres afectados, uno de ellos falleció.
- En cuanto a las **enfermedades de transmisión sexual**, permanece estable la incidencia de la sífilis y la infección gonocócica, mientras aumenta la de *Chlamydia trachomatis* y Herpes virus tipo 2.
- El número de casos de **paludismo** declarados se duplicó respecto a 2012. El 60% de los afectados eran naturales de zonas endémicas que habían viajado a su lugar de origen temporalmente.
- Se declaró un caso nuevo de **lepra** en 2013, con clínica multibacilar, y originario de Paraguay.
- Durante el año 2013 se declararon cuatro casos de **leptospirosis** con posible fuente de contacto autóctona.

- Por primera vez en las mujeres el **cáncer** de pulmón aparece como tercera localización por frecuencia tras el de mama y colon. En los hombres el pulmón también ocupa el tercer lugar tras colon y próstata. Este cáncer es la primera causa de pérdida de años potenciales de vida (APVP) en Bizkaia (3571 años perdidos).
- Los hombres de Bizkaia mostraron mayor mortalidad que los de la CAPV por **cardiopatía isquémica**.
- La **mortalidad** en Bizkaia en 2011 fue de 10 por 1000 habitantes. Las primeras causas de fallecimiento fueron las enfermedades cardiovasculares (32%) entre las mujeres y las neoplasias malignas (37%) entre los hombres.
- La mortalidad por **diabetes** es estable en mujeres y sigue aumentando en hombres; en 2011 era prácticamente igual en ambos sexos. Al ajustar por la edad se comprueba que solo parte de este aumento se explica por la edad y que los hombres tienen mayor mortalidad estandarizada que las mujeres.
- En 2012 ingresaron casi 3000 personas por **enfermedad cerebrovascular** (ECV) en Bizkaia; uno de cada cuatro era menor de 65 años.

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 2013, 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 (2011), Registro de Altas Hospitalarias (CMBD) (2012) y Registro de Cáncer (RCEME) (2010). 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.

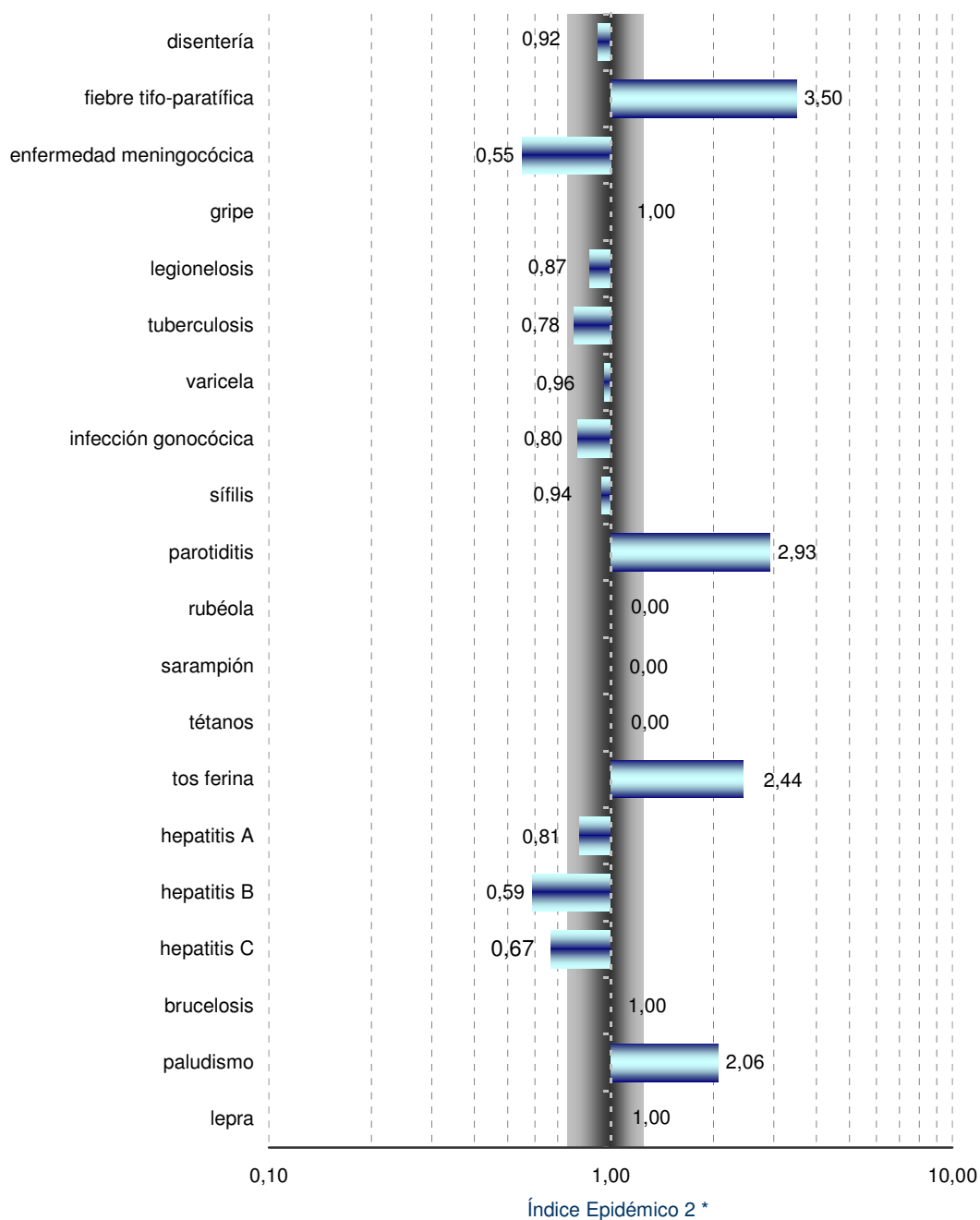
Excepto cuando se especifique otra cosa, los denominadores de población empleados en este informe son los correspondientes al censo del año 2011 (Anexo I).

La comarcalización sanitaria utilizada es la vigente en la Comunidad Autónoma Vasca en 2013, 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 2013



* 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 2013. La vigilancia de cada una de ellas, así como la vigilancia de otras enfermedades transmisibles no incluidas en dicho sistema, se desarrolla 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 2013

Enfermedad	N.º casos	Tasa/100.000	Índice Epidémico 1 ¹	Índice Epidémico 2 ²
Botulismo	-	-	-	-
Brucelosis	1	0,09	1	1
Cólera	-	-	-	-
Disentería	11	0,95	0,92	0,92
Fiebre tifo-paratífica	7	0,61	1,17	3,50
Triquinosis	-	-	-	-
Enfermedad meningocócica	12	1,04	0,55	0,55
Gripe	10.854	941,08	1,08	1
Legionelosis	40	3,47	0,98	0,87
Tuberculosis	154	13,35	0,81	0,78
Tuberculosis meníngea	2	0,17	0,50	0,50
Varicela	3.073	266,44	0,96	0,96
Infección gonocócica	77	6,68	0,94	0,8
Sífilis	61	5,29	1,02	0,94
Difteria	-	-	-	-
Parotiditis	454	39,36	0,96	2,93
Poliomielitis	-	-	-	-
Rubéola	-	-	-	-
Sarampión	-	-	-	-
Tétanos	-	-	-	-
Tos ferina	44	3,81	0,40	2,44
Hepatitis A	25	2,17	0,81	0,81
Hepatitis B	10	0,87	0,71	0,59
Hepatitis C	2	0,17	2	0,67
Otras hepatitis víricas	1	0,09	0,50	0
Brucelosis	1	0,09	1	1
Rabia	-	-	-	-
Fiebre amarilla	-	-	-	-
Paludismo	35	3,03	2,06	2,06
Peste	-	-	-	-
Tifus exantemático	-	-	-	-
Lepra	1	0,09	0,50	1
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 (2008-2012).
- (3) Promedio quinquenio: es el promedio de los casos notificados en los 5 años anteriores (2008-2012). Se utiliza para enfermedades de baja incidencia.

VIGILANCIA DE TRANSMISIBLES DE LA A A LA Z

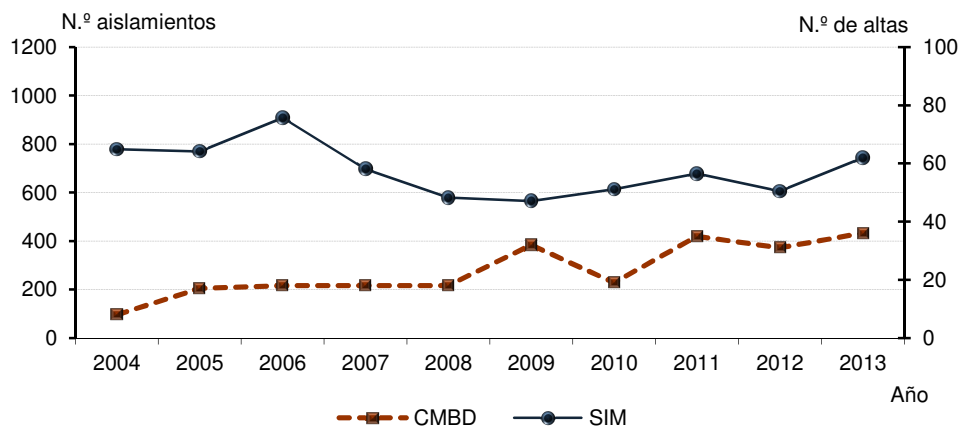
CAMPYLOBACTERIOSIS

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

Campylobacter, con 743 aislamientos, fue el microorganismo responsable de infecciones gastrointestinales declarado con más frecuencia al SIM durante el año 2013. Se observa un ascenso del 22% respecto a 2012 (605 aislamientos).

El 57% de aislamientos correspondieron a hombres. Por edades, el 12% eran menores de un año y el 59% de los aislamientos se dio en menores de diez. No hay distribución estacional característica.

Aislamientos y altas hospitalarias de Campylobacter
SIM y CMBD. Bizkaia 2004-2013



En el registro de altas de los hospitales de Osakidetza constan 36 ingresos por campylobacteriosis (diagnóstico principal). Entre estos uno era menor de 14 años.

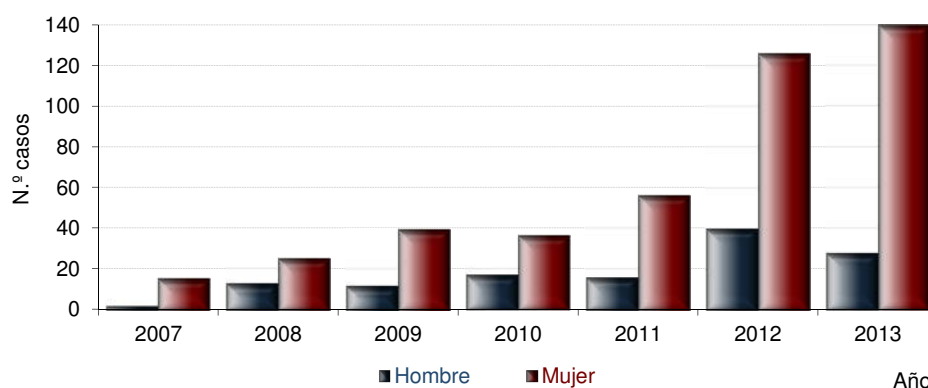
CHAGAS, ENFERMEDAD DE

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 2013 los laboratorios recibieron 807 peticiones analíticas de enfermedad de Chagas en residentes en Bizkaia, de las cuales se obtuvieron 168 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 2007-2013



De las 807 analíticas, 553 correspondían a embarazadas originarias de países endémicos. Entre estas mujeres se notificaron 57 serologías positivas (10%): el 51% correspondían a mujeres de origen boliviano (29 casos) y el resto se reparten entre Paraguay, Nicaragua, Brasil, Colombia y Perú. Desconocemos el origen de 19 casos.

Por otra parte, en 2013 se estudiaron 30 recién nacidos, ninguno de los cuales resultó positivo a infección por *T. cruzi*.

CÓLERA

CIE-9: 001; CIE-10: A00

En el año 2013 no se declaró ningún caso de cólera en Bizkaia.

En la última epidemia de cólera declarada en Cuba se identificaron 678 casos, incluyendo tres defunciones, en las provincias de La Habana, Santiago de Cuba, Ganma, Guantánamo y Camaguey. De entre los casos confirmados se incluyen 12 viajeros de diferentes países, de los que dos eran de España. Los casos de La Habana estuvieron vinculados a dos centros expendedores de comida, en los que se comprobó la presencia de portadores asintomáticos.

En diciembre tuvimos conocimiento de un viajero de la CAPV que contrajo la enfermedad en La Habana, iniciando síntomas a mediados de noviembre. En el momento del retorno del viaje el paciente ya estaba curado.

En México, en septiembre de 2013, se detectó un brote de cólera. A fecha 25 de noviembre se habían notificado 180 casos de los que 160 se registraron en el estado de Hidalgo. Esta es la primera transmisión local de cólera que se registra en Mexico desde 2001. Las bacterias de los aislamientos son muy similares a la cepa que está circulando en tres países caribeños: Cuba, Haití y República Dominicana. Se trata de *V. cholerae* 01, biotipo El Tor, serotipo Ogawa.

CREUTZFELDT-JAKOB (ECJ)

CIE-9:046; CIE-10 A810

Durante el año 2013 se declararon en Bizkaia tres casos sospechosos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. Los tres fueron confirmados por autopsia, uno de ellos se catalogó como Insomnio Familiar Fatal y los otros dos como ECJ definitivo. En la tabla siguiente se muestran los datos del registro de la CAPV desde 1993.

Encefalopatías Transmisibles Humanas

Registro País Vasco 1993-2013 (diciembre)

	ALAVA	GIPUZKOA	BIZKAIA	CAPV
ECJ posible	1	6	6	13
ECJ probable	3	4	17	24
ECJ definitivo	6	17	38	61
Total esporádicos	10	27	61	98
Tasa esporádicos/100 000	1,5	1,4	2,3	1,9
ECJ familiar	1	3	0	4
I. familiar fatal	17	2	7	26
S. Gerstmann-SS	0	2	0	2

En la tabla se detallan los casos de la nueva variante (vECJ) declarados en el mundo hasta noviembre de 2013 relacionados con el consumo de animales afectados de encefalopatía espongiforme bovina (EEB). El único cambio respecto al año pasado se ha dado en el Reino Unido, con un nuevo caso en 2013.

Casos de nueva variante de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (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	174 (0)	3 (0)	177
Francia	27 (1)		1
República de Irlanda	4 (0)		2
Italia	2 (0)		0
USA	3* (0)		2
Canadá	2 (0)		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.

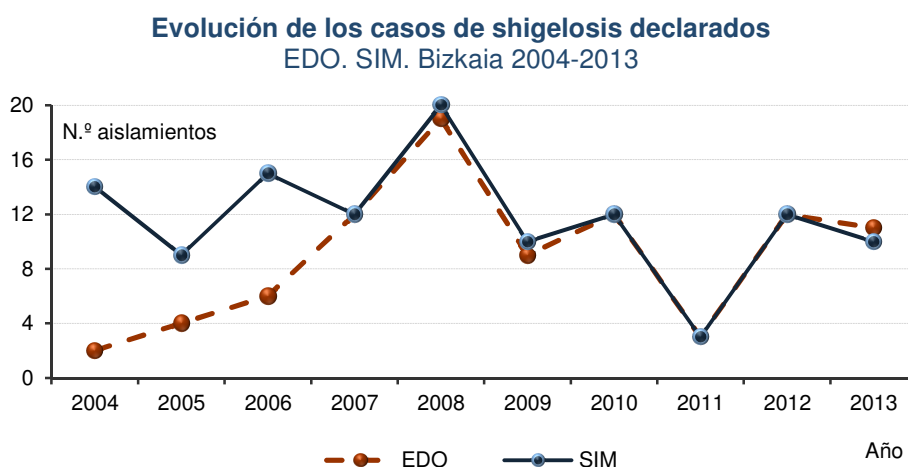
^Δ El caso japonés había residido en el Reino Unido durante 24 días en el período 1980-1996.

DISENTERÍA / SHIGELOSIS

CIE-9: 004; CIE-10: A03

Durante 2013 fueron declarados al sistema EDO 11 casos, de los que uno estaba asociado a un brote familiar, no tuvo aislamiento, y al SIM 10 aislamientos: cuatro *S. flexneri*, cuatro *S. sonnei* y dos *Boydii*. Dos de los casos (18%) habían viajado a zonas endémicas; otros dos formaron parte de una agrupación familiar; un caso tuvo dos episodios seguidos, ambos con ingreso y el resto no presentaron antecedentes de riesgo ni tenían relación entre sí. Un afectado era menor de 2 años.

Como se observa en la gráfica, en el año 2013 el número de casos fue similar al 2012. Excepto en 2008, que hubo un brote en un centro de enseñanza infantil, en los últimos años el número de casos anuales se mantiene, oscilando entre 10 y 15.



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.

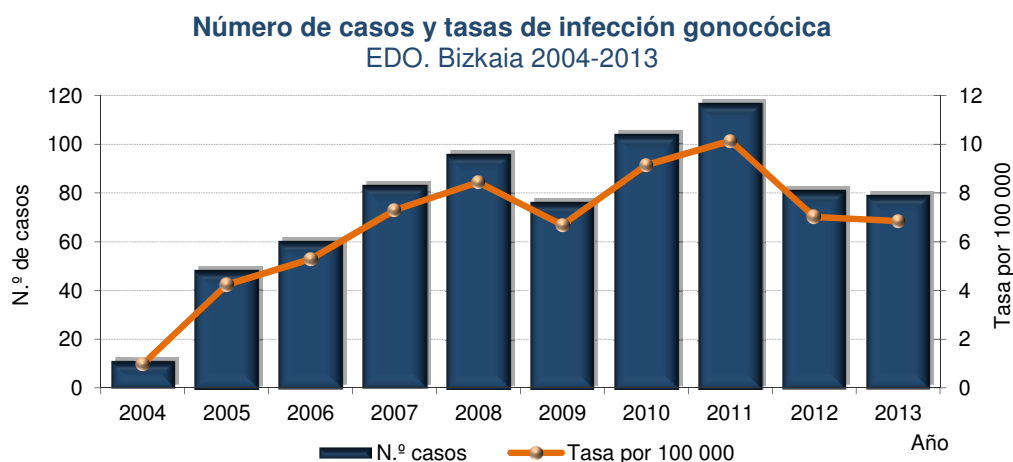
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

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)

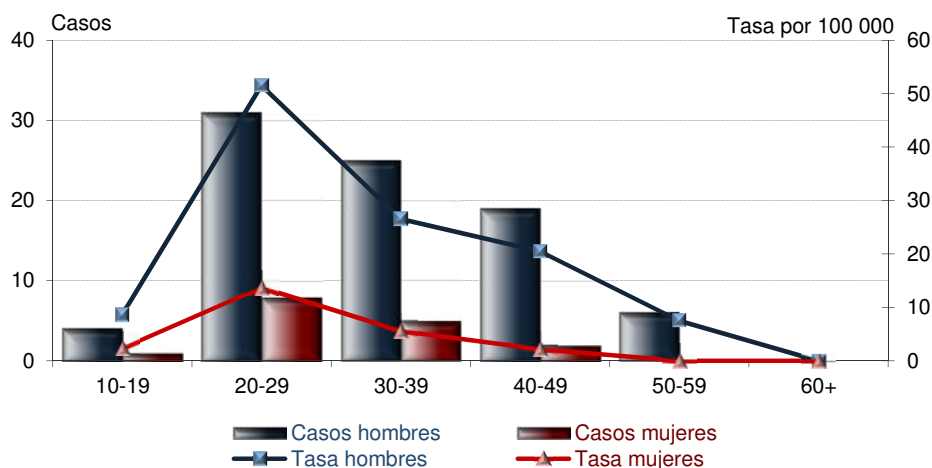
CIE-9: 098; CIE-10: A54

En el año 2013 se registraron en el sistema EDO 79 casos de infección gonocócica. En 2005 comenzó a declarar sus casos el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y desde entonces aporta el mayor número de casos (87% en 2013).



El número de aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae* declarado por los laboratorios de microbiología de Bizkaia fue 111. El 83% de los casos se dio en hombres y el 81% entre los 20 y los 49 años de edad.

Neisseria gonorrhoeae. Número de casos y tasas
SIM. Bizkaia 2013

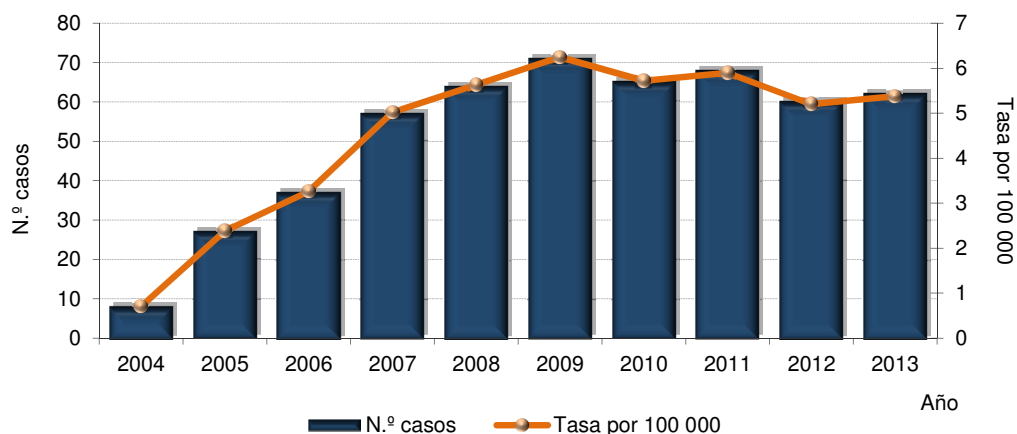


SÍFILIS

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

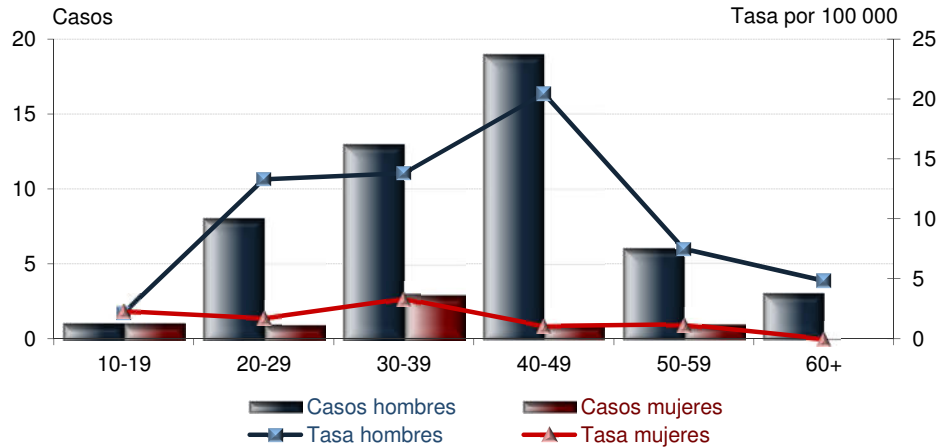
El número de casos de sífilis declarados al sistema EDO en 2013 fue 62. El centro de ETS realizó el 71% de las declaraciones de los casos de sífilis en 2013.

Número de casos y tasas de sífilis
EDO. Bizkaia 2004-2013



Los laboratorios de microbiología de Bizkaia declararon 64 serologías positivas para *Treponema pallidum*, de las cuales el 89% correspondía a hombres. El 70% de los casos pertenecía al grupo de edad entre 20 y 49 años.

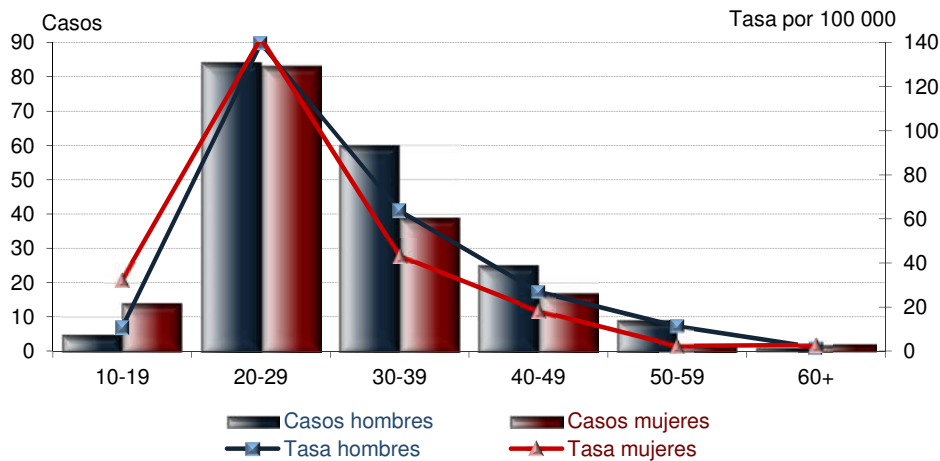
Treponema pallidum. Número de casos y tasas
SIM. Bizkaia 2013



CHLAMYDIA TRACHOMATIS

En 2013 se notificaron al SIM 393 casos de *Chlamydia trachomatis*, 216 correspondientes a hombres y 177 a mujeres. Continúa la tendencia ascendente con 49 casos más que en 2012. El 68% de los casos se dio entre los 20 y los 39 años de edad.

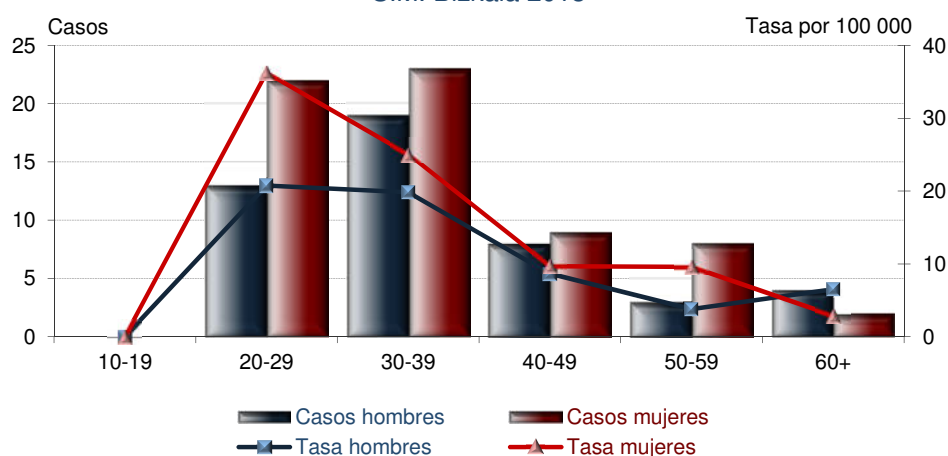
Chlamydia trachomatis. Número de casos y tasas
SIM. Bizkaia 2013



HERPES VIRUS TIPO 2

Se declararon al Sistema de Información Microbiológica 129 aislamientos de Herpes virus tipo 2 (54 hombres y 75 mujeres), 18 más que en 2012. El 73% de los casos tenían entre 20 y 49 años de edad.

Herpes virus tipo 2. Número de casos y tasas SIM. Bizkaia 2013



ESCABIOSIS / SARNA

Durante el año 2013 se intervino en dos brotes, los dos afectaron a residencias de personas mayores. En uno de ellos se produjeron siete casos y en el otro seis. Se aplicó el protocolo para el tratamiento de los casos y el tratamiento preventivo de contactos tanto a trabajadores como residentes.

ESTREPTOCOCO GRUPO A (*S. PYOGENES*), ENFERMEDAD INVASIVA POR

CIE-9: 48231, 04101, 0380, 3202

En 2013 se declararon 19 casos de enfermedad invasiva por estreptococo grupo A (tasa: 1,64/100 000) cuyo diagnóstico fue por hemocultivo, excepto dos muestras de líquido pleural y una muestra de líquido y tejido sinovial. Solo hubo un caso en un niño menor de 5 años, fue un caso leve.

Enfermedad invasiva por Estreptococo A por grupo de edad Bizkaia. Año 2013

GRUPO DE EDAD	N.º
Menos de 1 año	0
1 - 4 años	1
5 - 24 años	4
25 - 64 años	8
Más de 64 años	6
TOTAL	19

Ocho de los 19 casos cursaron de forma grave: cuatro shock sépticos y cuatro neumonías. Se produjeron dos fallecimientos: una mujer de 52 años con shock séptico y un hombre de 89 con neumonía.

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

FIEBRE Q

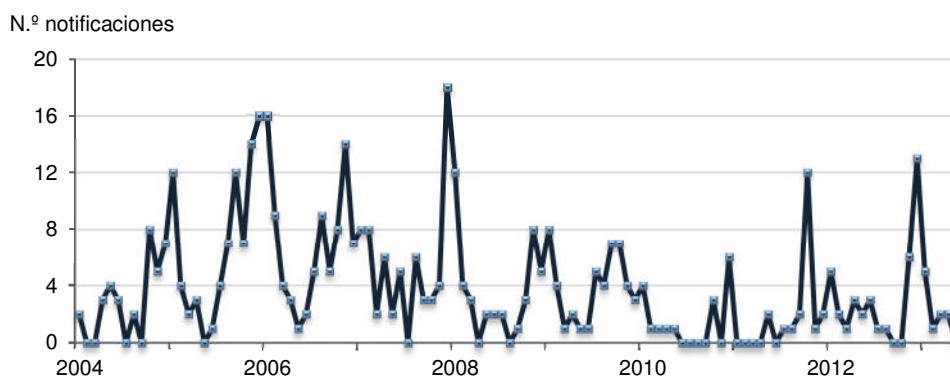
CIE 9: 0830 CIE 10:A78

La infección por *Coxiella burnetti* no es una enfermedad de declaración obligatoria y la evolución de la incidencia se estima por el SIM, aunque se hace una valoración individual de cada caso. En el año 2013 se declararon a este sistema 33 casos, de los cuales finalmente se confirmaron 23.

El mayor número de casos se diagnosticaron durante los meses de mayo y junio. Se estudió un brote en un municipio de la comarca Ezkerraldea-Enkarterri entre marzo y mayo. Este afectó a doce personas con diagnóstico de neumonía, dos de ellos estuvieron ingresados. A pesar de la investigación no se pudo determinar la causa del brote.

Evolución de los casos de fiebre Q

SIM. Bizkaia 2004-2013



En el gráfico anterior se presentan los casos registrados en el SIM mes a mes, desde 2004 a 2013.

En el mes de marzo de 2014 se ha investigado un brote que afectaba en una empresa de tratamiento de basuras.

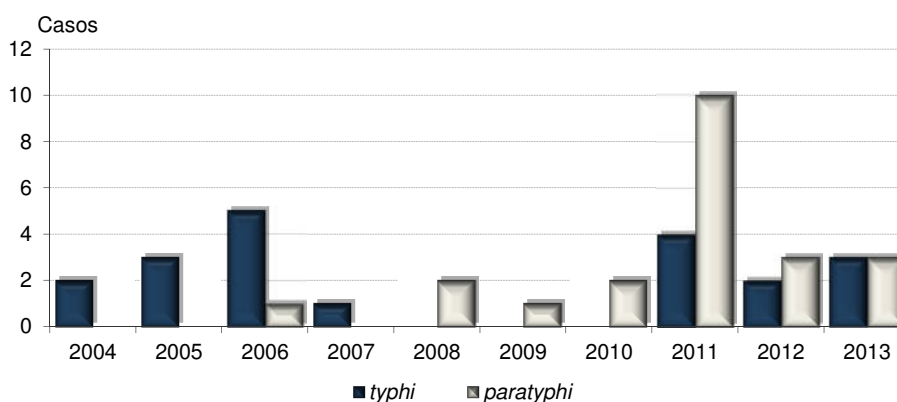
FIEBRE TIFO-PARATÍFICA

CIE 9: 002 CIE 10:A01

Durante el año 2013 se declararon al sistema EDO siete casos y al SIM seis aislamientos *typhi-paratyphi*: tres *typhi* y tres *paratyphi*. Las tres *S. typhi* declaradas eran cultivos en sangre, uno de ellos un hombre que trabaja en India y volvía a casa de vacaciones. En uno de los casos de enfermedad por *S. paratyphi* hubo contacto con tortugas en su domicilio.

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. 2004-2013



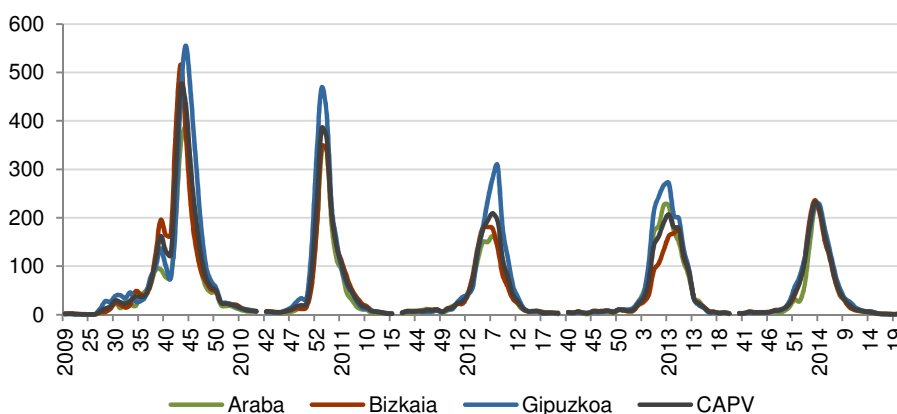
El pico de *S. paratyphi* que se observa en el gráfico en 2011 corresponde a una agrupación de casos asociada al contacto con tortugas acuáticas.

