

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Año 2015



Unidad de Vigilancia Epidemiológica
Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Araba/Álava

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	3
INTRODUCCIÓN	5
RESUMEN EJECUTIVO	7
A. VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	9
A1. SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS 2015	9
Enfermedades de declaración obligatoria (EDO)	9
Sistema de información microbiológica (SIM)	13
A2. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE LA A A LA Z	16
Anisakiasis	16
Campilobacteriosis	16
<i>Chlamydia trachomatis</i> , infección por	17
Difteria	17
Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas	17
Enfermedad gonocócica	18
Ébola virus, enfermedad por	19
Estreptococo grupo A (<i>Streptococcus pyogenes</i>), enfermedad invasiva por	20
Fiebre Q	20
Fiebre tifo/paratífica	21
Gripe (influenza)	21
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, enfermedad invasiva por	23
Hepatitis A	23
Hepatitis B	24
Hepatitis C	24
Hidatidosis	24
Legionelosis	26
Lepra	27
Listeriosis	27
Meningocócica, enfermedad	27
Neumocócica, enfermedad invasiva	27
Paludismo / Malaria	28
Parotiditis	29
Poliomielitis y vigilancia de la parálisis flácida aguda	29
Rabia	30
Rotavirus	30
Rubéola y rubéola congénita	30

Salmonelosis	31
Sarampión	31
SIDA y VIH	31
Sífilis	32
Tétanos	32
Tos ferina	33
Toxiinfecciones de origen alimentario (TIAs)	33
Tuberculosis	34
Varicela	37
Yersiniosis	38
B. VACUNACIONES	39
B1. PRIMOVACUNACIÓN INFANTIL	39
B2. ORAS VACUANS	43
B3. GESTIÓN DE VACUNAS	45
B4. OTRAS ACTIVIDADES	47
C. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	48
C1. CÁNCER	48
C2. ANOMALÍAS CONGÉNITAS	58
C3. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	63
C4. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	65
D. MORBILIDAD HOSPITALARIA	67
Casos y tasa de frecuentación hospitalaria	67
Morbilidad hospitalaria por grandes grupos de la CIE-9	68
E. MORTALIDAD	71
Mortalidad proporcional por grandes grupos de enfermedades	71
Mortalidad por casusas específicas por edad	73
Mortalidad por causas específicas por sexo	75
Evolución de algunas casusas de muerte	76
Razón de mortalidad estandarizada (RME)	78
Mortalidad infantil	78
Esperanza de vida al nacimiento	79
Mortalidad prematura. Años potenciales de vida perdidos (APVP)	79
F. PERFILES DE ALCOHOL	80

LISTA DE ABREVIATURAS

AP	Atención Primaria	IAM	Infarto Agudo de Miocardio
APVP	Años Potenciales de Vida Perdidos	IE	Índice epidémico
CAPV	Comunidad Autónoma del País Vasco	IFF	Insomnio Familiar Fatal
CGHCG	Caso grave hospitalizado confirmado de gripe	IVE	Interrupción voluntaria embarazo
CI	Cardiopatía Isquémica	OSI	Organización Sanitaria Integrada
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades	PCA	Porcentaje de Cambio Anual
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos	PFA	Parálisis flácida aguda
DM	Diabetes Mellitus	PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
DTPa	Difteria, tétanos, pertusis (vacuna)	RCEME	Registro de Cáncer de Euskadi
ECJ	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	RIE	Razón de incidencia estandarizada
ECV	Enfermedad Cerebro-Vascular	RME	Razón de Mortalidad Estandarizada
EDO	Enfermedades de Declaración Obligatoria	RNEETH	Registro Nacional de EETH
EEB	Encefalopatía Espongiforme Bovina	TBC	tuberculosis
EETH	Encefalopatía espongiforme transmisible humana	TC	Tasa Cruda
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	Td	Tétanos, difteria (vacuna de)
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual	TH	Territorio Histórico
EVE	Enfermedad por virus Ébola	TIA	Toxi-infección Alimentaria
HUA	Hospital Universitario Álava	VIH	Virus Inmunodeficiencia Humana
		VPH	Virus del papiloma humano

INTRODUCCIÓN

El presente informe recopila, de forma resumida, la información epidemiológica obtenida en el transcurso de las actividades de la Unidad de Epidemiología de Araba/Álava en el año 2015. La información proviene de varios sistemas de información: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), Sistema de Información Microbiológica (SIM), Red de Vigilancia de Médicos Vigía, Registro de Cáncer (RCEME), Registro de Anomalías Congénitas (RACAV), Registro de Mortalidad, Registro de Altas Hospitalarias (CMBD), Registro de Metabolopatías.

Los datos corresponden al año 2015 a excepción de los obtenidos de los Registros de Cáncer y del Registro de Anomalías Congénitas en los que se analizan datos del año 2013, y el Registro de Mortalidad y el Registro de Altas Hospitalarias con datos del 2014. La información de la Red de Médicos Vigía de Gripe hace referencia a la temporada 2015-2016. Las poblaciones empleadas son las correspondientes al censo del 2013. Para la estandarización, se ha utilizado la nueva población europea con 21 grupos de edad.

Desde esta Unidad queremos agradecer a toda la red asistencial su imprescindible colaboración.

Integrantes de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Araba/Álava en 2015 y 2016:

Inmaculada Sáez
Larraitz Etxebarriarteun
Laura Roth
M^a Cres Tobalina
Olatz Mokoroa
Patricia Sancho Uriarte
Visi De Castro

Versión on-line:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkvgi05/es/contenidos/informacion/memorias_epidemiologica/es_def/index.shtml

RESUMEN EJECUTIVO

La temporada de **gripe** 2015-2016 fue similar, en intensidad, a la temporada anterior. El pico epidémico (398,78/100.000) se alcanzó en la semana 5. El subtipo predominante fue el A(H1N1)pdm09. Se declararon 262 casos graves hospitalizados con gripe confirmada en los cinco grandes hospitales de la CAPV, 79 de Álava/Araba; entre estos hubo 24 fallecimientos, 7 de ellos de Álava/Araba.

La incidencia de **tos ferina** en 2015, con 70 casos y un tasa de 21,75/100.000, presentó un fuerte incremento respecto al año anterior (9 casos declarados). En este aumento han influido la sospecha clínica de la enfermedad y la disponibilidad de PCR para el diagnóstico. En febrero se inició la vacunación de embarazadas con dTpa en toda la CAPV.

La **parotiditis vírica**, con 40 casos y una tasa de 12,43/100.000, presentó un valor similar al del año 2014. El grupo de 1 a 4 años fue el más afectado.

La **varicela** con 900 casos declarados presentó una tasa de 279,70/100.000, similar a la del año anterior.

Se declararon dos casos de **enfermedad meningocócica**. Un caso confirmado, serogrupo Y, y un caso probable sin filiar.

Se declararon 5 casos de **enfermedad invasiva por estreptococo grupo A**, todos en mayores de 60 años, la tasa fue de 1,6/100.000.

Se declararon 18 casos de **enfermedad neumocócica invasiva** (ENI), 2 eran menores de cinco años. Hubo tres fallecidos, todos mayores de 60 años.

Se declararon 2 casos de **listeriosis**, uno de ellos nosocomial.

La incidencia de **hepatitis A** aumentó con respecto al 2014, con 7 casos aislados, y una tasa de 2,18/100.000. Se declararon tres casos de hepatitis B aguda (tasa 0,93/100.000) y tres casos de hepatitis C aguda de nuevo diagnóstico (tasa 0,93/100.000).

La tasa de **tuberculosis** fue de 11,19 casos por 100.000 habitantes (36 casos), similar a la de 2014 (tasa de 11,87).

Se declararon 8 casos de **legionelosis** (tasa 2,49/100.000), un caso más que el año anterior. No se produjo ningún brote.

En 2015 se declaró un caso de **ECJ** esporádico, un ECJ familiar y un IFF.

Los 6 casos de **paludismo** declarados eran importados.

Se investigaron 3 brotes de **toxiinfecciones de origen alimentario** que afectaron a 74 personas. La etiología fue *Campylobacter*, anisakis y probable origen viral.

El número de aislamientos de salmonelas disminuyó un 10% respecto al año anterior y el de *Campylobacter* aumentó un 18%.

Durante la campaña de captura de la anchoa, se declararon en la CAPV 73 casos de **anisakiasis**, ninguno en Álava/Araba. El 40% precisaron ingreso hospitalario; la anchoa cruda o en vinagreta fue el alimento de riesgo identificado más veces.

Las **coberturas** vacunales de 2015 superaron el 95% con excepción de la vacuna del VPH (88,45%) y la Td a los 16 años (85,99%).

Se registraron 1908 **cánceres** diagnosticados en 2013, 41% en mujeres. Entre las mujeres, los más frecuentes fueron, mama, colon-recto, y cuerpo de útero y, entre los hombres, los más frecuentes fueron el cáncer de próstata, colon y recto, y pulmón.

En **mujeres**, se observa un aumento significativo de la incidencia de cáncer de pulmón, boca y faringe, colon y recto, páncreas, riñón, tiroides, linfoma no Hodgkin, y cuerpo de útero. Desciende de forma significativa la incidencia de cáncer de estómago.

En **hombres**, se observó un aumento significativo de la incidencia de cáncer de colon y recto, melanoma, riñón, tiroides y testículo. La incidencia de cáncer de pulmón permanece estable y disminuye significativamente la incidencia de cáncer de estómago, boca-faringe y laringe.

La frecuentación hospitalaria, en 2014, por **cardiopatía isquémica** fue de 114,98 y 309,15/100.000 en mujeres y hombres respectivamente. Fallecieron 147 personas, 57 mujeres (cuarta causa de muerte en mujeres) y 90 hombres (segunda causa de muerte en hombres).

La frecuentación hospitalaria, en 2014, por **enfermedad cerebro-vascular** fue 252,1/100.000 en mujeres y 324,86/100.000 en hombres. En 2014 fue la primera causa de muerte en ambos sexos (169 fallecimientos).

La **esperanza de vida** se mantiene en las mujeres en 87,2 años y aumenta en los hombres 2,1 años, pasando de 80 en 2013 a 82,1 en 2014.

En 2014 se perdieron 6835 **Años Potenciales de Vida hasta los 70 años** (APVP₇₀). Las tres principales causas de APVP fueron entre las mujeres fueron los tumores de mama, pulmón y colon y recto, Entre los hombres, el cáncer de pulmón, la cardiopatía isquémica y el suicidio.

En 2015 se publicaron los "**Perfiles de Alcohol**". Son consumidores de alto riesgo un 33,3% de los hombres de 45-64 años y un 21% de las mujeres de 15-64 años. En 2014, 1160 personas mayores de 14 años de Araba consultaron en centros de salud mental por problemas relacionados con el alcohol. Ese mismo año, hubo 715 atenciones del 112 por intoxicación etílica aguda. Se estima que, en el periodo 2009-2011, en la Comarca, reducir el consumo de alcohol evitaría 337 cánceres.

A. VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

A1.- SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO)

La **declaración numérica semanal** de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO), medida como el porcentaje de hojas de notificación recibidas respecto al número de declaraciones posibles (una semanal por médico), ha sido del 86,73% en el año 2015, superior al 84,59% del año anterior pero inferior al 90% de años anteriores.

Se han recibido 174 **hojas de declaración individual**, cifra superior a las 110 del 2014 debido, fundamentalmente, al aumento de declaraciones de tosferina. La procedencia de las hojas de declaración individual recibidas en el 2015 es la siguiente:

Declaraciones (n y %) de EDO individual por centros. Araba/Álava 2015.

CENTRO	CASOS	%
C. Salud Vitoria-Gasteiz	71	40,55
C. Salud rurales	44	25,29
HUA sede Txagorritxu	33	19,00
HUA sede Santiago	13	7,50
Otros hospitales Álava/Araba	1	0,60
Otros fuera de Álava/Araba	12	6,90
TOTAL	174	100,00

En la siguiente tabla se presenta el número de casos incidentes de cada EDO en el periodo 2010-2015. Para el año 2015 se muestran, también, las tasas de incidencia por 100.000 habitantes, y los índices epidémicos 1 y 2 que se obtienen de la siguiente manera:

- El índice epidémico 1 (IE1) es la razón entre el número de casos notificados en el año 2015 y el número de casos del año anterior.
- El índice epidémico 2 (IE2) es la razón entre el número de casos notificados en el año 2015 y la mediana del número de casos anuales del quinquenio anterior (2010-2014).

Cuando el índice epidémico es menor o igual a 0,75 se considera que la incidencia ha sido significativamente menor a la del año (IE1) o quinquenio (IE2) anterior; si es igual o mayor a 1,25, se considera que la incidencia ha aumentado significativamente. Es necesario tener en cuenta que, en el caso de las enfermedades de baja incidencia, pequeños cambios en el número de casos se traducen en grandes variaciones en los índices epidémicos, sobre todo, en el IE1.

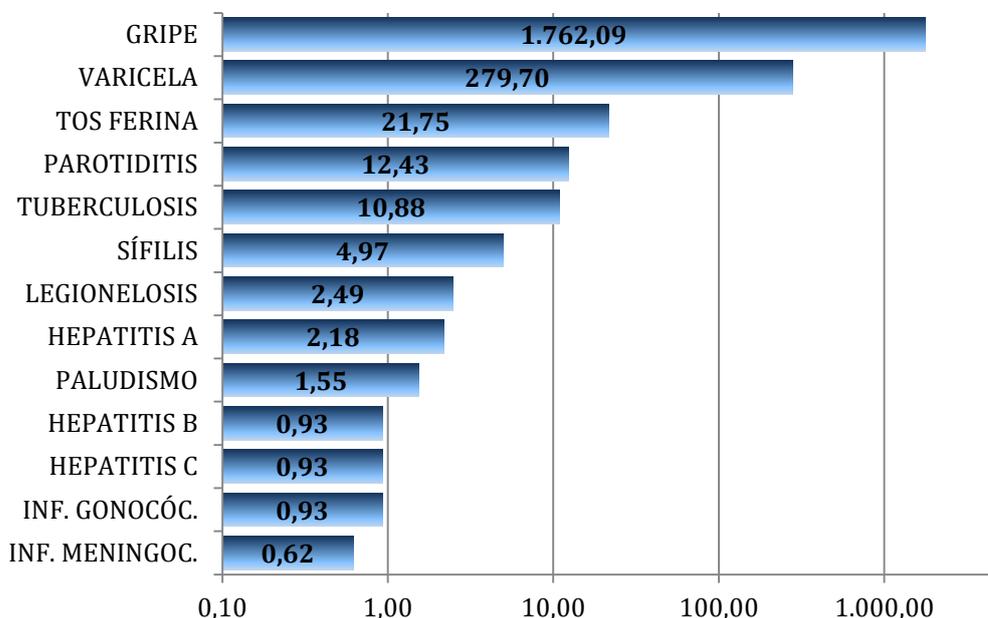
Nº de casos del periodo 2010-2015 y tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) e índices epidémicos 1 (IE1) y 2 (IE2) de 2015. EDO. Araba/Álava 2015. EDO

	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Tasa	IE1	IE2
Enfermedades de transmisión alimentaria									
F. Tifo- paratífica	-	2	-	1	-	-	-	*	*
Shigelosis	2	2	1	1	1	-	-	*	*
Triquinosis	-	-	-	-	-	-	-	*	*
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	12	6	2	4	4	7	2,18	1,75	1,75
Hepatitis B	-	2	3	5	4	3	0,93	0,75	1,00
Hepatitis C	1	4	5	4	1	3	0,93	3,00	0,75
Enfermedades de transmisión aérea o respiratoria									
Gripe	1.204	3.793	3.076	3.793	3.407	5.670	1.762,09	1,66	1,66
Legionelosis	14	8	4	5	7	8	2,49	1,14	1,14
Meningitis tuberculosa	2	2	-	-	-	-	-	*	*
Tuberculosis	44	60	34	33	38	35	10,88	0,95	0,95
Enfermedades de transmisión sexual									
Inf. Gonocócica	5	3	1	1	1	3	0,93	3,00	3,00
Sífilis	20	16	15	18	21	16	4,97	0,76	0,89
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Enf. Meningocóc.	3	-	2	3	-	2	0,62	*	1,00
Parotiditis	7	205	202	228	44	40	12,43	0,91	0,20
Poliomielitis	-	-	-	-	-	-	-	*	*
Rubéola	-	-	-	-	-	-	-	*	*
Sarampión	-	3	-	-	-	-	-	*	*
Tétanos	2	-	1	-	-	-	-	*	*
Tos ferina	-	3	15	1	9	70	21,75	7,78	23,33
Varicela	909	971	1.400	2.275	838	900	279,70	1,07	0,93
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	-	-	-	-	-	-	-	*	*
Paludismo	4	6	8	16	10	5	1,55	0,50	0,63
Peste	-	-	-	-	-	-	-	*	*
Tifus exantemático	-	-	-	-	-	-	-	*	*
Zoonosis									
Brucelosis	-	-	-	1	-	-	-	*	*
Rabia	-	-	-	-	-	-	-	*	*
Otras enfermedades infecciosas									
Lepra	-	1	1	-	-	1	0,31	*	*
Rubéola congénita	-	-	-	-	-	-	-	*	*
Sífilis congénita	-	-	-	-	-	-	-	*	*
Tétanos neonatal	-	-	-	-	-	-	-	*	*

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

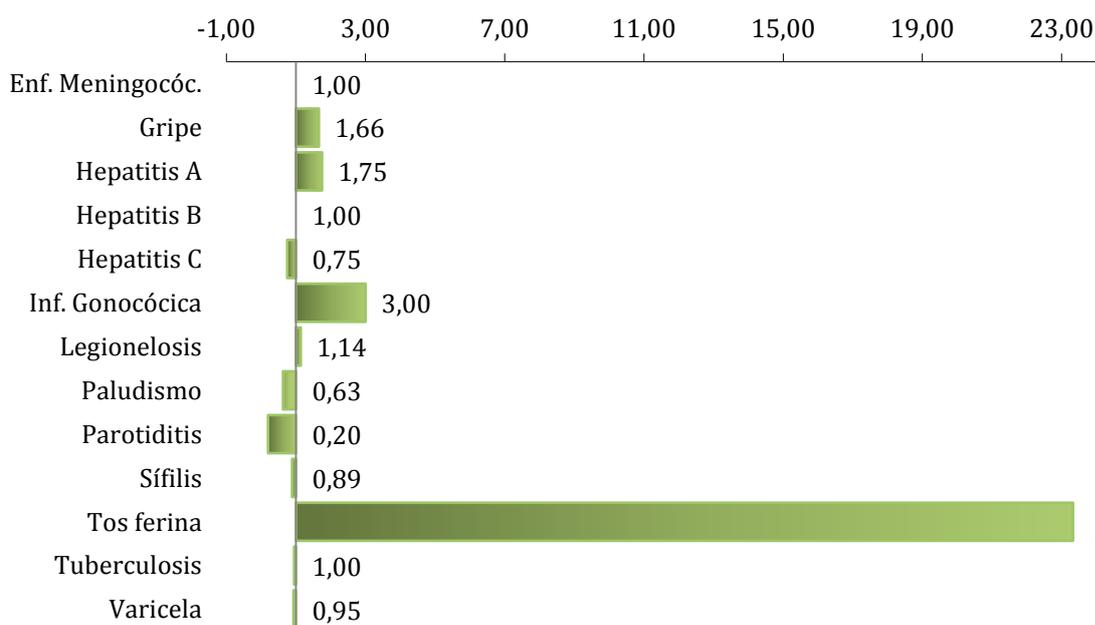
En la siguiente figura se representan las tasas de incidencia por 100.000 habitantes de algunas EDO.