GRUPE (INFLUENZA)

En la CAPV la vigilancia epidemiológica de la gripe se lleva a cabo mediante la Red de Médicos Vigía, constituida, en la temporada 2013-2014, por 49 médicos de Atención Primaria que cubren a 65177 habitantes (3% de la población). Desde 2009 la información se complementa mediante el análisis de los síndromes gripales diagnosticados en consultas de AP de Osakidetza y con la vigilancia de los casos graves hospitalizados confirmados de gripe. El periodo de vigilancia se extiende desde la semana 40 hasta la 20 del año siguiente.

En la temporada 2013-2014 la curva de la gripe ha sido similar a la precedente en intensidad y en duración (ver figura), si bien el máximo ha sido anterior (semana tres). El virus gripal predominante ha sido el A(H1N1)pdm09 y con menor frecuencia, se ha identificado el A(H3N2); el virus tipo B, predominante la temporada pasada, apenas ha circulado en la presente.

Tasa (por 100 000 habitantes) de consultas por síndrome gripal en los tres Territorios Históricos y CAPV desde la temporada 2009/10 hasta la 2013/14



Fuente: Osabide

Brotos:

En Bizkaia, en la semana siete se registró un brote por influenza A(H3N2) en una residencia de personas mayores. 71 residentes se vieron afectados (51% de tasa de ataque); la media de edad fue de 88 años (rango 55-100 años) y el 13% requirió atención hospitalaria; se produjo una defunción. Entre los trabajadores hubo, además, siete afectados. La cobertura vacunal entre los residentes era del 97% y entre los trabajadores del 6%.

Casos graves hospitalizados confirmados de gripe

Al igual que en la temporada precedente, tres hospitales de la CAPV han participado esta temporada en la vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe. El número de casos registrados ha sido mayor, en total se han declarado 148 casos, 75 de ellos en Bizkaia. La media de edad fue de 47 años (rango: 0-93 años). La distribución de los casos por grupos de edad se recoge en la siguiente tabla.

Casos graves hospitalizados confirmados de gripe por grupo de edad en tres hospitales de la CAPV (H. Basurto, H. Cruces, H. Donostia)

GRUPO DE EDAD	N (%)
0-4 años	19 (12,8%)
5-14 años	4 (2,7%)
15-64 años	93 (64,23%)
Mayores 64 años	31 (21,0%)

El 85% de los casos desarrolló neumonía y el 29% presentó distress respiratorio. 54 de los casos no tenía ninguno de los factores considerados de riesgo para la gripe, en estos la media de edad fue menor (34 años). Del total de casos, el 22% padecía alguna enfermedad respiratoria crónica, el 20% diabetes u otro trastorno metabólico, el 16% alguna enfermedad cardiovascular crónica y el 13% obesidad (IMC \geq 40); seis eran mujeres embarazadas. El 74% estaba sin vacunar y en el 74% de los casos el agente causal fue un virus Influenza A(H1N1)pdm09.

Fallecidos:

Entre los casos graves, se produjeron 23 defunciones, 15 en Bizkaia. La media de edad fue de 63 años (rango: 31-82 años). Cuatro de ellos no presentaban ningún factor de riesgo; del total de defunciones el 35% padecía alguna enfermedad cardiovascular, el 30% alguna enfermedad respiratoria crónica y el 17% obesidad. Siete se habían vacunado de gripe esta temporada. En el 83% de los casos se aisló un influenza A(H1N1)pdm09.

Sistema de Vigilancia de la Gripe de España

Los datos de la CAPV han sido epidemiológicamente concordantes con los del resto del estado, si bien la CAPV fue uno de los territorios en los que antes se alcanzó la actividad epidémica. Atendiendo a la información aportada por el CNE, todos los virus de la gripe A caracterizados estaban incluidos en la vacuna recomendada para la presente temporada. No se han identificado resistencias al oseltamivir o zanamivir.

Situación Internacional

Europa:

En Europa se han notificado diversos patrones de dominancia y co-dominancia de los virus A(H1N1)pdm09 y A(H3) dependiendo de la región. Del total de virus subtipados, el 55% eran A(H1N1)pdm09, el 43% A(H3) y el 2% virus B.

Ninguno de los virus caracterizados difiere de las cepas incluidas en la vacuna recomendada por la OMS. En lo que respecta a la resistencia a antivirales, ocho virus A(H1N1)pdm09 y un A(H3N2) contenían una mutación que confiere resistencia al oseltamivir.

Otras regiones (según regiones de la OMS):

- Región Africana: han predominado los virus A(H3) y B
- Región del Este del Mediterráneo: han predominado los virus A(H3) y A(H1N1)pdm09
- Región de las Américas: ha dominado el A(H1N1)pdm09
- Región del Sur-Este de Asia: ha predominado el A(H3). Ha circulado algo menos el tipo B
- Región del Oeste del Pacífico: ha predominado el A(H1N1)pdm09.

VACUNA ESTACIONAL PARA LA PRÓXIMA TEMPORADA

Atendiendo a las características antigénicas de los virus circulantes, la OMS recomienda que la vacuna de la próxima temporada contenga las siguientes cepas:

- Cepa análoga a A/California/7/2009 (H1N1)pdm09
- Cepa análoga a A/Texas/50/2012 (H3N2)
- Cepa análoga a B/Massachusetts/2/2012 (linaje Yamagata)

Asimismo, se recomienda que las vacunas tetravalentes que incluyen dos cepas de virus de la gripe B contengan, además, una cuarta cepa similar a B/Brisbane/60/2008 (linaje Victoria).

VIRUS DE LA GRIPE AVIAR EN HUMANOS (AVIAN INFLUENZA)

La gripe aviar es una enfermedad infecciosa en aves causada por el virus influenza A. Los humanos raramente resultan infectados y cuando ocurre casi siempre se da en personas con contacto estrecho previo con aves.

Influenza A pertenece a la familia *Orthomyxoviridae* y se divide en subtipos de acuerdo a los antígenos hemaglutinina y neuraminidasa de la superficie del virus. Son un total de 18 antígenos H (H1-H18) y 11 N (N1-N11) y pueden formar diferentes combinaciones.

La gripe estacional que afecta típicamente a humanos pertenece a los subtipos H1, H2 y H3. Las aves salvajes y en particular los pájaros acuáticos son los reservorios de la influenza A. De acuerdo a la patogenicidad en aves, los virus se dividen en baja patogenicidad (sin síntomas o solo síntomas leves) o alta patogenicidad (síntomas severos, hasta 100% de mortalidad). La patogenicidad en las aves no se corresponde con la patogenicidad en humanos.

Pueden transmitirse a mamíferos incluyendo cerdos, gatos y perros, pero la transmisión intermamíferos es inefectiva.

Los humanos se infectan raramente por el virus de la gripe aviar y los síntomas y severidad de la infección depende del subtipo. Los síntomas varían desde oculares (H6N1, H7N2, H7N3, H7N7 y H10N7), síntomas respiratorios leves (H7N2, H7N3, H7N7, H9N2 y H10N7) a síntomas severos de vías respiratorias inferiores que se asocian con alta mortalidad (H5N1, H7N9 y el más reciente H10N8).

Influenza A (H5N1)

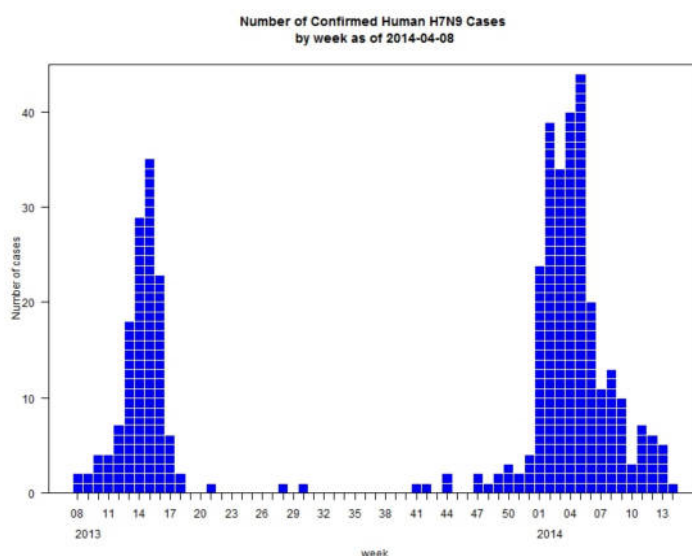
El primer caso en humanos se dio en 1997 en Hong Kong en relación con un brote en aves. Es altamente patógeno en aves y en humanos conduce a una mortalidad de aproximadamente el 60%. Desde 2003 se han declarado unas 400 muertes en el mundo. Los casos se han producido principalmente en Indonesia, Vietnam, China y Egipto. Presenta variación estacional, la mayoría de los casos se observan en invierno. En 2005 se extendió desde aves de Asia a Europa, pero no se han declarado casos en humanos.

La mayoría de los casos se han producido en personas que han estado en contacto con animales enfermos. Se han declarado un número de casos limitados de transmisión persona-persona, principalmente con conexión familiar o en sanitarios que han cuidado a pacientes enfermos. Los brotes se han controlado por la destrucción de las aves.

Influenza A (H7N9)

El virus de la gripe aviar A (H7N9) es un nuevo subtipo de virus de la gripe que no había sido detectado en humanos hasta marzo de 2013 en China. Desde el 31 de marzo de ese año y hasta el **28 de febrero de 2014**, las autoridades sanitarias chinas han notificado a la OMS 375 casos humanos confirmados, incluyendo 115 fallecidos. Los casos se presentaron en dos ondas epidémicas (ver figura inferior, datos hasta 8 de abril de 2014).

Los casos se notificaron en catorce provincias cercanas en el este de China. La mediana de edad de los casos fue 58 años y la de los fallecidos 66. El 67% eran hombres.



La fuente de infección es desconocida, aunque se relaciona con la exposición a aves vivas. El virus se ha encontrado en patos, palomas y pollos, en muestras ambientales de mercados de aves vivas y en carne de ganso; además, la mayoría de los pacientes refieren haber estado expuestos a aves vivas en los días previos al inicio de síntomas. La clausura de mercados de aves vivas estuvo relacionada con un descenso de los casos al final de la primera onda epidémica, aunque otros factores como la posible estacionalidad del virus podrían haber contribuido también a este descenso.

El nuevo virus es de baja patogenicidad en aves y puede causar infecciones silentes en estos animales. Los estudios realizados en animales muestran signos de adaptación que permiten al virus poder infectar a los mamíferos.

El nuevo virus ha surgido tras la reagrupación de diferentes genes procedentes de tres subtipos de virus de la gripe A. El gen que codifica la neuraminidasa es similar al del virus aviar A(H11N9) y A(H7N9) encontrado en aves en años previos. El gen que codifica la hemaglutinina es similar al de los virus de la gripe aviar del grupo H7 circulantes en la región euroasiática. Los genes que codifican las proteínas internas provienen de virus A(H9N2) que circulan en aves en el este Asiático. Los estudios fenotípicos realizados han demostrado que el virus es sensible a los antivirales inhibidores de la neuraminidasa como el oseltamivir y zanamivir.

La media del periodo de incubación se estima en 6 días (intervalo máximo de uno a diez días).

Aunque se han notificado algunos casos leves, en la mayoría de los pacientes se presenta como una enfermedad respiratoria con un síndrome similar a la gripe que deriva en cuadros graves de neumonía, distress respiratorio y que requieren ingreso hospitalario. La tasa de letalidad es del 22%.

Influenza A (H10N8)

Se trata de un virus influenza A (H10N8) de baja patogenicidad en aves. Se han declarado tres casos en humanos desde mediados de diciembre de 2013 en la provincia china de Jiangxi, incluyendo dos casos fatales. Todos los casos habían tenido contacto con aves y al menos uno de los casos presentaba enfermedad crónica de base. No se han registrado casos secundarios.

Riesgo para Europa

El riesgo de la extensión de influenza A (H5N1), (H7N9) y (H10N8) a Europa se considera bajo. Los viajeros a estas zonas deben evitar el contacto con aves, incluyendo los mercados, y lavarse a menudo las manos. No existe riesgo en el consumo de aves ni huevos cocinados.

Sin embargo, la OMS mantiene una amplia vigilancia de estos virus debido a la alta mortalidad que pueden causar; además, dado que estos virus son nuevos la población no presenta inmunidad y pudieran generar una pandemia.

Hasta el momento, no existen signos de transmisión persona-persona; tanto el A (H5N1) como A(H7N9) son capaces de unirse en humanos a las células de las vías respiratorias inferiores, pero no a las células del tracto superior, al contrario de la gripe estacional que se liga bien a las células del tracto superior y se trasmite fácilmente por la tos o el estornudo.

Sin embargo, los virus pueden cambiar y adquirir propiedades que posibiliten la transmisión entre personas. Esto puede ocurrir por intercambios genéticos entre distintos virus de influenza concurrentes en un mismo huésped. La segunda ola en China del virus A (H7N9) ha coincidido en el tiempo con la temporada de gripe estacional y también con la circulación en aves del A(H9N2), por lo que el riesgo es mayor.

La detección de estos virus puede deberse también a una mayor vigilancia, ya que, en cumplimiento de la nueva Reglamentación Internacional, desde 2012 todos los países están obligados a declarar a la OMS cualquier hallazgo de nuevos virus o subtipos de influenza.

HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B

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

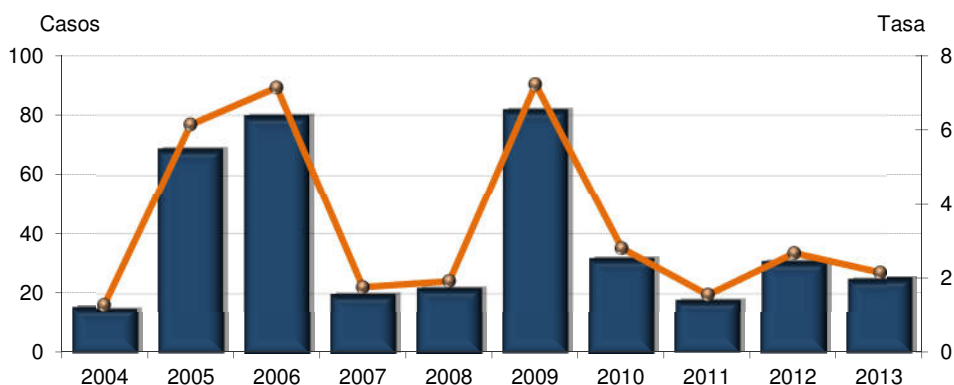
En el año 2013 el SIM no registró ningún un caso de enfermedad invasiva por *H. influenzae b* en menores de 5 años de edad.

HEPATITIS A

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

Se declararon 25 casos en 2013 (tasa 2,17/100 000), esto supuso un descenso de casos con respecto al año anterior.

Tasas y Casos de Hepatitis A
EDO. Bizkaia 2004-2013



La razón H/M fue de 0,78 y el rango de edad de los afectados de 2 a 53 años, concretamente el 52% tiene entre 2 y 11 años de edad.

El 24% de los casos estuvo asociado al brote epidémico de Comarca Interior iniciado en 2012; el 20% se presentó asociado a otro caso conocido y el 56% fueron considerados casos aislados.

Entre los casos no asociados a brote, el factor de riesgo más frecuente (10) fue antecedente de desplazamiento a zona endémica de Hepatitis A durante el periodo de incubación (Marruecos, Sudamérica y Sahara). Tres casos fueron por contacto de otro confirmado y en seis no se conoció ningún factor de riesgo.

Es importante la declaración precoz de los casos, ya que permite realizar profilaxis con gammaglobulina y vacunar frente a hepatitis A a las personas de su entorno que pueden haber estado expuestas. Se efectuó el estudio de contactos de todos los pacientes, aunque en dos ocasiones no se pudo intervenir por la demora en la declaración.

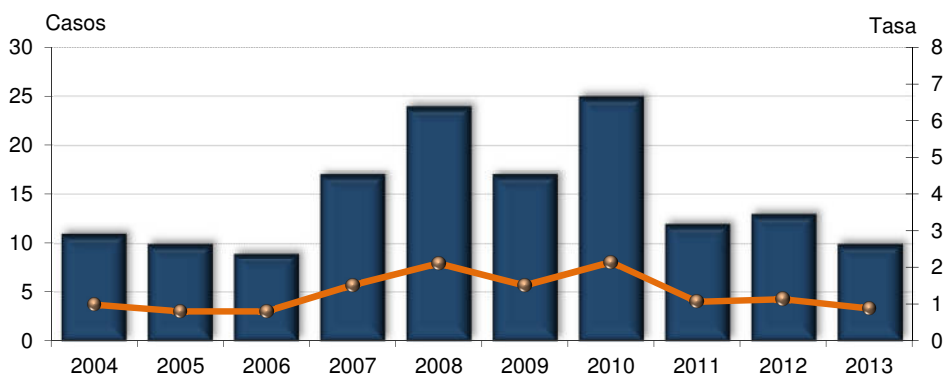
Las medidas de saneamiento y control de alimentos y aguas de bebida han eliminado la circulación del virus en nuestro medio; por ello, las cohortes de edad menores de cincuenta son, en su mayoría, susceptibles a la hepatitis A. Es importante **recomendar la vacunación frente a la hepatitis A** las personas 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. En 2013 se hubieran podido evitar más del 64% de los casos de hepatitis A declarados si los viajeros a zonas de alta endemia se hubieran vacunado de forma preventiva, particularmente los niños.

HEPATITIS B AGUDA

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

En 2013 se declararon 10 casos de hepatitis B aguda. La tasa fue 0,87 casos/100 000 habitantes, inferior a la del año anterior (tasa 1,13/100 000). Fue un año de baja incidencia comparado con los datos de la última década.

Tasas y Casos de Hepatitis B
EDO. Bizkaia 2004-2013



El rango de edad fue de 23 a 83 años, concretamente el 80% tiene entre 23 y 59 años. La razón H/M fue de 2,33, continuando con la tendencia de los últimos años en que ha predominado el sexo masculino.

Todos, excepto uno, fueron casos aislados. En siete personas el factor de riesgo más probable fue la transmisión por vía sexual, en un caso viaje a zona endémica y el otro era usuario de drogas por vía parenteral.

Se realizó estudio de contactos en nueve pacientes.

Las cohortes nacidas a partir de 1981 están vacunadas. Por tanto, es 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 la hepatitis A y B, y que está disponible en los centros de vacunación de Osakidetza.

HEPATITIS C

3IE-9: 070.41, 070.51; CIE-10: B17.1

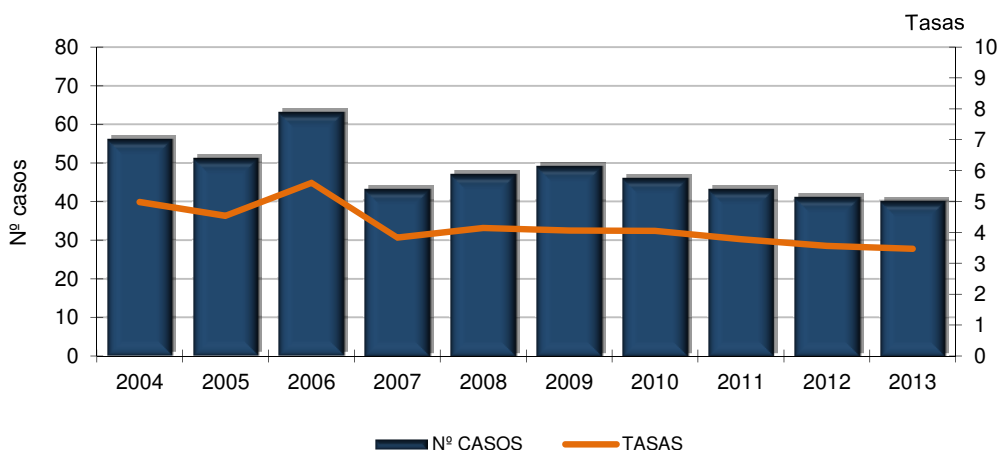
En 2013 se declararon dos casos agudos de hepatitis C aguda que presentaban sintomatología clínica. Se trataba de dos mujeres. En una la vía de contagio más probable fue la sexual y en la otra no se pudo determinar.

LEGIONELOSIS

CIE-9: 482.8; CIE-10: A48.1 – A48.2

En el año 2013 se declararon 40 casos de legionelosis, lo que supuso una tasa de 3,47/100 000, similar a la de años previos. La razón de sexos (H/M) fue de 4,7 y la mediana de edad de los casos fue de 58 años (rango: 30-90). El 15% (seis casos) tenía más de 75 años. Fallecieron cuatro personas (10% de letalidad).

Casos y Tasas de legionelosis
EDO. Bizkaia 2004-2013



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 seis 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 hubo un aumento inesperado en enero debido a un brote en un balneario de Bizkaia.

En el Anexo II se muestra la distribución por comarcas según el municipio de residencia de los casos. La tasa más elevada fue la de Comarca Bilbao que aumentó de forma notable, así como C. Ezkerraldea-Enkarterri. En las comarcas Uribe e Interior disminuyó la tasa.

En cuanto al método diagnóstico, en 38 de los casos se identificó antígeno (Ag.) en orina (mediante la prueba EIA) y dos fueron diagnosticados por detección de Ag. en orina positivo en la prueba rápida (ICT), más clínica compatible. 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 siete días. Se solicitaron dieciocho cultivos de esputo, de los cuales ocho resultaron positivos a *Legionella pneumophila* serogrupo 1.

Entre los factores de riesgo personales, el más frecuente fue el tabaco, ya que 22 casos (55%) eran fumadores y doce de éstos, todos hombres, eran, además, bebedores. Nueve pacientes padecían alguna neoplasia, cuatro eran diabéticos y cuatro presentaban inmunosupresión.

Dos afectados habían permanecido durante todo el periodo de incubación y un tercero una parte de este fuera de nuestra comunidad autónoma.

OSALAN estudió el ambiente laboral de cuatro casos, en tres de los cuales las muestras tomadas fueron negativas. En el cuarto caso se encontró, en la red de agua caliente central,

una cepa que coincidía con la encontrada en la muestra del paciente; se procedió a la limpieza y desinfección de la instalación.

Se realizaron también varias investigaciones ambientales por parte del Ayuntamiento de Bilbao y Sanidad Ambiental de las Comarcas de Salud Pública que comprendían industrias, viviendas, instalaciones deportivas y un lavacoches; en concreto, se estudiaron tres agrupaciones espacio-temporales en Bilbao, Barakaldo y Muskiz. En ninguna de estas investigaciones se pudo establecer la fuente de la legionella.

En enero se produjo un brote en un balneario de Bizkaia que afectó a tres personas, una de las cuales falleció: dos habían pernoctado en el balneario y una tercera residía en el entorno. En el año 2006 también se produjo un brote en este establecimiento. En el estudio del serotipado de las muestras de origen humano y ambiental de los años 2006 y 2013 se detectó la coincidencia de los siete genes, por lo que se concluyó que la misma cepa que fue la causa del brote de 2006 había provocado el cluster de 2013. Se tomaron medidas de cierre cautelar, reparación y limpieza de las instalaciones de riesgo.

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 declaró un caso nuevo en 2013, con clínica multibacilar y natural de Paraguay.

En el Registro Estatal de Lepra, actualizado a 31 de diciembre de 2013, había 47 casos prevalentes en todo el Estado y nueve incidentes en 2013, en cuatro de los cuales constaba como origen del caso un país de Sudamérica, en uno Caribe y en otro Guinea Ecuatorial. 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.

LEPTOSPIRA

CIE-9: 100.0, 070.1; CIE-10: A27

Durante el año 2013 se declararon cuatro casos de leptospirosis en cuatro municipios del TH, en todos la posible fuente de contagio fue autóctona. El primer caso se dio en el mes de agosto en un hombre de 22 años con el antecedente de baño en una piscina natural de su municipio. Se recogieron muestras del agua de la piscina siendo el resultado negativo. No se ha podido relacionar el caso del paciente con la fuente sospechosa detectada por la investigación epidemiológica, pero el resultado negativo tampoco descarta la piscina como posible fuente ya que la contaminación del agua puede ser un fenómeno puntual y transitorio.

También en el mes de agosto se detectó otro caso en un hombre de 69 años, se determinó que la fuente más probable de infección había sido un terreno contiguo a su domicilio, fácilmente encharcable y en el que se habían visto "ratillas".

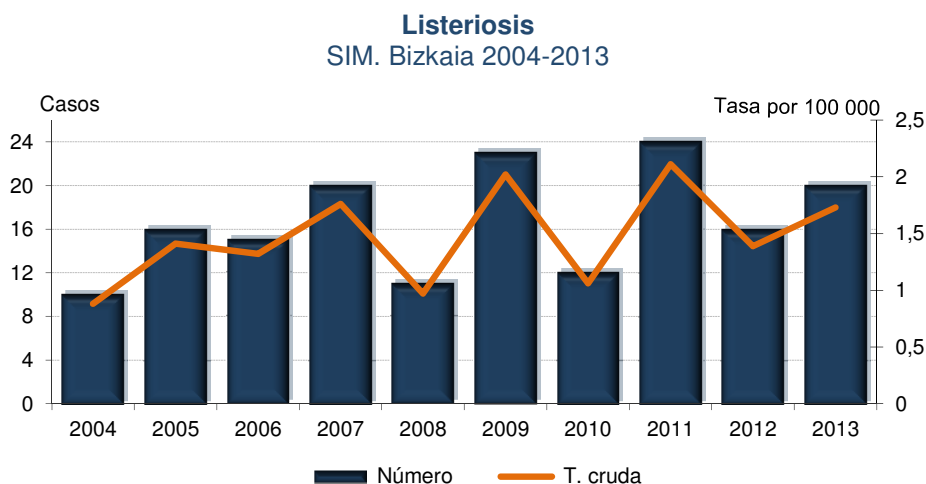
En el mes de septiembre se declaró un caso en un niño de 12 años con el antecedente de haberse bañado en el río de su localidad, en una zona que los técnicos que la visitaron consideraron que tenía el agua bastante sucia y estancada.

El último caso se declaró en octubre en un hombre de 56 años con el antecedente de haber realizado un trabajo de desatasco de alcantarillas.

LISTERIOSIS

CIE-9: 027.0; CIE-10: A32

En el año 2013 los laboratorios de microbiología de Bizkaia declararon 20 aislamientos de listeria, lo que supuso una tasa de 1,73 por 100 000 habitantes, tasa que aumenta hasta 3,94/100 000 en los mayores de 65 años. La gráfica siguiente muestra el número de aislamientos de *Listeria monocytógenes* declarados al SIM y la tasa por 100 000 habitantes en los últimos años. Desde el año 2004 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.



En 2013 los aislamientos fueron 14 en hemocultivo, cinco en LCR y uno en placenta de los que doce eran en hombres y ocho en mujeres. El rango de edad fue amplio (0-92), la media de edad de los afectados fue de 64 años y la mediana 68. Entre los casos investigados en Bizkaia, hubo cuatro materno-fetales: dos embarazadas que presentaron una de ellas sepsis y la otra síndrome febril, un recién nacido con sepsis neonatal y un mortinato. El resto fueron dos bacteriemias, seis meningitis y ocho síndromes febriles.

Entre los factores de riesgo recogidos figuran: 4 embarazos, 8 historia de cáncer, 2 cirrosis y 5 patología crónica. Solo en un caso no se identificó ningún factor de riesgo. Un afectado falleció.

Este año se produjo una agrupación de casos a partir de los meses de verano que coincidió con un brote que afectó a los otros dos TH de la CAPV y que se ha mantenido hasta los primeros meses de 2014. Los casos del brote son los diagnosticados como *L. monocytógenes* grupo 3 por PCR que posteriormente se estudiaron en Majadahonda mediante PFGE (electroforesis campos pulsado), donde identificaron 2 patrones: I y I_a. En concreto de los 20 casos de 2013 de Bizkaia, ocho casos pertenecían al patrón del brote. El patrón I se encontró en un foie de una marca concreta por lo que se decretó la alerta sanitaria. Este brote de *Listeria monocytógenes* grupo 3 patrón I y I_a ha afectado, entre 2013 y 2014, a 28 casos de la CAPV.

LYME, ENFERMEDAD DE

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

Durante el año 2013 se declararon al SIM dos serologías positivas para *Borrelia burgdorferi*, un caso confirmado y otro probable. Los dos casos eran adultos de 54 y 56 años que recordaban el antecedente de picadura por garrapata.

MENINGITIS BACTERIANA

CIE-9: 320, 0360

Durante 2013 se registraron 48 altas en los hospitales de Osakidetza en las que constaba una 'meningitis bacteriana' en alguno de los diagnósticos; esto supuso una frecuentación hospitalaria de 4,16 por 100 000 habitantes, similar a la presentada en 2012 (4,60/100 000).

N.º de casos, tasa de frecuentación y letalidad hospitalaria por meningitis bacteriana Osakidetza-EXPLOGRD. Bizkaia 2013

	N.º casos	Tasa	Fallecidos	Letalidad
<i>Haemophilus</i> (CIE-9:3200)	0	0	-	-
<i>Pneumococcus</i> (CIE- 9:3201)	9	0,78	1	11,1%
<i>Streptococcus</i> (CIE-9:3202)	8	0,69	1	12,5%
<i>Staphylococcus</i> (CIE-9:3203)	4	0,35	1	20%
Otras bacterias (CIE-9:3208-3209)	20	1,73	4	20%
Meningococo (CIE-9: 0360)	2	0,17	1	50%
Listeria (CIE-9: 0270)	5	0,43	-	-
Total casos	48	4,16	8	16,7%

En el 19% de los casos la bacteria causante de la meningitis fue el neumococo. En el 42% 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 71% de los afectados fueron hombres. El rango de edad fue muy amplio, comprendiendo desde neonatos hasta los 87 años, con un promedio de 49.

La letalidad hospitalaria fue de 16,7%; Excepto un caso, los fallecidos eran personas que presentaban otras patologías de base.

MENINGITIS VÍRICA

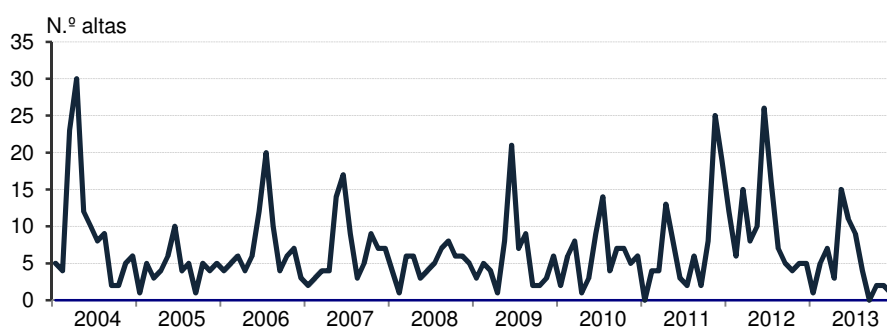
Enterovirus CIE-9:047; 0490; CIE-10: A87

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 2013 se declararon 24 aislamientos (47 en 2012), siendo dos virus ECHO, quince virus *Coxsackie* y siete enterovirus. El 75% de los aislamientos se produjo entre mayo y julio, siendo el 71% de los afectados menores de 10 años.

Por otro lado, en 2013 el Registro de Altas Hospitalarias recogió 60 ingresos por meningitis vírica (119 en 2012), de los cuales el 20% eran menores de 10 años. El máximo se produjo en los meses de mayo y julio (ver gráfico).

Meningitis vírica EXPLO-GRD. Osakidetza. Bizkaia 2004-2013



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

MENINGOCÓCICA, ENFERMEDAD

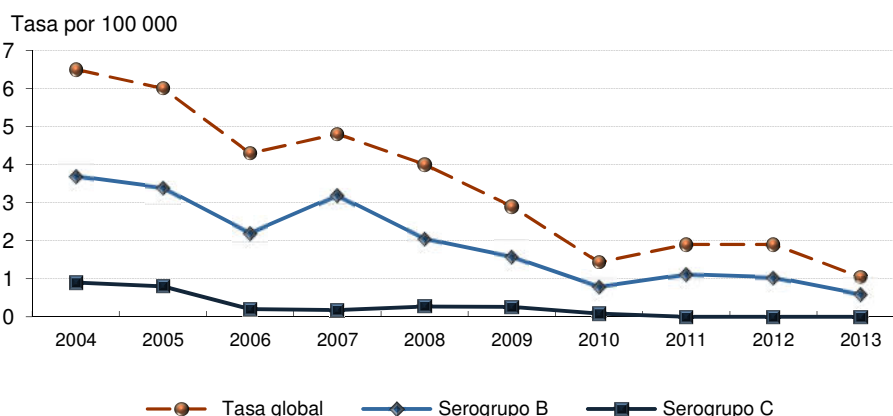
CIE-9: 036; CIE-10: A39

Fueron declarados 12 casos de enfermedad meningocócica, tasa de 1,04 por 100 000 habitantes, inferior a la del año anterior. La tendencia sigue siendo descendente respecto a años anteriores.

Se confirmaron microbiológicamente 9 de los 12 casos declarados (75%). En 7 pacientes se aisló meningococo serogrupo B y en uno serogrupo Z. Solo en un caso no se pudo determinar el serogrupo.

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

Casos de enfermedad meningocócica por año EDO. Bizkaia 2004-2013



Continuamos sin ningún caso de enfermedad meningocócica por meningococo C.

Casos de enfermedad meningocócica por grupos de edad y serogrupo EDO. Bizkaia 2013

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	5	-	-	1	3	9	8,60	-	-
10-19 años	1	-	-	-	-	1	1,11	1	-
20-39 años	0	-	-	-	-	0	0,00	-	-
>39 años	1	-	-	1	-	2	0,31	-	-
TOTAL	7	-	0	2	3	12	1,04	1	8,33%

* Sin grupar

Existen importantes diferencias según la edad. El grupo más afectado fue el de menores de 10 años, el de 10 a 19 años solo tuvo un caso y el de 20 a 39 años ninguno.

Respecto a las tasas de incidencia comarcales, la comarca Uribe presenta la tasa mayor con 1,40 por 100 000 y el resto de comarcas tasas similares.

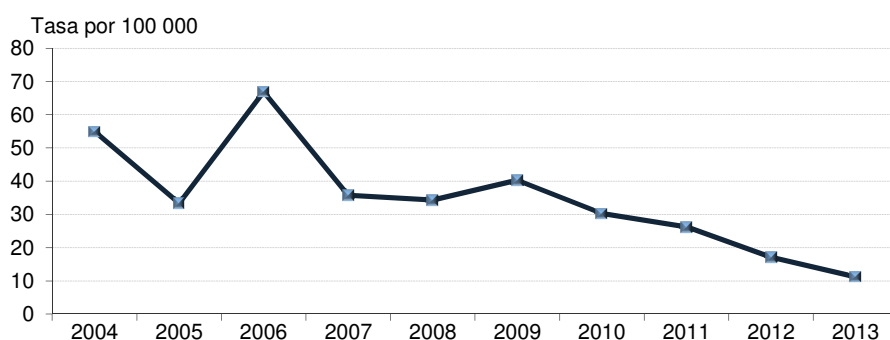
El Centro Nacional de Epidemiología informó en el año 2013 de una tasa de enfermedad meningocócica para todo el Estado de 0,68 casos por 100 000 habitantes. Las tasas varían entre las distintas comunidades autónomas en un rango entre 0,27, en Baleares, y 1,41, en Asturias. El País Vasco presentó una tasa de 0,97 por 100 000.

NEUMOCÓCICA, ENFERMEDAD

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

En Bizkaia, durante 2013, se declararon al SIM seis casos de enfermedad invasiva por *Streptococcus pneumoniae* en niños menores de 5 años, lo que supuso una tasa de 11,23 casos por 100 000 para este grupo de edad, inferior a la de 2012 (17,10 por 100 000). En cuatro casos se aisló neumococo en hemocultivo, en uno en hemocultivo y LCR, y el otro se diagnosticó por PCR en sangre.

Tasa de enfermedad neumocócica invasiva en menores de 5 años Bizkaia 2004-2013



Dos niños tuvieron solo bacteriemia, uno bacteriemia más otitis media, uno neumonía, uno otomastoiditis y otro meningitis complicada con abscesos subdurales. Ninguno de los niños padecía enfermedad crónica.

Por lo que respecta al conjunto de la población, en Bizkaia se produjeron 381 altas hospitalarias por neumonía neumocócica en el conjunto de hospitales de Osakidetza; de estas, 240 (63%) se produjeron en mayores de 64 años, lo que supuso una tasa de 102,35/100 000 habitantes en este grupo de edad. Además, este año hubo 34 sepsis por neumococo y nueve ingresos por meningitis (diecinueve sepsis y cinco meningitis en mayores de 64 años).

PALUDISMO / MALARIA

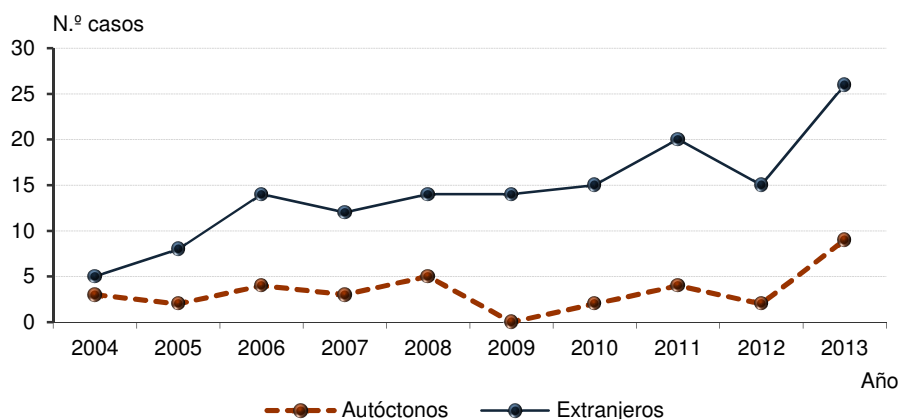
CIE-9: 084; CIE-10: B50 - B54

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 2013 se declararon en Bizkaia 35 casos de paludismo, duplicando el número del año anterior (17). Los afectados fueron 21 mujeres y 14 hombres, con un rango de edad entre 5 meses y 54 años, y una media de 29.

Se identificó *Plasmodium falciparum* en 30 casos, *P. ovale* en uno, *P. vivax* en otro y en tres no se determinó la especie.

Número de casos de paludismo en población autóctona y extranjera EDO. Bizkaia 2004-2013



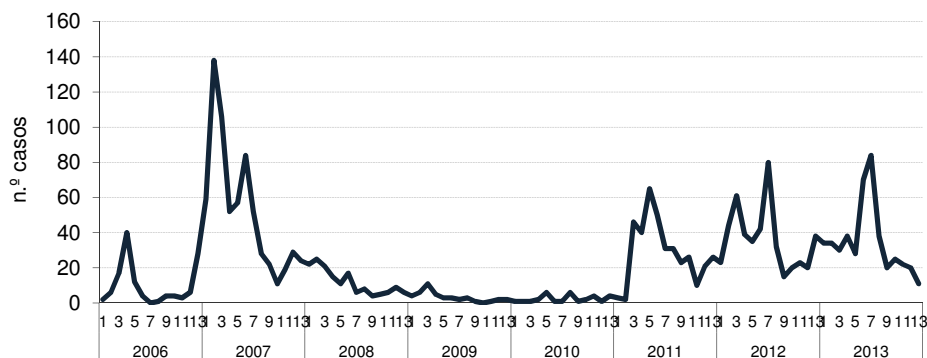
El lugar de origen de la infección fue África en todos los casos, destacando Guinea Ecuatorial, con 15 casos y en segundo lugar Nigeria con seis. El 60% de los afectados (21) eran originarios de zonas endémicas que habían viajado a su lugar de origen temporalmente, ocho viajaron por turismo, tres por motivo laboral y otros tres eran nuevos inmigrantes. Solo en dos de los casos consta la toma de quimioprofilaxis.

PAROTIDITIS VÍRICA (PAPERAS)

CIE-9: 072; CIE-10: B26

En 2013 se declararon 454 casos a través del sistema EDO, lo que supuso una tasa de 39,36/100 000, similar a la de 2012 (40,96/100 000).

N.º casos por cuatrisesmana 2006-2013
EDO. Bizkaia



Al valorar la distribución por edad, destacan las tasas del grupo de edad de 15-19 años (415,44/100 000), que agrupa el 40% de los casos. La razón H/M en 2013 fue de 1,5.

En cuanto a la distribución espacial, las tasas fueron mayores en la comarca Interior (57,30/100 000) y menores en Ezkerraldea-Enkarterri (17/100 000). En el Anexo II 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 nueve ocasiones; cinco de ellas se complicaron con meningitis, otras dos con orquitis, una con encefalitis y el caso restante cursó sin complicaciones. Además, la parotiditis constaba como diagnóstico en otra posición (no como causa del ingreso) en un caso más, que cursó sin complicaciones.

Sabemos, por estudios previos, 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 2013 fue también superior a los que constan en el sistema EDO.

En el conjunto del Estado se declararon 13 884 casos hasta el 29 de diciembre. 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

Según los datos de la OMS, en 2013 se registraron en todo el mundo 406 casos de enfermedad por poliovirus salvaje (PVS) (217 en 2012) de los que 160 se localizaron en los únicos tres países endémicos: Pakistán (93), Nigeria (53) y Afganistán (14); los otros países

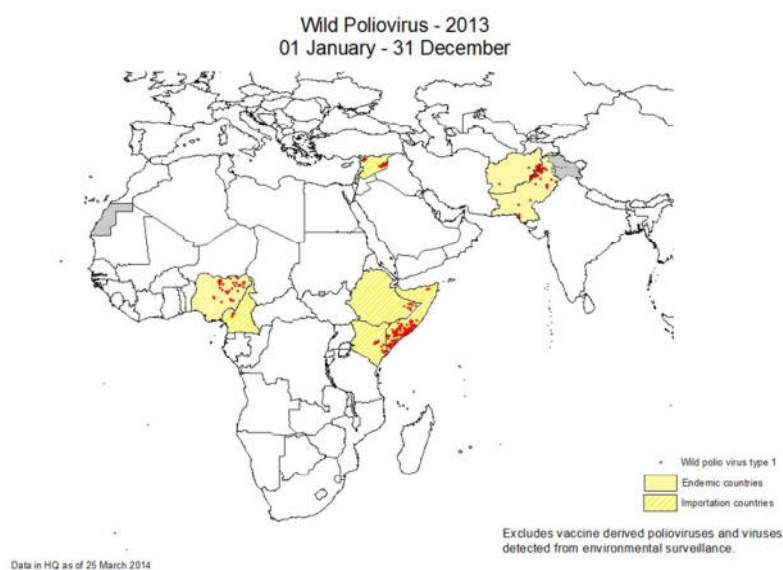
afectados son: Somalia (194), Siria (25), Kenia (14), Etiopía (9) y Camerún (4). Asimismo, se identificaron 62 casos asociados al virus vacunal (cVDPV2), de los cuales 45 fueron en Pakistán.

Son de destacar el brote de Somalia con 194 casos (los primeros casos desde 2007), los 25 casos en Siria (los primeros casos en 14 años) y la detección de poliovirus salvaje PVS-1 en 169 muestras de aguas residuales y en muestras de heces en humanos, en Israel, donde no se han producido casos.

Dado que numerosos territorios están en guerra, la circulación del virus por países endémicos y no endémicos supone un riesgo de difusión del virus por movimientos migratorios. 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 (2012) alertó de que la sensibilidad del sistema estaba por debajo de los niveles deseables.

En lo que respecta a Bizkaia, a lo largo de 2013 se declararon dos casos de PFA. Ninguno fue causado por un poliovirus y el diagnóstico definitivo fue Síndrome de Guillain Barré en ambos casos.



El 5 de mayo de 2014, la Directora General de la OMS ha declarado que la extensión internacional del poliovirus salvaje (PVS) en 2014 es un Evento de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII).

Junto a esta declaración, recomienda temporalmente unas medidas en los países donde está circulando el PVS y, asimismo, recomienda unas pautas de vacunación para las personas que viajen a estos países y cuya estancia sea mayor de cuatro semanas.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, aunque no descarta la posible reintroducción del virus en España, considera que el riesgo de transmisión es muy bajo.

RABIA

CIE-9: 071; CIE-10: A82

En España, los territorios peninsulares e insulares no han registrado casos de rabia en animales terrestres desde el año 1978. El virus de la rabia (EBLV) circula entre los murciélagos. En el año 2013 se notificaron dos incidentes:

- En febrero de 2013 el Centro Nacional de Microbiología (CNM) informó de dos casos positivos de rabia en dos perros de Melilla. La cepa detectada en ambos casos fue un virus de la rabia de tipo norteafricano.
- El 5 de junio de 2013 se confirmó la infección de rabia en un perro que cuatro días antes había agredido a cuatro niños y un adulto en la ciudad de Toledo. Según los datos de secuenciación genómica se trataba de una cepa norteafricana, similar a las que circulan con más frecuencia en Marruecos. Se confirmó que el perro había estado en Marruecos y había permanecido en varios municipios de Cataluña y en Aragón antes de llegar a Toledo. Se activó el Plan de Contingencia para el Control de la Rabia en Animales Domésticos, declarándose el Nivel de Alerta 1 en las tres áreas del territorio español por las que había circulado el animal durante el periodo infeccioso. Dentro del área de restricción, cualquier animal agresor que no estuviera correctamente identificado y con la vacunación frente a rabia en vigor fue considerado como caso probable de rabia. Durante este periodo, se reforzó la vigilancia y las medidas de control en animales domésticos en las áreas de restricción y se investigaron todas las agresiones. Tras este periodo de seguimiento no ha habido ninguna detección de caso positivo en animales ni en humanos. Trascurridos seis meses, el 11 de diciembre de 2013, se dio por concluido el nivel de alerta 1 y España recuperó el estatus de país libre de rabia.

Durante 2013 se administró vacuna antirrábica en Bizkaia a 47 personas, una disminución importante respecto al año anterior ya que hubo desabastecimiento mundial de vacuna y fuimos más restrictivos en la indicación de tratamientos pre-exposición. Se indicó vacuna post-exposición a once personas, cuatro por mordedura de monos (dos en Tailandia, uno en Tanzania y otro en Nepal), tres por mordedura de perro (Rumania, Tailandia e India), una por mordedura de coatí en México, otra por mordedura de rata en Argelia y la última por mordedura de zorro en el Pirineo Leridano.

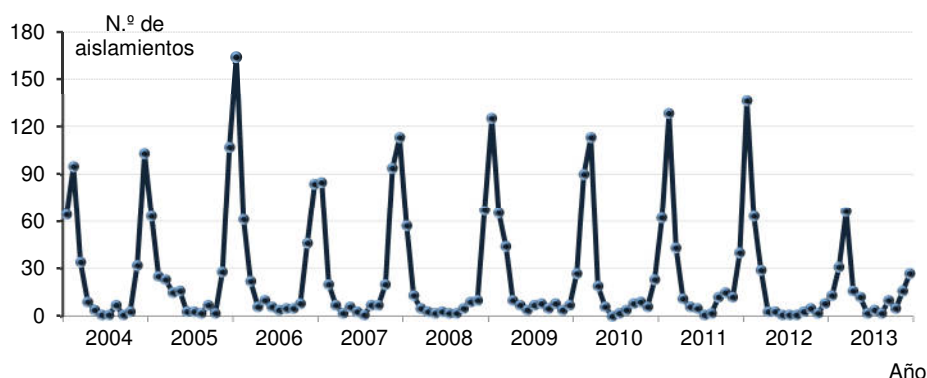
ROTAVIRUS

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

Se declararon al SIM 204 detecciones de Ag. de rotavirus, 51 menos que en 2012. El pico de la onda se produjo en marzo, con 66 casos. Como es habitual, en los meses más fríos del año se produjo el 89% de los casos.

El 90% de los casos declarados eran menores de 3 años de edad. En el mismo periodo hubo 46 ingresos por infección con rotavirus y, entre estos, el 87% eran menores de 24 meses.

Distribución de Ag. de rotavirus notificados por mes SIM. Bizkaia 2004-2013



RUBÉOLA Y RUBÉOLA CONGÉNITA

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 2013 no se declaró ninguna sospecha de esta enfermedad.

Respecto al SRC (Síndrome de Rubéola Congénita), durante al menos los últimos 25 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 son enfermedades de declaración urgente.

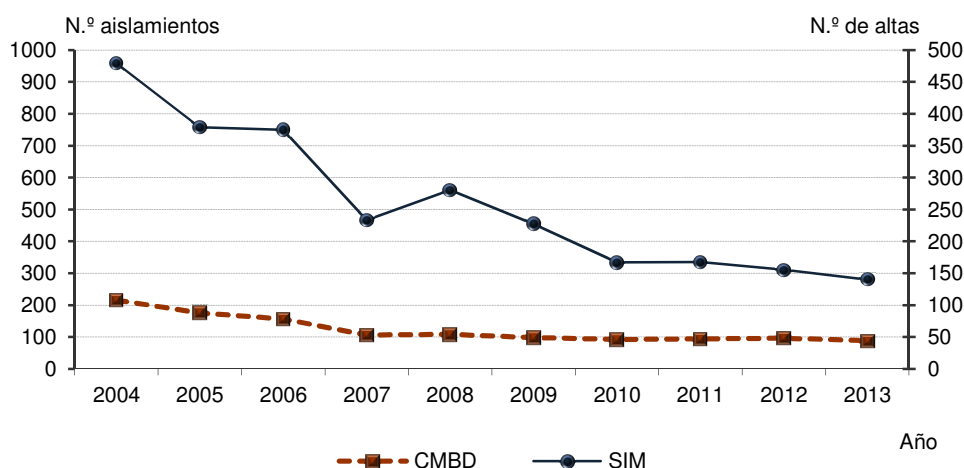
SALMONELOSIS

CIE-9: 003; CIE-10: A02

Durante el año 2013 se mantuvo la tendencia descendente iniciada en el año 2003, con 280 aislamientos declarados al SIM. El 40% eran menores de 10 años, el 37% tenían entre 10 y 60, y el resto eran mayores de 60.

En el mismo periodo hubo 44 ingresos por salmonelosis (diagnóstico principal). Si consideramos que todos los ingresados con salmonelosis tuvieron confirmación en el laboratorio, se puede decir que fueron ingresados el 11% de los menores de 14 años, el 52% de los adultos de 14-64 años y el 36% de los mayores de 64 de los casos declarados al SIM.

Número de Salmonellas SIM y CMBD. Bizkaia 2004-2013



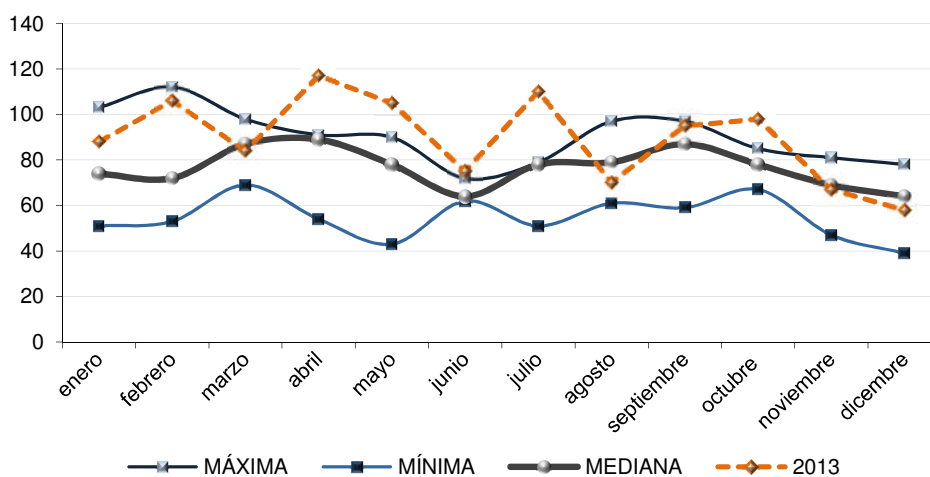
Por segundo año consecutivo, el porcentaje de aislamientos de *S. typhimurium* (40%) fue superior al de *S. enteritidis* (35%).

SAMR (STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA)

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

Se notificaron al SIM 1073 aislamientos de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina, número ligeramente superior al año anterior.

Aislamientos de SAMR. Canal endemo-epidémico 2008-2012 y año 2013 SIM. Bizkaia



En 2013 se estudiaron varias agrupaciones de casos, en una residencia de ancianos y en tres centros de salud. No se pudo determinar el vínculo epidemiológico en ninguna de ellas.

SARAMPION

CIE-9: 055; CIE-10: B05

En el año 2013 no hubo ningún caso de sarampión en Bizkaia y tampoco se notificaron sospechas de esta enfermedad.

La ausencia de casos hace que los profesionales sanitarios estén poco familiarizados tanto con la clínica de esta enfermedad como con su declaración (que debe ser urgente).

En el Estado, a 29 de diciembre de 2013 se habían declarado 115 casos (índice epidémico: 0,37). En Europa, se declararon 10 271 casos en 2013. El 91% de los mismos se dio en cinco países: Holanda (2499), Italia (2216), Reino Unido (1900), Alemania (1772) y Rumanía (1074).

Dada esta situación, existe riesgo de contagio tanto por viajes al extranjero como por reimportación del virus. Por lo tanto, es muy importante mantener las medidas preventivas a nuestro alcance:

- altas coberturas (>95%) en la vacunación con TV en la infancia;
- inmunización de susceptibles que viajen a zonas de alta endemia (incluidos países europeos en los que circula el virus);
- declaración urgente de los casos sospechosos.

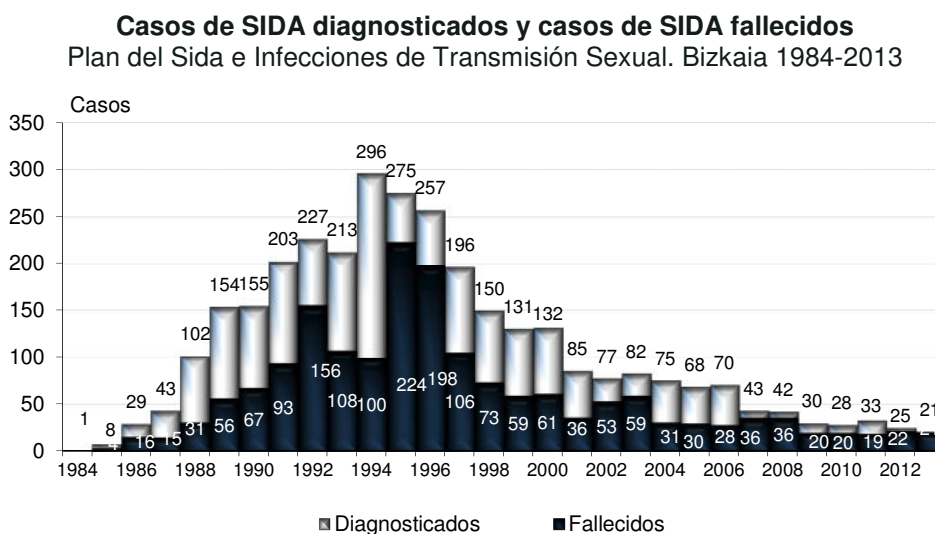
Además, es de especial importancia que el personal sanitario esté correctamente inmunizado frente al sarampión. Se debe completar la vacunación hasta dos dosis de TV en personas menores de 50 años que no hayan pasado la enfermedad.

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 2013 se diagnosticaron 21 casos de SIDA, un 16% menos que en el año anterior (25). El número acumulado desde 1984 hasta 2013 es de 3.251 casos; de estos han fallecido 1.778.

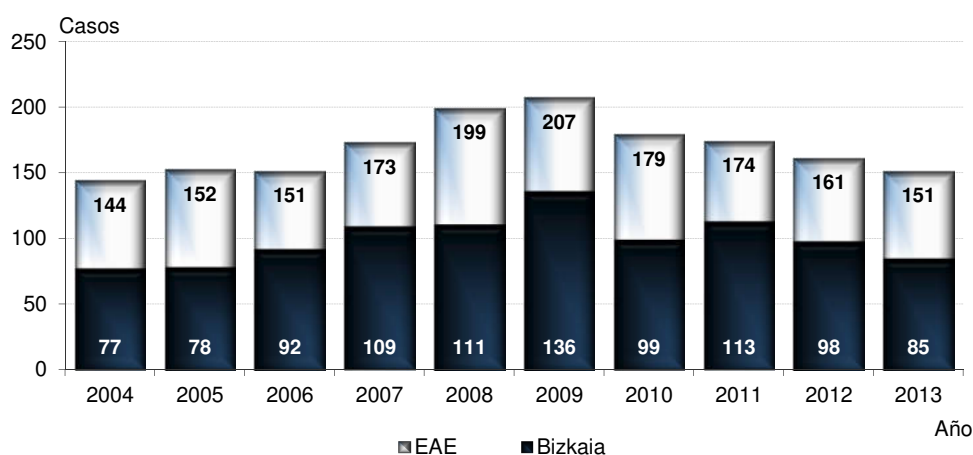
La evolución en el tiempo en el TH de Bizkaia, tanto del número de casos diagnosticados como de la letalidad, es muy semejante a la de la CAPV y al resto del Estado, con el pico de máxima incidencia en 1994.



De los 21 diagnosticados de SIDA durante el año 2013, 16 eran hombres y 5 mujeres. En el 33,3%, el mecanismo de transmisión identificado fue el uso de drogas por vía parenteral (UDVP), en el 28,6% la transmisión homo/bisexual y en el 14,3% la transmisión heterosexual.

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.

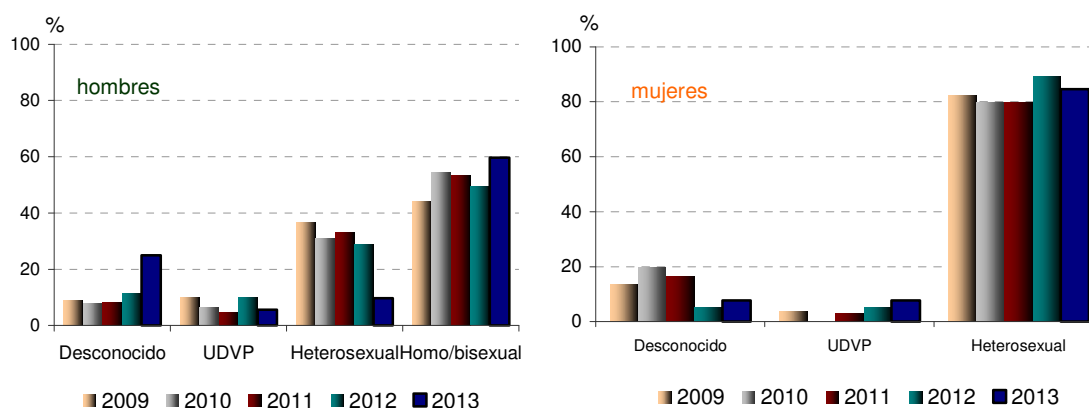
Casos de VIH diagnosticados
Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual. CAPV y Bizkaia 2004-2013



Durante 2013 se diagnosticaron 85 nuevas infecciones por VIH en Bizkaia. El 84,7% eran hombres y la media de edad de los casos nuevos fue de 37,6 años en los hombres y 38,3 en las mujeres.

El 21,2% de los nuevos infectados adquirió la infección a través de relaciones heterosexuales, el 50,6% por vía homosexual, el 5,9% a través de la vía parenteral y en un 22,4% de las ocasiones el mecanismo de transmisión no fue registrado. Las diferencias por sexo se observan en el gráfico siguiente:

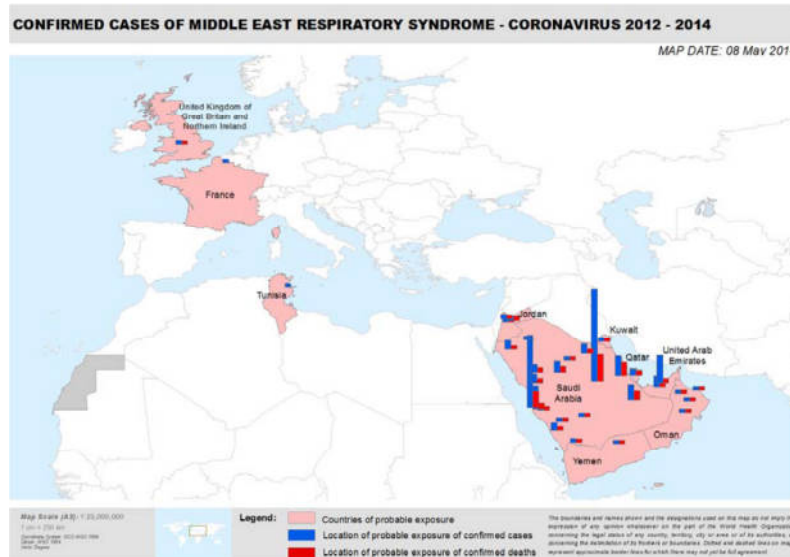
VIH. Mecanismos de transmisión
Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual. Bizkaia 2009-2013



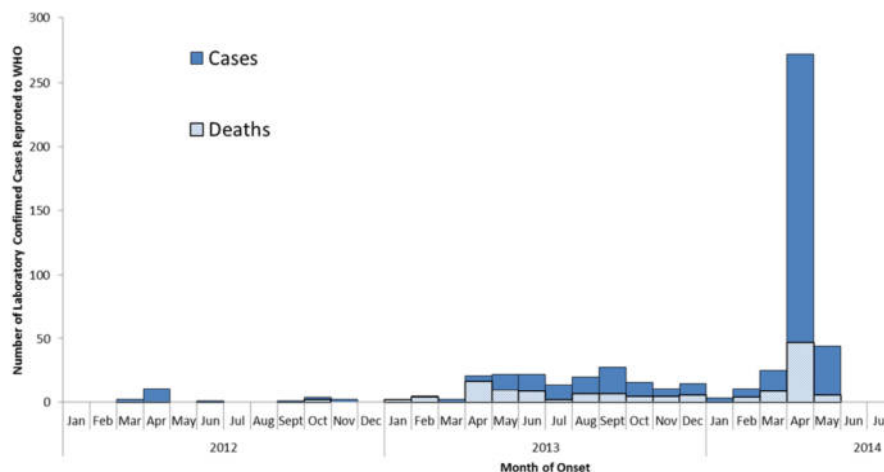
El porcentaje de extranjeros entre las nuevas infecciones fue de 25,8%.

SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO POR CORONAVIRUS (MERS-CoV)

Desde abril de 2012 los casos de infección por el nuevo coronavirus que causa Síndrome Respiratorio de Oriente Medio han sido 536, de ellos 145 han fallecido. La mediana de edad de los casos fue 49 años (9 meses - 94 años); 65,6% eran hombres. Todos los casos se dieron en países de Oriente Medio o tenían antecedente de viaje a estos países. En el mapa contiguo se muestran los países en los que se declararon casos confirmados y en la figura su evolución en el tiempo.



El número de casos declarados ha sufrido un fuerte incremento desde la mitad de marzo de 2014. Este incremento se debe en parte al aumento de casos en Arabia Saudí donde se ha producido un brote entre trabajadores sanitarios.



En noviembre de 2013 se declaró un caso sospechoso en España, que desarrolló síntomas tras un viaje a Arabia Saudí. Las PCR de las muestras nasofaríngeas resultaron positivas, pero en el laboratorio de referencia no se pudieron confirmar.

La fuente de MERS-CoV permanece poco clara, a pesar de haberse detectado el virus en camellos, por lo que es necesaria mayor investigación.

Los países fuera de la zona directamente afectada (ver mapa) deben mantener un alto nivel de vigilancia especialmente en los viajeros que vuelvan de los países con casos declarados. En la última actualización del riesgo de MERS-CoV en España (29-04-2014), se valoraba que el riesgo de esta enfermedad se considera bajo. La fuente de infección y el modo de transmisión siguen en estudio, pero el mantenimiento de casos en la Península Arábiga refleja una fuente de infección persistente en esta localización (los camellos pueden ser la vía directa o indirecta). El aumento de casos hospitalarios refleja el riesgo de transmisión nosocomial y pone de manifiesto la importancia de las medidas de prevención.

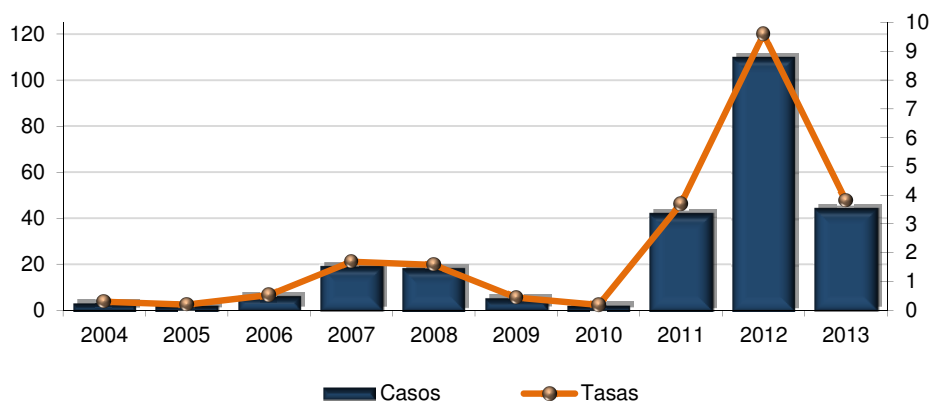
Los viajeros a la Península Arábiga deberían seguir las precauciones generales para prevención de enfermedades en viajes: normas básicas de higiene, lavado de manos con agua y jabón; evitar el consumo de carne poco cocinada o leche no pasteurizada (especialmente de camellos); lavar la fruta y las verduras; evitar el contacto innecesario con granjas de animales domésticos o salvajes, especialmente camellos.

TOS FERINA

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

En 2013 se declararon en Bizkaia 44 casos de tos ferina; la tasa (3,81/100 000) fue un 60% inferior a la del año anterior (ver gráfico) y el índice epidémico fue de 2,44 (Anexo II).

Casos y tasas de tos ferina. Distribución temporal
EDO. Bizkaia 2004-2013



Los menores de un año fueron 14 (tasa: 130,28/100 000). Los casos aislados fueron 17 y los asociados a otro caso, generalmente dentro del grupo familiar, fueron 27.

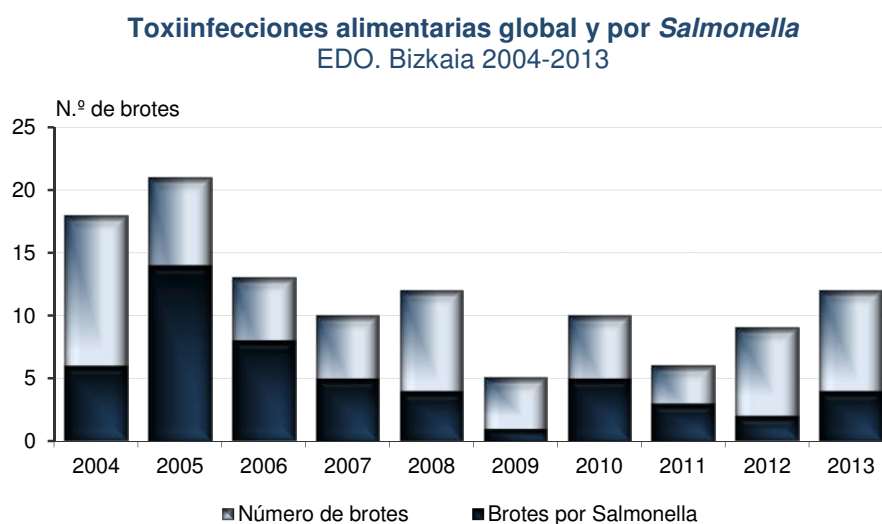
En lo que respecta al estado vacunal, de los 34 afectados de los que se tuvieron datos, 13 no estaban vacunados correctamente (cinco no tenían ninguna dosis y en ocho casos la vacunación era incompleta).