Tasas de incidencia por 100.000 habitantes en base logarítmica. Araba/Álava 2015. EDO



El mayor aumento respecto al año anterior, se ha producido en la tosferina (IE1:7,78 e IE2:23,33). Aumentos más discretos se observan en la infección gonocócica (IE1 e IE2:3), hepatitis A (IE1 e IE2:1,75) y gripe (IE1 e IE2:1,66). La incidencia de hepatitis C ha aumentado con respecto al 2014 (IE1:3) pero el IE2, que es más estable porque considera el quinquenio anterior, se mantiene en 0,75. Presentan una disminución de incidencia la parotiditis y el paludismo

Tendencias EDOs. Índice epidémico 2. Araba/Álava 2015. EDO



El 9 de marzo de 2015 se aprobó la Orden SSI/445/2015 que modifica los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995. La citada orden tiene por objeto modificar la lista de enfermedades de declaración obligatoria, que pasan a ser 60, sus modalidades de declaración y las enfermedades de ámbito regional. Más información: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-2837.

Así mismo, las modificaciones de la normativa estatal se reflejan en la normativa autonómica correspondiente:

<http://www.euskadi.eus/orden/orden-de-21-de-enero-de-2016-del-consejero-de-salud-por-la-que-se-que-modifican-los-anexos-del-decreto-3121996-de-24-de-diciembre-por-el-que-se-crea-el-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-en-la-comunidad-autonoma-del-pais-vasco/web01-ejeduki/es/>

Hay que destacar que, además de las 60 enfermedades de declaración a nivel nacional , en la CAPV, son de declaración obligatoria la enfermedad de Lyme y la enfermedad estreptocócica invasiva.

SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA (SIM)

Desde el año 2015, el HUA realiza las analíticas de la OSI Alto Deba. Para comparar los resultados del 2015 con años anteriores, las analíticas correspondientes al Alto Deba se han excluido y se representan por separado en 2015.

Microorganismos declarados al SIM en 2015. Laboratorio HUA. Comarca Araba y OSI Alto Deba.

	Comarca Araba	OSI Alto Deba	Total
Infecciones de transmisión sexual*			
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	25	-	25
Infecciones gastrointestinales			
<i>Campylobacter</i>	289	44	333
<i>Entamoeba histolytica</i>	-	-	-
<i>Fasciola hepática</i>	-	-	-
<i>Listeria monocytogenes</i>	2	-	2
<i>S.typhi /paratyphi</i>	1	-	1
<i>S.typhimurium</i>	55	7	62
<i>S. enteritidis</i>	27	1	28
Otras salmonellas	21	7	28
<i>Sighella</i>	-	-	-
<i>Yersinia</i>	13	1	14
Adenovirus	50	7	57
<i>Taenia spp</i>	-	-	-
Rotavirus	107	1	108
<i>E coli enterohemorragico</i>	-	-	-
Infecciones de transmisión respiratoria			
<i>Chlamydia pneumonie</i>	18	1	19
<i>Legionella pneumophila</i>	7	3	10
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	105	3	108
<i>Streptococcus pneumoniae (hemocultivo)</i>	18	7	25
Virus respiratorio sincitial	62	-	62
Virus gripal	71	-	71
Micobacterias			
Micobacterias tuberculosas	32	-	32
Micobacterias atípicas	10	-	32
Infecciones del sistema nervioso central			
Enterovirus (aislamiento en LCR)	-	-	-
<i>Neisseria meningitidis</i>	-	1	1
<i>Streptococcus pneumoniae (aislamiento en LCR)</i>	2	-	1
Enfermedades prevenibles por inmunización			
<i>Bordetella pertussis</i>	-	-	-
<i>Haemophilus influenzae</i>	1	-	1
Hepatitis B	-	-	-
Hepatitis A	4	-	4
Parotiditis	-	-	-
Rubeola	-	-	-
Sarampión	-	-	-
Zoonosis			
<i>Brucella</i>	-	-	-
<i>Coxiella burnetti</i>	3	-	3
<i>Borrelia burgdorferi</i>	--	-	-
<i>Echinococcus granulosus</i>	5	-	5
Enfermedades importadas			
<i>Plasmodium</i>	5	-	5
Otras infecciones			
<i>Streptococcus pyogenes</i>	5	-	5
<i>Staphylococcus aureus meticilin resistente</i>	323	32	352

Microorganismos declarados al SIM. 2010-2015. Laboratorio HUA. Comarca Araba

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Infecciones de transmisión sexual						
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	17	10	13	28	9	25
<i>Treponema pallidum</i>	67	72	97	72	10	-
<i>Chlamydia trachomatis</i>	11	13	16	24	7	-
Total	95	95	126	124	26	25
Infecciones gastrointestinales						
<i>Campylobacter</i>						
<i>C. jejuni</i>	156	140	179	132	210	201
<i>C. coli</i>	5	3	2	-	3	-
<i>C. fetus</i>	-	3	2	-	1	-
<i>C. lari</i>		6	5	5	-	-
<i>C. sp</i>	116	132	118	107	31	88
Total	277	284	306	244	245	289
<i>Entamoeba histolytica</i>	1	-	1	-	-	-
<i>Fasciola hepática</i>	2	4	1	1	1	-
<i>Listeria monocytogenes</i>	-	4	3	10	5	2
<i>Salmonella</i>						
<i>S.typhi /paratyphi</i>	-	2	-	1	-	1
Otras salmonellas-						
<i>S.typhimurium</i>	1	3	4	10	53	55
<i>S.grupo B</i>	7	36	40	50	9	
<i>S. grupo C</i>	8	11	12	9	22	16
<i>S. grupo D</i>	110	66	33	43	6	
<i>S. enteritidis</i>	9	18	4	4	14	27
<i>Salmonella sp.</i>	2	6	12	11	8	5
Total	137	140	105	127	112	103
<i>Sighella</i>						
<i>S. sonnei</i>	2	1	1	-	1	-
<i>S. flexeneri</i>	2	-	-	-	-	-
Total	4	1	1	0	1	0
<i>Yersinia</i>	20	27	17	18	14	13
<i>Adenovirus</i>	18	15	19	17	23	50
<i>Taenia spp</i>	2	2	1	-	-	-
<i>Rotavirus</i>	93	95	104	88	61	107
<i>E coli enterohemorrágico</i>	1	-	-	-	-	-
Infecciones de transmisión respiratoria						
<i>Chlamydia pneumonie</i>	7	2	-	8	17	18
<i>Legionella pneumophila</i>	11	7	2	8	5	7
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	44	54	42	31	19	105
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	15	30	30	7	15	20
<i>Virus respiratorio sincitial</i>	-	33	58	5	62	-
<i>Virus gripal</i>	-	1	-	1	-	71

Microorganismos declarados al SIM. 2010-2015. Laboratorio HUA. Comarca Araba

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Micobacterias tuberculosas						
<i>M. tuberculosis</i>	24	39	24	24	30	32
<i>M. bovis</i>	-	2	1	-	-	-
<i>M. africanum</i>	2	-	-	1	-	-
Total	26	41	25	25	30	32
Micobacterias atípicas						
<i>M.xenopi</i>	-	-	-	-	3	3
<i>M. avium</i>	-	1	2	1	3	2
<i>M. gordonae</i>	-	-	-	1	-	-
<i>M.kansassi</i>	2	1	1	1	-	5
Total	2	2	3	3	6	10
Infecciones del sistema nervioso central						
Enterovirus	-	-	6	8	-	-
<i>Neisseria meningitidis</i>	2	1	2	1	-	-
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	-	-	-	-	-	-
Enfermedades prevenibles por inmunización						
<i>Bordetella pertussis</i>	-	2				
<i>Haemophilus influenzae</i>	-	2	4	3	2	1
Hepatitis B	4	1	1	2	0	
Hepatitis A	12	5	4	4	3	4
Parotiditis	-	1	-	-	-	-
Rubeola	-	-	-	-	-	-
Sarampión	-	1	-	-	-	-
Zoonosis						
<i>Brucella</i>	-	-	-	1	0	
<i>Coxiella burnetti</i>	14	1	7	16	31	3
<i>Borrelia burgdorferi</i>	1	-	-	5	0	
<i>Echinococcus granulosus</i>	3	3	1	8	11	5
Enfermedades importadas						
<i>Plasmodium</i>						
<i>P.spp</i>	3	-	-	6	7	-
<i>P. falciparum</i>	8	7	9	13	3	3
<i>P.vivax</i>		3		1		2
TOTAL	11	10	9	20	10	5
OTRAS INFECCIONES						
<i>Streptococcus pyogenes</i>	3	5	8	8	2	5
SAMR	78	123	199	200	244	323

A2.-ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE LA A a la Z

Anisakiasis

En 2015 se realizó la vigilancia epidemiológica de casos de anisakiasis en el periodo de abril a mayo, coincidiendo con la “campana de la anchoa” en el País Vasco. Dicha vigilancia consiste en el registro de los casos declarados por los Hospitales de la CAPV. Se contabilizaron un total de 73 casos, 75,3% (55) de Bizkaia y 24,7% (18) de Gipuzkoa. Fuera del periodo de vigilancia se tuvo conocimiento de 13 casos adicionales, 11 en Bizkaia y 2 en Araba/Álava.

El 60,3% (44) de los casos eran confirmados; todos ellos referían ingesta de pescado crudo o poco cocinado y presentaban clínica compatible. El resto presentaban criterio epidemiológico y clínica compatible. El 56,2% eran mujeres y la edad media 52 años (rango: 5-87). Los síntomas se recogen en la tabla siguiente.

Anisakiasis. Frecuencia de síntomas (%)
CAPV. Abril-mayo 2015

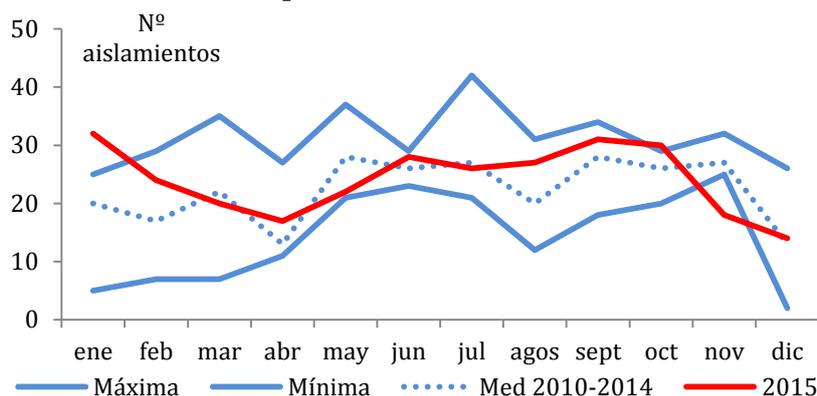
Síntomas	Frecuencia (%)
Dolor abdominal	78,1
Vómitos	43,8
Picor / Urticaria	19,2
Anafilaxia	15,1
Diarrea	9,6
Fiebre	9,6
Alergia	8,2
Erupción cutánea	8,2
Ileítis	4,3
Hematemesis	4,1
Eritema	2,7

El 39,7% (29) de los casos precisó ingreso hospitalario, con una estancia media de 2,5 días (rango de 1 a 11 días). En 48 casos se determinó el periodo de incubación; el 68,8% iniciaron síntomas el mismo día de ingestión. El alimento más frecuentemente implicado fue la anchoa (83,3% de los casos) y de estos, el 86,9% de consumo en crudo o en vinagreta. La merluza fue el alimento implicado en el 7% de los casos. Con la excepción de 4 casos, todos los demás prepararon y consumieron los alimentos en domicilios particulares.

Campilobacteriosis

En 2015 se declararon al SIM 333 aislamientos, 44 correspondientes a la OSI Alto Deba y 289 a la Comarca Araba. En la Comarca Araba se registró un aumento de casos del 18% (44) con respecto a 2014. La incidencia se ha mantenido próxima a la mediana del canal, excepto en los meses de enero y de octubre en los que la incidencia superó el máximo del periodo 2010-2014.

**Aislamientos de *Campylobacter*. 2015.
Canal endemo-epidémico. Araba 2010-2014. SIM**



El 54% de los afectados eran menores de 10 años. Hubo 20 ingresados por campylobacteriosis, con una media de edad de 53 años. Entre estos, dos eran de pediatría (1 y 13 años) y, de los restantes, el 55% tenían más de 60 años.

***Chlamydia trachomatis*, infección por**

No se dispone de datos del SIM en 2015 de *Chlamydia trachomatis*.

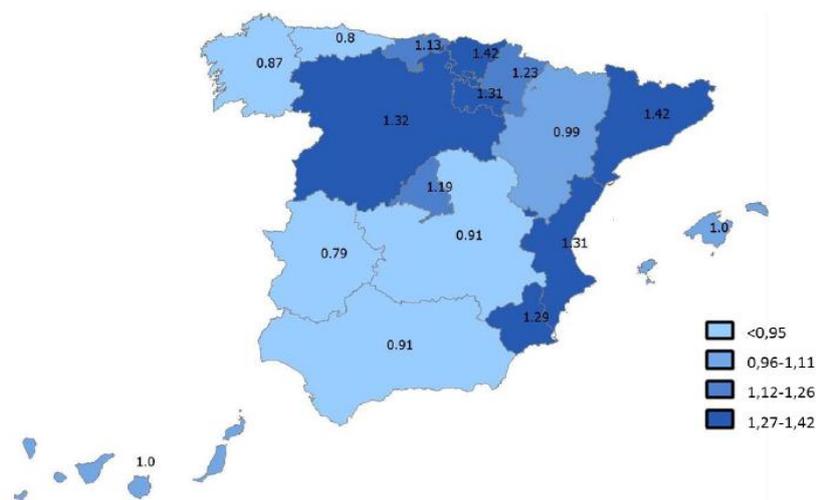
Difteria

En 2015 no se ha declarado ningún caso de difteria.

Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH)

Las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) son enfermedades de baja incidencia, de declaración obligatoria desde 2001 y recogidas en el Registro Nacional de EETH (RNEETH) desde 1995. Se caracterizan por presentar pérdida neuronal, gliosis y espongiosis con depósitos de proteína priónica y cursan, en general, con demencia de evolución rápida y siempre fatal. Entre ellas, la más frecuente es la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) de la que se conocen diversas formas según su origen. Se han descrito formas de transmisión iatrogénica (ECJi), debidas a injertos de duramadre, transplantes de córnea, tratamientos con hormona de crecimiento y gonadotropina procedentes de cadáveres humanos. Hay casos “familiares”, en los que la alteración de determinados genes facilita la aparición de la enfermedad. Entre las EETH genéticas están el Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker y el Insomnio Familiar Fatal (IFF). En las formas “esporádicas” (ECJe) se desconoce la fuente de transmisión. La epidemia de encefalopatía espongiforme bovina (EEB), que comenzó en 1985 en el Reino Unido, determinó en 1995 los primeros casos de una nueva forma en humanos, la denominada “variante” (vECJ), transmitida a través de la ingesta de carne de vacuno con EEB. La tasa de incidencia de ECJ esporádica, confirmada y probable, en España, ajustada por edad, es de 1,14 casos por millón de habitantes y año hasta diciembre de 2015, similar a la de otros países. Por CCAA las tasa más altas son las del País Vasco y Cataluña con 1,42 casos por 1.000.000 habitantes.

Incidencia* media anual (por millón) de ECJ esporádica (confirmada y probable). 1998-2015.



Fuente: Registro Nacional EETH. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

*Tasas ajustadas por edad. Población de referencia europea. http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/pdf_2016/Informe_marzo_2016.pdf

Entre 1993 y 2015, se han registrado 30 casos, de los que 10 son ECJ esporádica y 20 son casos familiares, presentando la mayoría de estos la mutación específica de la forma clínica denominada Insomnio Familiar Fatal. Esto representa una de las tasas más altas de Insomnio Familiar Fatal descritas a nivel mundial. De hecho, de los 66 casos de IFF declarados en el estado, entre 1993 y 2015, 20 son residentes en Araba. En 2015, se registró un caso de ECJ esporádica, un caso de ECJ familiar y un caso de IFF.