Este descenso del número de casos en 2013 es paralelo al observado en el estado.

TOXIINFECCIONES DE ORIGEN ALIMENTARIO (TIAS)

Durante el año 2013 se investigaron 12 brotes de origen alimentario que afectaron a un total de 202 personas, de los que 124 correspondieron a personas institucionalizadas (dos residencias de ancianos y un centro penitenciario). Otros brotes correspondieron a establecimientos públicos (siete) y domicilios particulares (dos).

En la gráfica se muestra el número total de brotes y los debidos a *Salmonella* en los últimos diez años.



Se pudo determinar el agente causal en nueve ocasiones y en tres de ellos también el alimento responsable.

En cuatro de los brotes se aisló *Salmonella* en los coprocultivos solicitados a los afectados. En todos ellos se sospechó del huevo como vehículo responsable. En uno de ellos se aisló *Salmonella* en las tortillas elaboradas pero no en los huevos utilizados para su elaboración.

En otro brote se aisló toxina estafilocócica en los coprocultivos de los afectados, así como en el queso de elaboración artesana consumido por los mismos.

Dos de los brotes se produjeron en residencias de ancianos, con tasas de ataque del 47% y 22% entre los residentes. En una de las residencias se aislaron norovirus genotipo GII y aunque la curva epidémica orientó hacia una fuente común no se identificó ningún alimento responsable. En la otra residencia se aisló rotavirus en coprocultivos y vómitos de los afectados y la curva epidémica orientó hacia una transmisión de persona a persona.

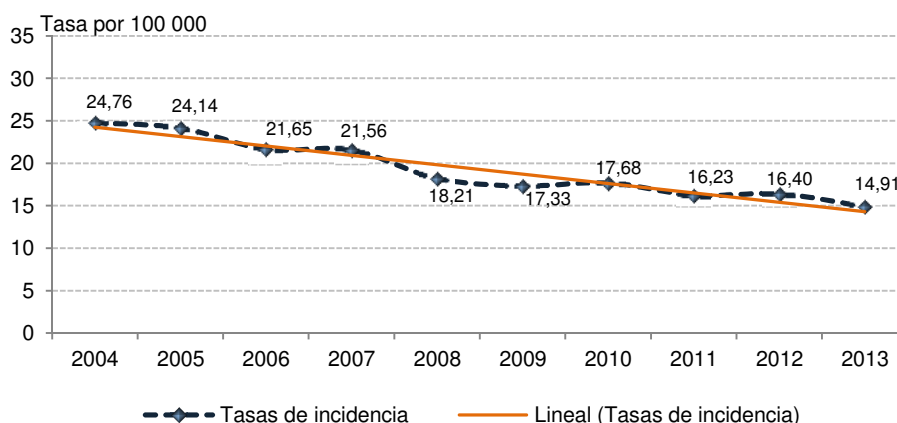
El brote del centro penitenciario afectó al 22% de los internos y se debió a virus Norwalk.

TUBERCULOSIS

CIE-9: 010 - 018; CIE-10: A15 – A19

El número de casos de tuberculosis registrados en 2013 fue de 172 (189 en 2012), tasa: 14,91/100 000, ligeramente menor a la del año anterior (tasa 2012: 16,40/100 000 hab.).

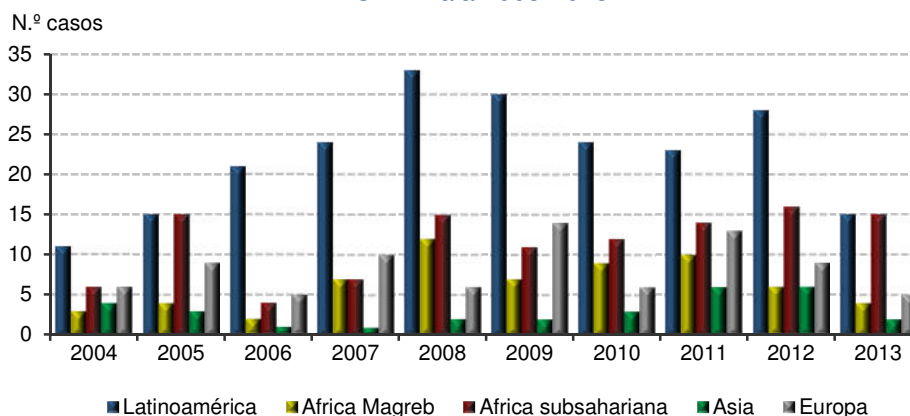
Tuberculosis. Tasa de incidencia y línea de tendencia EDO. Bizkaia 2004-2013



La razón H/M fue 1,2 y la edad de mayor incidencia la de 25-29 años (19,34/100 000 hab.).

El número de pacientes extranjeros fue inferior al año anterior: 41 en 2013 (65 en 2012), lo que supuso un 24% del total de casos registrados. La mayoría de estos pacientes procedía de África (19) (cuatro Magreb y quince África subsahariana); el resto de Latinoamérica (quince), Asia (dos) y Europa (cinco, todos ellos venían de Rumanía). El 71% de estos casos estaban en un rango de edad entre 20 y 39 años, y la relación H/M fue de 0,8.

Tuberculosis. Casos en extranjeros según origen EDO. Bizkaia 2003-2013



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 55,50 casos por 100 000 habitantes (86,05 en 2012).

La localización de la enfermedad fue pulmonar, con o sin otras localizaciones, en el 65% de los casos. Se declararon dos tuberculosis meníngeas en personas adultas.

El 69% de los casos declarados tuvieron diagnóstico bacteriológico, con cultivo positivo en una o más muestras biológicas. La tasa de bacilíferos fue similar a la del año anterior: 4,16 por 100 000 (4,51 en 2012).

Después del tabaquismo (29 casos), "Contacto reciente con un caso" y SIDA fueron los factores de riesgo más frecuentemente descritos, en 22 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 57% de los casos extranjeros tenían su residencia en esta comarca.

Tuberculosis. Tasa y n.º de casos total y en extranjeros por comarca sanitaria
EDO. Bizkaia 2013*

COMARCA	TOTAL CASOS		CASOS EXTRANJEROS	
	Casos	Tasa/100 000	Casos	Porcentaje
BILBAO	74	20,94	23	31%
EZKERRALDEA / ENKARTERRI	32	10,89	6	19%
INTERIOR	41	15,04	8	20%
URIBE	24	11,19	4	17%

* No incluye 1 caso de Ermua.

Se notificaron seis brotes de tuberculosis en Bizkaia. Cuatro de ellos familiares con 14 casos, incluidos los casos índice; uno en el ámbito laboral, con 2 casos y otro en un centro escolar.

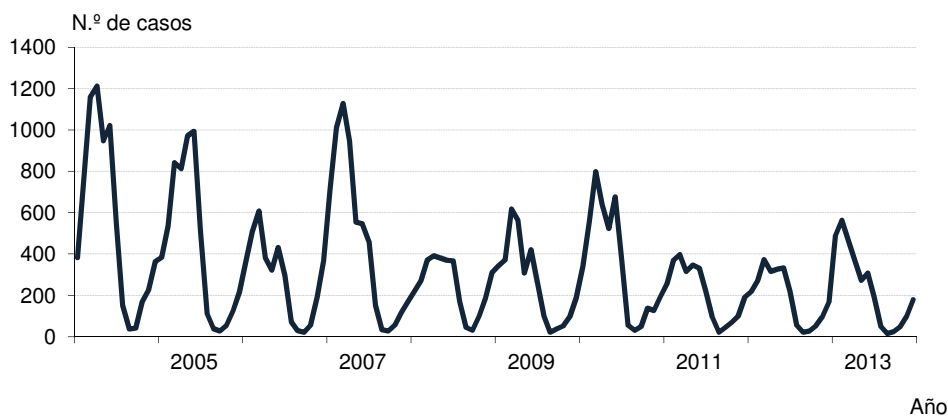
El brote escolar ocurrió en un centro de la comarca Bilbao y el caso índice fue un adulto. Se estudiaron 173 niños de 3 a 5 años y 86 adultos de educación Infantil y Primaria. Se detectaron 26 casos de infección y nueve casos de enfermedad pulmonar, todos ellos en los niños. Así mismo, se estudiaron los convivientes de los tres niños con cultivo y/o PCR positivo, entre los que se detectó un caso de enfermedad en un niño menor de 5 años. En el resultado del análisis molecular de las cepas aisladas en dos de los niños y en el caso índice se observó un patrón idéntico. En total fueron once los casos de tuberculosis y 26 los infectados.

VARICELA

CIE-9:052; CIE-10:BO1

Se declararon 3073 casos de varicela, lo que supuso una tasa de 300,51 casos por 100 000 (ligeramente superior a la de 2012: 277,16/100 000), con grandes diferencias entre comarcas sanitarias (Interior: 565,80/100 000; Ezkerraldea-Enkarterri: 106,50/100 000). El mayor número de casos se produjo en invierno y primavera, como viene siendo habitual.

N.º de casos de varicela por cuatrisesmana
EDO. Bizkaia 2004-2013



En el registro de altas hospitalarias constan 26 ingresos hospitalarios con el código de varicela como diagnóstico principal. De ellos, trece tenían quince o más años de edad. Dieciséis de los casos ingresados sufrieron alguna complicación: una neumonitis, una mielitis, una encefalitis y el resto no especificadas. No hubo ningún fallecimiento por esta causa. Además, el código de varicela apareció en otros ocho ingresos hospitalarios en otras posiciones (no como diagnóstico principal).

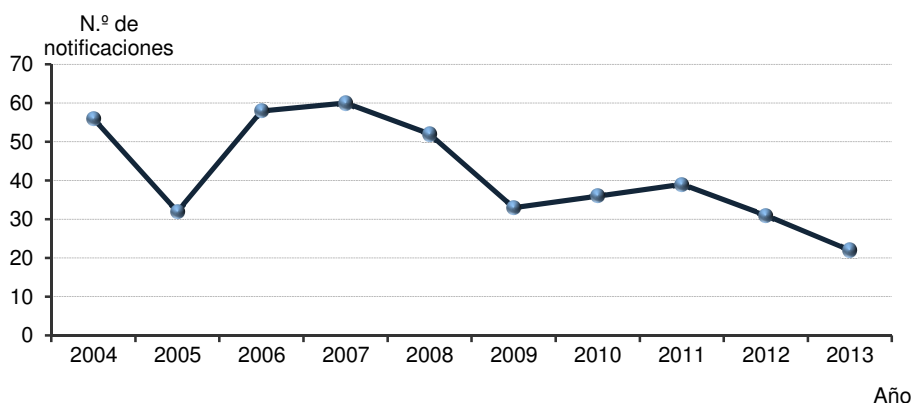
El herpes zoster, que es la enfermedad producida por la reactivación del virus de la varicela, se encuentra en 55 informes de alta como causa de ingreso hospitalario. De estos pacientes, el 62% tenía más de 64 años. Entre las veintitrés complicaciones registradas constaban: catorce que afectaban al sistema nervioso central, cuatro meningitis, tres oftálmicas y el resto no especificadas. Falleció un hombre de 82 años, afecto también de mieloma. El diagnóstico de herpes zóster apareció, además, en otros 116 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 2013 fue de 22; 20 aislamientos fueron serotipo enterocolítica, un frederiksenii y otro intermedia. El 53% de los casos eran menores de 10 años. El número de casos de 2013 fue el menor de los últimos diez años. Hubo un ingreso en 2013 por esa causa.

Aislamientos de Yersinia notificados
SIM. Bizkaia 2004-2013



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

ESTIMACIÓN DE COBERTURAS PARA LAS VACUNAS ADMINISTRADAS HASTA LOS 6 AÑOS DE EDAD

El cálculo de coberturas es un elemento necesario para el control de calidad de los programas de vacunación. Las herramientas informáticas son, hoy en día, el medio idóneo para la extracción y tratamiento de estos datos.

Entre los años 2009 y 2011 dejamos de recibir los registros en papel de dos de las cuatro comarcas sanitarias vizcaínas: Interior y Ezkerraldea-Enkarterri. Esto ha supuesto que en los últimos años no podamos realizar la estimación de las coberturas vacunales de la manera habitual.

Este año hemos explorado vías alternativas para la estimación de estas coberturas. Por un lado, hemos colaborado con Comarca Bilbao en la extracción de datos de Osabide y, por otro lado, en Servicios Centrales han estimado las coberturas para Bizkaia a través de los datos del Sistema Integrado de Vacunaciones (SIV).

Estimación de coberturas a partir de los registros en Osabide. Ensayo en colaboración con Comarca Bilbao

En marzo de 2013, la Dirección de Enfermería de Comarca Bilbao nos expresó su voluntad de llegar a un acuerdo para poder eliminar los registros en papel, sin que esto conllevara una merma en la calidad de la información registrada. En colaboración con esta Comarca, hemos explorado la posibilidad de evitar al personal de enfermería de atención primaria la obligación de completar el registro en papel y, al mismo tiempo, disponer de unos datos de vacunación que nos permitan estimar las coberturas vacunales de la población infantil de la comarca.

Para los datos del **numerador** (número de dosis administradas), la Comarca llevó a cabo consultas detalladas en Osabide, a través del OBI (Oracle Business Intelligence).

El **denominador** se obtuvo del Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrino-Metabólicas de la CAPV. Se utilizaron datos, mes por mes, de recién nacidos cuyas madres residieran en Comarca Bilbao.

Se obtuvieron las siguientes estimaciones de cobertura para las vacunas del calendario de vacunación infantil de la CAPV*, hasta los 6 años de edad:

Estimación de coberturas vacunas 0-6 años OBI y registro metabolopatías. Bizkaia 2013

Vacuna	Antígenos	Edad	Cobertura 2013
Hexavalente	DTPa-VPI-HB/Hib	2, 4, 6 m	95,39%
Meningococo C	Men C	2, 4, 12 m	96,85%
Triple Vírica 1	SRP	12 m	98,00%
Pentavalente	DTPa-HB-VPI	18 m	94,13%
Triple Vírica 2	SRP	4 a	92,82%
DTPa / dTpa	dTpa	6 a	88,93%

* La vacuna BCG no se incluye por carecer de un denominador conocido.

La conclusión es que la extracción de registros vacunales de Osabide es una herramienta eficaz para la estimación de las coberturas vacunales. Es un método rápido y fiable, que podría utilizarse en el futuro para el resto de comarcas/OSIs.

Estimación de coberturas a partir del Sistema Integrado de Vacunaciones (SIV)

El Sistema Integrado de Vacunaciones pretende constituir un registro centralizado de las vacunas administradas en la CAPV en ámbitos diversos (sanidad pública y privada, salud laboral, etc.). Después de muchos años trabajando en el diseño de la aplicación informática que debe darle soporte y, a pesar de los errores pendientes de subsanar, este año hemos podido hacer una primera aproximación a la estimación de las vacunas del calendario infantil.

Las estimaciones obtenidas para las vacunas de 2013 de Bizkaia son las siguientes:

Estimación de coberturas vacunas 0-6 años SIV. Bizkaia 2013

Vacuna	Antígenos	Dosis	Edad	Cobertura 2013
Hexavalente	DTPa-VPI-HB/Hib	1 ^a	2m	99,32%
		2 ^a	4m	94,92%
		3 ^a	6m	91,30%
Meningococo C	Men C	1 ^a	2m	101,34%
		2 ^a	4m	96,86%
		3 ^a	12m	89,98%
Pentavalente	DTPa-VPI/Hib	4 ^a	18m	84,94%
Triple vírica	SRP	1 ^a	12m	91,33%
		2 ^a	4a	87,41%
dTpa	dTpa	5 ^a	6a	79,16%

Las coberturas obtenidas sobrepasan el 90% para las vacunas que se administran en el primer año de vida, pero caen en el resto, incluso por debajo del 80% en algún caso.

Conclusiones

La situación actual del SIV, con errores de casación de códigos, hacen que ahora mismo no sea el sistema idóneo. Los datos de Osabide, para la estimación de coberturas de las vacunas

administradas hasta los 6 años de edad y de censo escolar, para las vacunas que se administran en este ámbito, parecen ser el sistema de elección en la actualidad.

Las Comarcas/OSIs de Osakidetza tienen a su disposición los datos para que, en colaboración, podamos realizar unas estimaciones lo más ajustadas posible.

COBERTURAS DE VACUNAS ADMINISTRADAS EN CENTROS EDUCATIVOS

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 2012/2013

	Interior	Ezkerraldea -Enkarterri*	Uribe	Bilbao	Á. Sanitaria Bizkaia
Virus Papiloma Humano	89,3	93,9	93,8	91,3	91,9
Tétanos-Difteria	94,9**	92,7	93,9	92,1	93,3

* Salvo Balmaseda, Muskiz y Zalla

** Salvo UAPs Galdakao y Aiaia

La vacuna frente al **VPH** se administra en los centros escolares, en 1º de ESO. En el curso 2012/2013 el censo fue de 4827 alumnas y la cobertura obtenida para el TH de Bizkaia, 92,4%.

En cuanto a la vacuna **Td**, se administra en el medio escolar (salvo excepciones) a los 16 años de edad (4º de ESO). Los alumnos matriculados fueron 8369 y la cobertura para Bizkaia, 93,4%.

El curso 2011/12 fue el último en que una cohorte completa se vacunó frente a la **hepatitis B** en los centros escolares. Esta vacunación se prolongó en el curso 2012/2013, para captar a los alumnos/as que hubieran repetido algún curso de primaria, y se han administrado un total de 3431 dosis a 1139 alumnos/as. De esta forma, las cohortes de nacidos en 1981 y después están vacunados frente a la hepatitis B.

SITUACIÓN DE LA VACUNA FRENTE A VARICELA

En septiembre de 2013, la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) restringió la dispensación de las vacunas frente a varicela, limitándolas al diagnóstico hospitalario. Con esta resolución, la AEMPS pretendía corregir la situación que se estaba dando: vacunación de niños pequeños, con coberturas bastante altas, lo que puede desplazar la enfermedad a edades más avanzadas (con mayor riesgo). Además, la falta de circulación del virus varicela-zóster puede influir en una mayor incidencia de herpes zóster en personas mayores.

La estrategia actual de vacunación no pretende eliminar la circulación del virus, ya que esta enfermedad es, por lo general, benigna en los niños. El objetivo es prevenir los casos graves; por eso las recomendaciones oficiales en la CAPV incluyen la vacunación a los 10 años de edad (para evitar que se llegue a la edad adulta siendo susceptible) y de grupos de riesgo. Para estas indicaciones, no hay ningún problema de suministro de vacunas.

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

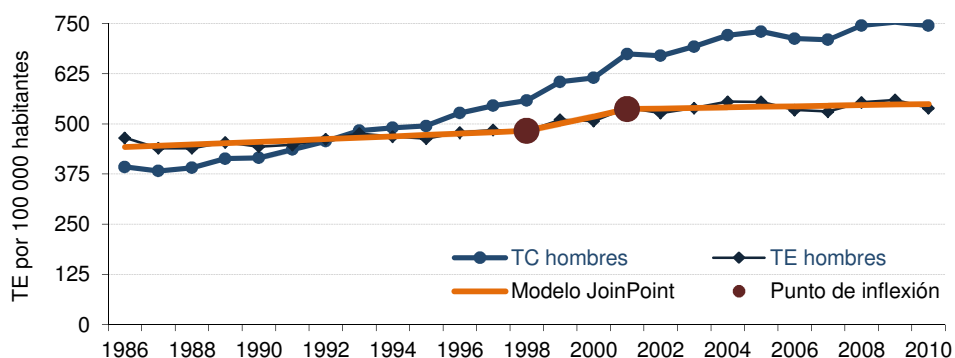
CÁNCER

TODAS LAS LOCALIZACIONES¹

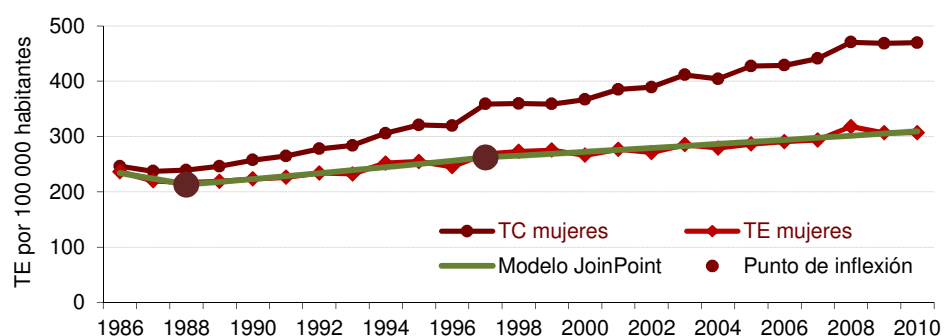
Durante el año 2010 fueron registrados en el RCEME 6972 cánceres en personas residentes en Bizkaia, 4175 (60%) en hombres y 2797 (40%) en mujeres, lo que supuso una tasa de 750,10 y 471,10 cánceres por 100 000 hombres y mujeres respectivamente.

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; la tendencia a partir del año 2001 es de un crecimiento medio anual de 0,26%. Entre las mujeres, la incidencia aumenta desde 1997 a un ritmo de 1,27% anual.

Incidencia de tumores malignos en hombres
RCEME – Bizkaia, 1986-2010



Incidencia de tumores malignos en mujeres
RCEME – Bizkaia, 1986-2010

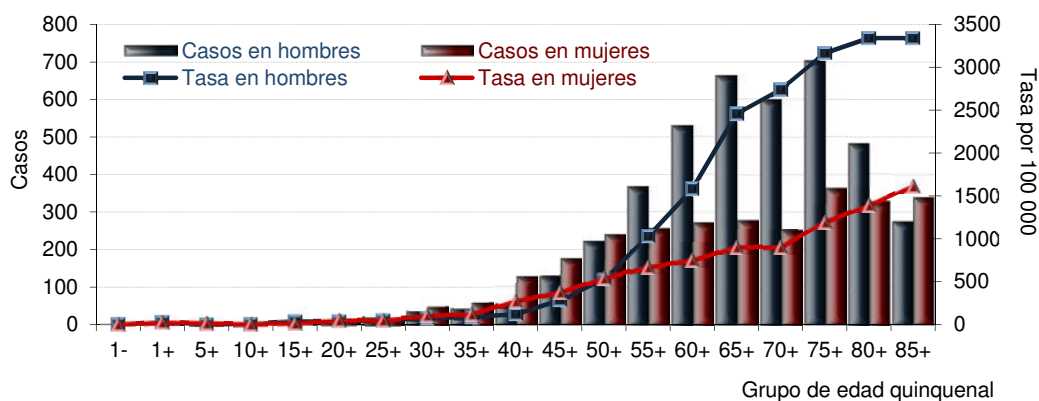


TC: Tasa cruda; TE: Tasa estandarizada (población de referencia: Europa); Joinpoint: tendencia y cambios de la misma

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.

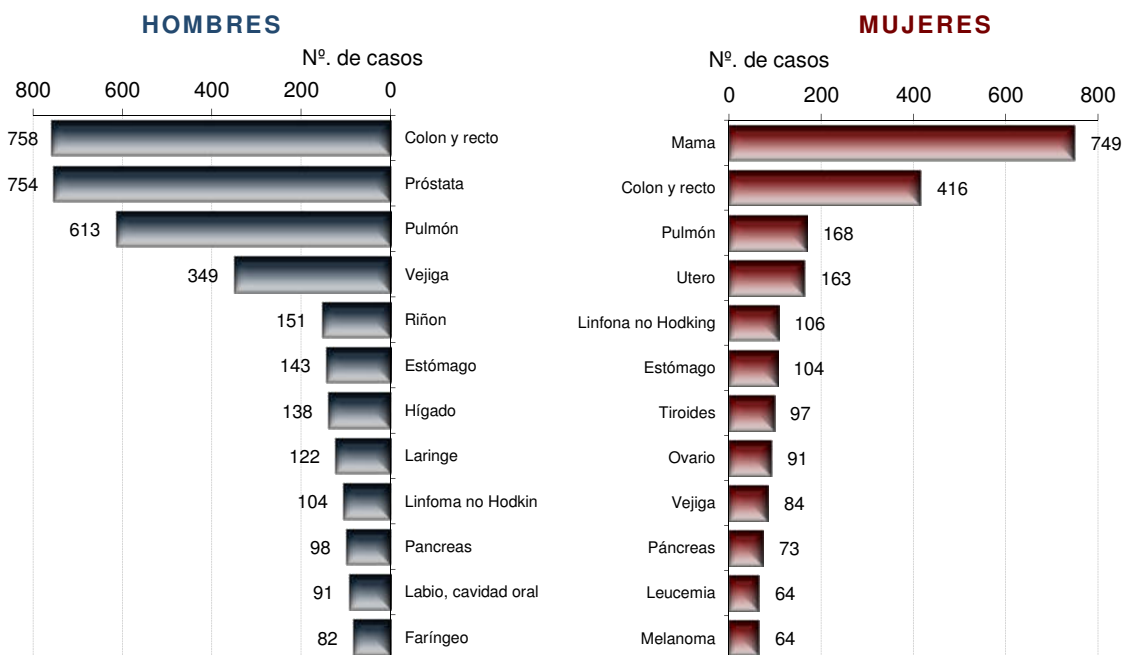
En el siguiente gráfico se refleja la distribución por edad y sexo de los tumores malignos. Las tasas de incidencia son ligeramente superiores en las mujeres hasta los 50 años; a partir de esa edad las diferencias entre sexos aumentan, hasta llegar a ser del doble o más en los hombres en los grupos de 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 2010



En la población total el cáncer de colon y recto (CCR) es el cáncer más frecuente: supone el 17% del total de los tumores malignos diagnosticados en 2010. El segundo lugar corresponde al de pulmón con un 11%. El gráfico siguiente representa los tumores por orden de frecuencia en cada sexo.

Casos nuevos de tumores malignos en las localizaciones* más frecuentes RCEME - Bizkaia 2010



* Localización según CIE-10. Labio y cavidad oral: C00 a C08; faríngeo: C09-10, C12-14; estómago: C16; colon-recto: C18 a C21; hígado y conductos biliares intrahepáticos: C22; páncreas: C25; laringe: C32; pulmón: C33 y C34; melanoma: C43; mama: C50; útero: C54; ovario: C56; próstata: C61; riñón: C64-66; vejiga: C67; tiroides: C73; Linfoma no Hodgkin: C82-85, C96; leucemia: C91-95.

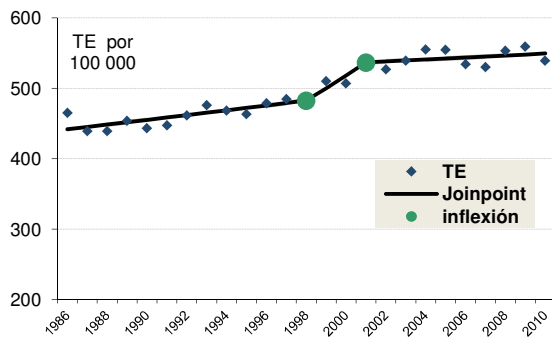
EVOLUCIÓN TEMPORAL

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

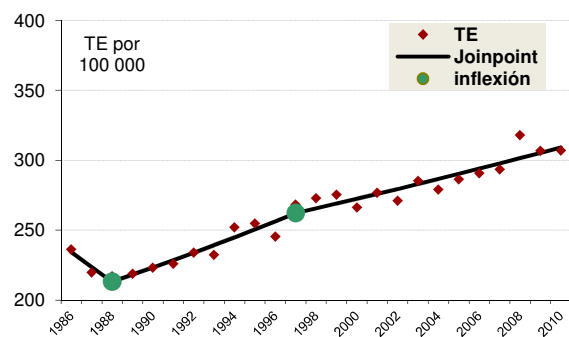
A continuación se representa de forma gráfica la evolución de la incidencia de los cánceres más frecuentes por localización anatómica. Los puntos representan las Tasas de Incidencia Estandarizadas (TEE) y la línea continua la tendencia, valorada con el método de regresión Joinpoint. Para poder valorar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

Cánceres en todas las localizaciones. TEE, Joinpoint RCEME. Bizkaia 1986-2010

HOMBRES: todas las localizaciones [C00-80]

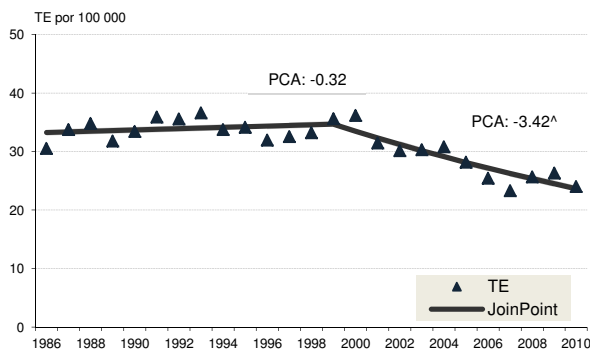


MUJERES: todas las localizaciones [C00-80]

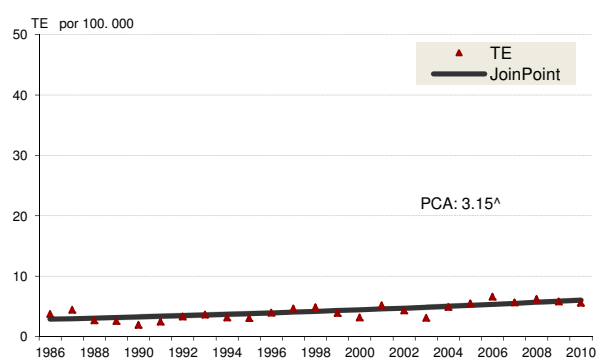


Cánceres en localizaciones concretas. TEE, Joinpoint RCEME. Bizkaia. 1986-2010

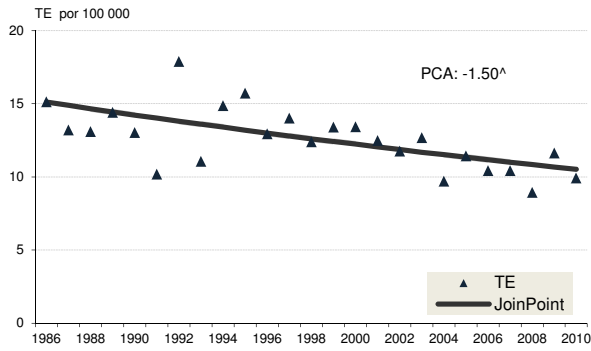
HOMBRES: labio-boca-faringe [C00-14]



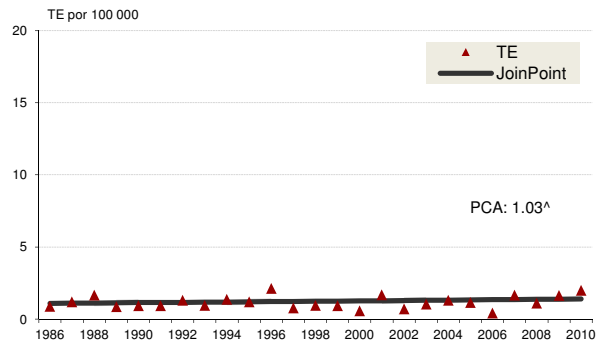
MUJERES: labio-boca-faringe [C00-14]



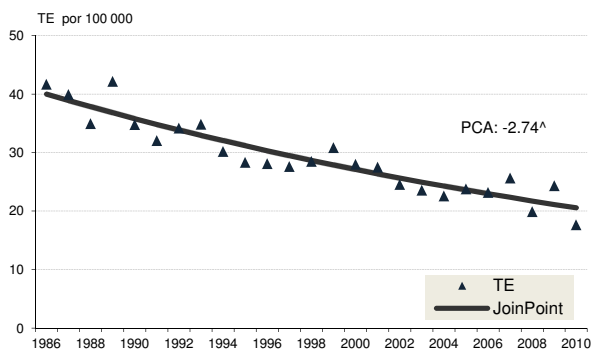
HOMBRES: esófago [C15]



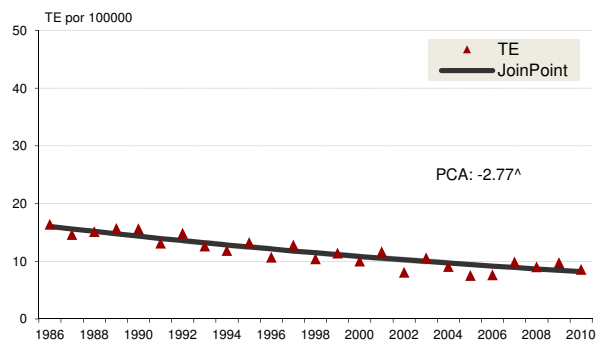
MUJERES: esófago [C15]



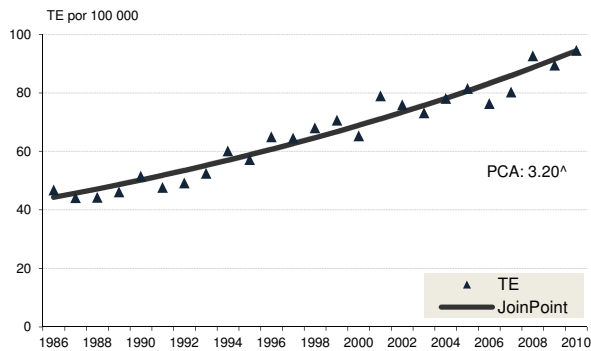
HOMBRES: estómago [C16]