Encefalopatías Transmisibles Humanas (EETH). Registro del País Vasco 1993-2015

	Araba	Gipuzkoa	Bizkaia	CAPV
ECJe posible	0	2	6	8
ECJe probable	4	7	19	30
ECJe confirmado	6	18	41	65
Total esporádicos	10	27	66	103
Tasa de ECJe /1.000.000	1,4	1,5	2,2	1,8
ECJ familiar	1	3	0	4
IFF	19	2	8	29
S. Gerstmann-SS	0	2	0	2
Total casos familiares	20	7	8	35
Tasa/ 1.000.000	2,9	0,4	0,3	0,7

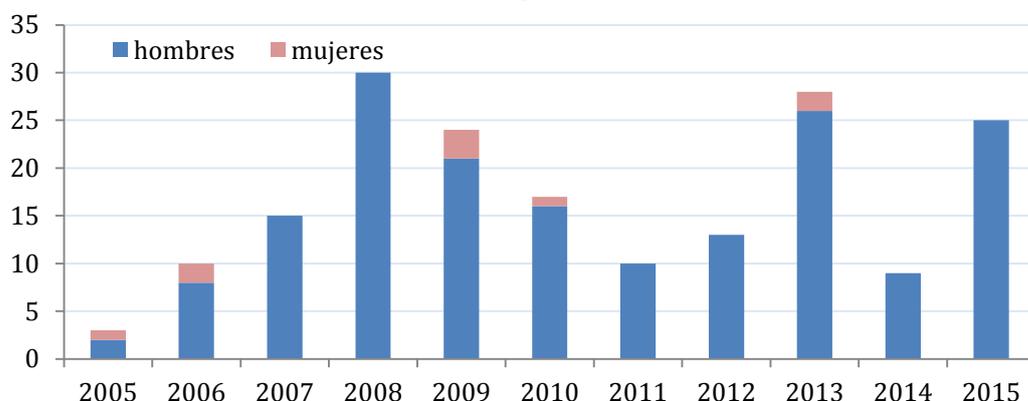
Enfermedad gonocócica

Durante 2016 se declararon al SIM 25 aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae*. De estos, sólo 3 (12%) fueron declarados al sistema EDO. Todos los casos correspondían a hombres con una media de edad de 33 años (rango: 18 a 51 años).

Entre 2005-2015 se han registrado en el SIM 184 aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae*: la incidencia más baja fue en 2005 con 2 casos y la más alta en 2008 con 30 casos. EL 95% (175) de los afectados eran hombres con una media de edad de 32 años (rango: 15-65

años). El 5% (9 casos) eran mujeres con una edad media de 43 años (rango: de 23 a 65 años).

Número de aislamientos. *Neisseria gonorrhoeae*. SIM. Araba. 2005-2015



Enfermedad por el virus Ébola (EVE)

La enfermedad por el virus Ébola se caracteriza por fiebre elevada, afectación multisistémica y aumento de la permeabilidad vascular con manifestaciones hemorrágicas que, con frecuencia, conduce rápidamente a muerte. El virus se detectó por primera vez en 1976 y, desde entonces, ha provocado en África brotes esporádicos de elevada letalidad (cercana al 50%). Los huéspedes naturales del virus parecen ser los murciélagos frugívoros; el virus se introduce en la población humana por contacto estrecho con órganos, sangre, secreciones u otros líquidos corporales de animales infectados. Posteriormente, en la comunidad, el virus se transmite persona a persona por contacto directo (a través de las membranas mucosas o soluciones de continuidad de la piel) con órganos, sangre, secreciones, u otros líquidos corporales de personas infectadas, o por contacto indirecto con materiales contaminados por dichos líquidos. Asimismo, se sospecha que los supervivientes mantienen el riesgo de transmisión por vía sexual tras su curación durante un tiempo. Hasta la fecha, el tratamiento es únicamente de soporte y no existe ninguna vacuna aprobada.

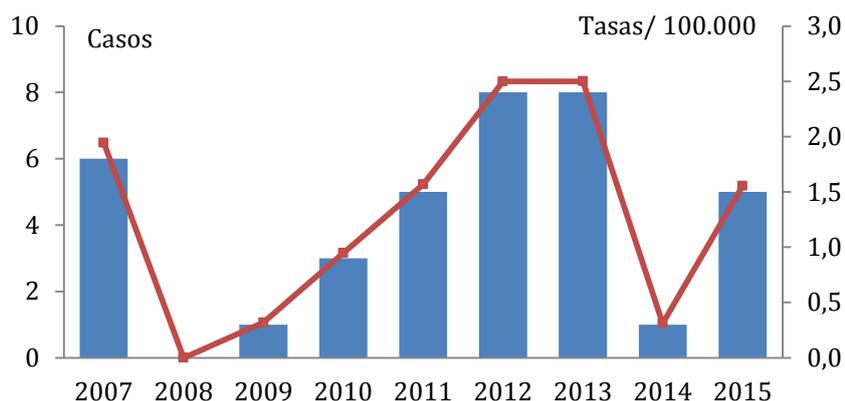
Los primeros brotes de EVE se produjeron en aldeas remotas de África central y occidental, cerca de la selva tropical; sin embargo, el reciente brote de Ébola en África Occidental (primeros casos notificados en marzo de 2014) ha sido el más extenso y complejo desde que se descubrió el virus. Dos años después, el 28 de marzo de 2016, la OMS dejó de considerar el brote una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. De todos modos, se mantienen medidas de vigilancia en los tres países más afectados (Guinea, Liberia y Sierra Leona). A 13 de abril de 2016 se contabilizaron un total de 28652 casos, 15261 confirmados por laboratorio, y 11325 muertos. El ECDC estableció el riesgo de importación o de transmisión del Ébola a Europa como bajo o muy bajo; a pesar de ello, se mantuvieron activos los protocolos de cara a garantizar la detección y el diagnóstico precoz de un posible caso de EVE para adoptar de manera inmediata las medidas de control que evitaran casos secundarios. En Álava/Araba durante el año 2015 no fue necesario activar el protocolo.

Estreptococo grupo A (*Streptococcus pyogenes*), enfermedad invasiva

En 2015 se declararon 5 aislamientos de *Streptococcus pyogenes* en hemocultivo, lo que supone una tasa de 1,6 casos por 100.000. Los casos eran 3 hombres y 2 mujeres mayores de 60 años (rango: 63-81 años).

La presentación clínica fue: bacteriemia en tres casos, una sepsis y una endocarditis. Los/as afectados/as presentaban factores de riesgo como procesos oncológicos o enfermedades crónicas que cursaban con inmunosupresión. Se produjo un fallecimiento.

**Casos y tasas de enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes*.
2010-2015. SIM. Araba/Álava**



Fiebre Q

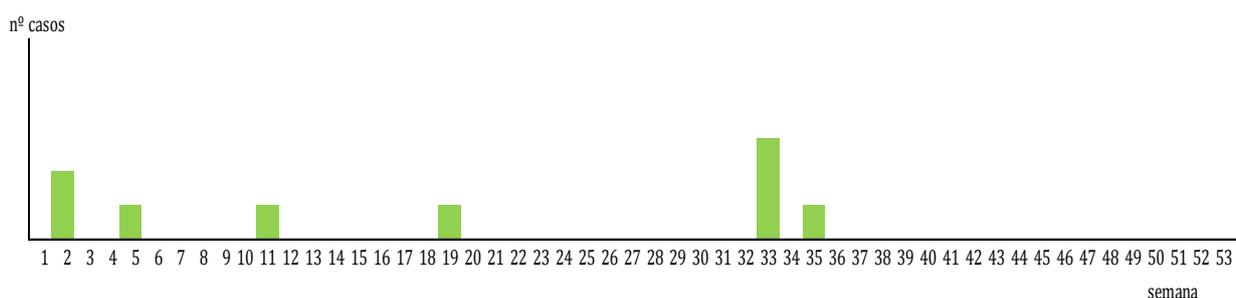
En el año 2015 se han estudiado 9 casos de fiebre Q; 2 confirmados y 7 probables. Se consideran confirmados los casos con seroconversión. Hay clínicos que consideran casos confirmados resultados de IgM e IgG en fase II positivas; sin embargo, el protocolo del CNE los considera casos probables.

El 66,67% de los casos fueron hombres y el rango de edad de 20 a 77 años con una mediana de 61 años. 4 casos requirieron hospitalización. Se determinó como exposición de riesgo el contacto con animales en 5 casos.

Entre los casos declarados hubo un brote de 3 afectados vinculados a una explotación ganadera. Se comunicó al Servicio de Ganadería de la Diputación Foral de Araba/Álava para que iniciaran la investigación pertinente.

En el siguiente gráfico se representa la curva epidémica de casos de fiebre Q por semana del inicio de síntomas o, en su ausencia, por semana de declaración.

Casos de fiebre Q (por inicio de síntomas) por semana. Araba/Álava 2015. SIM



Febre tifo paratífica

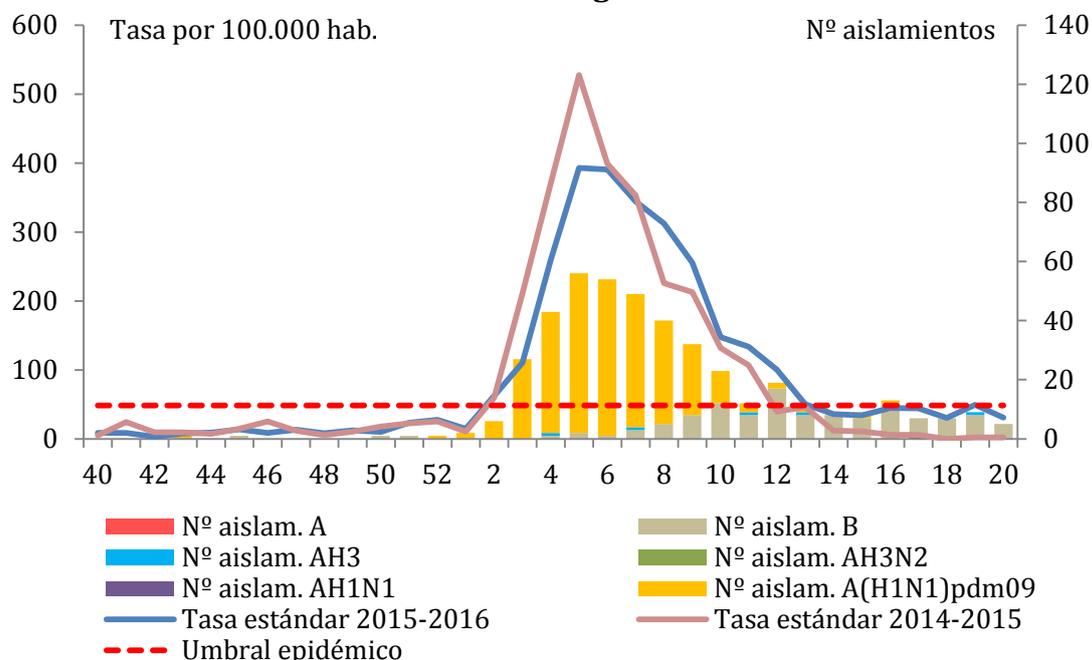
No se ha declarado ningún caso de fiebre tifo/paratífica en 2015.

Gripe

Se presentan los datos obtenidos de la Red de Médicos Vigía de gripe de la CAPV, integrada, en la temporada 2015-2016, por 49 médicos/as de Atención Primaria (AP) que cubren a 64.492 habitantes (el 3% de la población). 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 (CGHCG). El periodo de vigilancia se extiende desde la semana 40 hasta la 20 del año siguiente.

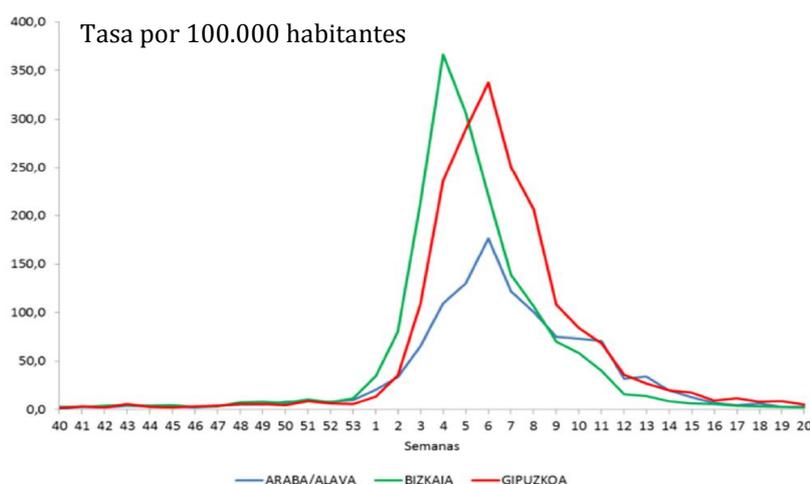
La Red Vigía de gripe de la CAPV, durante la temporada 2015-16, ha registrado 1.809 casos de gripe (3.183,1 casos por 100.000 habitantes), alcanzándose el pico epidémico en la semana 4/2016 (392,7 casos por 100.000). El umbral epidémico (48,50 por 100.000) se superó en la semana 1/2016 (62,1 casos por 100.000), descendiendo a niveles basales en la semana 13/2016 (35,8 casos por 100.000), lo que determina un periodo epidémico de 12 semanas; predominó el virus A(H1N1)pdm09. La onda epidémica en la temporada 2015-16 no alcanzó incidencias tan altas como la temporada previa; sin embargo, ha sido algo más prolongada en el tiempo, manteniéndose las tasas cercanas al umbral epidémico durante las últimas semanas de vigilancia, con actividad viral de tipo B.

Evolución de la gripe CAPV. Temporadas 2014-2015 y 2015-2016.
Red médicos vigía CAPV



La frecuentación por síndrome gripal en Atención Primaria recoge datos por TH; como se observa en la siguiente figura, la mayor tasa bruta de Álava/Araba (176,9/100.000) fue muy inferior a las del resto de THs (Bizkaia 366,8/100.000 y Gipuzkoa 337,7).

Consultas (tasas por 100.000) por síndrome gripal en Atención Primaria de Osakidetza por TH. Temporada 2015-2016. Osabide



Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG)

En la temporada 2015-2016 se registraron en la CAPV 262 CGHCG, el doble que en la temporada previa (130 casos); de ellos, 79 eran de Araba/Álava. De los casos de Araba/Álava, el rango de edad fue de 0 a 93 años y la mediana de 58 años; el 36,71% eran mayores de 64 años. Comparando con la temporada anterior, en la que el virus A(H3N2) fue el predominante, la mediana de edad ha sido más baja y menor la proporción de mayores de 64 años. El 57% de los casos fueron hombres. El 20% de los casos precisó ingreso en UCI y el 9 % de los casos falleció. El 65% de los casos presentaban factores de riesgo de complicaciones de gripe. En la siguiente tabla se describe la distribución de los factores de riesgo y de las complicaciones.

Factores de riesgo y complicaciones (%).

Casos graves hospitalizados con gripe confirmada. Araba/Álava 2015-16

Factores de riesgo	%
Enfermedad cardiovascular crónica	22,8
Enfermedad respiratoria crónica	15,2
Enfermedades metabólicas	21,5
Inmunodeficiencia	5,1
Enfermedad renal crónica	10,1
Enfermedad hepática crónica	6,3
Enfermedad oncológica	16,5
Obesidad	10,1
Embarazo	1,3
Otros	11,4
Complicaciones	%
Neumonía	89,87
SDRA	22,78
Coinfección	11,39
Fallo multiorgánico	8,86

En el siguiente enlace se localiza el informe de la temporada 2015-2016 de la vigilancia de gripe estacional a nivel de la CAPV:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/medicos_vigia_vigilancia_ep/es_def/adjuntos/INFORME%20GRIPE%20TEMPORADA%202015-2016_final.pdf

Estudio cycEVA

Durante la temporada 2015-2016, como en temporadas anteriores, se participó en el estudio de casos y controles para estimar la efectividad de la vacuna antigripal (cycEVA). Todos los médicos vigías de gripe de la CAPV han participado en dicho estudio y han aportado 511 casos y controles al estudio. Araba/Álava ha aportado 68, el 75% de ellos casos confirmados.

En la temporada 2015-16 se ha realizado por primera vez, como parte del proyecto I-MOVE+, estimaciones de la efectividad de la vacuna antigripal frente a la hospitalización con gripe en mayores de 64 años. En España, además de Salud Pública, participan el Hospital Sertet (Aragón) y el Hospital Universitario Donostia. <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21378>

***Haemophilus influenzae*, enfermedad invasiva**

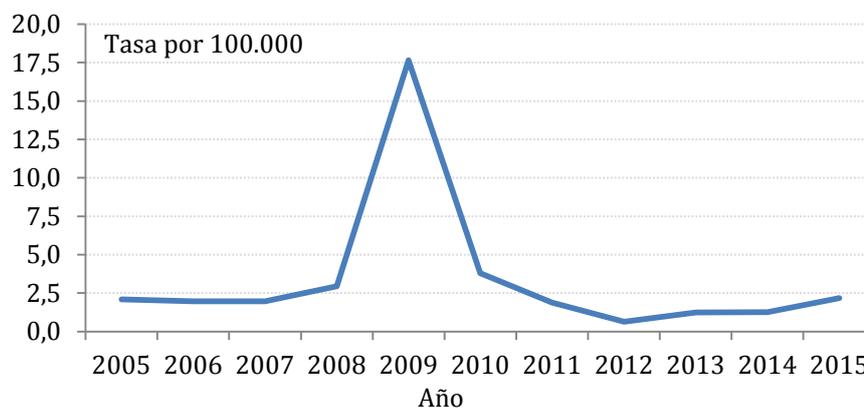
El SIM ha recibido un único aislamiento de *Haemophilus influenzae* en líquido cefalorraquídeo. La afectada era una mujer de 70 años que presentó una meningitis secundaria a mastoiditis. Había sido intervenida en fechas previas de un meningioma.