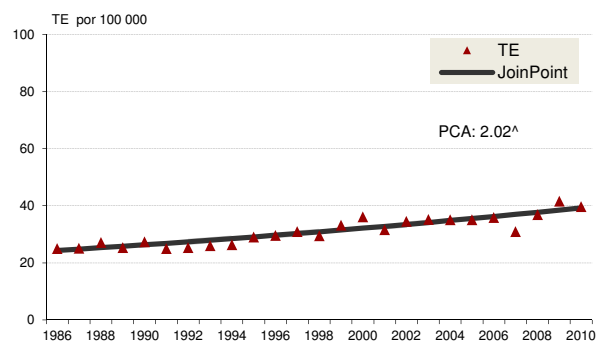
MUJERES: estómago [C16]



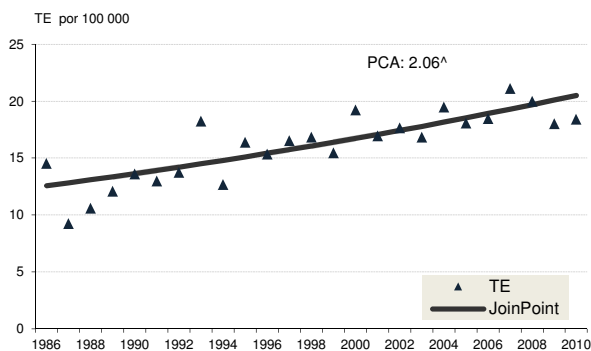
HOMBRES: colon y recto [C18-21]



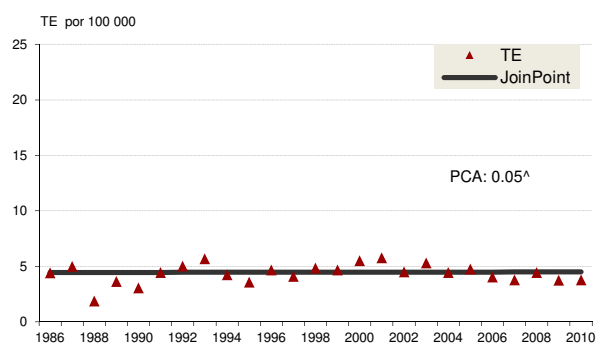
MUJERES: colon y recto [C18-21]



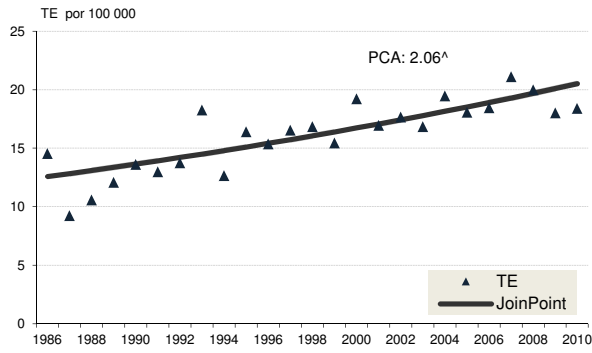
HOMBRES: hígado [C22]



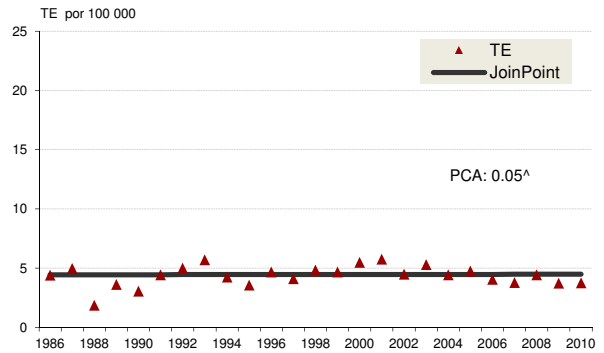
MUJERES: hígado [C22]



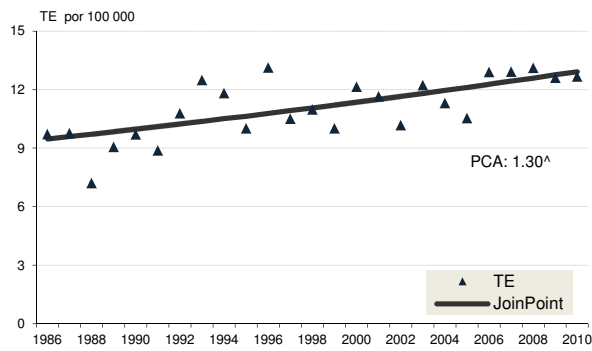
HOMBRES: vesícula y vías biliares extrahepáticas [C23-24]



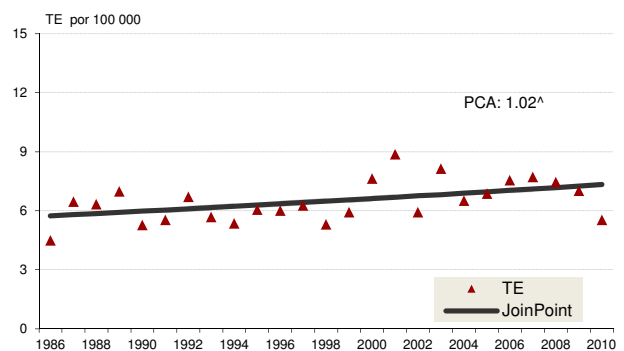
MUJERES: vesícula y vías biliares extrahepáticas [C23-24]



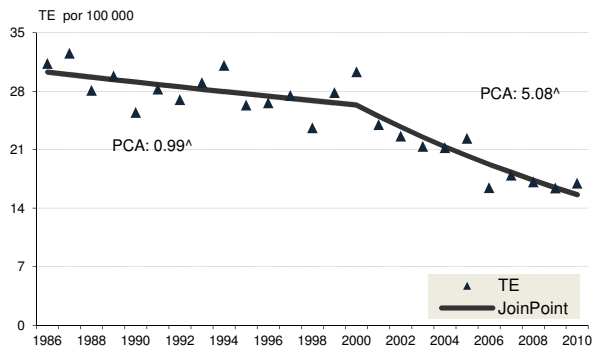
HOMBRES: páncreas [C25]



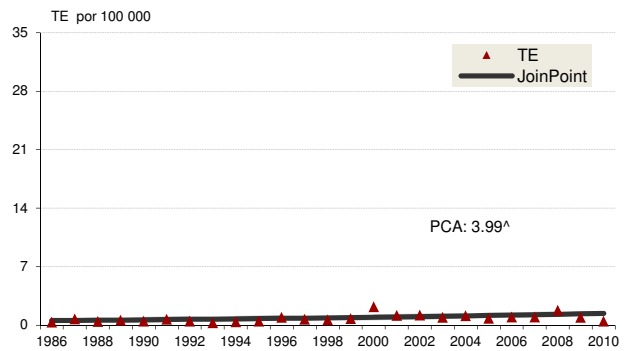
MUJERES: páncreas [C25]



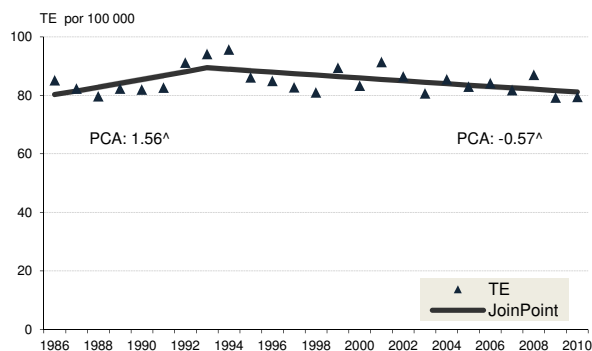
HOMBRES: laringe [C32]



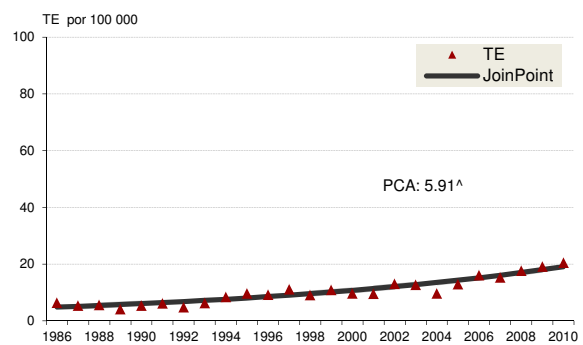
MUJERES: laringe [C32]



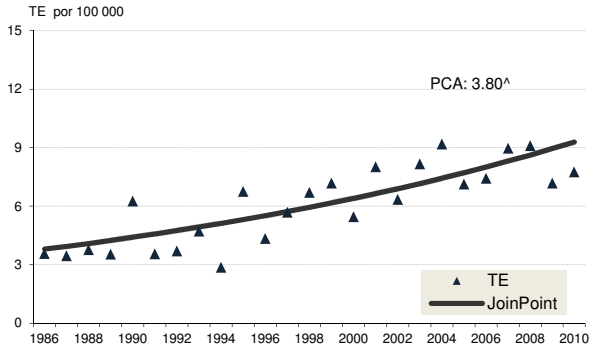
HOMBRES: pulmón [C33-34]



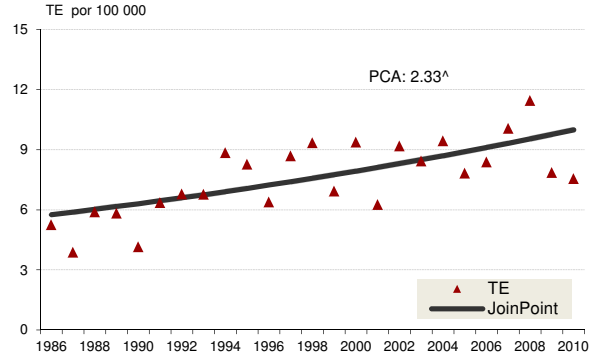
MUJERES: pulmón [C33-34]



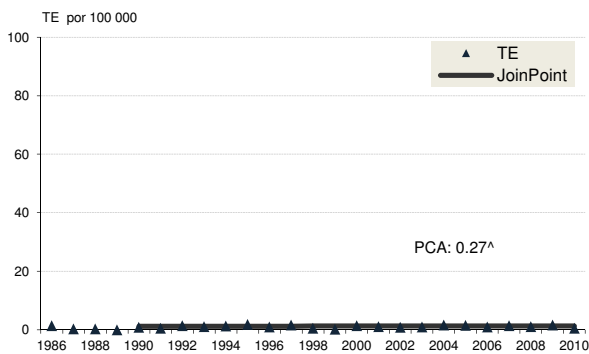
HOMBRES: melanoma piel [C43]



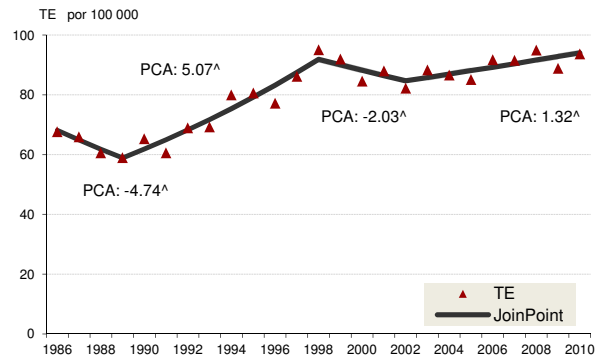
MUJERES: melanoma piel [C43]



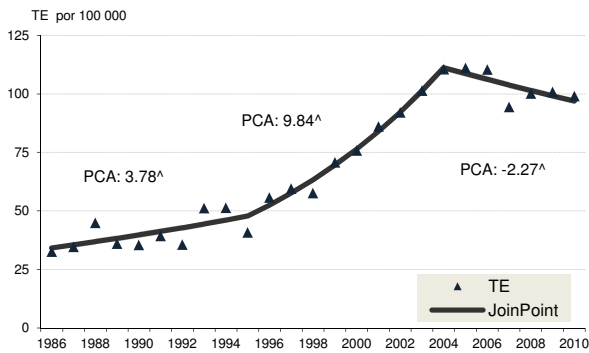
HOMBRES: mama [C50]



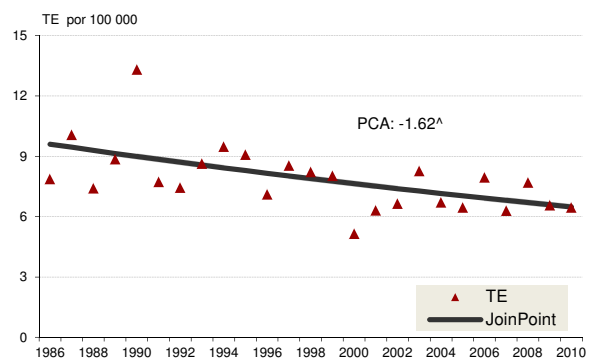
MUJERES: mama [C50]



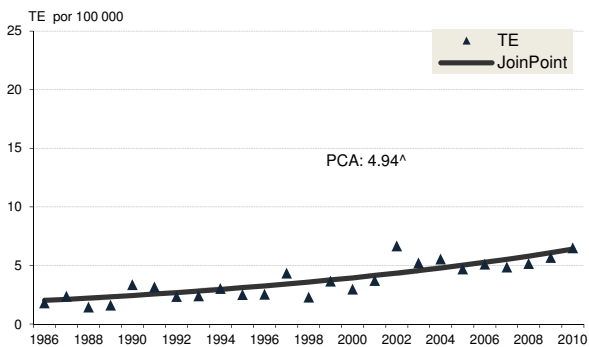
HOMBRES: próstata [C61]



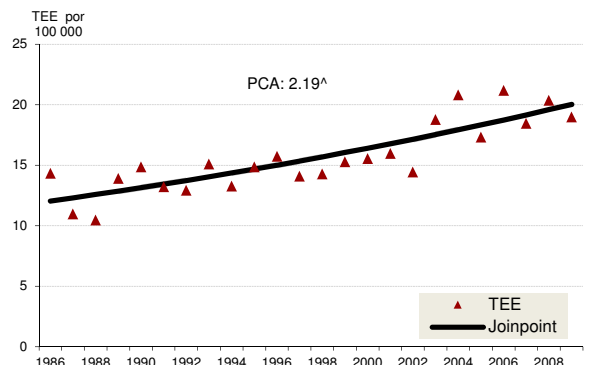
MUJERES: cérvix [C53]



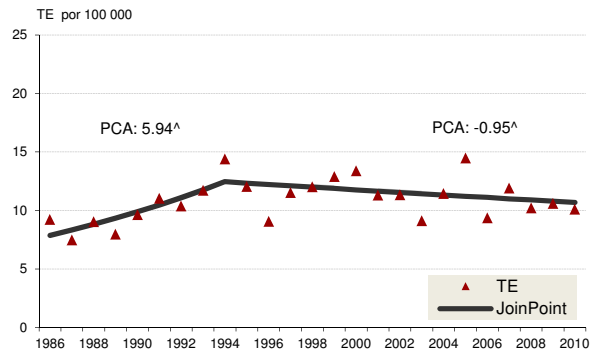
HOMBRES: testículo [C62]



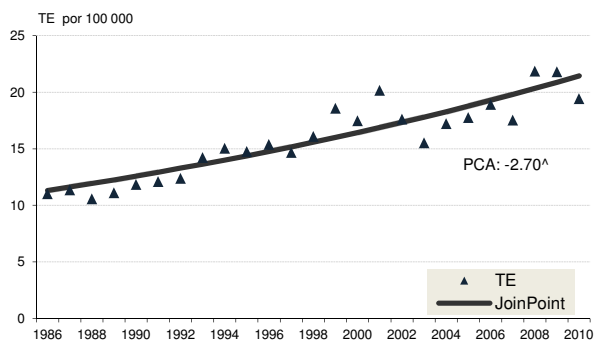
MUJERES: útero [C54]



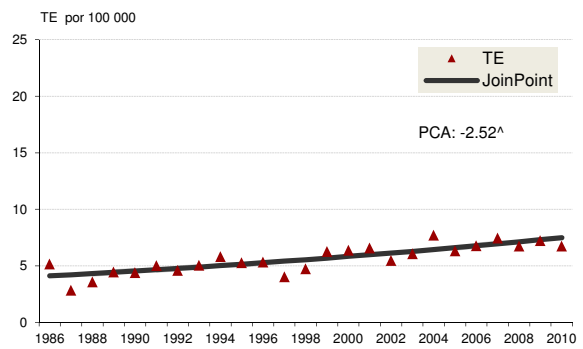
MUJERES: ovario [C56]



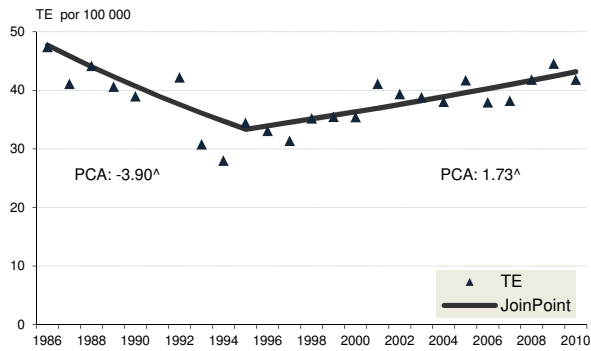
HOMBRES: riñón [C64-66]



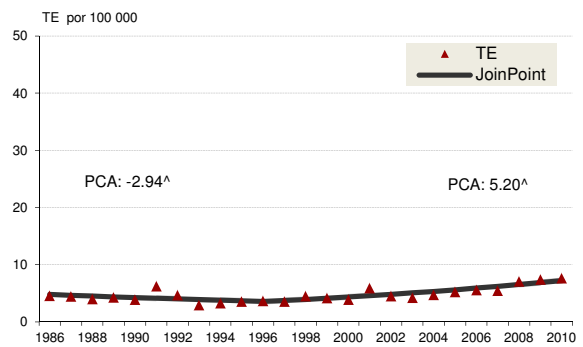
MUJERES: riñón [C64-66]



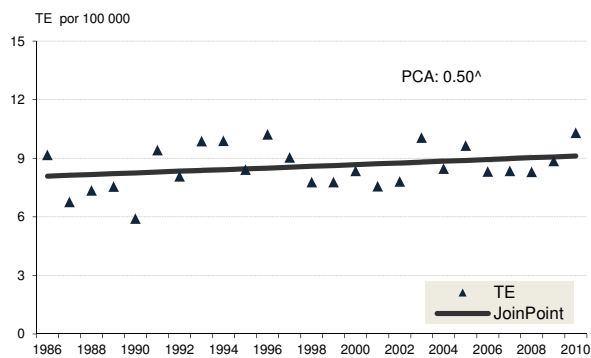
HOMBRES: vejiga [C67]



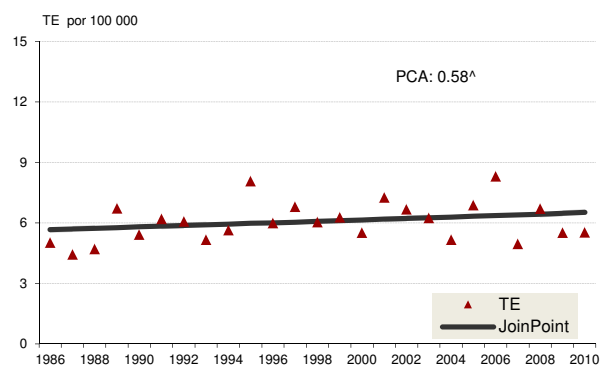
MUJERES: vejiga [C67]



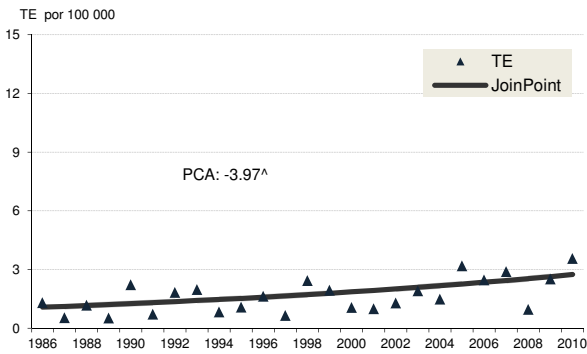
HOMBRES: cerebro / SNC [C70-72]



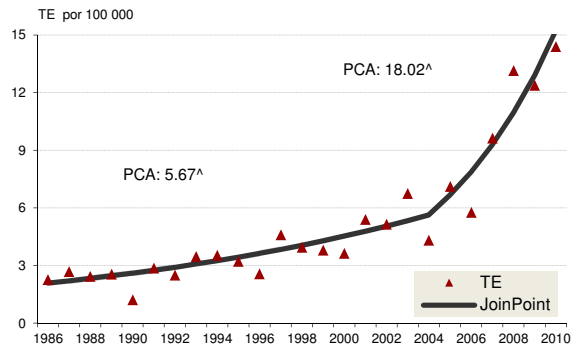
MUJERES: cerebro / SNC [C70-72]



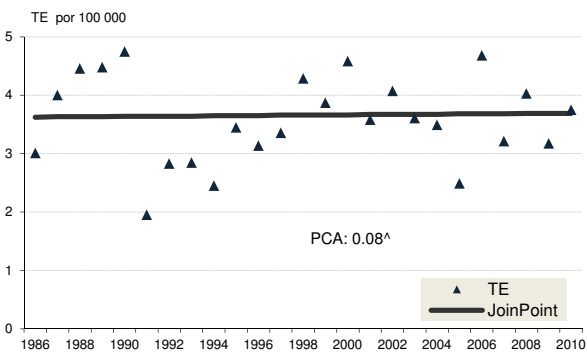
HOMBRES: tiroides [C73]



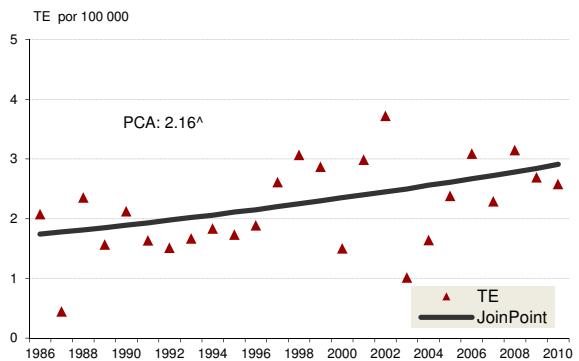
MUJERES: tiroides [C73]



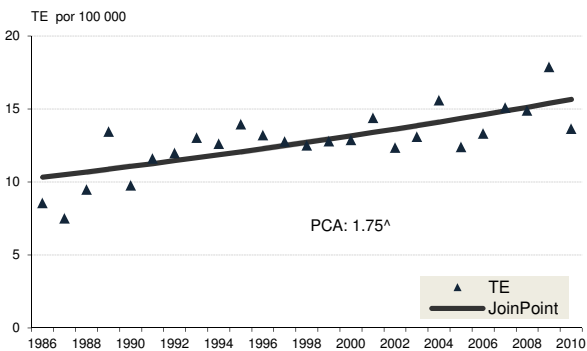
HOMBRES: linfoma de Hodgkin [C81]



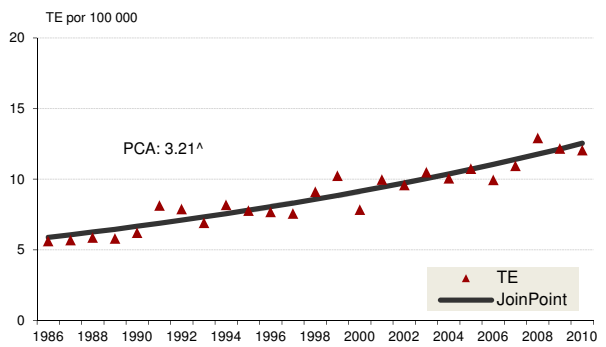
MUJERES: linfoma de Hodgkin [C81]



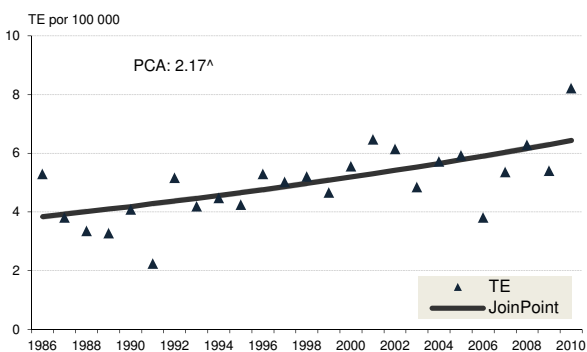
HOMBRES: linfoma no Hodgkin [C82-85,C96]



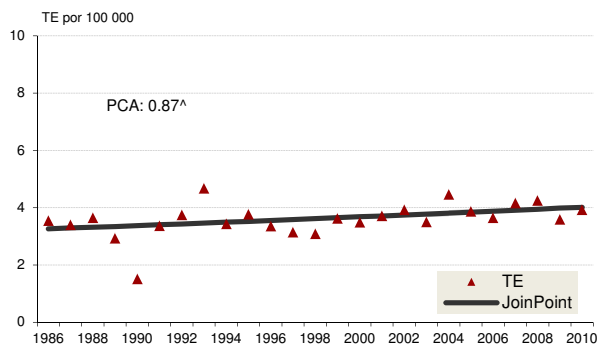
MUJERES: linfoma no Hodgkin [C82-85,C96]



HOMBRES: mieloma multiple y enfermedades inmunoproliferativas [C88+C90]



MUJERES: mieloma multiple y enfermedades inmunoproliferativas [C88+C90]



El cáncer de colon y recto, más frecuente en hombres y segundo por frecuencia en mujeres, mantiene la tendencia ascendente, con un incremento anual en hombres de 3,2% y 2% en mujeres.

El cáncer más frecuente en mujeres sigue siendo el de mama, en el que se han mitigado en parte las tendencias ascendentes previas hasta un 1,2% de incremento anual.

La segunda localización para los hombres es la próstata, que en los últimos años ha revertido su tendencia ascendente de forma que desciende su incidencia a un ritmo de 2,3% anual.

La tercera localización para ambos sexos es el pulmón. Se aprecia la influencia de las diferencias en los hábitos de consumo de tabaco por sexo. La tendencia del cáncer de pulmón en hombres comienza a ser ligeramente descendente, con un descenso anual de un 0,5%. Por contraste, en las mujeres, que mantienen tasas muy inferiores, presenta tendencia ascendente con un incremento anual de casi un 6%.

En el cáncer de laringe se comporta de igual manera, con tendencias contrapuestas entre hombres y mujeres. En hombres, desde el 2000 las tasas descienden a un ritmo de 5% anual; mientras que en mujeres la tendencia es ascendente con un incremento anual de casi un 4%, eso sí, en tasas muy bajas de incidencia.

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

La incidencia de cáncer de vejiga, también mayor 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 3,8% de incremento anual frente al 2,3% que se observa entre las mujeres.

La incidencia de cáncer de tiroides aumenta de forma ininterrumpida en las mujeres, especialmente durante los últimos seis años; 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.

El resto de localizaciones mantiene tendencias estables o ligeramente ascendentes.

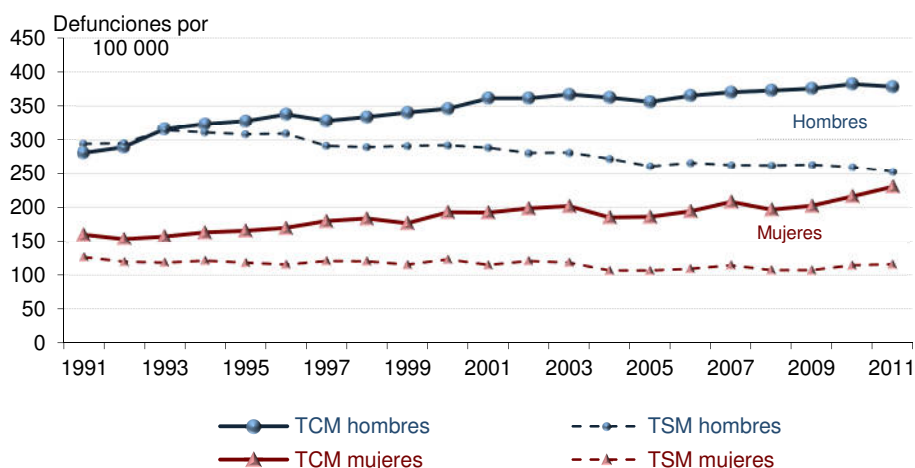
Información sobre la distribución por municipios puede consultarse en el *Atlas municipal de cáncer en el País Vasco* en la Web: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkvgi05/eu/contenidos/infomacion/epidemiologica_publicaciones/eu_epidemi/adjuntos/Atlas%20del%20Cancer.pdf

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 2011 la tasa cruda de mortalidad fue 378,11/100 000 para los hombres y 230,73/100 000 para las mujeres. La tasa estandarizada fue 252,82 y 115,77 por 100 000, para hombres y mujeres respectivamente. El cáncer es la primera causa de muerte en los hombres, responsable del 37,2% de las muertes, y la segunda en las mujeres, entre las que es responsable del 25,7% de las muertes.

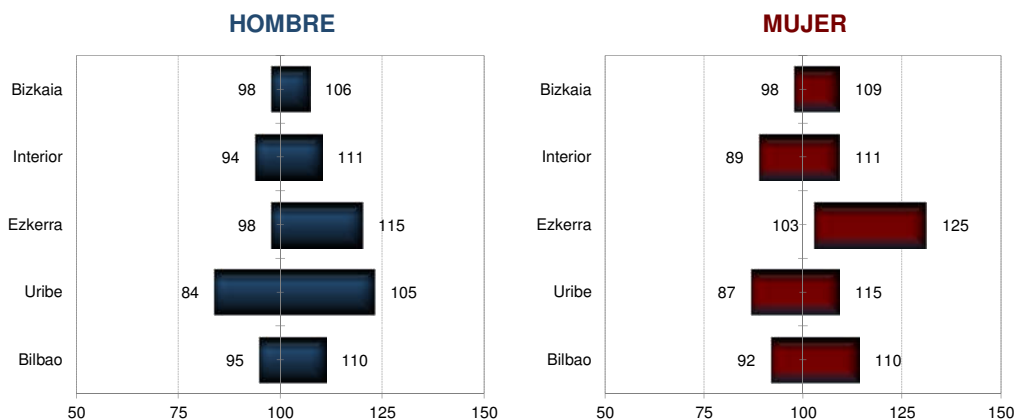
Evolución anual de las tasas de mortalidad por tumores malignos Registro de Mortalidad. Bizkaia 1991-2011



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

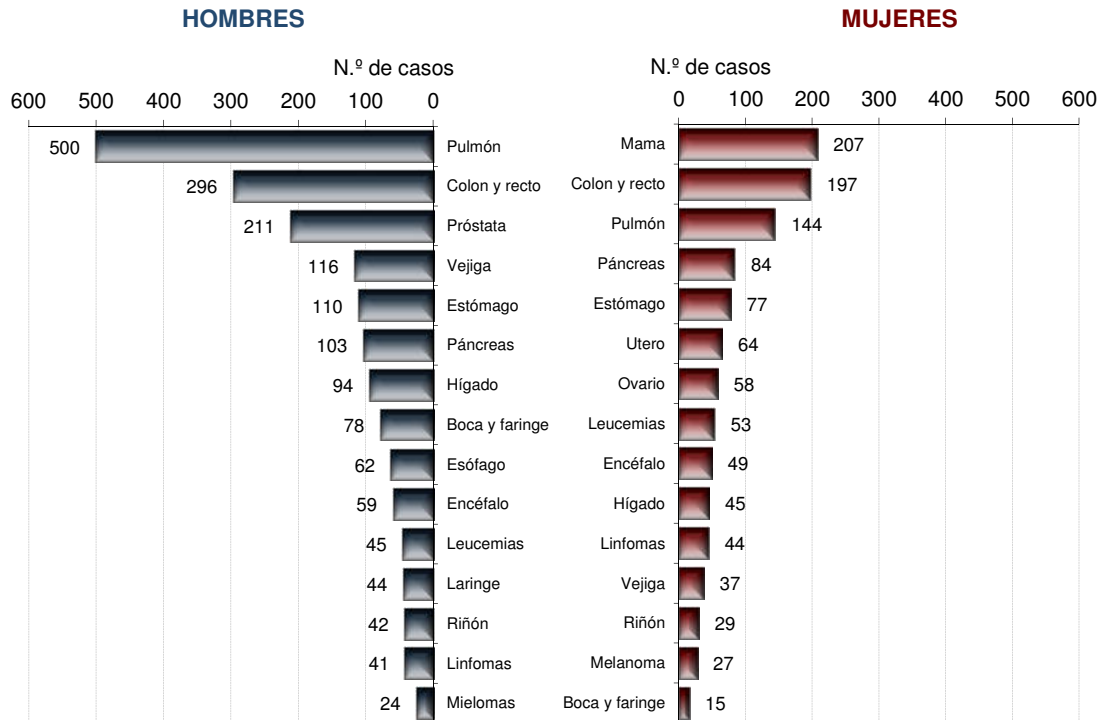
Durante el año 2011 la razón de mortalidad estandarizada (RME) por cáncer de todas las localizaciones fue significativamente mayor para las mujeres de la comarca Ezkerraldea-Enkarterri respecto a la de las mujeres de la CAPV.

Razón de mortalidad estandarizada, para todas las localizaciones, por sexo y por comarca Registro de mortalidad. Bizkaia. 2011



Durante 2011, la tasa de Años Potenciales de Vida Perdidos (ADVP), ajustados a la población europea, fue de 15,28/1000 en el caso de los hombres y 9,35 en las mujeres, lo que supuso 8530 años de vida perdidos -hasta los 70 años de edad- en el caso de los hombres y 5777 en el caso de las mujeres.