Hepatitis A

Se notificaron 7 casos de hepatitis A durante el año 2015, lo que corresponde a una tasa de 2,18 casos por 100.000 habitantes; es una cifra superior a los 4 casos del año pasado. El rango de edad fue de 5 a 61 años y la mediana de 24 años. Dos referían contacto con un caso confirmado; otros factores de riesgo identificados fueron el antecedente de viaje a zona endémica, el consumo de alimentos sospechosos y/o las prácticas sexuales de riesgo.

Durante 2009 se declararon 54 casos de hepatitis A, tasa de 17,66 por 100.000 habitantes. Hubo tres brotes ese año, uno de 17 casos asociado a un restaurante. Otro brote de 8 casos con el antecedente de prácticas sexuales de riesgo, y un tercero de 4 casos en un colegio.

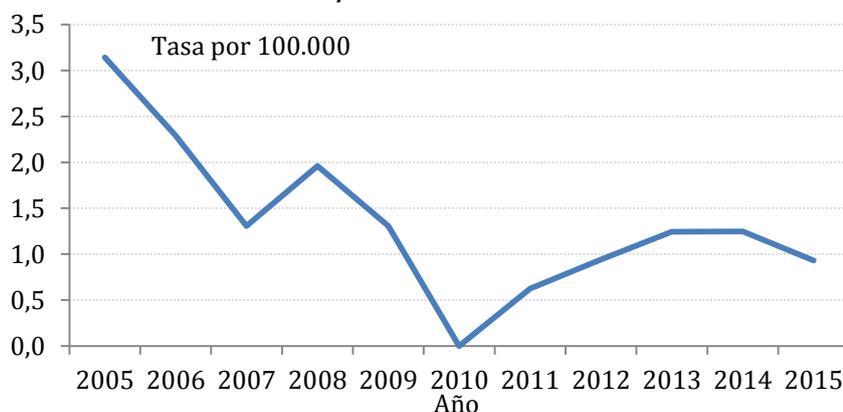
Tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) de hepatitis A. Araba/Álava 2005-2015. EDO



Hepatitis B

En 2015 se declararon 3 casos de hepatitis B aguda, un caso menos que en 2014. La tasa de incidencia ha sido de 0,93 casos por 100.000 habitantes. Todos los casos han sido aislados y corresponden a hombres en un rango de edad de 36 a 61 años.

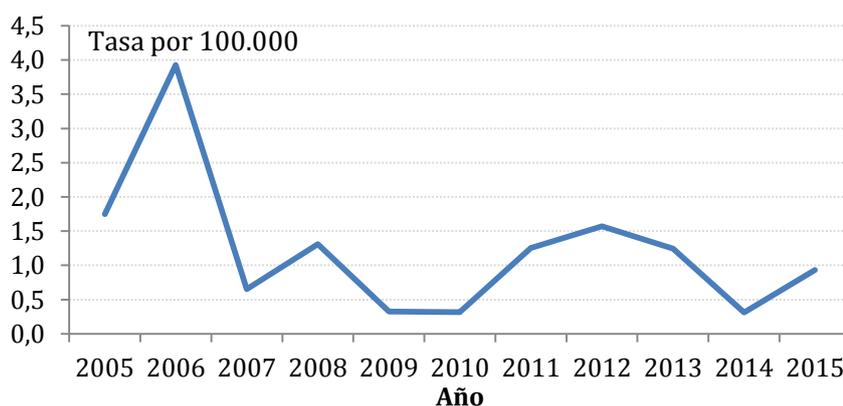
**Tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) de hepatitis B aguda.
Araba/Álava 2005-2015. EDO**



Hepatitis C

Se declararon 3 casos de hepatitis C (aguda y/o nuevo diagnóstico) a lo largo de 2015, lo que corresponde a una tasa de 0,93 casos por 100.000 habitantes. Son cifras superiores a las del año precedente (un único caso). Todos los casos son hombres y el rango de edad es de 36 a 61 años.

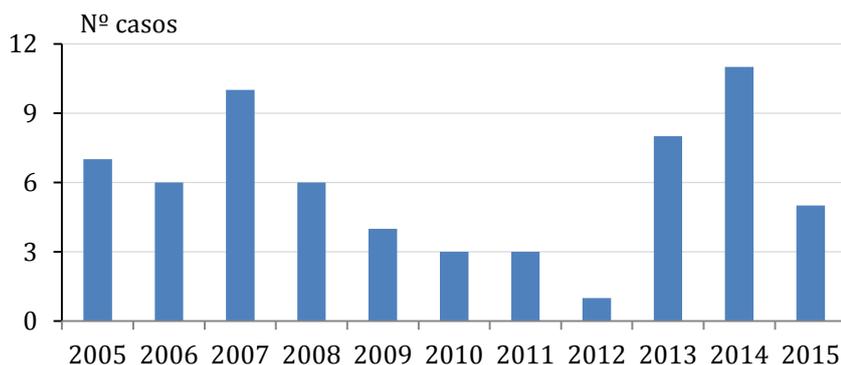
**Tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) de hepatitis C.
Araba/Álava 2005-2015. EDO**



Hidatidosis

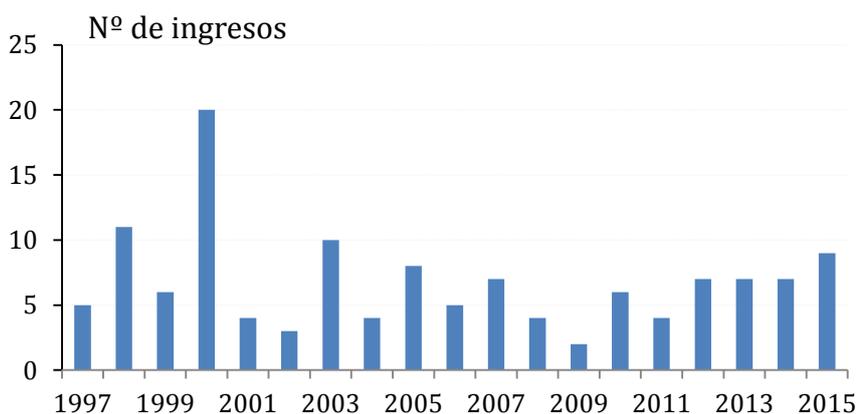
Durante 2015 se han recibido del SIM 5 casos con títulos altos de anticuerpos frente a *Echinococcus granulosus*. Se trataba de 2 mujeres y 3 hombres con edades comprendidas entre 44 y 72 años.

Casos de hidatidosis. 2005-2015 SIM. Araba/Álava



Entre 1997 y 2015, ingresaron 129 personas por hidatidosis (CIE-9:122 en diagnóstico principal) con una media anual de 20 casos (rango: 20 - 4). El 64% (82) eran hombres y el 36% (48) mujeres. Por grupos de edad, la distribución fue la siguiente: 3 (2%) menores de 15 años, 36 (28%) entre 15 y 44 años, 45 (35%) entre 45 y 65 años y 45 (35%) eran mayores de 65 años. En 104 ingresos el diagnóstico era hidatidosis hepática (CIE-9: 120.0, 120.5, 122.8), en 4 hidatidosis pulmonar (CIE-9: 122.1) y en el resto hidatidosis no especificada.

Número de ingresos por hidatidosis. Araba/Álava 1997-2015. ExploGRD



La vigilancia de la hidatidosis se ha realizado en nuestra comunidad a través de las declaraciones al SIM del laboratorio HUA. A partir de la publicación de la orden SSI/445/2015 del País Vasco que modifica los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995 por el que se creó la red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, esta enfermedad pasa a ser de declaración obligatoria. Esta circunstancia probablemente ayudará a conocer mejor la epidemiología de la enfermedad en nuestro medio.

A efectos de vigilancia hemos de valorar además de los casos nuevos, las reinfecciones y las recidivas.

Legionelosis

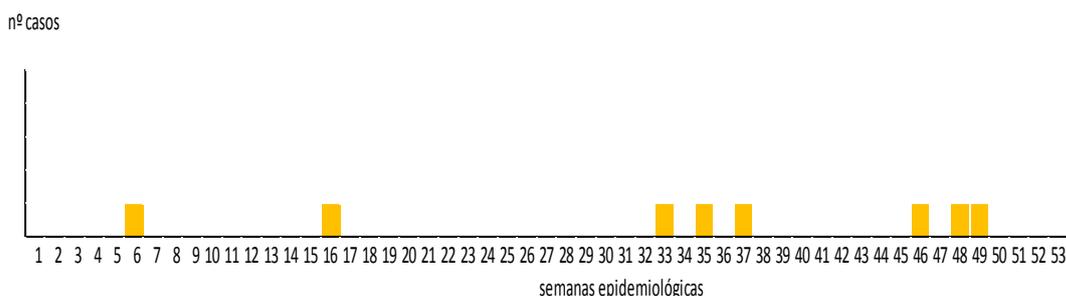
Se declararon 8 casos de legionelosis durante 2015, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 2,49 casos por 100.000 habitantes. Uno de los casos ha sido declarado por un hospital privado y el resto por el HUA.

Entre los casos declarados, 5 son hombres y 3 mujeres. El rango de edad es de 44 a 88 años y la mediana de 68 años. Todos los casos presentaron neumonía.

Entre los factores de riesgo individuales, 2 casos tenían antecedentes de neoplasia y diabetes, un caso tenía diabetes, uno enfermedad cardíaca, dos eran fumadores, y otro estaba inmunodeprimido. Ha habido un único caso sin factores de riesgo personales. Todos los casos menos uno precisaron ingreso hospitalario. La mediana de días de estancia fue de 11 días. Un caso falleció.

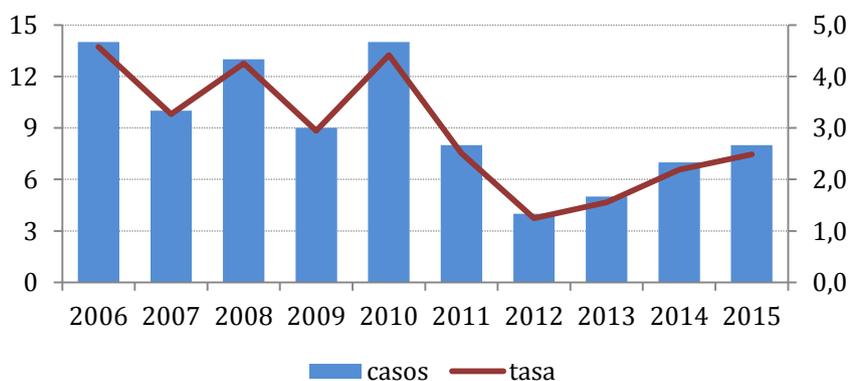
El método diagnóstico empleado fue la detección del antígeno en orina mediante EIA (enzima-inmuno-análisis). Sólo se recogió esputo para cultivo en uno de los casos. La mediana de los días transcurridos desde el inicio de síntomas hasta la declaración del caso, casi siempre coincidente con el diagnóstico mediante antigenuria, fue de 4,5 días.

Número de casos de legionelosis por semana epidemiológica. Araba/Álava, 2015. EDO



En todos los casos (8) menos en uno se procedió a investigar los factores de riesgo ambiental. La investigación se llevó a cabo por Sanidad Ambiental y la Comarca de la Subdirección de Salud Pública de Álava/Araba, y por el ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz en 6 de los casos. No se identificó ningún factor de riesgo ambiental relacionado con los casos.

Casos y tasas por 100 000 hab. de legionelosis. EDO. Araba/Álava 2006-2015.



Lepra

En 2015 se declaró un caso nuevo de lepra multibacilar en un menor de 9 años que tenía como antecedente una estancia larga en un país de alta endemia. Además, se ha realizado el seguimiento de un caso de lepra diagnosticado en 2012 que continúa con el tratamiento para lepra multibacilar indicado por la OMS.

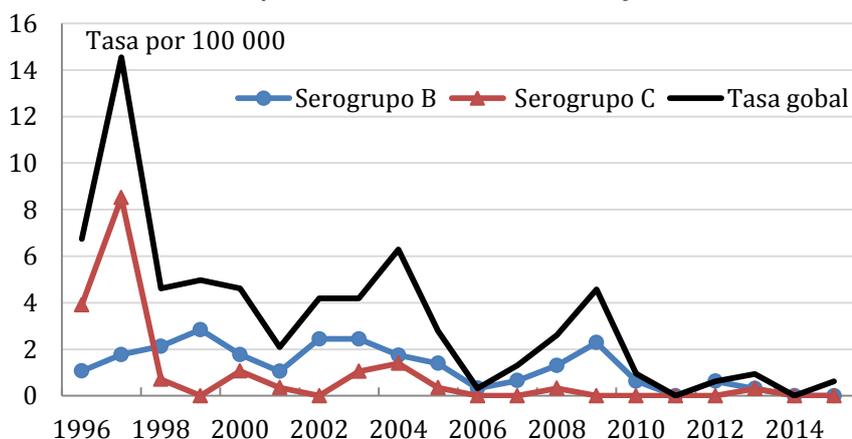
Listeriosis

Se han declarado 2 casos de listeriosis durante 2015. Son 2 hombres de 75 y 67 años de edad; ambos casos presentaban factores de riesgo. Uno de ellos era un caso nosocomial, ya que estuvo ingresado en el hospital durante todo el periodo de incubación.

Meningocócica, enfermedad

Durante 2015 se han declarado 2 casos (uno confirmado y otro probable) de enfermedad meningocócica. Uno de los casos fue un lactante de 5 meses con un aislamiento de *N. meningitidis* serogrupo Y en sangre (declarado por La Rioja) y que cursó con síndrome febril. A tres contactos familiares se les administró quimioprofilaxis en el mismo hospital. Además, se identificaron otros 10 convivientes (4 de ellos niños) a los que se prescribió quimioprofilaxis. El segundo caso fue una mujer de 62 años que desarrolló una meningoencefalitis de origen bacteriano, sin filiar.

Tasa de incidencia global y por serogrupo de enfermedad meningocócica en Araba/Álava. 1996-2015. EDO y SIM.

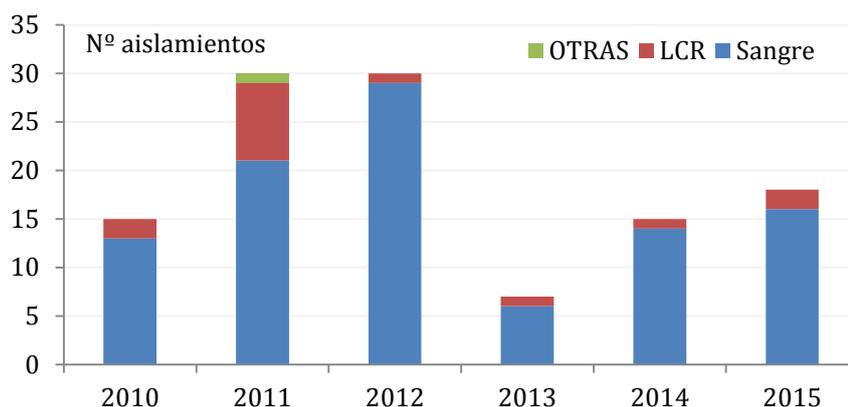


La gráfica refleja la evolución de la enfermedad meningocócica y la contribución de los diferentes serogrupos. El número de aislamientos del serogrupo C presentó un gran descenso después del año 1997 (campaña de vacunación extraordinaria), se mantuvo entre 2 y 4 casos/año hasta 2004, y, a partir de ese año, se han declarado 3 casos en once años. El serogrupo B ha mantenido cierta estabilidad, con un máximo de 8 casos en 1999; a partir de 2009 el número de aislamiento se ha mantenido entre 0 y 2 casos por año.

Neumocócica invasiva, enfermedad

En 2015 se declararon 25 aislamientos de *Streptococcus pneumoniae*, 23 en sangre y 2 en LCR. De estos, 7 correspondían a afectados no domiciliados en Araba.

**Número de aislamientos de *Streptococcus pneumoniae* por tipo de muestra y año.
2010-2015. SIM. Araba/Álava**



El rango de edad de los 18 residentes en Araba/Álava fue de 6 meses a 91 años. Excluyendo a los dos niños de 6 meses y 3 años, la media de edad fue de 73 años (rango: 49 a 91 años). 7 eran mujeres y 11 hombres. Entre los 11 afectados de 65 o más años, 9 tenían alguna enfermedad crónica o inmunosupresión, y cuatro estaban vacunados. Entre los adultos menores de 65 años, uno tenía una enfermedad crónica y estaba vacunado, el resto no presentaban factores de riesgo.

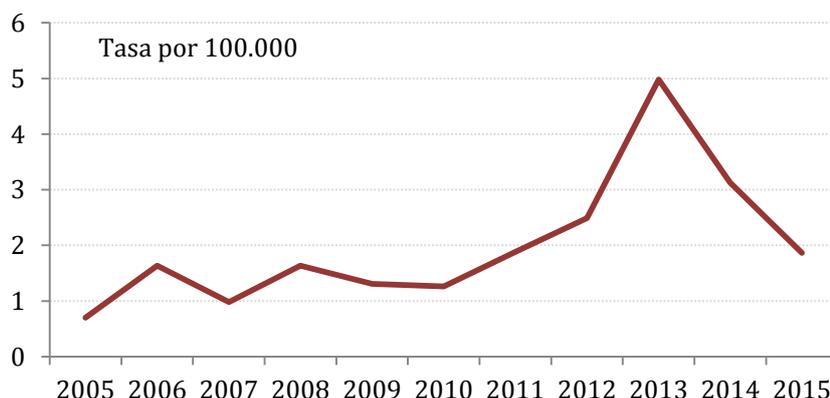
La presentación clínica de los casos fue: 3 sepsis, 3 meningitis, 9 neumonías y 3 bacteriemias. Menos uno, todos requirieron ingreso hospitalario. Hubo 3 fallecidos (tasa de letalidad: 17%), dos por neumonía (mayores de 91 años) y uno por sepsis (60 años). De los dos niños afectados, la menor de 6 meses, que presentó bacteriemia, tenía tres dosis de vacuna conjugada de 13 valencias, la última dosis recibida en la misma semana en que inició síntomas; el otro afectado de tres años, que no estaba vacunado, presentó sepsis y precisó ingreso hospitalario.