Número de muertes por cáncer, por sexo y por orden de frecuencia
 Registro de mortalidad. Bizkaia 2011



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

CIE-9: 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 (2012) y el Registro de Mortalidad (2011). Para el cálculo de las tasas utilizamos la población de 2012 (EUSTAT) y para el cálculo de las tasas estandarizadas se ha usado la población europea.

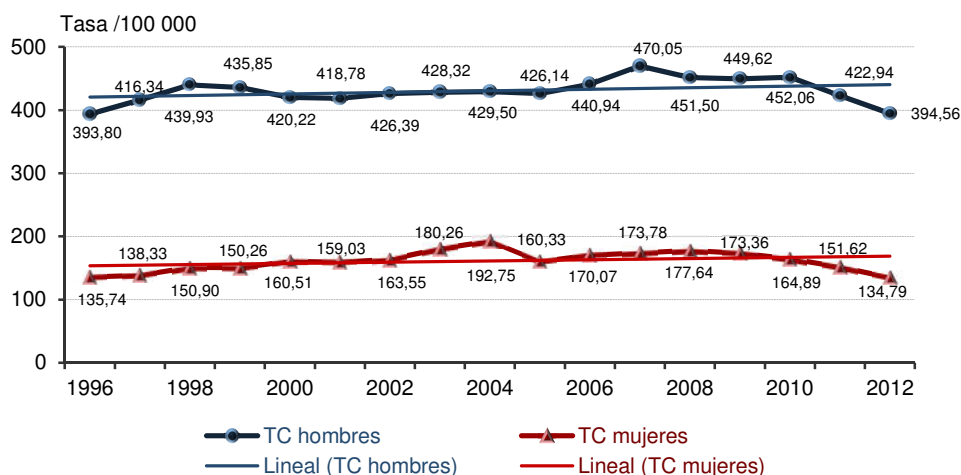
MORBILIDAD HOSPITALARIA 2012

CIE-9: 410-414

Durante el año 2012 se produjeron 2995 ingresos hospitalarios de residentes en Bizkaia por cardiopatía isquémica (CI), lo que supuso una tasa de frecuentación hospitalaria de 259,68/100 000. Se observa, por un lado, un predominio de los hombres en el número de ingresos (73%) 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 56%).

Esta tasa presentó una tendencia ascendente desde 1996 a 2010, a partir de este año comenzó a descender, presentando en 2012 una tasa similar a la de 1996.

Tasa cruda y evolución de la frecuentación hospitalaria según el sexo
CMBD. Bizkaia 1996-2012

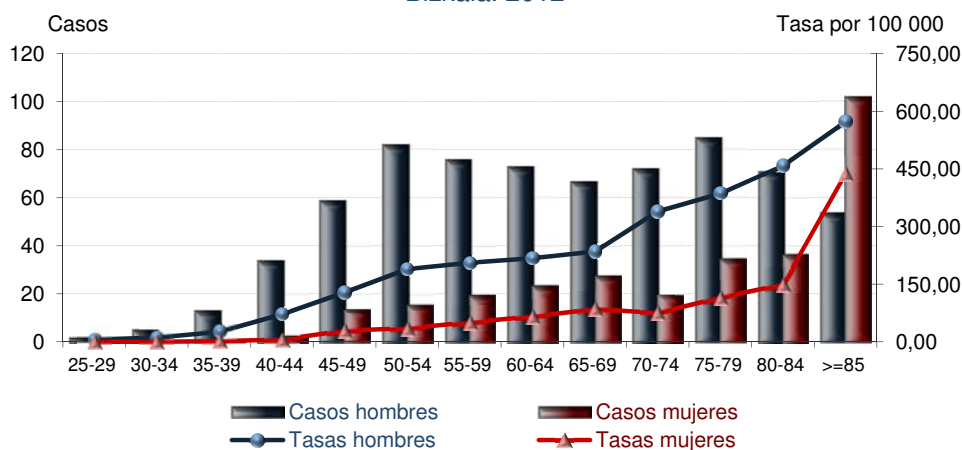


Fuente: CMBD

Dentro de este grupo de patologías, los dos diagnósticos más frecuentes fueron la aterosclerosis coronaria, con el 54% de los ingresos, y el Infarto Agudo de Miocardio (IAM), con el 33%.

La tasa de frecuentación hospitalaria por IAM fue de 86,10/100 000, más elevada para los hombres (124,25) que para las mujeres (50,37). Como refleja la siguiente gráfica, 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. 2012



La estancia media del ingreso por IAM fue de siete días y la tasa de letalidad hospitalaria 10,07 por cada 100 ingresos, 6,35/100 para los hombres y 18,67/100 para las mujeres. El 19% de los fallecimientos se produjeron el mismo día del ingreso y el 40% 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 (22,97 y 10,03 por cada 100 ingresos, respectivamente).

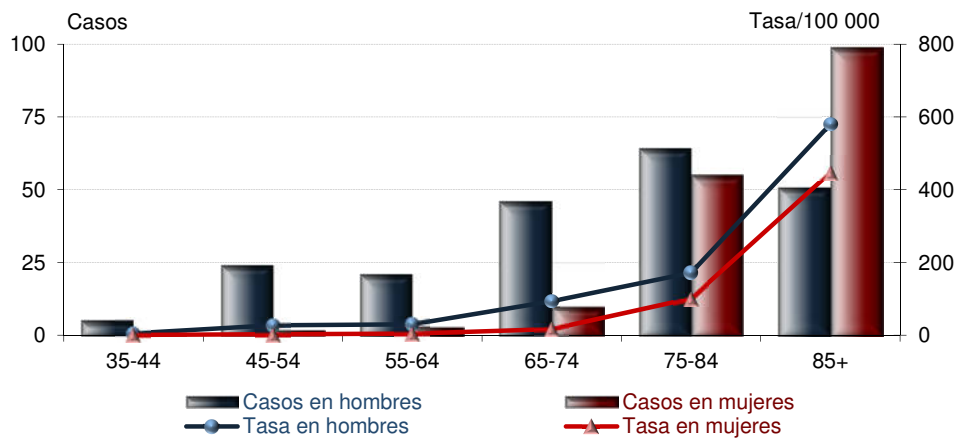
MORTALIDAD 2011

CIE-10: I21-I25

Durante 2011 hubo 852 fallecimientos por causa de cardiopatía isquémica; la CI fue la segunda causa de muerte entre los hombres (tasa estandarizada 59,69/100.000) y la tercera entre las mujeres (tasa estandarizada 18,37/100.000). Estas tasas, como refleja el capítulo de mortalidad de esta memoria, presentan una tendencia descendente desde 1991.

El Infarto Agudo de Miocardio (IAM) produce el 44,95% (383) 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 en los hombres y en las mujeres. Así, el 95,6% de los fallecimientos por IAM que se producen en mujeres afecta a las mayores de 74 años, frente al correspondiente 54,2% de los hombres.

Número de fallecidos y tasa de mortalidad por IAM según sexo y grupo de edad
 Registro de mortalidad. Bizkaia, 2011



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

ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR

CIE-9:430-438; CIE10: I60-69

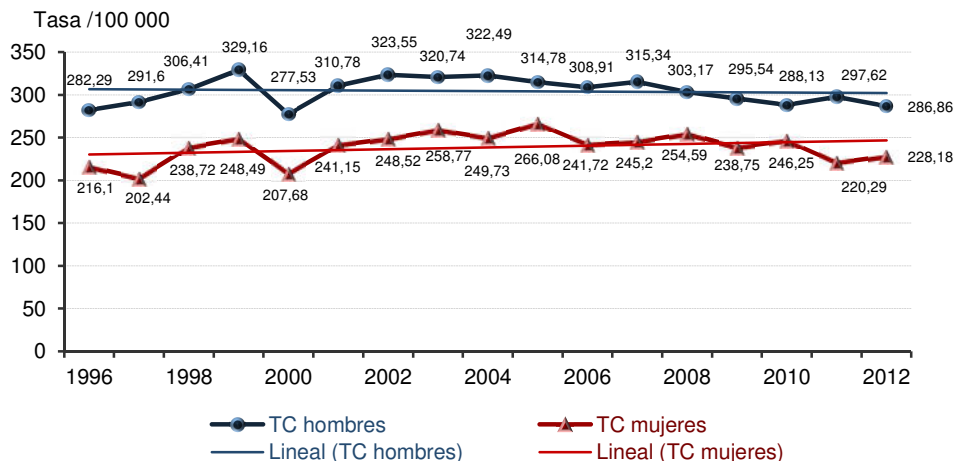
Para la vigilancia de la enfermedad cerebrovascular (ECV) utilizamos como sistemas de información el CMBD del Registro de Altas Hospitalarias y el Registro de Mortalidad. Para el cálculo de las tasas utilizamos la población de 2011 (EUSTAT) y para la estandarización de tasas, la población europea.

MORBILIDAD HOSPITALARIA

Durante 2012 hubo 2959 ingresos por ECV: el 17% por ECV hemorrágica, 58% isquémica, 14% isquemia cerebral transitoria (ICT) y el resto de otro tipo (mal definidos o efectos tardíos de la enfermedad). El 54% 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 286,86 en hombres y 228,18 en mujeres; esta diferencia por sexos se mantiene durante todo el periodo (1996-2012). Las tasas disminuyen al estandarizar por edad (hombres: 193,14 y mujeres: 104,97), 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 1996-2012



Fuente: CMBD

Durante el ingreso fallecieron 325 pacientes, lo que supuso una letalidad hospitalaria del 11%. La letalidad más alta se produjo en los ingresos por ECV hemorrágica (26%). La presentada por la ECV oclusiva fue de 10%.

La estancia media hospitalaria fue de 7,4 días en la ECV oclusivo-isquémica y 10,7 días en la hemorrágica.

Por comarca de residencia, las tasas de frecuentación hospitalaria oscilaron entre 163,62 y 324,54 por 100 000 habitantes de Uribe y Bilbao, respectivamente. Al estandarizar por edad se acortan las diferencias, aunque la diferencia entre las dos comarcas es estadísticamente significativa.

**Número de altas y tasa de frecuentación hospitalaria por ECV
según comarca sanitaria
CMBD. Bizkaia 2012**

	N.º altas	Tasa cruda	Tasa estandarizada IC 95%
Interior	752	275,88	159,22 (146,94-171,51)
Ezkerraldea-Enkarterri	644	219,13	127,86 (117,11-138,61)
Uribe	351	163,62	108,94 (97,00-120,87)
Bilbao	1147	324,54	163,90 (153,25-174,55)

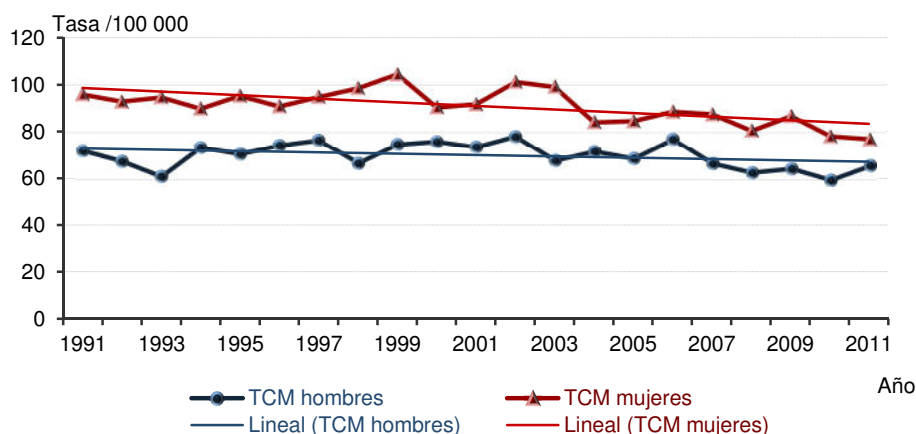
*Tasa por cien mil habitantes estandarizada por edad de la población europea

En cuanto a la comorbilidad, en el 59% de los ingresos existe enfermedad hipertensiva, en el 21% diabetes y en el 23% fibrilación auricular. Estas tres enfermedades son factores de riesgo importantes en la ECV.

MORTALIDAD 2011

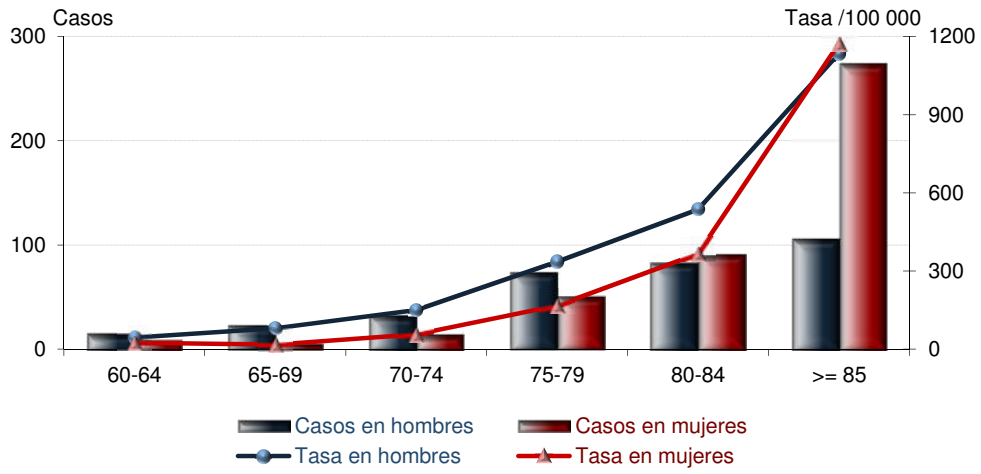
La ECV es la primera causa de muerte en las mujeres y la tercera en los hombres tras la neoplasia de pulmón y la cardiopatía isquémica. Durante 2011 se produjeron 826 defunciones por ECV: 459 mujeres y 367 hombres. Las tasas crudas por 100 000 habitantes fueron 77,07 para mujeres y 65,80 para hombres; esta diferencia se invierte al estandarizar por edad, siendo 39,77 en hombres y 25,17 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 1991-2011



En la gráfica siguiente se observa que las tasas específicas de mortalidad 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 la mitad 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 2011



DIABETES MELLITUS

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

Para realizar la vigilancia de la Diabetes Mellitus (DM) en la CAPV utilizamos dos fuentes de información: el Registro de Altas Hospitalarias, que recoge presentaciones más severas de la enfermedad y el Registro de Mortalidad.

MORBILIDAD HOSPITALARIA; PREVALENCIA DE COMPLICACIONES

Los ingresos hospitalarios por causa de DM durante los 5 últimos años han oscilado entre 650 y 719 por año. En Bizkaia, en el año 2012, se produjeron 679 altas hospitalarias por causa de DM, lo que supuso una tasa de 58,87 altas por 100.000 habitantes. La tasa más elevada la presentó Bilbao con 78,66, le sigue la comarca Interior con 70,44; Ezkerraldea-Enkarterri con 45,26 y en último lugar Uribe con 31,23/100.000.

El 54% de los ingresos correspondieron a hombres. El 3% eran menores de 15 años y el 60 % mayores de 64.

Si analizamos la presencia del código de DM en cualquiera de los 20 diagnósticos codificados en el informe de alta, encontramos 15.710 altas con este diagnóstico. Esto supone que un 10% de las altas se dieron 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 2012. CMBD. Bizkaia

CIE-9	DIAGNÓSTICOS	Diag. 1-Diag 20	D. Principal
		2012	2012
250.0	DM SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	13.056	44
	DM COMPLICACIONES AGUDAS		
250.1	DM con cetoacidosis	218	120
250.2	DM con coma hiperosmolar	91	43
250.3	DM con otro tipo de coma	5	3
	DM COMPLICACIONES CRÓNICAS		
250.4	DM con manifestaciones renales	382	5
250.5	DM con manifestaciones oftalmológicas	596	44
250.6	DM con manifestaciones neurológicas	294	29
250.7	DM con manifestaciones circulatorias periféricas	353	35
250.8-9	DM con otras manifestaciones y sin especificar	1379	356
250	DM CON O SIN COMPLICACIÓN	15.710	679

La tabla anterior presenta la frecuencia de las complicaciones tanto agudas como crónicas en los ingresos por diabetes. De los 679 casos cuyo diagnóstico principal fue diabetes, el 24% ingresó por algún tipo de coma (cetoacidosis, coma hiperosmolar o coma de otro tipo), en un 69% el motivo de ingreso fue una complicación crónica y en un 7% 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 21% tenía al menos una complicación de su diabetes, ya fuera aguda (2%) o crónica (19%).

Entre las complicaciones crónicas, se especifican las oftalmológicas (4%), circulatorias periféricas (2%), renales (2%) y neurológicas (2%); en un 9% se trata de complicaciones no especificadas.

Por otro lado en 176 episodios, más del 1% de los ingresos entre la población diabética, se produjo una amputación de extremidades inferiores de causa no traumática. El 71% eran hombres y la edad media de los pacientes era 71 años (rango entre 39 y 93). La amputación se realizó generalmente a nivel del pie aunque hasta el 19% eran por encima de la rodilla. En 15 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 26% 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 enfermedad hipertensiva, frente a sólo el 10% de los ingresados no diabéticos.

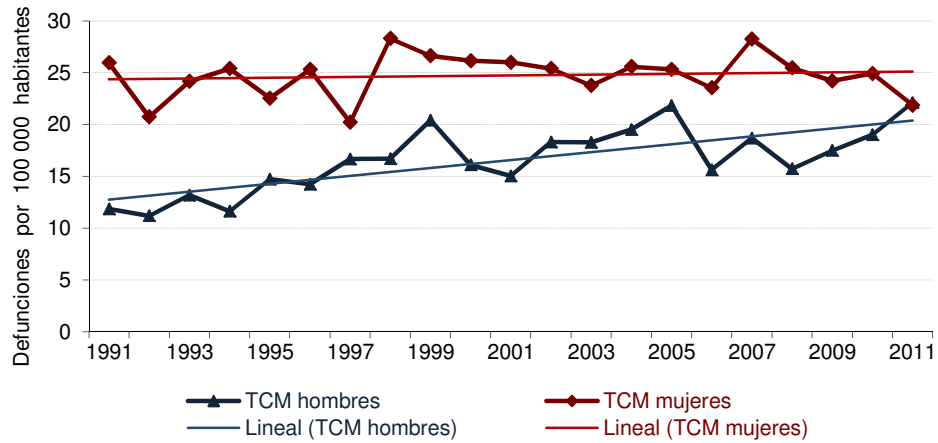
Enfermedad cardiovascular en el diagnóstico principal N.º de altas en ingresados con y sin DM. Bizkaia 2012

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	1	0,00
393-398 Enf. cardíaca reumática crónica	17	0,11	146	0,10
401-405 Enfermedad hipertensiva	352	2,24	708	0,49
410-414 Enfermedad cardíaca isquémica	729	4,64	2282	1,59
415-417 Enf. de la circulación pulmonar	83	0,53	546	0,38
420-429 Otras formas de la enf. cardíaca	1644	10,46	4929	3,44
430-438 Enfermedad cerebrovascular	630	4,01	2344	1,64
440-448 Enf. de las arterias, arteriolas y capilares	455	2,90	923	0,64
451-459 E. de venas y linfáticos, y otras	113	0,72	2800	1,96
TOTAL	4023	25,61	14.679	10,26

MORTALIDAD 2011

La tasa de mortalidad por diabetes en 2011 fue 21,95 por 100.000 (253 defunciones), similar en hombres (22,05) que en mujeres (21,86).

Evolución anual de las TC de mortalidad por diabetes mellitus
Registro de Mortalidad. Bizkaia 1991-2011



***IV. MORBILIDAD
HOSPITALARIA***

Presentamos los resultados obtenidos tras analizar los datos del CMBD del Registro de Altas Hospitalarias de la Comunidad Autónoma del año 2012. La población a estudio son los pacientes, residentes en Bizkaia, que fueron dados de alta durante 2012 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 1000 habitantes) por edad, por sexo y por comarcas de Osakidetza.

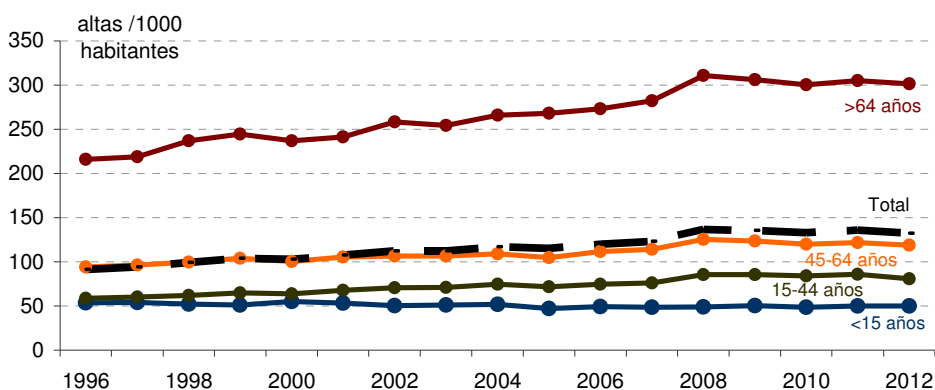
La población utilizada como denominador para el cálculo de las tasas de frecuentación hospitalaria es la población de 2011 (EUSTAT) y para la estandarización utilizamos la población europea.

MORBILIDAD HOSPITALARIA: CASOS Y TASAS DE FRECUENTACIÓN

Durante el año 2012 se produjeron 158.210 altas hospitalarias entre la población residente en Bizkaia, un 7% menos que en 2011, debido fundamentalmente a que un centro privado dejó de registrar ciertos procesos de atención ambulatoria, que no son declarados habitualmente por otros centros. La tasa de frecuentación hospitalaria fue de 137,17 altas por 1000 habitantes. El 76% de las altas se produjeron en los hospitales públicos de Osakidetza. La estancia media fue de 4,7 días, y en el 26% de los casos la estancia fue inferior a un día.

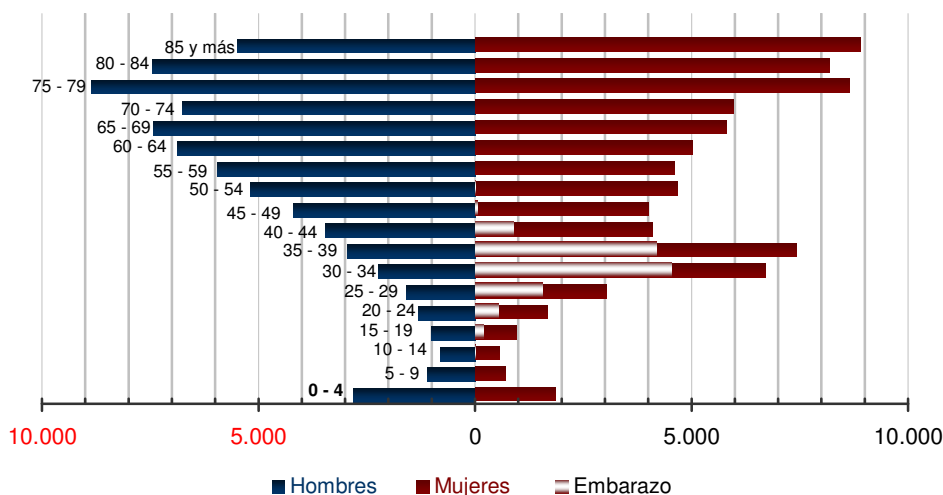
Como refleja el gráfico siguiente, la frecuentación hospitalaria aumentó entre 1996 y 2008, especialmente en los mayores de 64 años, y se estabiliza en los últimos años.

Tasa de frecuentación hospitalaria por grupos de edad (excepto código V)
Bizkaia 1996-2012



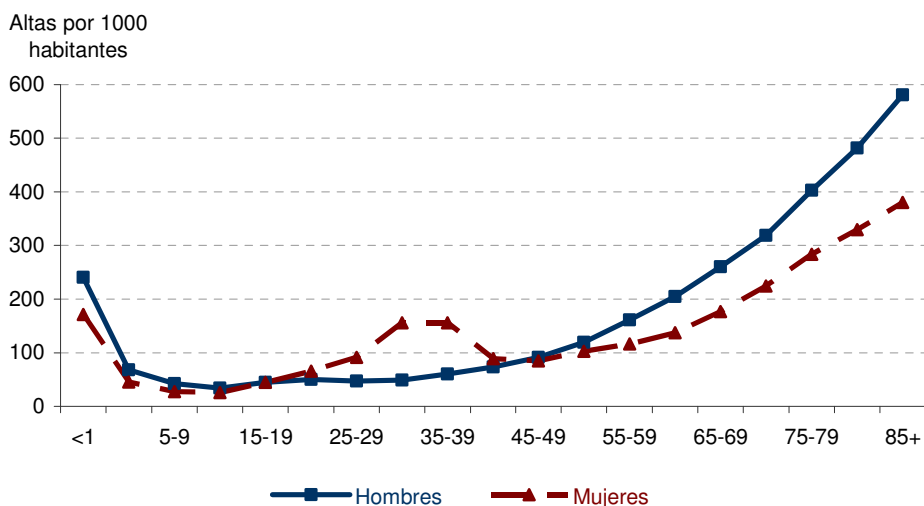
El 49% de las altas se dieron entre los 15 y 64 años, el 5% en la edad pediátrica y el 46% en los mayores de 64. Solo entre los 20 y 44 años de edad, debido a las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, y en las edades superiores a los ochenta años, el número de altas en cifras absolutas en mujeres superó al de los hombres.

Morbilidad hospitalaria por grupos de edad y por sexo
CMBD. Bizkaia 2012



En los grupos de edad extremos (menores de 1 año y mayores de 84), las tasas de frecuentación fueron altas: 207 y 438 por 1000 habitantes respectivamente. La frecuentación más baja se dio entre los 5 y los 14 años, con 33 ingresos por 1000 habitantes. A partir de los 50 años se llega a la cifra de 100 altas por 1000 y hay un ascenso continuado en ambos sexos, mayor entre los hombres.

Tasa de frecuentación hospitalaria por grupos de edad y por sexo
CMBD. Bizkaia 2012



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 20112

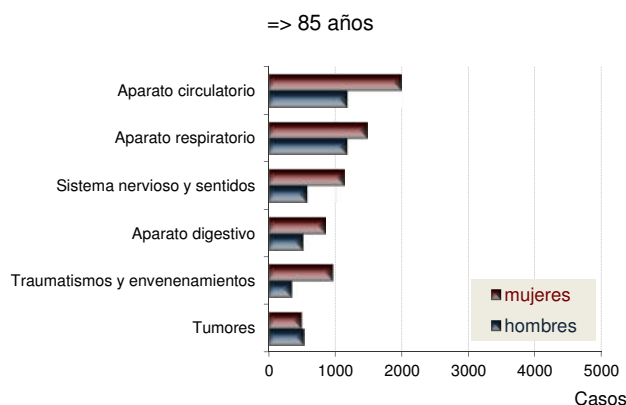
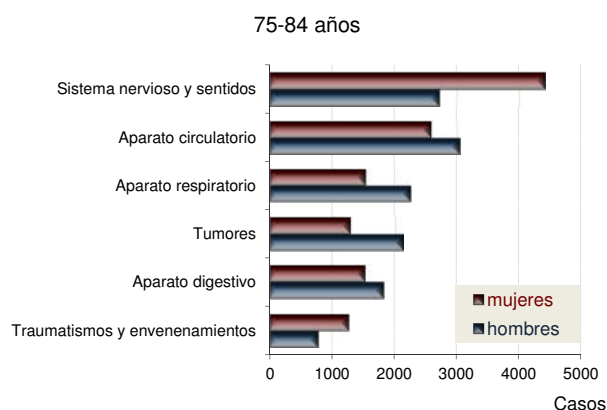
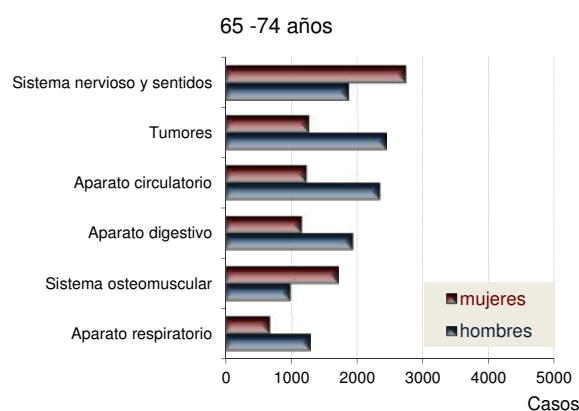
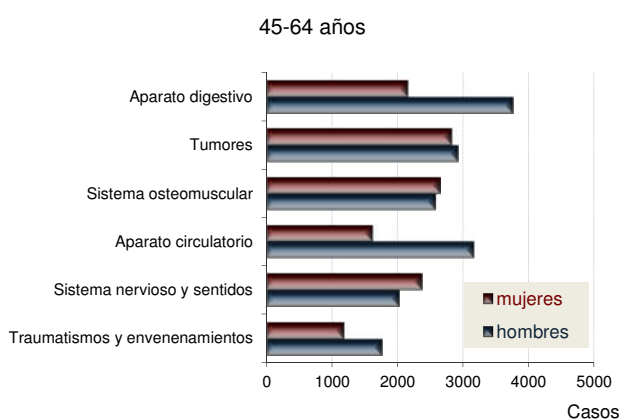
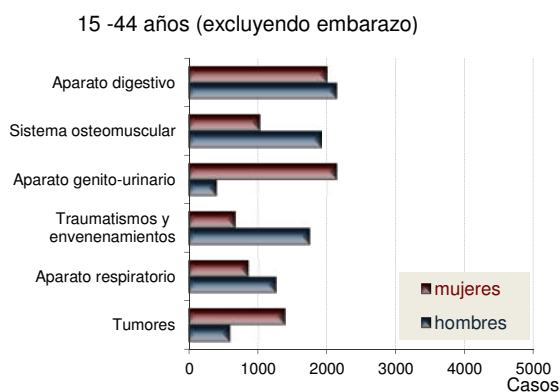
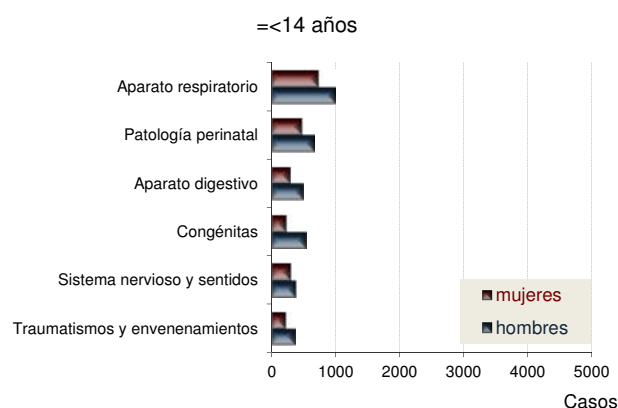
CIE-9-MC	DIAGNÓSTICOS	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
		N.º altas	%	N.º altas	%	N.º altas	%
001-139	Infecciosas y parasitarias	2115	1,4	1153	1,6	962	1,2
140-239	Tumores	15 995	10,5	8687	11,9	7308	9,2
240-279	Endocrino-metabólicas	2002	1,3	825	1,1	1177	1,5
280-289	Sangre y órganos hematopoyéticos	1463	1,0	695	1,0	768	1,0
290-319	Trastornos mentales	2649	1,7	1468	2,0	1181	1,5
320-389	Sistema nervioso y sentidos	20 094	13,2	8311	11,4	11 783	14,8
390-459	Aparato circulatorio	18 592	12,2	10 497	14,4	8095	10,1
460-519	Aparato respiratorio	14 784	9,7	8477	11,7	6307	7,9
520-579	Aparato digestivo	18 588	12,2	10 639	14,6	7949	10,0
580-629	Aparato genito-urinario	9146	6,0	3681	5,1	5465	6,8
630-679	Embarazo, parto y puerperio	11 957	7,8	-	-	11 956	15,0
680-709	Piel y tejido subcutáneo	2647	1,7	1524	2,1	1123	1,4
710-739	Sist. osteo-mioarticular y conectivo	13 186	8,6	6222	8,6	6964	8,7
740-759	Anomalías congénitas	1252	0,8	798	1,1	454	0,6
760-779	Patología perinatal	1099	0,7	647	0,9	452	0,6
780-799	Signos y síntomas mal definidos	6282	4,1	3440	4,7	2842	3,6
800-999	Traumatismos y envenenamientos	10 803	7,1	5702	7,8	5101	6,4
	TOTAL (excepto código V)	152 654	100	72 767	100	79 887	100

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

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 2012



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 33% 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 respiratorias (69% enfermedades de las amígdalas y adenoides) y las del aparato digestivo (55% apendicitis).

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 (32% esterilidad), aparato digestivo (21%

extracciones dentales, 19% coleditirosis) y tumores (21% mama, 16% útero). Entre los hombres, las causas más frecuentes fueron las enfermedades del aparato digestivo (22% hernias, 15% apendicitis), enfermedades del sistema osteo-muscular (43% trastorno interno de la rodilla) y traumatismos y envenenamientos (accidentes).

En el grupo de 45 a 64 años, las enfermedades del aparato digestivo (38% hernias) y circulatorio (16% 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 (20% mama, 17% útero), seguida por las enfermedades del sistema osteomuscular (21% juanetes).

Entre los de 65 a 84 años, las enfermedades que más peso tuvieron fueron las circulatorias en los hombres (19% insuficiencia cardíaca y 17% enfermedad cerebrovascular) 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 62% de los ingresos hospitalarios correspondieron a mujeres y las enfermedades del aparato circulatorio (32% insuficiencia cardíaca) y las del aparato respiratorio (24% bronquitis, 21% 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 9% y el 15% 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 119 altas por 1000 habitantes en Comarca Uribe y 148 en Bilbao.