Paludismo/malaria

En el año 2015 se registraron 6 casos de malaria (tasa de 1,86 casos por 100.000 habitantes), con edades comprendidas entre los 12 y 40 años (mediana 27,5 años).

En un caso el agente causal fue *Plasmodium vivax*, en los demás fue *Plasmodium falciparum*. Todos estaban asociados a viajes a zonas endémicas.

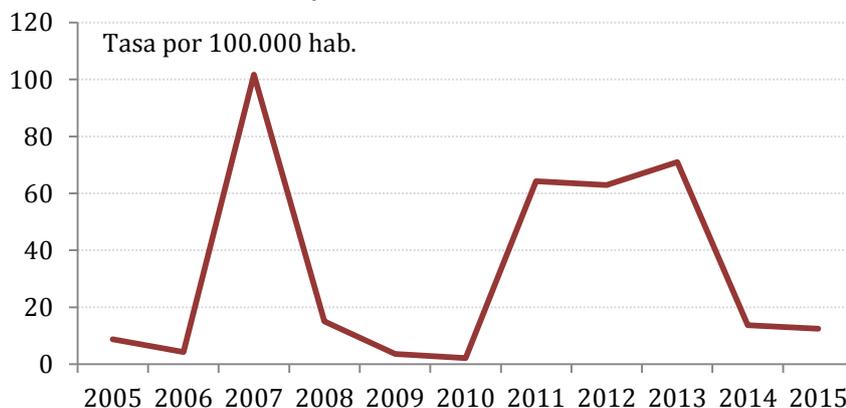
**Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de paludismo.
Araba/Álava 2006-2015. EDO**



Parotiditis

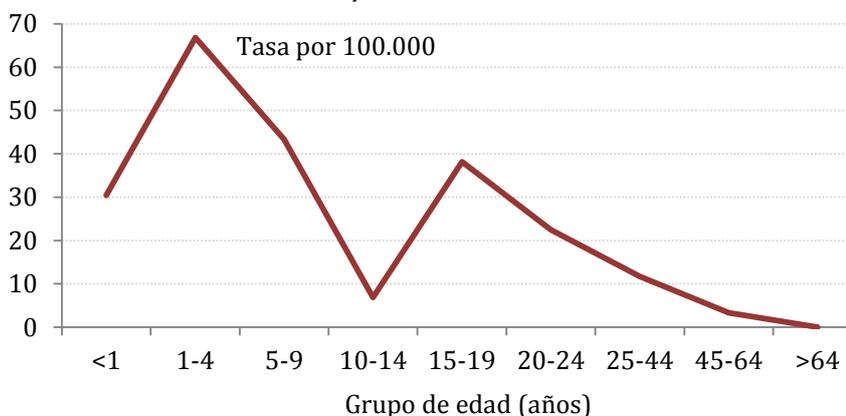
Durante el año 2015 se notificaron 40 casos de parotiditis (tasa de 12,43 casos por 100.000 habitantes). La tasa de incidencia disminuye poco respecto a 2014. El índice epidémico 1 es de 0,91. El 65% de los casos fueron menores de 25 años. El 50% fueron hombres.

**Tasas de incidencia (por 100.000 hab.) de parotiditis.
Araba/Álava 2006-2015. EDO**



En la siguiente gráfica se pueden observar las tasas de incidencia de parotiditis por grupos de edad. Los grupos de edad más afectados son el de 1 a 4 años y el de 15-19 años.

**Tasas de incidencia (por 100.000 hab.) de parotiditis por grupo de edad.
Araba/Álava. 2015. EDO**



Poliomielitis y vigilancia de la parálisis flácida aguda

El plan para mantener la Región Europea de la OMS libre de Polio incluye tres áreas prioritarias de intervención: el Sistema de Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda (PFA), los programas de vacunación y el plan de respuesta rápida ante la importación de un Poliovirus salvaje o Poliovirus derivados de la vacuna de países donde todavía se utiliza la vacuna atenuada.

La vigilancia de la PFA implica la notificación urgente de todo caso sospechoso de parálisis flácida aguda en menores de 15 años. Tras la notificación, se inicia un proceso de investigación rápida que recoge aspectos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio y permite descartar o confirmar, clasificar apropiadamente el caso y, si procede, instaurar

rápidamente las medidas de intervención. La notificación de poliomielitis se hace bajo sospecha clínica y el circuito se inicia en el hospital donde se detecta el caso.

Mientras continúe habiendo casos de poliomielitis en el mundo, no se puede descartar la posible reintroducción del virus en nuestro Territorio. Las altas coberturas de vacunación y adecuadas condiciones higiénico-sanitarias hacen que el riesgo de transmisión tras una hipotética reintroducción del poliovirus sea bajo a pesar de la posible existencia de bolsas de población susceptible.

Desde la implantación del sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda en menores de 15 años (1998), se han declarado en Araba/Álava 10 casos de PFA, ninguno en 2015. En todos los casos se descartó poliomielitis y el diagnóstico final de ocho de ellos fue el Síndrome de Guillain Barré.

Rabia

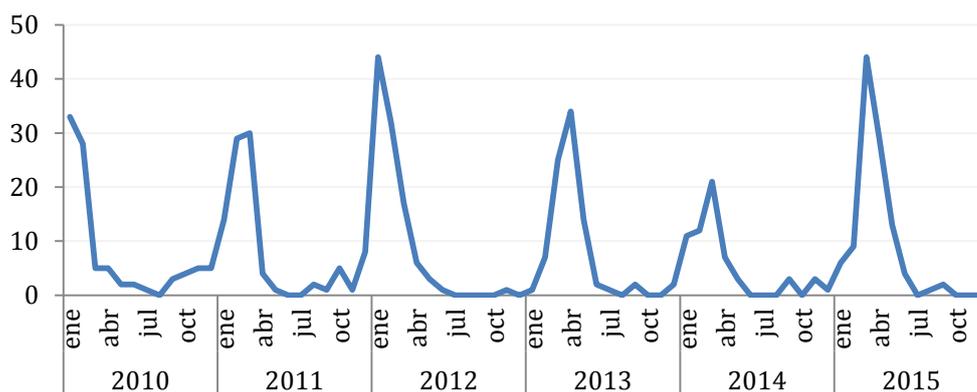
En 2015 no se registró ningún caso de rabia humana. Se han proporcionado vacunas para pautas pre-exposición a 51 personas y para profilaxis post-exposición a 7 personas.

El Decreto 101/2004, de 1 de junio, sobre tenencia de animales de la especie canina en la Comunidad Autónoma del País Vasco obliga a declarar a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica todas las mordeduras de perros que lleven aparejada alguna lesión. En el año 2015 se recibieron 21 notificaciones de este tipo, 18 de ellas declaradas por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Rotavirus

Durante 2015 se declararon 107 determinaciones de Rotavirus (detección del antígeno en heces) de residentes en Araba, 46 más que en 2014. El virus tiene un carácter estacional y en 2015 el pico de máxima incidencia se produjo en marzo (44 determinaciones).

Determinaciones de Rotavirus por mes. Araba/Álava. 2010-2015. SIM.



Durante el año ingresaron 26 personas con infección por rotavirus; menos uno, todos eran menores de 5 años y el 62% tenían 2 o menos años.

Rubéola y rubéola congénita

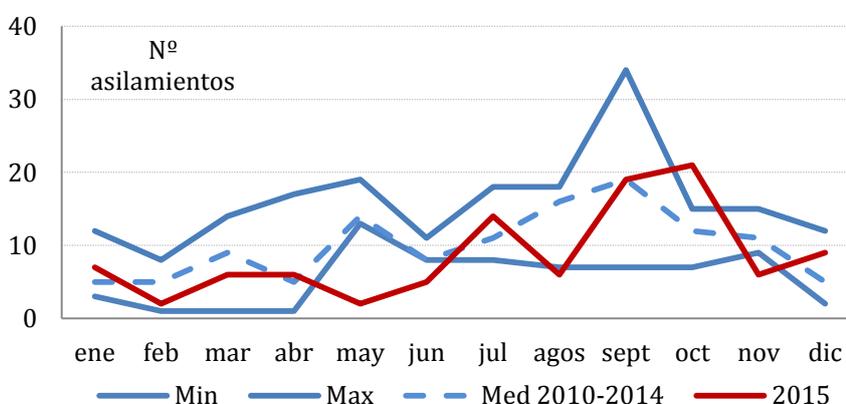
Durante 2015 no se ha declarado ningún caso de rubéola ni de rubéola congénita.

Salmonelosis

En 2015 se declararon al SIM 118 aislamientos de *Salmonella*, 15 de la OSI Alto Deba y 103 de residentes en Araba, 10% menos que en el año 2014. El descenso del número de aislamientos de *Salmonella* ha sido continuo y ha disminuido un 50% respecto al año 2010 (220 aislamientos). Por tercer año consecutivo, el número de *S. Typhimurium* (55) supera al de *S. Enteritidis* (27 aislamientos). El cambio se observa también en Bizkaia, Gipuzkoa y en el resto del Estado. El canal endemoepidémico refleja un aumento de la incidencia en otoño, superando en octubre la máxima del quinquenio anterior.

Durante el año 2015 hubo 16 ingresos por salmonelosis; aunque el 30% de los aislamientos provienen de menores de 10 años, el rango de edad de los ingresados fue de 19 a 87 años y la media de edad de 58 años.

Aislamientos de *Salmonella*. 2015.
Canal endemo-epidémico. Araba 2010-2014. SIM



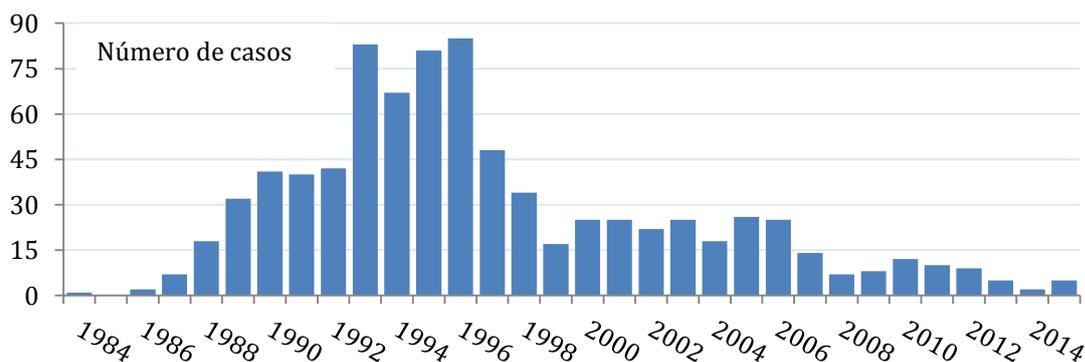
Sarampión

Durante 2015 no se ha declarado ningún caso de sarampión.

SIDA y VIH

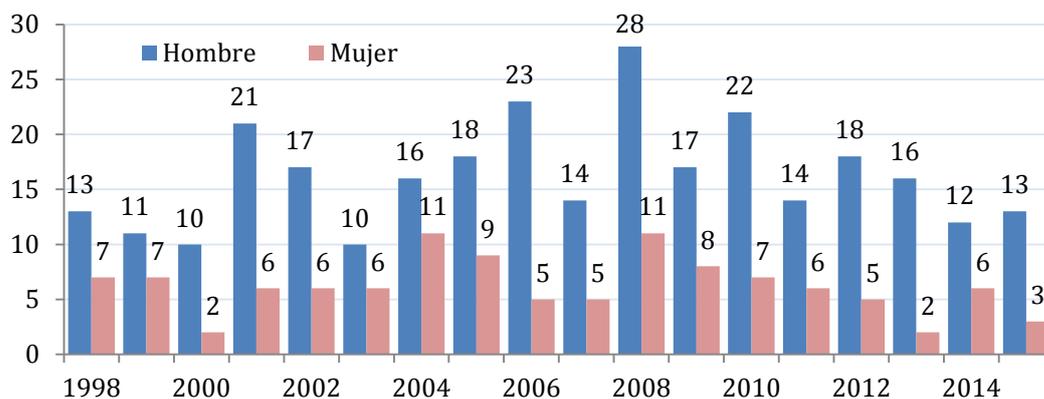
Los datos sobre SIDA y VIH han sido proporcionados por el “Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual”. Desde el 1984 se han diagnosticado 836 casos de SIDA en Álava/Araba con un pico máximo de 85 casos en 1996. Durante el año 2015, en Álava/Araba se diagnosticaron 5 casos de SIDA, el 11% de los casos de la CAPV (46).

Casos de SIDA diagnosticados. Alava/Araba. 1984-2015
Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual.



Desde enero de 2002 existe un “Sistema de Vigilancia de Nuevas Infecciones por VIH” que registra los nuevos diagnósticos de infección por este virus. El gráfico presentado a continuación representa la evolución del número de casos nuevos desde 1998 hasta 2015. Desde 2008, el número de casos ha disminuido de forma ininterrumpida desde 39 a 16 casos. En 2015 se diagnosticaron 16 casos, el 10,6% del total de los casos de la CAPV (151); 3 de ellos en mujeres y 13 hombres.

Casos de VIH diagnosticados en la CAPV y Araba/Álava 2006-2015
Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual.



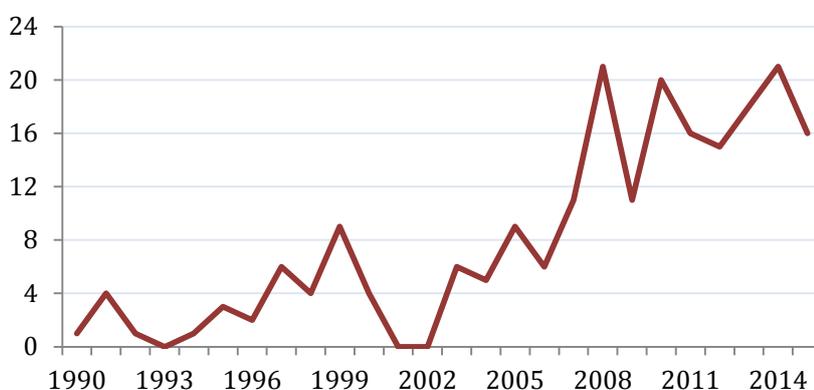
Los mecanismos de transmisión de los nuevos diagnósticos fueron: relaciones homosexuales con hombres 44% (7), relaciones heterosexuales sin riesgo conocido 50% (8) y mecanismo desconocido 6,3% (1).

Para más información sobre la situación epidemiológica del SIDA/VIH en la CAPV, se puede consultar la página web: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-cksida05/es/contenidos/informacion/sida_epidemiologia/es_sida/epidemiologia.html

Sífilis

Únicamente se presentan los casos declarados al sistema EDO. En 2015 se declararon 16 casos. Esta enfermedad es de declaración numérica por lo que no disponemos de información sobre sexo y edad. La evolución de esta enfermedad desde el año 1990 ha sido ascendente.

Casos de sífilis de Araba/Álava. Periodo 1990-2015. EDO



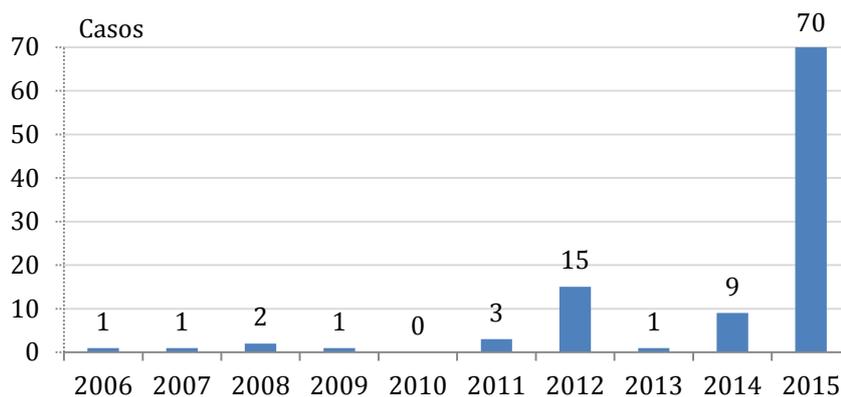
Tétanos

Durante 2015 no se ha declarado ningún caso de tétanos.

Tosferina

En 2015 se declararon 70 casos de tosferina (tasa de 21,75 casos por 100.000 hab.), lo que supone un incremento significativo respecto a años anteriores (ver figura). Aunque la mayor sospecha clínica de la enfermedad y la disponibilidad de técnicas de diagnóstico como la PCR hayan podido influir parcialmente en el incremento de casos, la situación en territorios limítrofes indica que nos encontramos ante una situación epidémica. Como consecuencia de ello, en febrero del 2015 entró en vigor la vacunación a mujeres embarazadas con una dosis de dTpa con el objetivo de proteger a los lactantes, población en riesgo de sufrir una tos ferina grave.