Morbilidad hospitalaria por comarcas CMBD. Bizkaia 2012

COMARCA	N.º ALTAS	TASA CRUDA	TASA ESTANDARIZADA (IC 95%)	
Interior	33 809	124,03	98,33	(97,19; 99,46)
Ezkerraldea-Enkarterri	41 691	141,86	107,86	(106,70; 109,02)
Uribe	25 433	118,56	97,14	(95,87; 98,41)
Bilbao	52 432	148,36	110,79	(109,70; 111,87)

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 2011. 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.

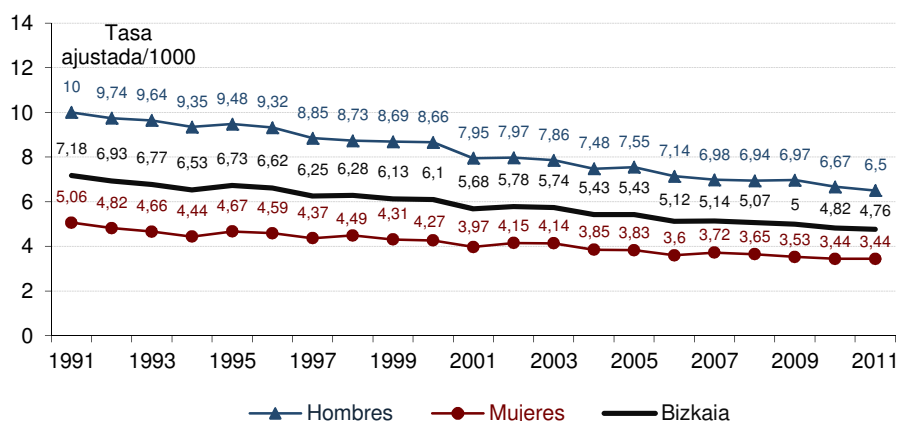
Las poblaciones utilizadas como denominadores son las de los censos y padrones de 1991, 1996, 2001, 2006, 2010 y 2011. Las correspondientes a los años intercensales analizados se han obtenido mediante interpolación lineal de las poblaciones de los censos y padrones indicados previamente. La estandarización 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 2011).

MORTALIDAD GENERAL

Durante el año 2011 fallecieron 11 012 personas residentes en Bizkaia, 52% hombres y 48% mujeres. La tasa de mortalidad general fue de 9,56 por mil habitantes, superior en los hombres (10,17) que en las mujeres (8,98). La tasa estandarizada por edad de la población europea fue de 4,76 por mil habitantes, también mayor en los hombres (6,50) que en las mujeres (3,44).

Tasa de Mortalidad general ajustada por edad
Bizkaia 1991-2011

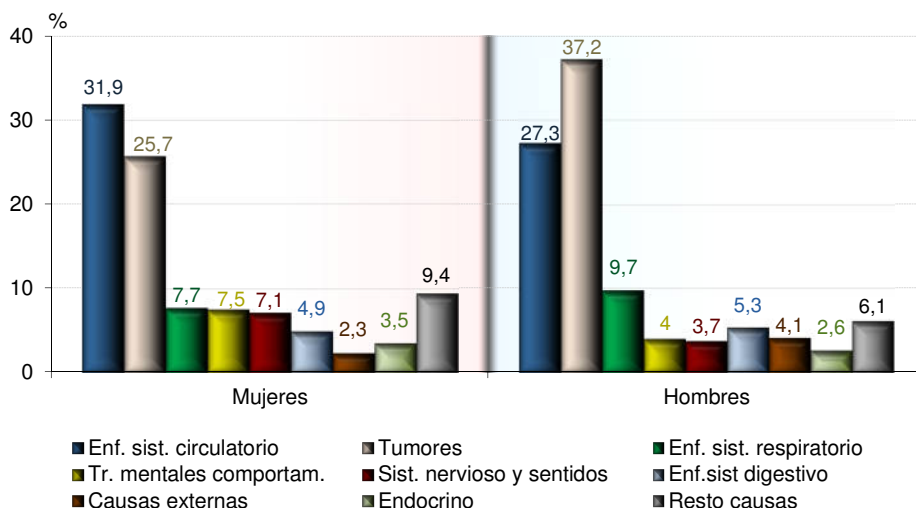


Tal como se observa en la figura previa, las tasas estandarizadas descendieron de forma continuada desde 1991 (7,18) hasta 2011 (4,76). Por el contrario, las tasas crudas continuaron aumentando, fruto del envejecimiento de la población.

MORTALIDAD PROPORCIONAL GRANDES GRUPOS DE CAUSA DE MUERTE

Las enfermedades del aparato circulatorio fueron las responsables del mayor número de defunciones (32%) en las mujeres, seguidas por los tumores (26%), mientras que en los hombres sucede a la inversa: la causa más frecuente de defunción fueron los tumores (37%) y, en segundo lugar, las enfermedades del aparato circulatorio (27%). Las enfermedades del aparato respiratorio ocuparon el tercer lugar de importancia en ambos sexos provocando el 9% de las defunciones en el conjunto de la población. El grupo de los trastornos mentales y del comportamiento ocupó el cuarto lugar (6%) y las enfermedades del sistema nervioso y sentidos el quinto (5%).

Mortalidad Proporcional. Defunciones por sexo y grandes grupos de causas
Bizkaia 2011



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 2011

	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Muertes	Tasa*	Muertes	Tasa*	Muertes	Tasa*
Enf. infecciosas y parasitarias (I)	77	9,70	118	8,04	195	8,93
Tumores (II)	2109	252,82	1372	115,77	3481	174,32
Enf. sangre y órg.hematop.;Tr. inmunit. (III)	19	1,95	16	1,08	35	1,37
Enf. endocrinas, nutrición. y metabólicas (IV)	149	16,18	184	11,05	333	13,01
Tr. mentales y del comportamiento (V)	207	20,90	379	18,10	586	19,49
Enf. sistema nervioso, ojo y oído (VI,VII,VIII)	229	41,06	398	23,54	627	24,20
Enf. sistema circulatorio (IX)	1550	171,32	1703	90,93	3253	126,63
Enf. sistema respiratorio (X)	550	56,32	413	22,53	963	34,99
Enf. sistema digestivo (XI)	298	35,92	264	16,57	562	25,24
Enf. piel y tejido subcutáneo (XII)	10	1,05	13	0,69	23	0,86
Enf. s. osteo-muscular y tej. conjuntivo (XIII)	30	3,02	61	3,49	91	3,32
Enf. sistema genito-urinario (XIV)	108	11,17	105	5,44	213	7,49
Embarazo, parto, puerperio (XV)	---	---	0	0,00	---	---
Afecciones perinatales (XVI)	3	0,91	19	5,93	22	3,38
Malf. congénitas, defor., an. cromos. (XVII)	13	2,68	5	0,95	18	1,79
Causas mal definidas (XVIII)	85	9,21	168	8,60	253	9,08
Causas externas (XIX)	235	32,98	122	11,46	357	21,59
TOTAL	5672	650,25	5340	344,19	11 012	475,70

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

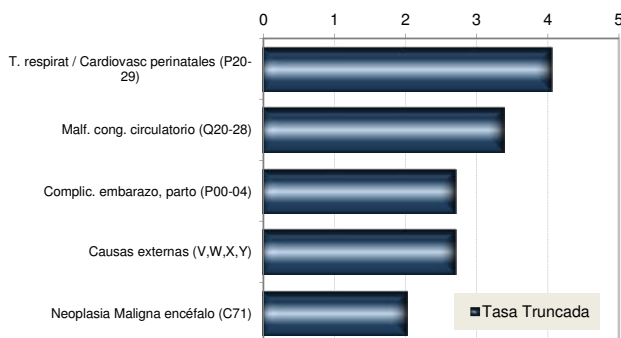
MORTALIDAD POR CAUSAS ESPECÍFICAS

PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE SEGÚN EDAD

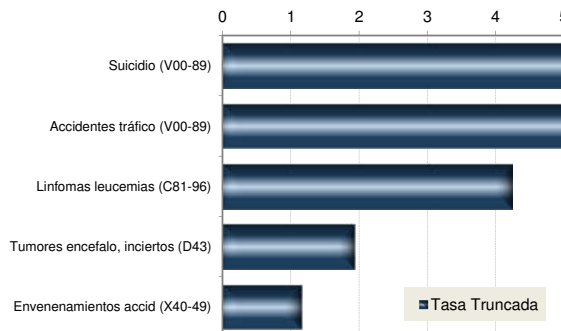
Las causas de muerte son distintas según la edad. Entre los menores de 15 años fallecieron 50 niños. Las complicaciones respiratorias y cardiovasculares perinatales fueron la primera causa de muerte (tasa: 4,05 por 100 000). Entre los 15 y 34 años de edad, hubo 93 defunciones; la principal causa de muerte fue el suicidio, con una tasa de 6,56 por cien mil habitantes, seguido por los accidentes de tráfico y los linfomas y leucemias. En el grupo de edad de 35 a 64 años, fallecieron 1612 personas; la primera causa fue el cáncer de pulmón (47,69 por 100 000), seguido de la cardiopatía isquémica y, en tercer lugar, del cáncer de colon y recto.

Principales causas de muerte por edad Bizkaia. 2011

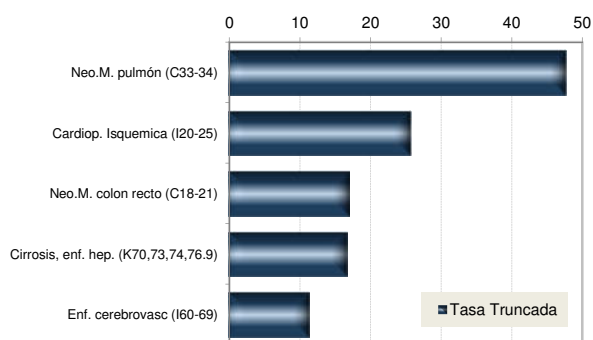
0-14 años (TM₀₋₁₄: 33,74/100 000)



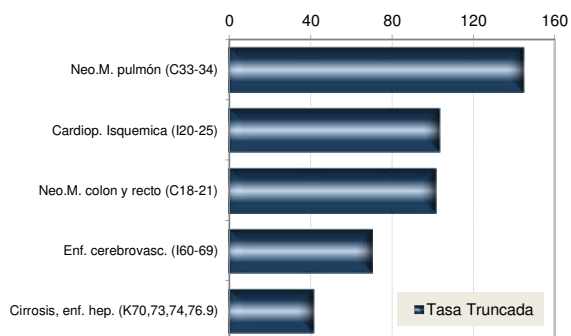
15-34 años (TM₁₅₋₃₄: 35,91/100 000)



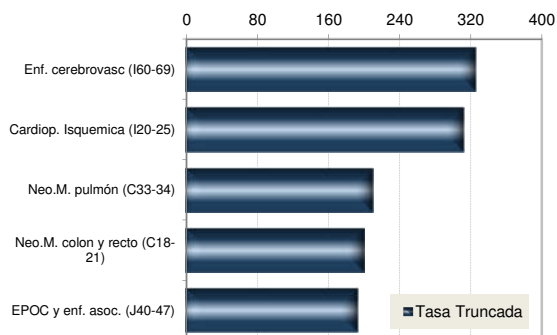
35-64 años (TM₃₅₋₆₄: 313,75/100 000)



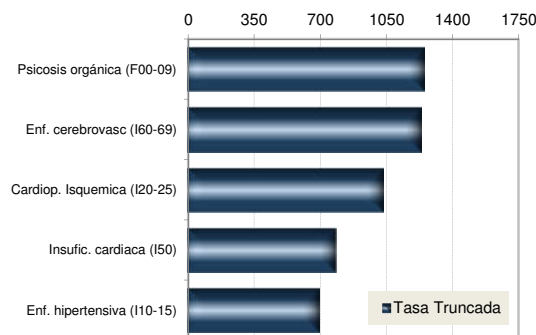
65-74 años (TM₆₅₋₇₄: 1272,51/100 000)



75-84 años (TM₇₅₋₈₄: 4020,72/100 000)



85 y más años (TM₈₅₊: 13497,37/100 000)



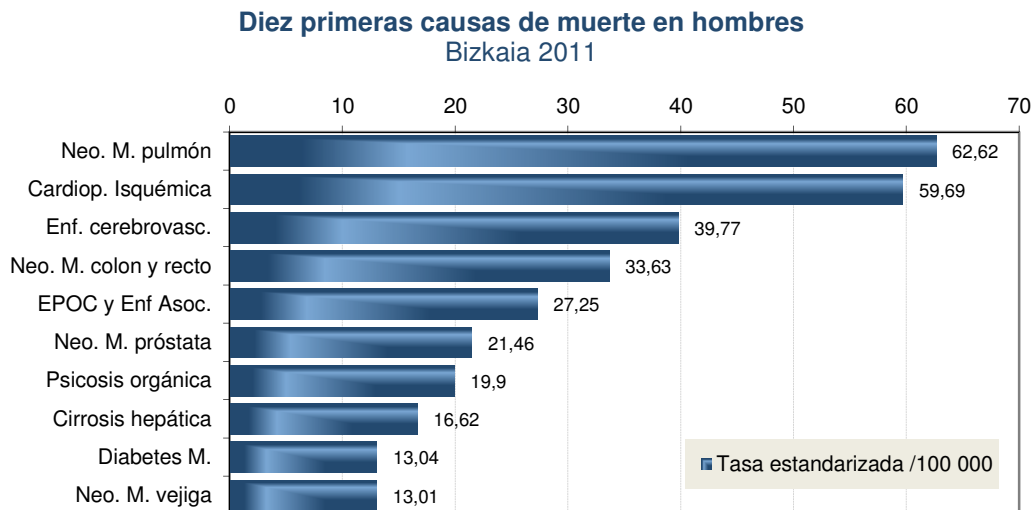
Tasas por cien mil habitantes

Entre los mayores de 64 y menores de 75 años, cuya cifra de fallecidos fue de 1382, el cáncer de pulmón sigue siendo la primera causa (144,56 por 100 000), seguido por la cardiopatía isquémica y el cáncer de colon y recto. La primera causa entre las 3695 defunciones del grupo de 75 a 84 años fue la enfermedad cerebro-vascular (325,36 por 100 000) seguida de cardiopatía isquémica y el cáncer de pulmón. Por último, entre los mayores de 84 años, la primera causa fue la psicosis orgánica senil y presenil (tasa 1243,18 por 100 000), seguida de la enfermedad cerebro-vascular y la cardiopatía isquémica; fallecieron 4180 personas en este grupo de edad.

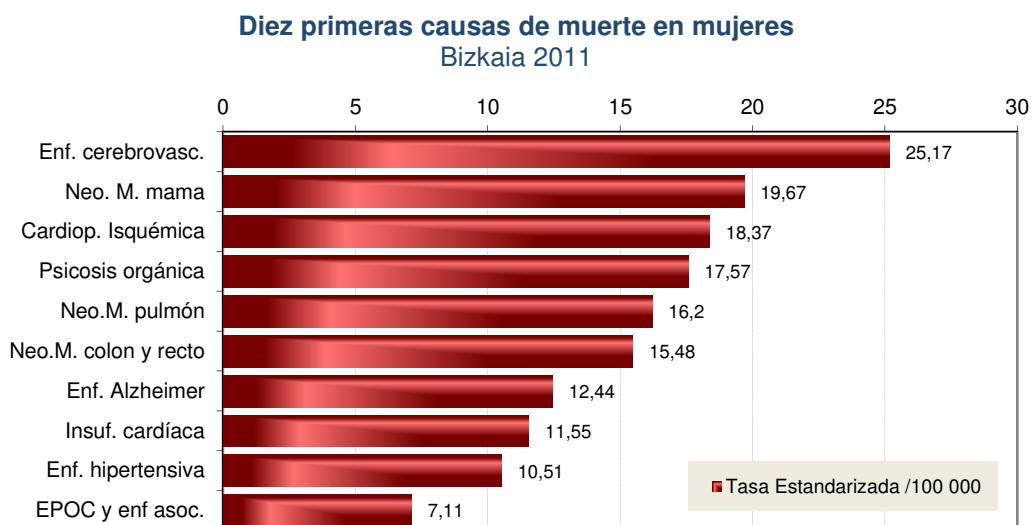
PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE SEGÚN SEXO

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 62,62 por 100 000 (500 defunciones) y en segundo lugar la cardiopatía isquémica con tasa estandarizada de 59,69 por 100 000 (515 defunciones). La enfermedad cerebro-vascular fue la tercera causa (39,77 por 100 000; 367 defunciones).



Entre las mujeres, las causas más frecuentes de defunción fueron la enfermedad cerebro-vascular con tasa ajustada de 25,17 por 100 000 (459 defunciones), la neoplasia maligna de mama con tasa de 19,67 por 100 000 (207 defunciones) y la cardiopatía isquémica, con tasa de 18,37 por 100 000 (337 defunciones).

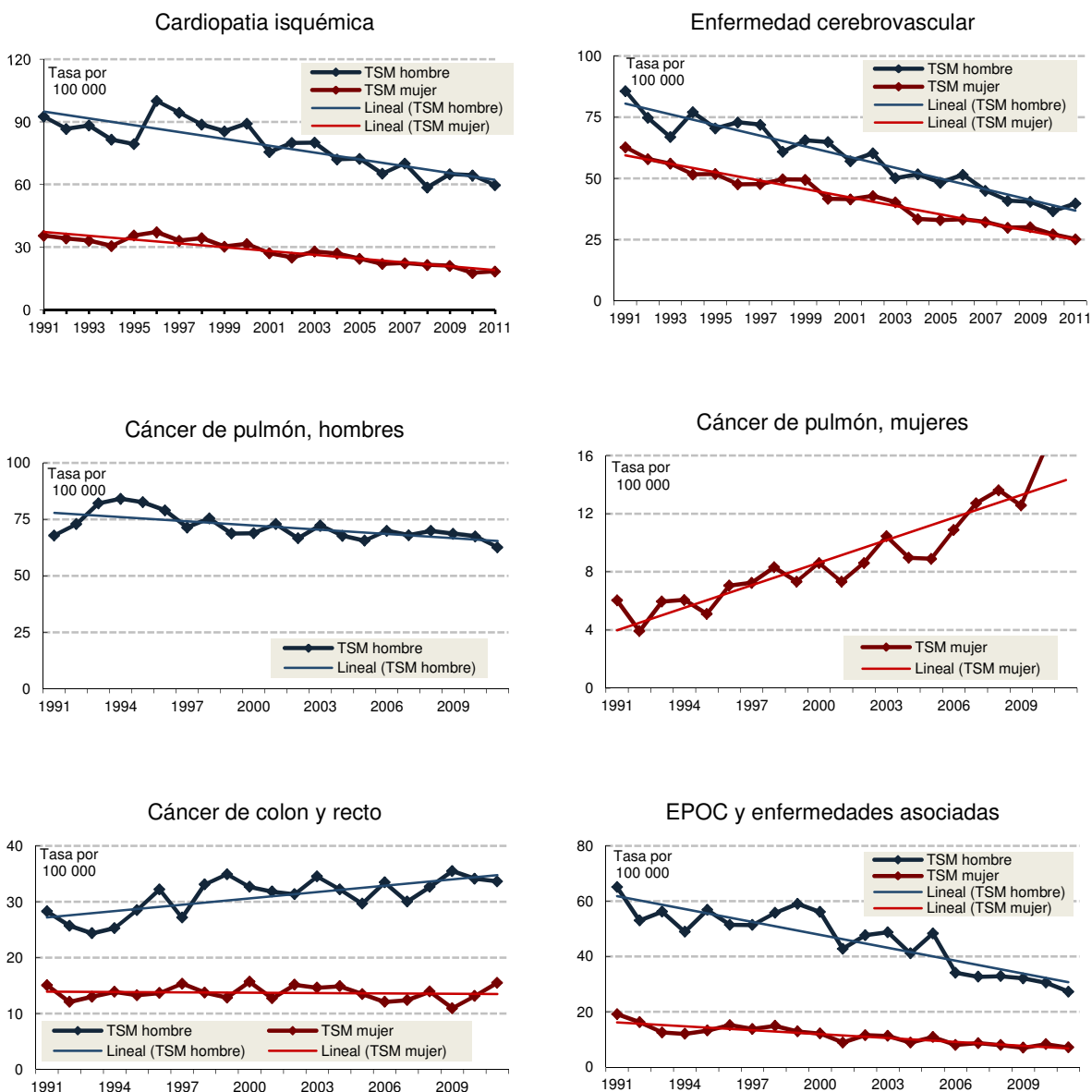


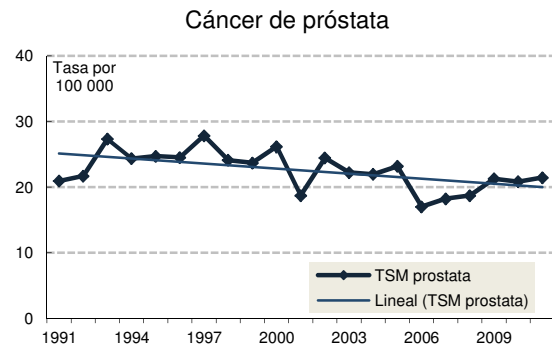
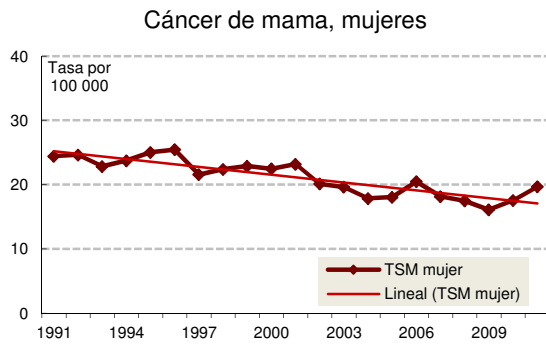
PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE EN EL TIEMPO

La mortalidad por cardiopatía isquémica y, sobre todo, por enfermedad cerebro-vascular mantuvieron una tendencia descendente desde 1991 a 2011 (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 permaneció estable en mujeres; tanto la debida a cáncer de mama como a cáncer de próstata descendieron. La mortalidad por EPOC descendió en estos años, sobre todo entre los hombres.

Evolución de las principales causas de muerte según sexo. Bizkaia 1991-2011

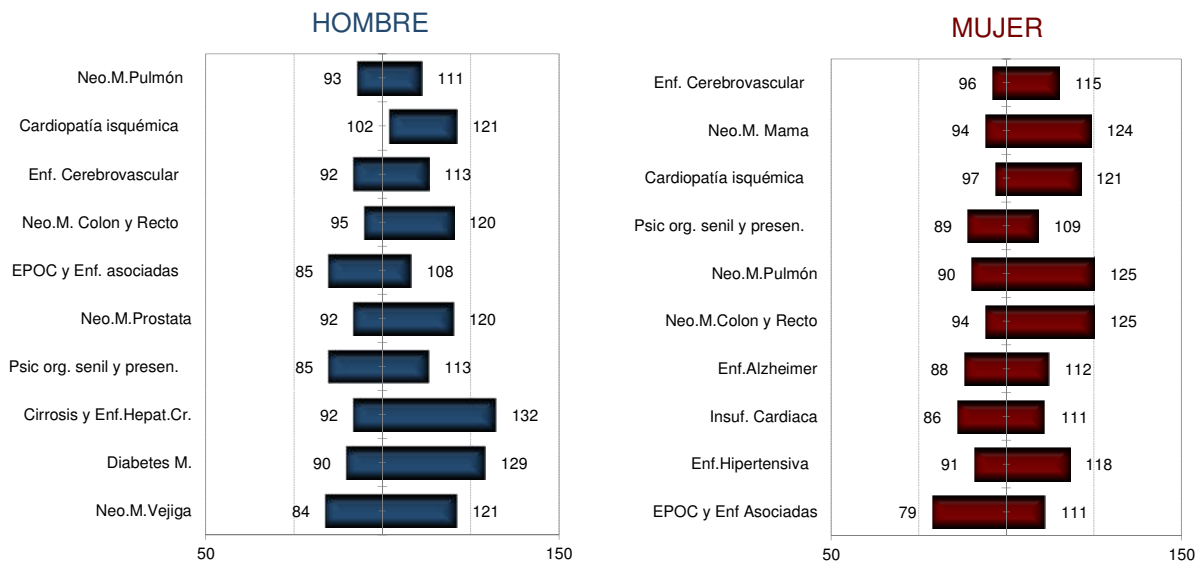




RAZÓN DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA

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 2011



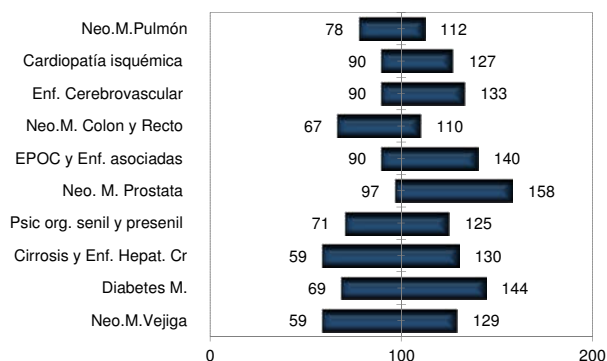
La mortalidad por todas las causas en Bizkaia, durante el año 2011, fue similar a la correspondiente de la CAPV tanto en hombres como en mujeres (RME=102, IC 95% 99-105). Como se observa en la figura previa, que muestra la RME debida a cada una de las 10 principales causas, la mortalidad por cardiopatía isquémica fue mayor en los hombres de Bizkaia comparados con los de la CAPV. Entre las mujeres, ninguna causa difiere significativamente respecto a la CAPV.

Al comparar la mortalidad de cada comarca sanitaria con la de la CAPV se observó mayor mortalidad que la esperada en el conjunto de la población de las comarcas Ezkerraldea-Enkarterri (RME=105, IC95% 101-109) e Interior (RME=104, IC95% 101-108) y menor en los hombres de Uribe (RME=92, IC95% 86-99).

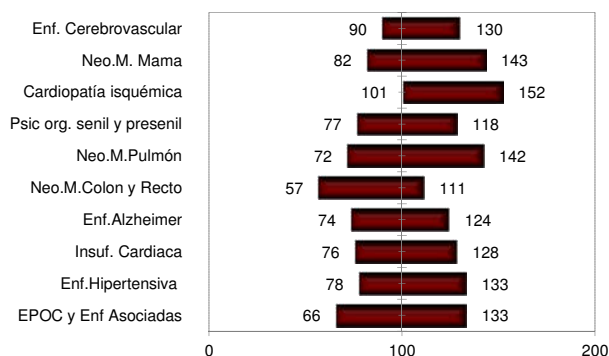
En la siguiente gráfica se muestra la razón de mortalidad estandarizada por cada una de las diez primeras causas en cada comarca en hombres y mujeres.

Razón de mortalidad estandarizada según sexo Primeras 10 causas de muerte, Comarcas Sanitarias de Bizkaia 2011

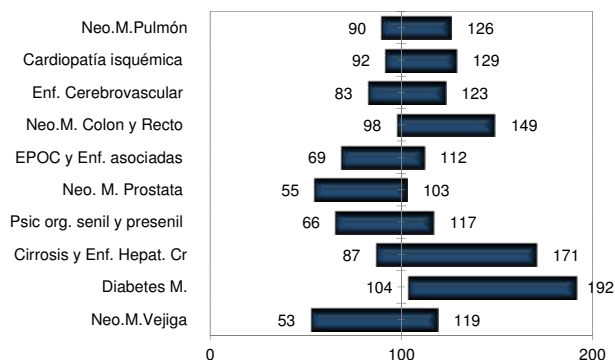
INTERIOR - HOMBRE



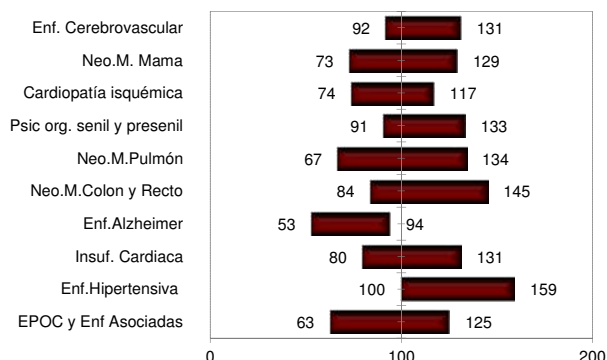
INTERIOR - MUJER



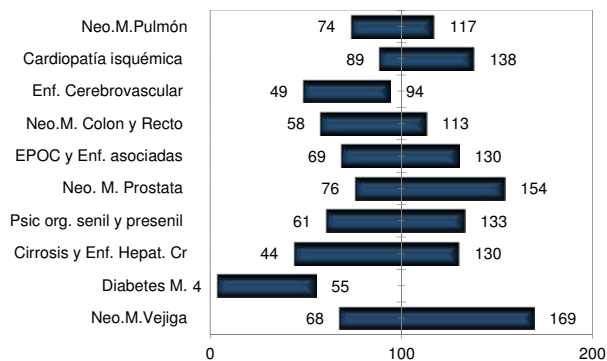
EZKER.-ENKARTERRI - HOMBRE



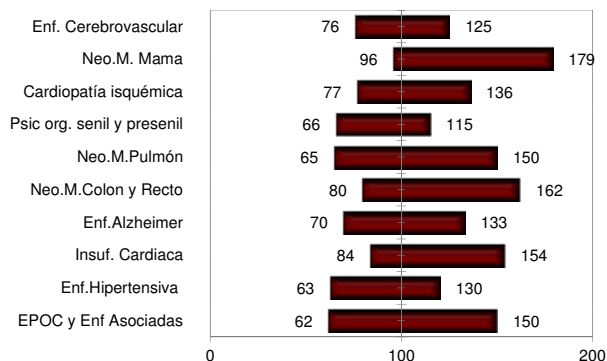
EZKER.-ENKARTERRI - MUJER



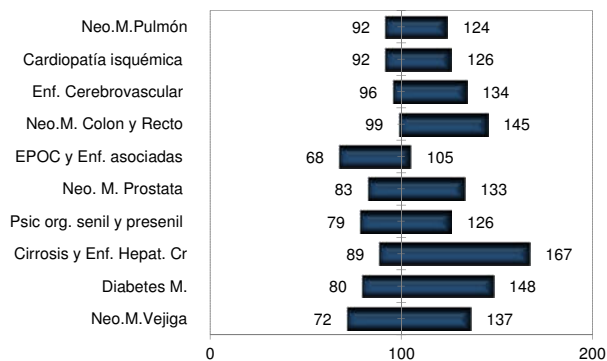
URIBE - HOMBRE



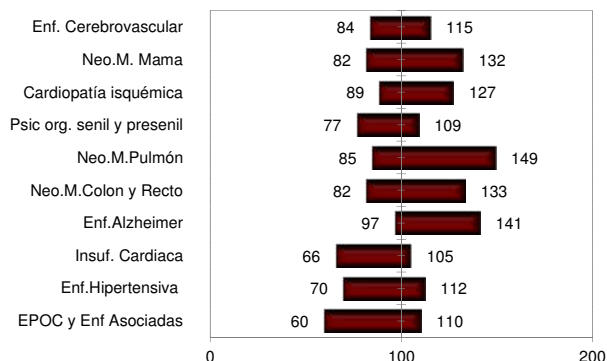
URIBE - MUJER



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 cardiopatía isquémica.

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

En la comarca Uribe se observa una mortalidad por diabetes significativamente menor al resto de la CAPV en hombres; no se observan diferencias por ninguna causa en mujeres.

Los hombres y mujeres de Bilbao no diferían significativamente de los de la CAPV respecto a mortalidad por ninguna de estas 10 primeras causas.

MORTALIDAD INFANTIL

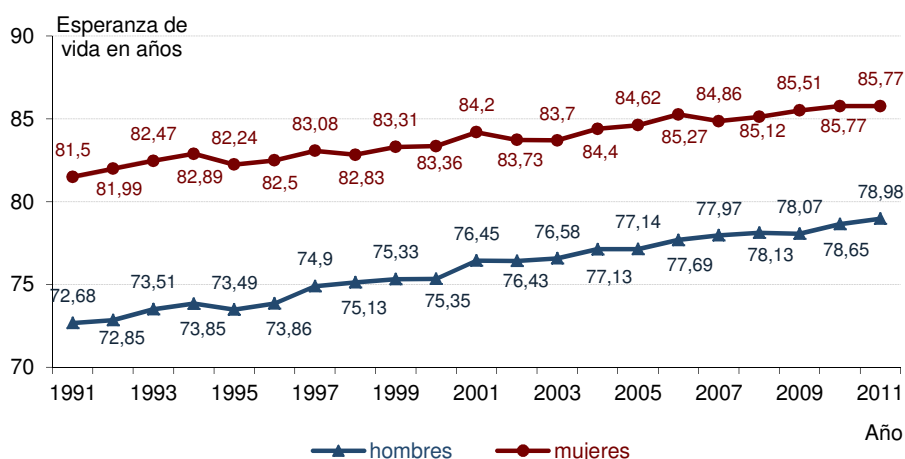
Durante 2011 se produjeron 32 fallecimientos en niños y niñas menores de un año de Bizkaia, lo que supuso una tasa de mortalidad infantil de 3,0 por 1000 nacidos vivos (periodo neonatal: 22 fallecidos y postneonatal: 10 fallecidos). La mortalidad perinatal fue 5,6 por 1000 (60 fallecidos).

ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida al nacer fue aumentando desde 1991 hasta el año 2011 de forma mantenida en ambos sexos. Este aumento se sigue manteniendo entre los hombres pero la pendiente de la curva de mujeres desciende en los últimos años. En el año 2011 se situó en 82,46 años, menor en los hombres (78,98) que en las mujeres (85,77).