Número de casos de tosferina. Araba/Álava. Años 2006-2015. EDO

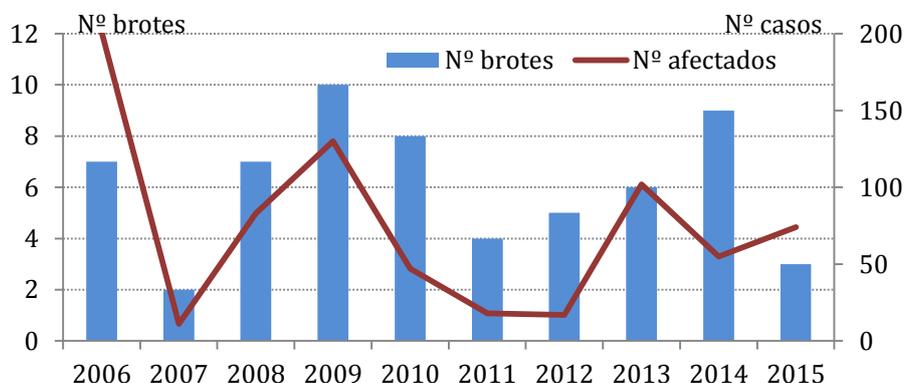


El rango de edad de los casos es de menos de un año a 79 años y la mediana de 8 años. El 14,29% (10 casos) eran menores de 1 año, proporción inferior a la de 2014 (66,7%; 6 casos). Hubo cuatro ingresos en menores de 3 meses con una mediana de estancia de 5,5 de días. El 75,71% de los casos presentó una PCR positiva a *Bordetella*. Cabe mencionar que hasta enero del 2016 el laboratorio del HUA no diferenciaba entre *B. pertussis* (EDO) y *B. parapertussis* (no es EDO).

Toxiinfecciones alimentarias, brotes

En 2015 se declararon 3 brotes de toxi-infección alimentaria, con un total de 74 afectados/as. Respecto a 2014, el número de brotes ha disminuido, pero no el número de casos.

Número brotes y de casos por año. Araba/Álava. Periodo 2006-2015



En la siguiente tabla se detallan los tres brotes del 2015.

Brotos de toxi-infección alimentaria. Araba/Álava 2015.

Fecha	Municipio	Lugar	Nº Exp*.	Nº afectados	Vehículo transmisión	Agente causal
Abril	Bernedo	Albergue	91	52	Desconocido	Probable origen viral
Junio	Labastida	Hogar privado	2	2	Pescado	<i>Anisakis</i>
Agosto	Vitoria-Gasteiz	Residencia	200	20	Desconocido	<i>Campylobacter</i> sp.

*Nº Exp.: nº de personas expuestas.

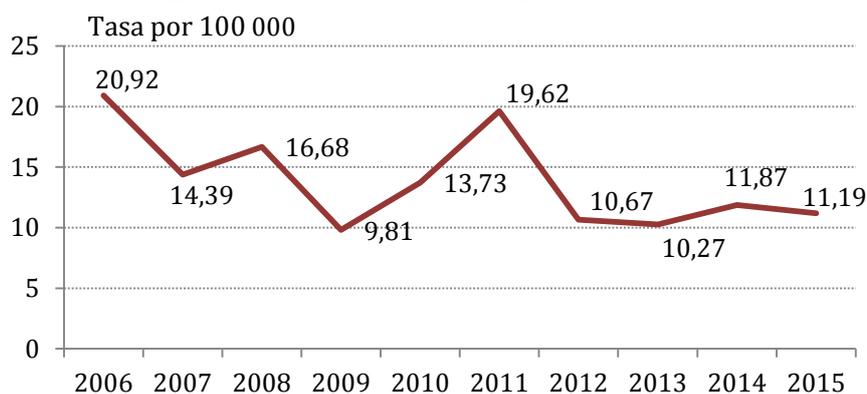
El de Bernedo fue el brote con mayor número de afectados. Se procedió a la inspección del local y del agua de abastecimiento de los alrededores pero no se encontró la fuente de infección. En el brote de gastroenteritis por *Campylobacter*, la curva epidémica sugería una transmisión persona a persona, rara en este microorganismo, asociado, habitualmente, a la exposición a una fuente común. Los 20 casos se concentraron en dos de las cuatro plantas del edificio. Se tomaron 12 coprocultivos y se obtuvieron 4 resultados positivos.

Además de los tres brotes del Territorio, se notificaron dos brotes con varios afectados residentes de Araba/Álava: uno en un hotel de Mallorca con tres afectadas; el otro en Galicia, con cuatro afectados tras ingerir marisco.

Tuberculosis

En el año 2015 se han recibido 40 declaraciones individuales de tuberculosis (TBC), 36 de residentes en Araba/Álava. La tasa es de 11,19 por 100.000 habitantes, ligeramente inferior a la de 2014 (11,87 casos por 100.000 habitantes).

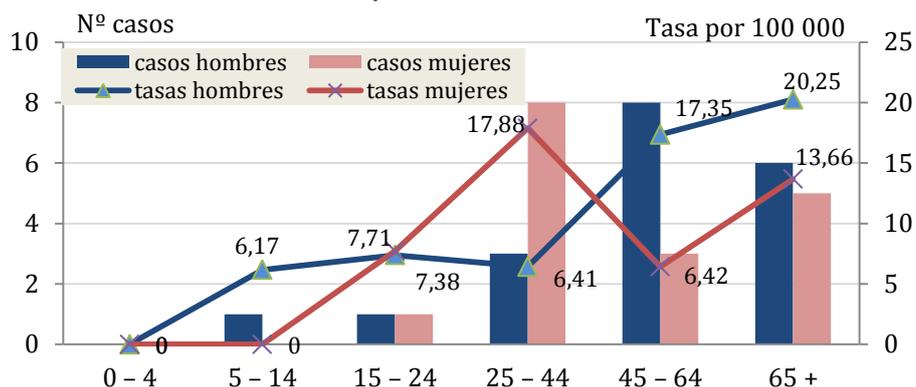
Tasas de TBC (por 100.000 habitantes). 2006-2015. Araba/Álava



La razón hombre/mujer es 1,12, con 19 casos en hombres (11,94 casos por 100.000 habitantes) y 17 en mujeres (10,45 casos por 100.000 habitantes).

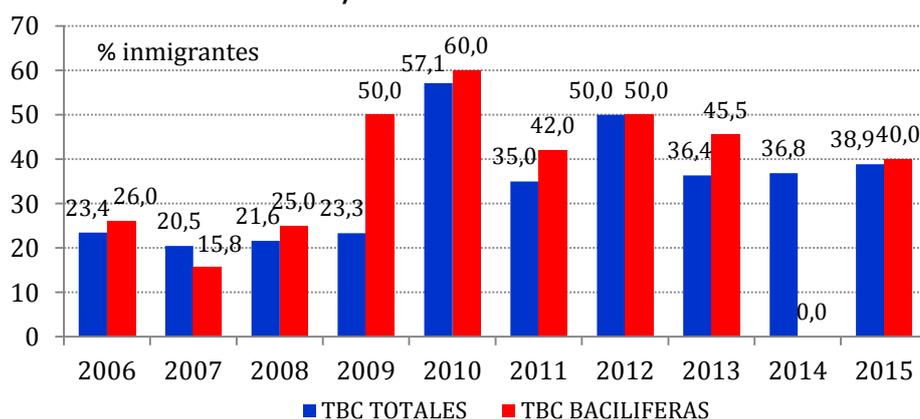
El grupo de edad más afectado para el conjunto de la población es el de 65 y más años, con una tasa de 16,61 por 100.000 habitantes. Entre los hombres, las tasas aumentan a partir de los 24 años; entre las mujeres, las tasas más altas se dan en el grupo de 25 a 44 años y en segundo lugar entre las mayores de 65 años.

Nº de casos y tasas (por 100.000 habitantes) de TBC, por sexo y por edad. Araba/Álava. 2015. EDO



De los 36 casos, 14 (38,9%) eran inmigrantes. En ellos, la razón hombre/mujer es de 0,56 y el grupo de edad con mayor incidencia es el de 25 a 44 años; además, se diagnosticaron 4 casos de TBC pulmonar bacilífera (29%). En el 2014 no se detectó ninguna tbc bacilífera en la población inmigrante.

Porcentaje de inmigrantes en el total de casos de TBC y en las TBC bacilíferas. Araba/Álava 2006-2015. EDO



En 2015, la proporción de inmigrantes entre los casos de tuberculosis ha descendido respecto al año 2010 (39% vs 57%) y se ha mantenido constante en los tres últimos años. Este mismo descenso se observa en la proporción de casos bacilíferos (60% vs 40%).

Los países de procedencia de los casos con TBC son: Marruecos (5), Pakistán (2), Ecuador (2), Perú (2), Bolivia (1), República Dominicana (1) y Sahara Occidental (1). Si se analiza el año de llegada, la mitad de los casos (7/14) llegaron hace más de 5 años, el 29% (4/14) hace 3-5 años, el 14% (2 casos) entre uno y tres años y el restante 7% (un caso) hace menos de un año.

Casos de TBC en extranjeros según país de origen. Araba/Álava. 2008-2015. EDO

Año	País de Origen					Total
	Latinoamérica	África Magreb	África Subsahariana	Asia	Europa	
2008	5	2	0	1	3	11
2009	5	0	1	1	0	7
2010	7	9	2	6	2	26
2011	4	3	6	5	3	21
2012	2	8	0	7	0	17
2013	2	3	2	3	2	12
2014	2	5	1	4	2	14
2015	6	6	0	2	0	14

Respecto al método diagnóstico, 27 casos (75%) presentaron un cultivo positivo en alguna muestra biológica. Los casos con microscopía directa de esputo positiva son 10 (47,6% de las TBC pulmonares), lo que supone una tasa de tuberculosis pulmonar bacilífera de 3,11 por 100.000 habitantes, valores similares a los de 2014 (3,40 por 100.000).

Se han realizado pruebas de sensibilidad al 99% de las muestras con cultivo positivo. Se han detectado una cepa resistente a isoniacida y dos resistentes a pirazinamida (datos obtenidos del registro del Programa de prevención y control de la tuberculosis de Osakidetza y del Departamento de Salud).

En relación a la localización anatómica, 21 casos (58,33%) presentaron localización pulmonar (18 exclusivamente pulmonar y 3 asociada a otra localización).

Casos de TBC declaradas según localización anatómica. Araba/Álava 2015.

Localización	Nº	%
Pulmonar	18	50,0
Pulmonar y pleural	1	2,8
Pulmonar y pleural y linfática	1	2,8
Pulmonar y diseminada y miliar	1	2,8
Pleural	3	8,3
Miliar	1	2,8
Linfática extratorácica	5	13,9
Diseminada	1	2,8
Digestiva/Peritoneal	2	5,6
Osteoarticular	1	2,8
Genitourinaria	1	2,8
Cuerda vocal	1	2,8
Total	36	100

En 16 casos (44,4%) no presentan factores de riesgo conocidos; la inmunosupresión es el factor de riesgo más frecuente (19,4%) y en 5 casos (13,9%) han sido más de uno los factores de riesgo relacionados (ver tabla).

Casos de tuberculosis según factores de riesgo. Araba/Álava 2015.

Factores de riesgo	Nº	%
Contacto reciente con caso TBC	1	2,78
Contacto reciente con caso TBC y diabetes	1	2,78
Embarazo/Puerperio	1	2,78
VIH/SIDA	1	2,78
VIH/SIDA y tabaco	1	2,78
VIH/SIDA + tabaco + otro	1	2,78
Diabetes	2	5,55
Tabaco	3	8,33
Inmunosupresión	5	13,89
Terapia inmunosupres. + alcohol + tabaco	1	2,78
Terapia Inmunosupres.+ trabajador sanitario	1	2,78
Otro	2	5,55
No se conoce factor de riesgo	16	44,44
Total	36	100,00

En la siguiente tabla se presenta la situación relativa a la cumplimentación de tratamiento de los casos registrados en 2014. El 94,74% de los casos han finalizado correctamente el tratamiento. Un caso ha fallecido por otras causas y otro (6,06%) se ha trasladado.

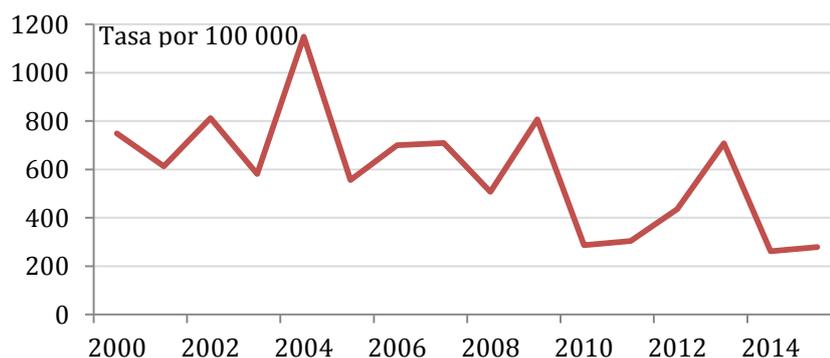
Cumplimentación de tratamiento. Casos TBC. Araba/Álava 2014

Situación final del caso	Nº	%
Tratamiento completado	31	94,74
Fallecimiento por otras causas	1	2,63
Traslado	1	2,63
Total	33	100,00

Varicela

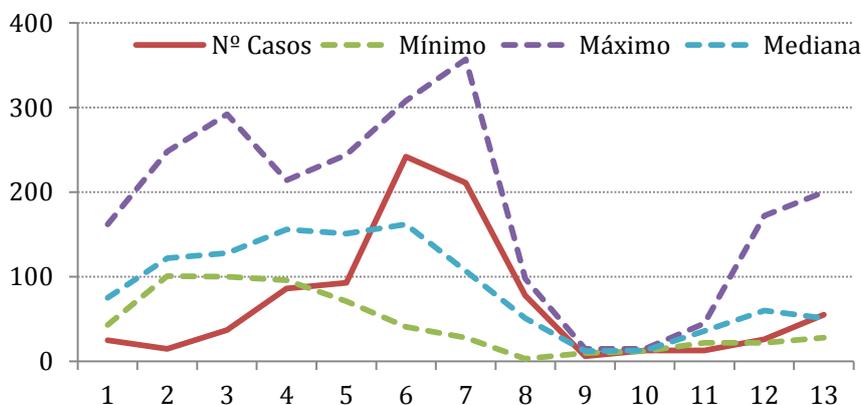
En noviembre del 2005 se incluye la vacuna frente a varicela en el calendario infantil de la CAPV a los 10 años de edad y en el 2015 a los 15 meses (1ª dosis) y a los 4 años (2ª dosis). En 2015 se notificaron 900 casos de varicela (tasa de incidencia de 279,70 casos por 100.000 habitantes). En la siguiente figura se muestra la evolución desde el año 2006.

Tasas de incidencia de varicela por 100.000 habitantes. Araba/Álava 2000-2015. EDO



Como puede observarse en la figura siguiente, el número de casos en 2015 se ha mantenido por debajo del máximo de los últimos 5 años. Sin embargo, sí que ha superado la mediana de casos de los últimos 5 años en las cuatrisesmanas 6, 7 y 8.

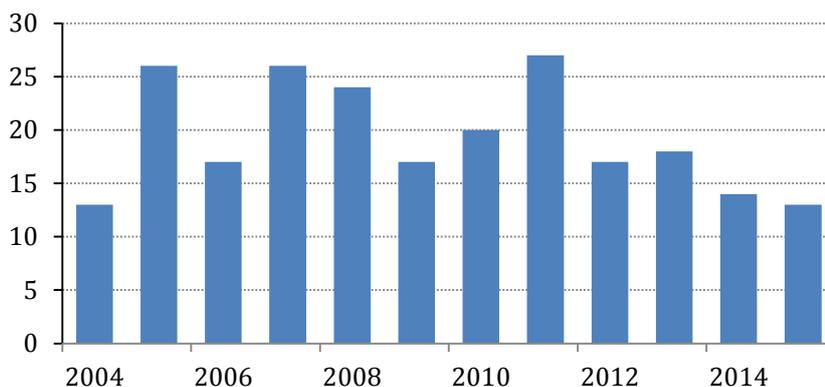
Varicela 2015. Canal endemo-epidémico por cuatrisesmanas. Araba/Álava 2010-2014. EDO



Yersiniosis

En 2015 se declararon al SIM 13 aislamientos de *Yersinia enterocolítica*, el número más bajo de los últimos 10 años. En este periodo, el rango de casos anuales ha sido de 13 (2015) a 27 casos (2011). En el periodo 2004-2015 se declararon al SIM 232 casos de los que el 57% eran hombres. Entre los 209 casos (90%) con edad conocida, el 47% (98 de 209) tenían menos de 5 años y el 71% (149) menos de 14.

Aislamientos de *Yersinia enterocolítica*. SIM. 2004-2015. Araba/Álava.



Yersinia enterocolítica es un patógeno de transmisión fecal-oral adquirido a través de alimentos contaminados o por personas y animales infectados. El cerdo es el principal reservorio por lo que se aconseja no consumir carne de cerdo cruda o poco cocinada.

B. VACUNACIONES

B1.- PRIMOVACUNACIÓN INFANTIL

Durante el año 2015 se han producido varias situaciones que han influido en el desarrollo del Programa de Vacunación de la CAPV. Por un lado, cambios en el Calendario de Primovacunación infantil y, por otro lado, el desabastecimiento de varias vacunas.

Siguiendo las recomendaciones del Consejo Asesor de Vacunaciones de Euskadi, el Departamento de Salud realizó los siguientes cambios en el Calendario de Vacunación Infantil:

1. Introducción de la vacuna conjugada frente al neumococo con una pauta de 3 dosis a los 2, 4 y 12 meses de edad. Los niños y niñas que pertenezcan a algún grupo de riesgo deben seguir una pauta de 4 dosis: 3+1.
2. Cambio en la pauta de vacunación frente al meningococo C: Siguen siendo 3 dosis pero se aplicarán a los 4 y 12 meses y a los 12 años de edad. La vacunación de esta última dosis se realizará en el ámbito escolar en 6º de Primaria. El retraso de la edad para esta última dosis, permitirá mantener la seroprotección desde la adolescencia hasta la edad adulta. Al objeto de adecuar dicha pauta y mejorar la protección frente al meningococo C, de manera excepcional, se inició en el curso 2015-2016 la vacunación también de quienes nacieron entre los años 2000 y 2005, que recibieron en su infancia una pauta que proporcionaba menor protección. Para ello, además de la vacunación ordinaria de 6º curso de Primaria, durante el curso escolar 2015-2016 se realizó una vacunación extraordinaria en 1º de ESO. Esta vacunación extraordinaria continuará en los cursos 2016-2017 y 2017-2018.
3. Cambio en la pauta y en la edad de vacunación de la vacuna frente al virus del papiloma humano. El cambio en la ficha técnica de las vacunas frente a papiloma humano permite la vacunación con 2 dosis entre los 9 y 13 años. La vacunación pasa de tener 3 dosis a 2 con la pauta de 0, 6 meses. Se cambia la edad de administración de 13 a 12 años. Se seguirá vacunando a las niñas en el ámbito escolar, en el curso de 6º de Primaria.

Desabastecimiento de dos vacunas:

1. Problemas de suministro a nivel mundial de la vacuna dTpa, que se aplica a los 6 años, unido al aumento de gasto de esta vacuna en el programa de vacunación a la embarazada, ha obligado a retrasar temporalmente la vacunación con esta vacuna a los 6 años hasta normalizar el suministro.
2. Problemas de suministro de la vacuna BCG: vacuna que se recomienda en la CAPV sólo a grupos de riesgo desde el 2013. Esta vacunación está suspendida por el cese de fabricación de la vacuna por el laboratorio que la suministraba. La situación se mantendrá hasta que la Agencia reguladora autorice la comercialización a otro laboratorio.

Coberturas de vacunación

La estimación de las coberturas de vacunación del año 2015 se ha realizado teniendo en cuenta las dosis registradas en Osabide por los centros sanitarios durante el año 2015 y por los equipos de salud escolar en el curso 2014/2015. Los denominadores corresponden a la población de niños susceptibles de vacunación para cada dosis según su fecha de nacimiento y según el calendario de vacunación vigente, dato que ha sido obtenido del registro de metabolopatías hasta la edad de 18 meses. El denominador para las coberturas de las vacunas de los 4 años hasta los 16 años se ha obtenido de la depuración de los listados actualizados aportados por todos los centros escolares del Territorio Histórico.

B1.1.- DTPa - Hepatitis B - Polio + Hib

En la siguiente tabla pueden observarse las dosis aplicadas en los centros de vacunación del Territorio Histórico y las coberturas de las tres primeras dosis de vacunación infantil.

Cobertura de DTPa - HB - Polio + Hib (3 dosis). Araba/Álava 2015.

DTPa - HB - Polio + Hib	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis
Programadas	3.095	3.079	3.105
Aplicadas	2.953	2.955	3.078
Cobertura	95,41%	95,97%	99,13%

B1.2.- Triple vírica

En la siguiente tabla se detallan las vacunas programadas, aplicadas y la cobertura de la vacuna triple vírica a los 12 meses.

Vacunación de triple vírica a los 12 meses. Araba/Álava 2015.

Triple vírica	dosis
Programadas	3.189
Aplicadas	3.183
Cobertura	99,81%

B1.3.a- Meningococo C con pauta 2, 4, 12 meses

En la siguiente tabla se detallan las vacunas programadas, aplicadas y cobertura de meningococo C, a los 2, 4 y 12 meses, para quienes nacieron antes del 01/01/2015.

Vacunación de Meningococo C (2, 4, 12 m). Araba/Álava 2015.

Meningococo C	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis
Programadas	465	975	3.189
Aplicadas	457	958	3.097
Cobertura	98,28%	98,26%	97,16%

B1.3.b- Meningococo C con pauta 4, 12 meses y 12 años

En la siguiente tabla se detallan las vacunas programadas, aplicadas y cobertura de meningococo C, a los 4 meses, para quienes nacieron a partir del 01/01/2015.

Vacunación de Meningococo C (pauta 4m, 12 m, 12 a). Araba/Álava 2015.

Meningococo C	1ª dosis
Programadas	2.054
Aplicadas	2.028
Cobertura	98,73%

B1.4.- DTPa - Polio + Hib

En la siguiente tabla se detallan las vacunas programadas, aplicadas y cobertura de DTPa - Polio + Hib a los 18 meses.

Vacunación 4ª dosis de DTPa - Polio + Hib. Araba/Álava 2015.

DTPa-Polio+Hib	4º dosis
Programadas	3.100
Aplicadas	3.053
Cobertura	98,48%

B1.5.- Triple vírica (4 años)

Las coberturas de la vacuna triple vírica de los 4 años que se presentan a continuación son las de los niños y niñas que cursaron 2º de educación infantil (curso 2014/15). Los datos corresponden a Comarca Araba ya que no disponemos de datos de los centros de salud alaveses correspondientes a la OSI Barrualde-Galdakao de Bizkaia.

Vacunación de triple vírica a los 4 años. Comarca Araba

Triple vírica 4 años	dosis
Programadas	3.018
Salud escolar	2.374
Centros de salud	284
Vacunados anteriormente	222
No vacunados	138
Cobertura	95,43%

B1.6.- Tétanos-Difteria-Pertussis acelular (dTpa) (6 años)

Durante el año 2015 y el curso escolar 2014/2015, el total de población de 6 años vacunada fue de 2.851 niños y niñas alcanzando una cobertura del 96,03%. La suspensión temporal de la vacunación con dTpa a los 6 años fue posterior al final del curso mencionado. Para esta vacuna los datos corresponden a los centros de la Comarca Araba ya que no disponemos de datos de los centros de salud alaveses correspondientes a la OSI Barrualde-Galdakao de Bizkaia.

Vacunación de dTpa a los 6 años. Comarca Araba

dTpa a los 6 años	dosis
Programadas	2.969
Salud escolar	2.490
Centros de salud	153
Vacunados anteriormente	208
No vacunados	118
Cobertura	96,03%

B1.7.- Papilomavirus (VPH)

En el curso 2014/15 la pauta de vacunación frente a VPH fue con 3 dosis y a la edad de 13 años. El total de niñas matriculadas fue de 1.455, de las cuales completaron la vacunación 1.189 (81,72%), habiendo 5 abandonos entre la 1ª y 2ª dosis y 21 entre la 2ª y 3ª dosis.

De las 232 niñas que no iniciaron la vacunación, 98 estaban anteriormente vacunadas. Por lo tanto, el total de vacunadas correctamente al finalizar el curso fue de 1.287 con una cobertura del 88,45%.

B1.8.- Td (16 años)

Para esta vacuna los datos corresponden al curso escolar 2014/15 en los centros de Comarca Araba y el centro de salud de Llodio de la OSI Barrualde-Galdakao de Bizkaia.

Vacunación de tétanos-difteria a los 16 años

Tétanos-difteria recuerdo	dosis
Programadas	2.463
Salud escolar	1.806
Vacunados anteriormente	190
Centros de salud	122
No vacunados	345
Cobertura	85,99%

B2.- OTRAS VACUNACIONES

B2.1.-Rabia

En 2015 se han completado 7 pautas post-exposición de rabia a viajeros que fueron mordidos en países endémicos de rabia.

Profilaxis post-exposición de rabia por animal mordedor Araba/Álava 2015

Animal mordedor	Nº	%
Perro	4	57,1
Mono	1	14,3
Zorro	1	14,3
Jutía	1	14,3

Profilaxis post-exposición de Rabia por destino de viaje. Araba/Álava 2015

Destino de viaje	Nº	%
Bardenas (Navarra)	1	14,3
Brasil	1	14,3
Cuba	1	14,3
Colombia	1	14,3
Marruecos	1	14,3
Myanmar	1	14,3
Tailandia	1	14,3

Además, se han iniciado por indicación de Sanidad Exterior 50 pautas pre-exposición, 357,14% más que el año pasado (14). El resumen de las características de viaje que han ocasionado la recomendación, se detalla en las siguientes dos tablas.

Profilaxis pre-exposición de rabia según motivo/tipo de viaje. Araba/Álava 2015

Motivo	Nº	%
ONG	11	22,0
Trabajo s/p	4	8,0
Trabajo con animales	3	6,0
Trabajo en prácticas	2	4,0
Turismo mochilero	13	26,0
Sin especificar	17	34,0

Profilaxis pre-exposición de rabia según destino de viaje. Araba/Álava 2015

Destino de viaje	Nº	%
África	8	16,0
América (centro y sur)	7	14,0
Asia	35	70,0

B2.2.- Vacunación dTpa en embarazadas

Desde 2011 se está produciendo un aumento en la incidencia de tosferina en la CAPV. Analizando las tasas específicas por edad disponibles hasta la fecha, el grupo etario más afectado fue el de los menores de 1 año. El embarazo es un momento oportuno para la inmunización contra la tosferina por diferentes motivos. Por un lado, la vacuna dTpa es segura en cualquier momento del embarazo sin que se haya notificado un aumento de efectos adversos relacionados con la misma. Por otro lado, a partir de la semana 30 de gestación se produce la transferencia de IgG transplacentaria, por lo que la vacunación durante el tercer trimestre garantiza el paso de una mayor concentración de anticuerpos protectores a través de la placenta en el momento más cercano al nacimiento.

Con los datos disponibles, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco, siguiendo la propuesta del Consejo Asesor de Vacunaciones de Euskadi, recomendó la vacunación con dTpa (difteria de baja carga, tétanos y tosferina acelular de baja carga) a todas las embarazadas, independientemente de su estado de inmunización previa, entre las semanas 27 y 36 de gestación. Esta estrategia que se puso en marcha en febrero de 2015, es temporal y se mantendrá en función de la evolución epidemiológica de la enfermedad en la CAPV.

B3.- GESTIÓN DE LAS VACUNAS

En 2015, se han distribuido un total de 74.979 vacunas. Los datos de la distribución se reflejan en la siguiente tabla.

Distribución de vacunas. Araba/Álava 2015

Centro/Vacuna	B.C.G.	DTPa	dTpa	DTPa-VPI+Hib	DTPa-VPI-HB+Hib
C. Salud	1560	66	6132	3516	9624
Hospitales	0	0	270	0	6
Otros	0	0	74	0	139
Total	1560	66	6476	3516	9769

Centro/Vacuna	Hepatitis A adulto	Hepatitis A infantil	Hepatitis A-B adulto	Hepatitis A-B Infantil	Hepatitis B Adulto
C. Salud	1688	1128	597	24	1350
Hospitales	303	35	71	0	138
Otros	429	2	22	1	122
Total	2420	1165	690	25	1610

Centro/Vacuna	Hepatitis B infantil	Hepatitis B 40 µg	Hib	Meningococo C	Neumococo 13v
C. Salud	297	1	16	13841	3628
Hospitales	30	775	243	180	593
Otros	17	0	1	90	107
Total	344	776	260	14111	4328

Centro/Vacuna	Varicela	Papiloma	Td	Triple Vírica	Neumococo 23v
C. Salud	1106	4383	11559	5860	3008
Hospitales	65	64	110	190	210
Otros	15	37	482	72	44
Total	1186	4484	12151	6122	3262

Centro/Vacuna	Polio Salk	Rabia	Menin. Tetra	Meningococo B	Total
C. Salud	416	155	0	4	69959
Hospitales	33	0	2	24	3342
Otros	3	21	0	0	1678
Total	452	176	2	28	74979

En 2015 se han notificado un total de 28 incidencias en el mantenimiento de las vacunas, habiéndose visto afectadas 1.349 vacunas, un 46,21% menos que el pasado año. Del total de vacunas afectadas, hubo que desechar 121 lo que supone un 8,97% de las vacunas afectadas y un 1,80% de las vacunas distribuidas. Los motivos de las incidencias y el número de vacunas perdidas se detallan en la siguiente tabla.

**Pérdida de vacunas, motivos, número de incidencias y unidades afectadas.
Araba/Álava 2015.**

Motivo	Rotura cadena frío		Vacuna caducada		Vacuna estropeada		Total	
	16 incidencias		11 incidencias		1 incidencia		28 incidencias	
Vacuna	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DTPa-VPI-HB+Hib	225	16,68	6	0,44	-	-	231	17,12
DTPa-VPI+Hib	115	8,52	0	-	-	-	115	8,53
DTPa	14	1,04	0	-	-	-	14	1,04
dTpa	67	4,97	20	1,48	-	-	87	6,45
Hepatitis A	32	2,37	0	-	-	-	32	2,37
Hepatitis B	35	2,59	18	1,33	-	-	53	3,93
Hepatitis A-B	14	1,04	16	1,19	-	-	30	2,22
Hib	4	0,30	1	0,07	-	-	5	0,37
Meningococo C	267	19,79	0	-	-	-	267	19,79
Neumococo 13v	73	5,41	0	-	-	-	73	5,41
Neumococo 23v	84	6,23	2	0,15	3	0,22	89	6,60
Papiloma	52	3,85	12	0,89	-	-	64	4,74
Polio	16	1,19	0	-	-	-	16	1,19
Td	154	11,42	24	1,78	-	-	178	13,20
TV	72	5,34	0	-	-	-	72	5,34
Varicela	21	1,56	2	0,15	-	-	23	1,70
TOTAL	1.245	92,29	101	7,49	3	0,22	1.349	100,00

B4.- OTRAS ACTIVIDADES

A lo largo de 2015, se ha realizado la búsqueda de datos de las vacunas administradas desde el nacimiento hasta la actualidad a 286 personas que solicitaron un duplicado de su carnet vacunal o un certificado de las vacunas administradas, un 18,2% más que el año anterior (242).

Por otro lado, se hizo la adaptación de 162 calendarios infantiles de niños y niñas llegados a nuestra Comunidad procedentes de diferentes lugares del mundo. Un 3,9% más que el año anterior (1156).

Adaptaciones de calendario realizadas por lugar de procedencia. Araba/Álava 2015.

EUROPA			ASIA		
	Nº	%		Nº	%
Moldavia	1	0,62	China	12	7,41
Hungría	1	0,62	India	2	1,23
Inglaterra	1	0,62	Pakistán	11	6,79
Ucrania	3	1,85	Filipinas	1	0,62
Rumanía	1	0,62			
España	28	17,28			
Total	35	21,60	Total	26	16,05
ÁFRICA			AMÉRICA		
	Nº	%		Nº	%
Marruecos	24	14,81	Rep. Dominicana	9	5,55
Senegal	2	1,23	Colombia	10	6,17
Sahara	3	1,85	Argentina	1	0,62
Argelia	10	6,17	Brasil	9	5,55
Nigeria	6	3,70	Honduras	2	1,23
Guinea Conacry	1	0,62	Paraguay	5	3,09
Mauritania	1	0,62	Bolivia	5	3,09
Mali	1	0,62	Venezuela	4	2,45
Rep. Guinea	1	0,62	Nicaragua	2	1,23
Kenia	1	0,62	Perú	2	1,23
			Ecuador	1	0,62
			Cuba	1	0,62
Total	50	30,86	Total	51	31,48

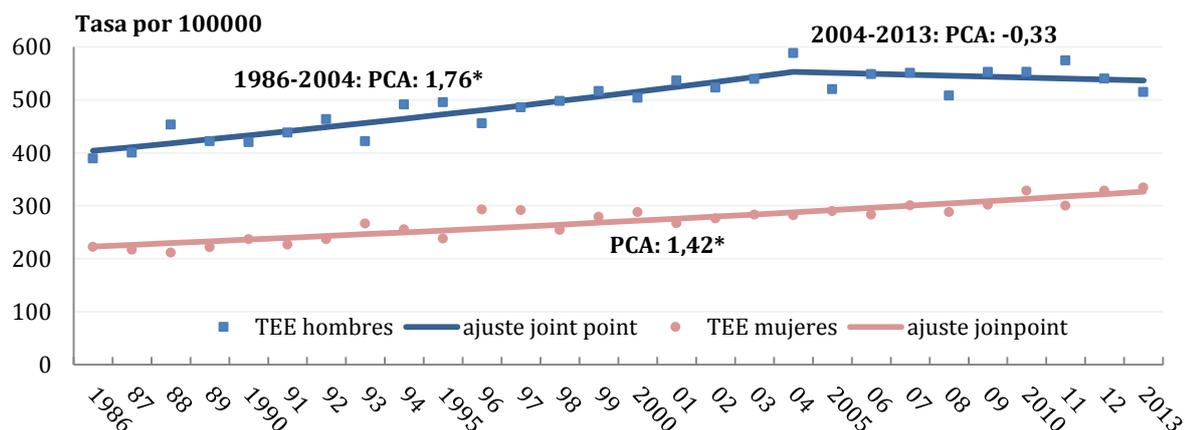
C.-ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

C1. CÁNCER

En el RCEME (Registro de Cáncer de Euskadi/Minbiziaren Erregistroa) se han registrado 1.908 tumores malignos diagnosticados en el año 2013 en residentes en Araba, 1127(59%) en hombres y 781 (49%) en mujeres. Estas cifras suponen una tasa de incidencia de 689,99 y 474,36 cánceres por 100.000 en hombres y mujeres, respectivamente.

En la gráfica se presenta la evolución de las tasas de incidencia estandarizadas en el periodo 1986-2013 por sexos. El cáncer sigue siendo más frecuente en los hombres pero la evolución de la incidencia está aumentando entre las mujeres y se ha estabilizado en los hombres. La incidencia de las mujeres asciende de forma significativa un 1,4% anual. Entre los hombres, la incidencia ha aumentado de forma significativa un 1,8% anual entre 1986 y 2004 y, posteriormente, se ha estabilizado presentando un ligero descenso (0,3% anual) que no es significativo.