Esperanza de vida al nacimiento según sexo

Bizkaia. 1991-2011



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 2011 en menores de 70 años fueron 32 761, equivalente a una tasa ajustada de 30,61 por mil habitantes; el número de años de vida perdidos fue mayor en los hombres (20 904 años) que en las mujeres (11 857 años). 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 la neoplasia maligna de mama, la neoplasia maligna de pulmón y la neoplasia maligna de colon y recto.

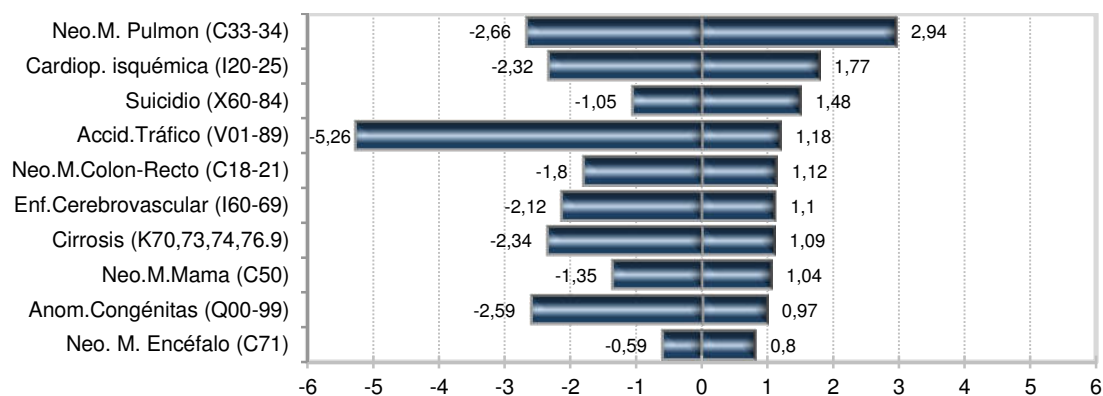
Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). Bizkaia 2011

CAUSAS	Hombres		Mujeres		Total	
	Años	T. APVP*	Años	T. APVP*	Años	T. APVP*
Neo. M. Pulmón (C33-34)	2349	3,97	1222	1,98	3571	2,94
Card. Isquémica (I20-25)	1912	3,24	236	0,38	2148	1,77
Suicidio (X60-84)	1126	2,10	510	0,84	1636	1,48
Accid. Tráfico (V01-89)	857	1,77	238	0,58	1095	1,18
Neo. M. Colon-recto (C18-21)	831	1,41	531	0,85	1362	1,12
Enf. Cerebrovascular (I60-69)	875	1,59	367	0,63	1242	1,10
Cirrosis (K70,73,74,76.9)	1037	1,75	294	0,47	1331	1,09
Neo. M. Mama (C50)	--	--	1267	2,05	1267	1,04
Anom. Congénitas (Q00-99)	475	1,42	168	0,51	643	0,97
Neo. M. Encéfalo (C71)	515	1,12	290	0,46	805	0,80

* Tasas por 1000 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 2011. 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 1991-2011



Tasas por 1000 habitantes estandarizadas por edad de la población europea

ANEXOS

ANEXO I

POBLACIÓN DE BIZKAIA. CENSO 2011

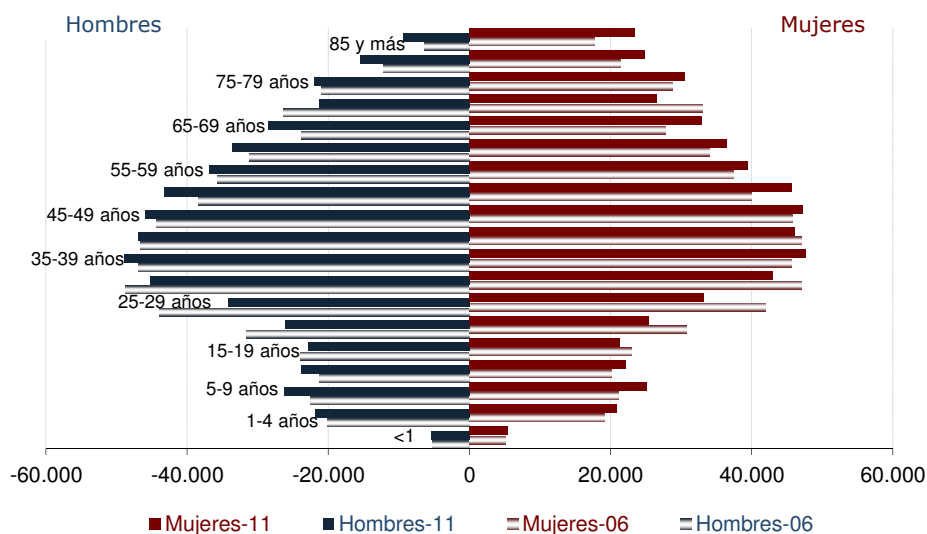
GRUPO DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
< 1 año	5454	5292	10 746
1 - 4	21 900	20 763	42 663
5 - 9	26 210	25 035	51 245
10 - 14	23 760	22 118	45 878
15 - 19	22 883	21 267	44 150
20 - 24	26 049	25 364	51 413
25 - 29	34 101	33 110	67 211
30 - 34	45 179	42 875	88 054
35 - 39	48 984	47 578	96 562
40 - 44	46 960	45 982	92 942
45 - 49	45 941	47 127	93 068
50 - 54	43 226	45 542	88 768
55 - 59	36 878	39 350	76 228
60 - 64	33 581	36 345	69 926
65 - 69	28 502	32 769	61 271
70 - 74	21 236	26 492	47 728
75 - 79	22 016	30 430	52 446
80 - 84	15 475	24 800	40 275
≥85	9430	23 347	32 777
TOTAL	557 765	595 586	1 153 351

POBLACIÓN POR COMARCAS DE RESIDENCIA SEGUN SEXO. CENSO 2011

COMARCAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
BARNEKO / INTERIOR	134 738	137 847	272 585
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	142 880	151 010	293 890
URIBE	103 577	110 947	214 524
BILBAO	166 997	186 422	353 419
GIPUZKOA OESTE (Ermua y Mallabia)	8793	8655	17 448
ARABA (Otxandio y Ubide)	780	705	1485

EVOLUCIÓN DE LA PIRAMIDE DE POBLACIÓN DE BIZKAIA 2006 – 2011

EUSTAT



ANEXO II

CASOS Y TASAS POR 100 000 HABITANTES. EDOs INDIVIDUALES, BIZKAIA 2008-2013 DISTRIBUCIÓN SEGÚN PERSONA, LUGAR Y TIEMPO

Brucelosis

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº Casos	2	1	-	1	1	1
Tasas	0,18	0,09	-	0,09	0,09	0,09
Razón de sexos (H/M)	-	-	-	-	-	-
Índice epidémico 2	2	1	-	1	1	1

Fiebre tifo-paratífica

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº Casos	2	0	1	11	5	7
Tasas	0,18	-	0,09	09,7	0,43	0,6
Razón de sexos (H/M)	-	-	-	1,2	0,25	1,33
Índice epidémico 2	1	-	0,50	11	5	3,5

Disenteria

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº Casos	19	9	12	3	12	11
Tasas	1,67	0,79	1,06	0,26	1,04	0,9
Razón de sexos (H/M)	0,9	3,5	1	2	0,2	0,8
Índice epidémico 2	4,75	1,29	1,33	0,25	1	0,92

Enfermedad meningocócica

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Nº Casos	45	33	16	22	22	12	
Tasas	3,96	2,9	1,41	1,94	1,91	1,04	
Razón de sexos (H/M)	0,8	1,54	1,6	1,45	1,2	0,33	
Índice epidémico 2	0,71	0,61	0,33	0,49	0,67	0,55	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	105,43	47,92	28,75	76,68	28,75	-	-
1-4 años	35,73	22,97	12,76	17,87	15,31	8	20,42
5-9 años	9,19	6,89	-	2,30	6,89	1	2,30
10-14 años	2,42	4,84	2,42	-	2,42	-	-
15-24 años	2,75	4,58	1,83	0,92	0,92	1	2,13
Mayores de 24 años	1,34	1	0,56	0,56	0,42	2	0,22
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Interior	4,15	5,65	1,13	3,68	3,59	1	0,33
Ezkerraldea	5,85	3,1	1,72	1,72	1,70	1	0,34
Uribe	2,88	1,44	0,96	0	0,47	3	1,40
Bilbao	2,87	1,3	1,7	1,7	1,13	3	0,85
Otros	-	-	-	-	0,35	4	1,37

Hepatitis A

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Nº Casos	22	82	32	18	31	25	
Tasas	1,94	7,22	2,82	1,58	2,69	2,17	
Razón de sexos (H/M)	1	8,11	3,5	2	1,58	0,78	
Índice epidémico 2	0,58	3,73	0,46	0,56	1,41	0,81	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	-	-	-	-	-	1	9,31
1 a 9 años	2,42	1,21	3,63	2,42	26,59	10	10,65
10 a 19 años	3,4	4,53	3,40	3,40	-	4	4,44
20 a 29 años	2,7	13,51	2,70	2,03	2,03	1	0,84
30 a 39 años	4,78	15,40	6,90	4,25	1,06	4	2,17
40 a 49 años	1,1	12,51	3,26	1,09	1,09	4	2,15
Mayor de 49 años	0,46	1,15	0,69	-	1,32	1	0,21
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Interior	1,88	3,39	5,28	1	6,54	8	2,60
Ezkerrialdea-Enkarterri	1,72	6,19	0,34	1,72	1,36	8	2,72
Uribe	0,48	11,14	1,92	0,96	0,94	5	2,33
Bilbao	3,16	9,04	3,67	2,26	1,41	4	1,13
Otros	-	-	-	-	-	-	-

Hepatitis B

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Nº Casos	24	17	25	12	13	10	
Tasas	2,11	1,50	2,2	1,06	1,13	0,87	
Razón de sexos (H/M)	3	7,5	5	12	12	2,33	
Índice epidémico 2	2,18	1,55	1,47	0,71	0,76	0,59	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 15 años	-	-	-	-	-	-	-
15 a 19 años	-	-	2,13	-	2,13	-	-
20 a 24 años	1,61	-	1,60	-	-	1	1,95
25 a 29 años	1,17	-	1,65	2,33	-	1	1,49
30 a 64 años	3,74	2,21	2,60	1,53	1,36	6	0,99
Mayores de 64 años	-	1,83	-	0,49	1,83	2	0,85
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Interior	1,88	2,26	0,75	0,67	0,33	1	0,33
Ezkerrialdea-Enkarterri	1,72	1,72	3,1	1,03	1,36	2	0,7
Uribe	0,48	0,96	1,44	0,96	0,47	3	1,4
Bilbao	3,73	1,13	3,11	1,13	1,97	4	1,13
Otros	-	-	-	-	-	-	-

Hepatitis C

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº Casos	3	3	2	3	1	2
Tasas	0,26	0,26	0,18	0,26	0,09	0,17
Razón de sexos (H/M)	2	-	1	2	-	-
Índice epidémico 2	1	1	0,67	1,50	0,33	0,67

Legionelosis

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Nº Casos	47	48	46	43	41	40	
Tasas	4,14	4,22	4,05	3,78	3,61	3,47	
Razón de sexos (H/M)	10,7	5,36	2,3	4,37	3,56	4,71	
Índice epidémico 2	0,92	0,94	0,96	0,91	0,89	0,87	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 30 años	0,61	-	0,30	0,30	-	-	-
30-49 años	2,96	4,03	4,03	3,95	4,34	14	3,78
50-64 años	6,92	10,62	7,85	3,49	6	11	4,68
Mayores de 64 años	8,69	4,57	5,95	2,56	7,32	15	6,40
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Interior	6,03	3,77	5,65	6,35	4,91	9	2,93
Ezkerraldea-Enkarterri	2,41	5,16	3,44	1,72	2,72	10	3,40
Uribe	1,92	4,80	2,40	1,92	3,27	3	1,40
Bilbao	5,74	2,82	3,95	3,95	3,1	18	5,09
Otros (Ermua)	-	-	12,4	-	-	-	-
METODO DIAGNOSTICO (%)						Nº CASOS	%
Aislamiento	4,3	12,5	4,35	9,3	7,3	9	22,5
Seroconversión	8,7	2,1	2,17	2,3	4,9	-	-
Ag en orina	91,5	100	97,8	100	90	40	100

Tuberculosis

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Nº Casos	208	199	204	187	190	172	
Tasas	18,3	17,51	17,95	16,45	16,49	14,91	
Razón de sexos (H/M)	1,81	1,65	1,24	1,07	1,44	1,15	
Índice epidémico 2	0,77	0,82	0,84	0,90	0,96	0,87	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 10 años	3,22	3,22	1,07	4,29	5,90	10	9,56
10-14 años	0	7,26	4,84	4,83	-	-	-
15-19 años	8,52	8,52	4,26	8,52	2,30	4	9,06
20-24 años	24,09	24,09	25,70	14,45	28,72	8	15,56
25-29 años	29,14	25,64	18,65	25,64	23,18	13	19,34
30-49 años	25,53	20,16	21,23	19,61	21,55	61	16,46
50-64 años	9,23	14,74	20,31	11,54	11,38	33	14,05
Mayores de 64 años	21,04	20,58	20,12	21,95	20,64	43	18,34
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Interior	16,59	11,31	16,21	14,70	11,79	41	15,04
Ezkerraldea-Enkarterri	18,92	20,31	19,96	14,80	18,05	32	10,89
Uribe	12,48	16,80	13,44	9,12	11,23	24	11,19
Bilbao	22,21	20,06	18,93	22,88	21,14	74	20,94
Otros (Ermua)	-	-	-	-	-	1	0,34
METODO DIAGNOSTICO (%)						Nº CASOS	%
Bk Positivo En Espudo	39,42	32,66	30,88	29,95	27,37	49	28,48
Cultivo (+) en alguna muestra	75,00	72,36	74,51	64,71	69,47	117	69

Parotiditis

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Nº Casos	155	43	31	373	472	454	
Tasas	13,64	3,78	2,73	32,82	41,52	39,36	
Razón de sexos (H/M)	1,46	2,3	0,87	1,66	1,2	1,54	
Índice epidémico 2	7,75	0,34	0,24	2,94	3,05	2,93	
DISTRIBUCIÓN POR EDAD (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Menores de 1 año	-	-	-	-	19,17	-	-
1 – 4 años	40,84	30,63	10,21	58,70	71,47	25	63,81
5 – 9 años	82,67	34,45	20,67	55,12	50,52	41	94,16
10 – 14 años	164,53	12,10	19,35	145,17	169,36	43	104,04
15 – 19 años	17,04	4,26	4,26	174,7	392,01	195	415,44
20 – 29 años	10,99	2,7	2,03	89,16	64,84	72	60,70
≥ de 30 años	1,86	0,62	0,50	8,83	8,67	78	9,29
Sin especificar	-	-	-	-	-	-	-
DISTRIBUCIÓN COMARCAL (TASAS)						Nº CASOS	TASA
Interior	9,42	6,79	2,64	28,42	76,52	176	57,30
Ezkerraldea-Enkarterri	5,16	1,72	1,72	37,18	33,04	50	17
Uribe	30,71	5,28	5,76	42,71	20,58	69	32,16
Bilbao	14,07	2,26	1,98	23,16	22,55	129	36,50
Otros	-	-	-	1,62	5,83	30	39,93

Rubéola

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº Casos	-	-	-	-	-	-
Tasas	-	-	-	-	-	-
Razón de sexos (H/M)	-	-	-	-	-	-
Índice epidémico 2	-	-	-	-	-	-

Sarampión

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº Casos	-	-	1	12	2	-
Tasas	-	-	0,09	1,06	0,17	-
Razón de sexos (H/M)	-	-	-	2	-	-
Índice epidémico 2	-	-	-	0	2	-

Tos ferina

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº Casos	18	5	2	42	110	44
Tasas	1,58	0,44	0,18	3,70	9,55	3,81
Razón de sexos (H/M)	1,25	0,5	-	0,75	0,69	1
Índice epidémico 2	6	0,83	0,33	7,00	6,11	2,44

EDOs INDIVIDUALES. BIZKAIA 2008-2013. DISTRIBUCIÓN ESTACIONAL

Hepatitis A

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2013	10	4	-	-	1	-	2	1	1	3	2	1
Periodo 2008 - 2013	25	12	15	16	17	10	25	13	20	24	16	17

Enfermedad Meningocócica

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2013	-	2	-	1	-	-	2	-	1	3	3	-
Periodo 2008 - 2013	28	19	14	8	10	7	12	3	6	17	10	16

Legionelosis

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2013	5	3	1	2	-	1	3	6	4	6	5	4
Periodo 2008 - 2013	16	13	7	7	10	20	30	41	39	41	24	17

Parotiditis

DISTRIBUCIÓN TEMPORAL	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
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
Año 2013	42	34	25	40	61	81	59	30	20	31	20	11
Periodo 2008 - 2013	98	111	183	150	183	225	169	81	74	86	78	90

ANEXO III

SISTEMA DE INFORMACION MICROBIOLÓGICA. BIZKAIA 2013. DATOS GENERALES

Laboratorio declarante

	BASURTO	CRUCES	GALDAKAO	SAN ELOY	OTROS *	TOTAL
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL						
<i>Chlamydia trachomatis</i>	370	13	10	-	-	393
Herpes simple tipo 2	124	5	-	-	-	129
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	84	16	7	4	-	111
<i>Treponema pallidum</i>	52	6	3	3	-	64
INFECCIONES GASTROINTESTINALES						
<i>Campylobacter</i>	134	319	148	111	32	744
<i>Entamoeba histolytica</i>	-	-	-	-	-	0
Fasciola hepática	-	-	-	-	-	0
<i>Listeria monocytogenes</i>	7	7	5	1	-	20
<i>Salmonella</i>	77	95	57	37	14	280
<i>Salmonella Typhi</i> y <i>Paratyphi</i>	2	4	-	-	-	6
<i>Shigella</i>	2	5	1	2	-	10
<i>Yersinia</i>	5	12	3	2	-	22
Adenovirus 40 y 41	30	8	3	-	1	42
<i>Taenia</i>	2	4	3	1	-	10
Rotavirus	100	69	30	-	32	204
INFECCIONES RESPIRATORIAS						
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	10	10	-	-	-	20
<i>Legionella pneumophila</i>	14	17	6	-	-	37
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	3	22	5	-	2	32
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (en hemocultivo)	28	47	22	-	-	97
Virus sincitial respiratorio	132	83	-	-	8	223
MICOBACTERIAS						
<i>M. tuberculosis</i>	53	44	24	3	-	124
<i>M. kansasii</i>	6	3	-	1	-	10
Otras micobacterias	5	5	7	2	-	19
INFECCIONES DEL SNC						
Enterovirus	19	5	-	-	-	24
<i>Neisseria meningitidis</i>	2	6	2	-	-	10
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (en LCR)	1	6	-	-	-	7
ENF. PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN						
<i>Bordetella pertussis</i>	20	19	1	-	-	40
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	-	5	-	-	-	5
Hepatitis B	5	5	4	2	-	16
Hepatitis A	7	9	7	-	-	23
Virus de la parotiditis	56	21	38	-	-	115
Virus de la rubéola	-	-	-	-	-	0
Virus del sarampión	-	-	-	-	-	0
ZOONOSIS						
<i>Bartonella</i>	-	2	-	-	-	2
<i>Borrelia burgdorferi</i>	-	3	-	-	-	3
<i>Brucella</i>	-	1	-	-	-	1
<i>Echinococcus granulosus</i>	3	-	-	1	-	4
<i>Leptospira</i>	-	1	-	-	-	1
<i>Rickettsia conorii</i>	-	-	-	-	-	0
<i>Coxiella burnetii</i>	8	5	19	-	1	33
<i>Francisella tularensis</i>	-	-	-	-	-	0
OTROS						
<i>Leishmania</i>	2	-	-	-	-	2
<i>Plasmodium</i>	15	13	-	-	-	28
<i>Staphylococcus aureus</i> metiliclin resistente	464	347	191	71	-	1073
<i>Streptococcus pyogenes</i>	6	7	6	-	-	19

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

SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA (SIM). BIZKAIA 2008 – 2013

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

N.º identificaciones

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Chlamydia trachomatis</i>	131	256	246	292	344	393
<i>Herpes simple tipo 2</i>	89	124	96	96	111	129
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	112	124	129	160	108	111
<i>Treponema pallidum</i>	111	110	106	101	83	64
TOTAL	443	613	577	649	646	697

INFECCIONES GASTROINTESTINALES

N.º identificaciones

Campylobacter

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>C. coli</i>	10	3	9	1	2	8
<i>C. fetus</i>	-	-	2	-	2	-
<i>C. jejuni</i>	491	532	568	640	547	680
<i>Campylobacter sp.</i>	78	30	34	37	52	55
Otros	-	-	-	-	2	1
TOTAL	579	565	613	678	605	744

Listeriosis

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>L. monocytogenes</i>	11	23	13	25	16	20

Fiebre tifo-paratífica

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>S. Typhi</i>	-	-	1	4	2	3
<i>S. Paratyphi</i>	2	1	1	10	3	3
TOTAL	2	1	2	14	5	6

Salmonella

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
S. Enteritidis	259	235	192	147	109	101
S. Arizonae	-	3	1	-	-	2
S. Hadar	-	-	-	-	-	-
S. Infantis	-	-	-	2	1	1
S. London	2	2	-	-	-	-
S. Montevideo	1	-	-	-	-	-
S. Newport	2	-	-	1	-	-
S. Ohio	-	-	-	1	-	-
S. Entérica	-	51	31	33	22	30
S. Typhimurium	179	124	70	77	122	113
S. Virchow	-	-	-	-	-	-
S. grupo B	41	13	8	10	11	11
S. grupo C	14	16	15	18	25	11
S. grupo D	12	2	1	2	4	2
S. grupo E	-	-	-	-	-	-
Salmonella sp.	49	11	15	27	17	9
Otras	4	-	1	3	-	-
TOTAL	563	455	334	321	311	280

Shigella

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>S. flexneri</i>	15	5	5	2	2	4
<i>S. sonnei</i>	5	5	6	1	8	4
<i>S. boydii</i>	-	-	-	-	-	2
Otras	-	-	1	-	1	-
TOTAL	20	10	12	3	11	10

Yersinia

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Y. enterocolítica</i>	51	33	36	39	31	20
<i>Yersinia sp.</i>	-	-	-	-	-	1
<i>Y. frederiksenii</i>	1	-	-	-	-	1
TOTAL	52	33	36	39	31	22

Adenovirus

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Adenovirus	47	101	81	81	57	42

Rotavirus

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Rotavirus</i>	178	294	307	338	255	204

Taenia

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Taenia sp</i>	9	5	10	10	4	1
<i>Taenia saginata</i>	5	6	19	2	5	9
TOTAL	14	11	29	12	9	10

INFECCIONES RESPIRATORIAS

N.º identificaciones

Clamidiiasis

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	23	14	17	5	12	20

Legionella pneumophila

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Legionella pneumophila</i>	40	47	46	40	39	37

Mycoplasma pneumoniae

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	60	54	44	62	27	32

Streptococcus pneumoniae (en hemocultivo)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	205	165	115	118	109	97

Virus sincitial respiratorio

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Virus sincitial respiratorio	267	214	209	148	285	223

Micobacterias tuberculosas

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>M. tuberculosis</i>	140	130	129	131	118	124
<i>M. bovis</i>	-	-	-	-	1	1
<i>M. africanum</i>	1	-	-	-	-	-
TOTAL	141	130	129	131	119	125

Micobacterias atípicas

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>M. avium</i>	15	19	5	6	10	12
<i>M. chelonae</i>	1	2	3	3	2	2
<i>M. fortuitum</i>	2	-	-	-	2	-
<i>M. goodii</i>	4	1	-	4	4	-
<i>M. kansasii</i>	10	8	12	9	4	10
<i>M. marinum</i>	1	-	1	1	-	-
<i>M. intracellulare</i>	-	-	8	4	1	-
<i>M. szulgai</i>	-	-	-	-	-	-
<i>M. xenopi</i>	-	-	1	-	1	-
<i>M. sp</i>	3	2	1	2	2	4
<i>M. genavense</i>	-	-	-	-	-	-
<i>M. terrae</i>	-	1	-	-	-	-
<i>M. lentiflavum</i>	1	-	-	-	-	-
<i>M. simiae</i>	-	-	-	1	1	-
<i>M. celatum</i>	1	-	-	-	-	-
<i>M. brisbarensis</i>	1	-	-	-	-	-
<i>M. abscessus</i>	1	-	-	-	-	-
Otras micobacterias	-	-	2	1	-	-
TOTAL	40	33	33	31	25	28

INFECCIONES DEL SNC N.º identificaciones

Neisseria meningitidis

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>N. meningitidis</i> grupo B	21	16	9	10	10	7
<i>N. meningitidis</i> grupo C	2	3	1	-	-	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	6	3	6	3	2
TOTAL	26	25	14	16	16	10

Streptococcus pneumoniae (en LCR)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	9	8	8	10	8	7

Enterovirus

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Virus Coxsackie</i>	1	3	4	3	4	2
<i>Echovirus</i>	3	10	23	15	35	15
Enterovirus sin especificar	7	14	15	11	8	7
TOTAL	11	27	42	29	47	24

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACION

N.º identificaciones

Bordetella pertussis

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Bordetella pertussis</i>	21	6	2	24	98	40

Haemophilus influenzae

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Haemophilus influenzae tipo b</i>	12	20	13	16	11	5

Hepatitis B

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hepatitis B	36	26	31	12	19	16

Hepatitis A

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hepatitis A	20	73	37	15	27	23

Virus de la parotiditis

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Virus de la parotiditis	74	14	9	102	92	115

Virus de la rubéola

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Virus de la rubéola	-	-	-	-	-	-

Virus del sarampión

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Virus del sarampión	-	-	1	6	2	-

ZOONOSIS

N.º identificaciones

Bartonella

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Bartonella</i>	16	4	6	11	3	2

Borrelia burgdorferi

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Borrelia burgdorferi</i>	2	6	1	2	6	3

Brucella

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>B. melitensis</i>	1	1	-	1	-	-
<i>Brucella</i> sp.	-	-	-	-	-	1
<i>B. abortus</i>	-	-	-	-	-	-
No consta	-	-	1	-	-	-
TOTAL	1	1	1	1	-	1

Echinococcus granulosus

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Echinococcus granulosus</i>	6	4	4	5	2	4

Leptospira

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Leptospira</i>	2	4	1	-	-	1

Rickettsia conorii

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Rickettsia conorii</i>	-	-	-	-	-	-

Fiebre Q

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Coxiella burnetii</i>	59	39	32	11	35	33

Tularemia

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Francisella tularensis</i>	7	2	-	-	-	-

OTRAS ENFERMEDADES

N.º identificaciones

Staphylococcus aureus Meticilin-Resistente

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Staphylococcus aureus</i> MR	779	924	945	1015	990	1073

Streptococcus pyogenes

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Streptococcus pyogenes</i>	21	18	19	28	24	19

ANEXO IV

Tumores malignos, tasas crudas y estandarizadas (población europea) en hombres. Bizkaia 2010*. RCEME

CIE-O-III: LOCALIZACIÓN	Casos	Tasa cruda	Tasa estandarizada			Tasa acumulada
			Población europea	Población mundial	Población truncada	
C00 - C14 Labio, cavidad oral y faringe	195	35,07	26,88	19,01	35,47	2353,96
C00 Labio	20	3,59	2,29	1,44	1,19	171,25
C01 Base de la lengua	12	2,16	1,73	1,27	2,65	174,02
C02 Otras partes y las no especificadas de la lengua	20	3,59	2,61	1,75	3,81	163,09
C03 Encías	3	0,54	0,35	0,21	0	18,13
C04 Piso de la boca	12	2,16	1,61	1,1	1,87	150,48
C05 Paladar	9	1,62	1,39	1,07	3,11	121,99
C06 Otras partes y las no especificadas de la boca	9	1,62	1,36	0,97	2,69	109,49
C07 Glándula parótida	8	1,44	0,99	0,72	1,21	72,62
C08 Otras glándulas salivales mayores y no especificadas	1	0,18	0,19	0,22	0	13,86
C09 Amígdala	18	3,24	2,64	1,93	3,79	271,2
C10 Orofaringe	20	3,59	3,01	2,14	4,85	305,27
C11 Nasofaringe	18	3,24	2,52	1,86	3,52	185,1
C12 Seno piriforme	19	3,42	2,59	1,81	2,28	258,74
C13 Hipofaringe	16	2,88	2,29	1,61	3,02	195,76
C14 Otros sitios y los mal definidos de labio, cavidad bucal y faringe	10	1,8	1,31	0,91	1,48	142,96
C15 - C26 Aparato digestivo	1295	232,78	161,74	108,75	144,73	13 568,51
C15 Esófago	75	13,48	9,83	6,73	11,03	826,4
C16 Estómago	153	27,5	18,72	12,4	15,42	1503,38
C17 Intestino delgado	18	3,24	2,5	1,88	3,13	244,46
C18 Colon	527	94,73	64,2	42,65	56,36	5131,49
C19 Unión rectosigmoidea	70	12,58	8,38	5,52	5,32	768,4
C20 Recto	156	28,04	20,26	13,93	18,32	1923,73
C21 Ano y conducto anal	6	1,08	0,79	0,56	1,23	56,21
C22 Hígado y conductos biliares intrahepáticos	138	24,8	18,19	12,48	19,9	1571,34
C23 Vesícula biliar	12	2,16	1,52	1,04	1,17	175,69
C24 Otras partes y no especificadas de las vías biliares	26	4,67	2,97	1,78	0,74	195,39
C25 Páncreas	98	17,62	12,5	8,6	10,91	1072,15
C26 Otros sitios y los mal definidos de los órganos digestivos	16	2,88	1,88	1,18	1,2	99,87
C30 - C39 Aparato respiratorio y org. intratorácicos	771	138,58	99,78	68,34	111,89	8471,77
C30 Cavidad nasal y oído medio	6	1,08	0,62	0,38	0,4	32,75
C31 Senos paranasales	3	0,54	0,4	0,26	0,35	31,77
C32 Laringe	123	22,11	16,97	11,99	22,74	1451,82
C33 Tráquea	1	0,18	0,15	0,12	0,39	15,1
C34 Bronquios y pulmón	616	110,72	78,84	53,67	85,36	6696,13
C37 Timo	1	0,18	0,15	0,13	0	10,89
C38 Corazón, mediastino y pleura	21	3,77	2,65	1,79	2,65	233,31
C39 Otros sitios y los mal definidos del sistema respiratorio y los órganos intratorácicos	0	0	0	0	0	0
C40 - C41 Huesos, articulaciones y cartílagos articulares	6	1,08	1,19	1,2	0,77	115,13
C40 Huesos, articulaciones y cartílagos articulares de extremidades	3	0,54	0,74	0,87	0	65,75
C41 Huesos, articulac. y cartílagos articulares de otros sitios y de los no especificados	3	0,54	0,45	0,33	0,77	49,38
C42 Sistemas hemapoictico y reticuloendotelial	219	39,36	28,07	20,12	21,03	2155,38
C44 Piel**	66	11,86	9,18	7,18	11,37	631,61
C47 Nervios periféricos y sistema nervioso autónomo	1	0,18	0,13	0,09	0	22,45
C48 Retroperitoneo y peritoneo	7	1,26	0,61	0,33	0	22,45
C49 Tejidos conjuntivo, subcutáneo y otros tejidos blandos	36	6,47	5,56	4,89	5,54	411,96
C50 Mama	5	0,9	0,58	0,35	0,73	25,47
C60 - C63 Aparato genital masculino	811	145,78	106,94	75,03	91,33	10 119,01
C60 Pene	8	1,44	0,88	0,55	0,78	47,06
C61 Glándula prostática	765	137,51	99,23	67,72	84,93	9582,13
C62 Testículos	38	6,83	6,83	6,76	5,62	489,82
C63 Otros órganos genitales masculinos y los no especificados	0	0	0	0	0	0
C64 - C68 Aparato urinario	505	90,78	61,07	40,38	54,9	4384,32
C64 Riñón	133	23,91	17,21	12,21	18,25	1452,16
C65 Pelvis renal	9	1,62	1,02	0,69	1,18	58,62
C66 Uréter	11	1,98	1,29	0,8	1,16	54,57
C67 Vejiga urinaria	349	62,73	41,17	26,42	34,31	2782,71
C68 Otros órganos urinarios y no especificados	3	0,54	0,38	0,26	0	36,26
C69 - C72 Ojo, encéfalo y otros del sistema nervioso central	80	14,38	11	8,35	11,59	928,52
C69 Ojo y anejos	3	0,54	0,45	0,35	0,78	40,26
C70 Meninges	1	0,18	0,15	0,11	0	18,13
C71 Encéfalo	74	13,3	10,11	7,66	10,41	841,7
C72 Médula espinal, nervios craneales y de otras partes del sistema nervioso central	2	0,36	0,29	0,23	0,4	28,43
C73 - C75 Tiroides y otras glándulas endocrinas	27	4,85	3,99	3,04	5,79	346,75
C73 Glándula tiroides	24	4,31	3,57	2,73	4,98	320,69
C74 Glándula suprarrenal (adrenal)	2	0,36	0,27	0,19	0,42	10,96
C75 Otras glándulas endocrinas y estructuras afines	1	0,18	0,15	0,12	0,39	15,1
C76 Sitios mal definidos y otros	1	0,18	0,16	0,11	0,35	13,64
C77 Ganglios linfáticos	83	14,92	11,42	8,77	15,75	839,93
C80 Localización primaria desconocida	67	12,04	7,86	5,05	5,24	538,83
TOTAL	4175	750,44	536,18	371,01	516,51	44 949,68

* Actualización 15/05/2013.

** Se excluyen las neoplasias basocelulares y espinocelulares de piel.