Tasa incidencia estandarizada de cáncer, por sexo. Araba/Álava. RCEME. 1986-2013

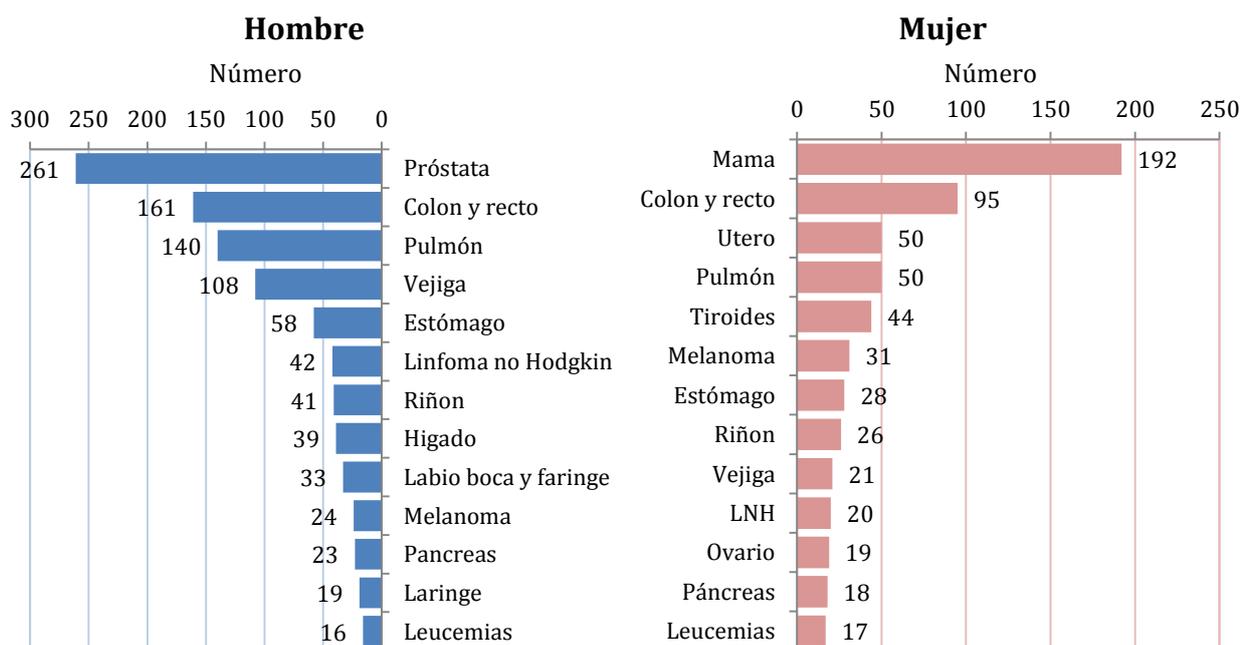


*Estadísticamente significativo. Población de referencia: Población europea
PCA: Porcentaje de cambio anual

El siguiente gráfico representa las localizaciones más frecuentes de los casos diagnosticados en 2013, por sexo. En total, suponen el 86% y el 78% de todos los casos en hombres y mujeres, respectivamente.

El tumor maligno más frecuente en hombres es el de próstata (23%) y en la mujer el de mama (24,6%). La segunda localización más frecuente es, para ambos sexos, el cáncer de colon y recto. El tercer lugar lo ocupa en el hombre, el cáncer de pulmón y en la mujer el del cuerpo del útero.

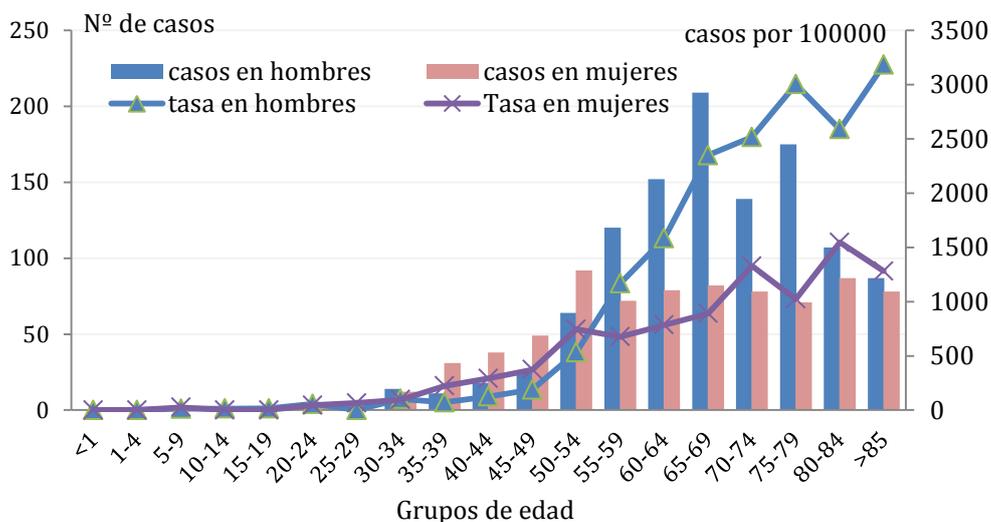
Número de tumores malignos en las localizaciones más frecuentes por sexo. Araba/Álava. 2013. RCEME



Localizacion CIE-O III. Labio-boca-faringe: C00-14; Estómago C16; Colon y recto: C18-21; Higado: C22; Páncreas: C25; Laringe: C32; Traquea y pulmón: C33-34; Melanoma: C44; Mama: C50; Ovario: C56; Utero: C54; Próstata: C61; Riñon: C64; Vejiga: C67; Tiroides: C73; Linfomas no Hodgkin (LNH): M9590 y M967-972; Leucemias: M980-9948

El 58% de los cánceres se diagnosticaron en mayores de 65 años. Se diagnosticaron cuatro casos en menores de 15 años. La incidencia de cáncer, para el total de localizaciones, aumenta al aumentar la edad en ambos sexos. Hasta los 54 años, las tasas son superiores en las mujeres y, posteriormente, son mayores en los hombres. Las diferencias se deben a la diferente distribución de los tipos de cáncer por sexo.

Casos y tasas de incidencia de cáncer por grupo de edad y sexo. Araba/Álava. RCEME. 2013



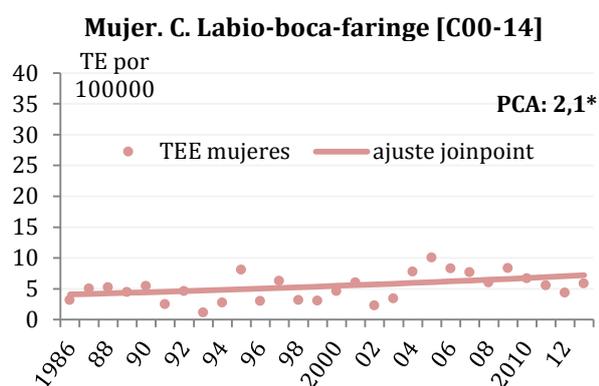
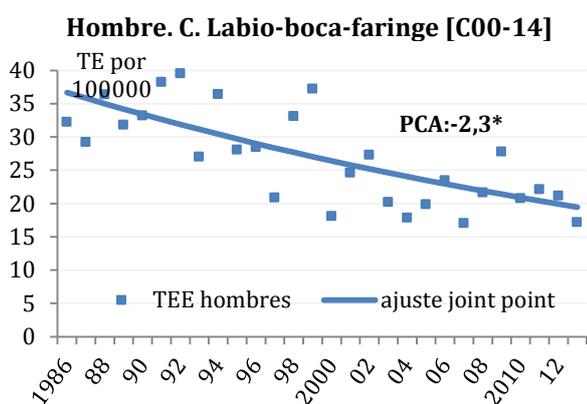
La edad media de los afectados por cáncer de próstata es de 69 años y la edad media de las mujeres con cáncer de mama 61 años. En el cáncer de pulmón la media de edad de las mujeres es menor que la de los hombres 63,9 (mujeres) y 66,4 años (hombres); también son más jóvenes las afectadas por cáncer de colon y recto: 67 años la edad media de las mujeres y 70 años la de los hombres.

Evolución temporal

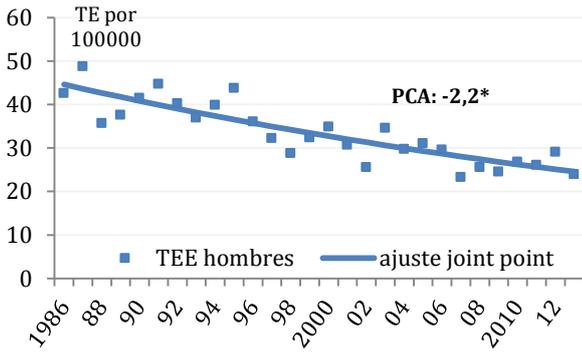
Las gráficas siguientes representan la evolución de la incidencia de los cánceres más frecuentes por localización anatómica. Se representan las tasas estandarizadas y la tendencia calculada con el método de regresión Joinpoint que proporciona, además, el PCA, los cambios de tendencia y la significación estadística, marcada con un asterisco cuando existe.

Entre los hombres, se observa una disminución significativa de la incidencia de tumores de labio-boca-faringe y de laringe; la incidencia del cáncer de pulmón y de vejiga se mantiene estable. Estos mismos cánceres en la mujer presentan un comportamiento diferente, la incidencia del cáncer de pulmón y labio-boca-faringe aumenta significativamente y la de vejiga también aunque no alcanza la significación estadística. Aunque la incidencia de laringe aumenta, el número de casos es muy pequeño para valorar la significación estadística. Otros tumores cuyas incidencias están aumentando significativamente en ambos sexos son el cáncer de colon y recto, el de riñón y el de tiroides. El cáncer de páncreas en las mujeres y el melanoma en los hombres aumentan de forma significativa. Se observa una disminución significativa de cáncer de estómago tanto en hombres como en mujeres.

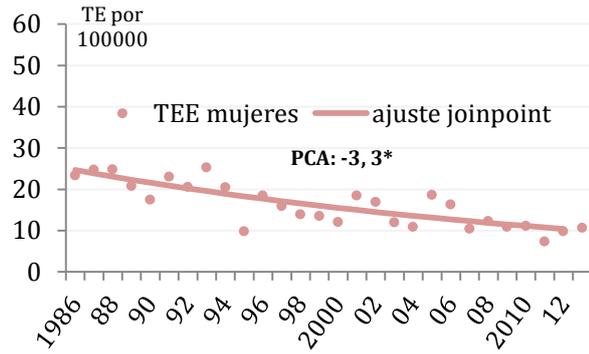
Evolución de la incidencia de los principales cánceres. Tasas estandarizadas por edad (TEE) y tendencia. Araba/Álava 1986-2013.



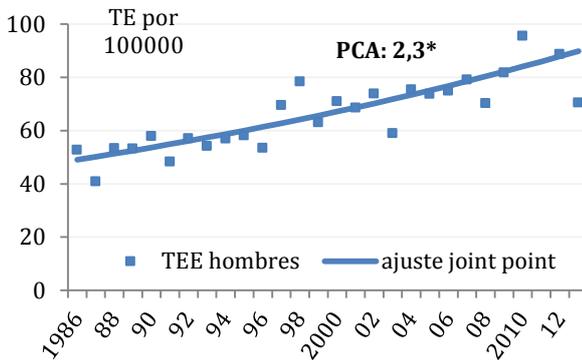
Hombre. C. Estómago [C16]



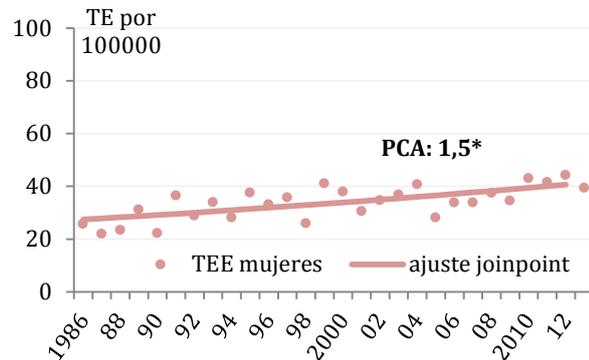
Mujer. C. Estómago[C16]



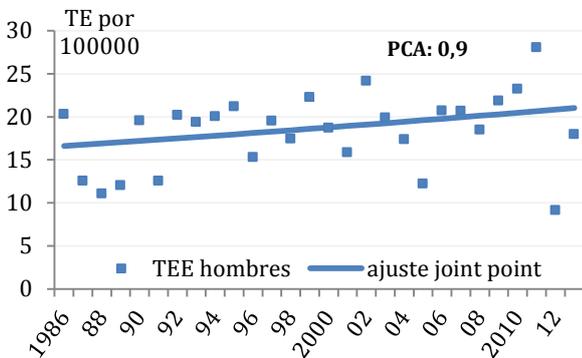
Hombre. C. Colon y recto. [C18-21]



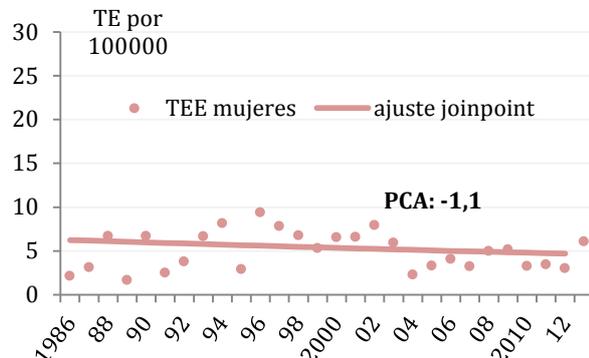
Mujer. C. Colon y recto. [C18-21]



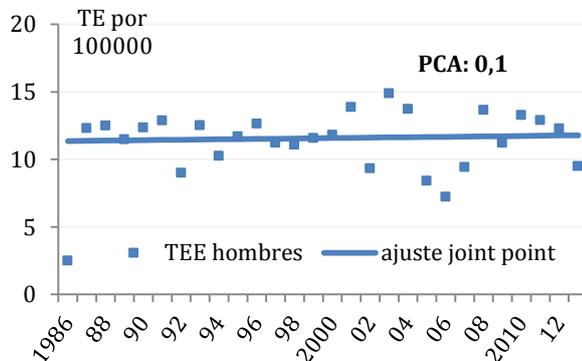
Hombres. C. Hígado[C22]



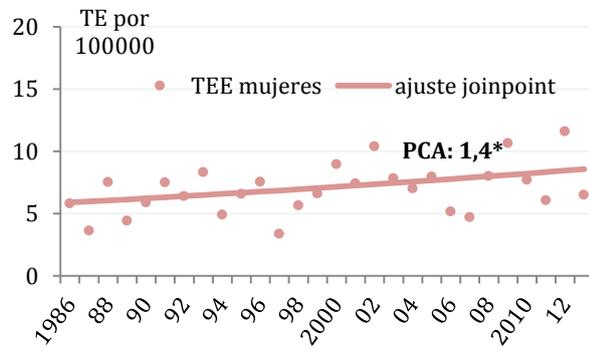
Mujeres. C. Hígado[C22]



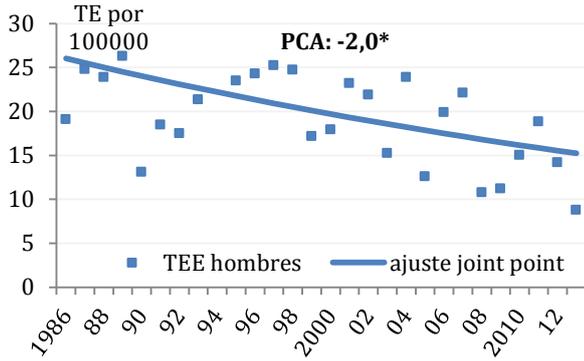
Hombre. C. Páncreas [C25]



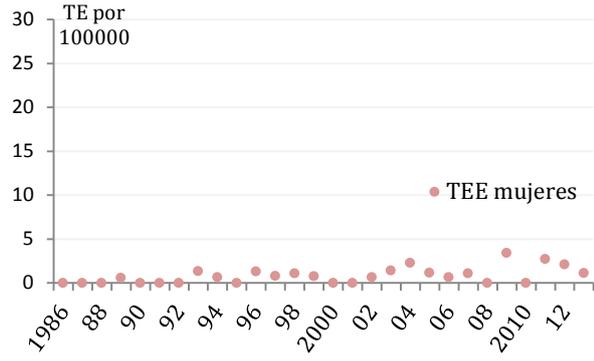
Mujer. C. Páncreas [C25]



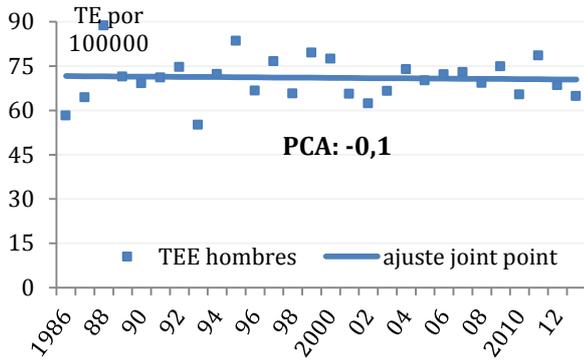
Hombres. C. Laringe. [C32]



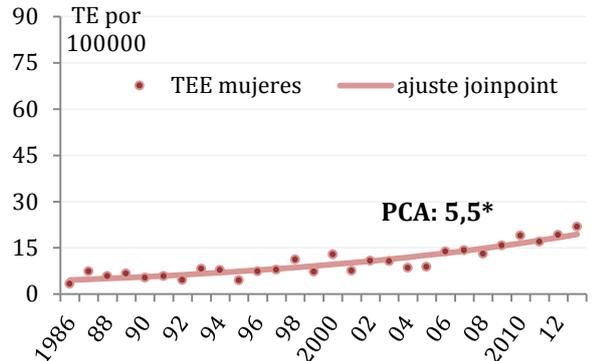
Mujeres. C. Laringe. [C332]



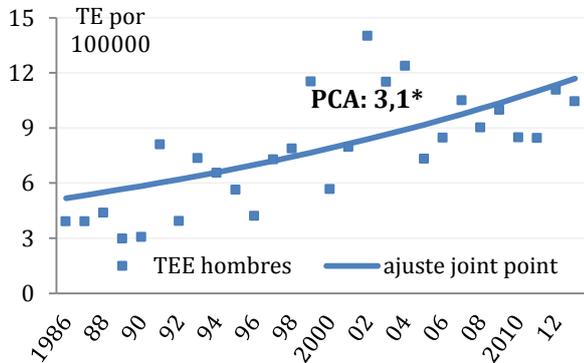
Hombres. C. Pulmón. [C33-34]



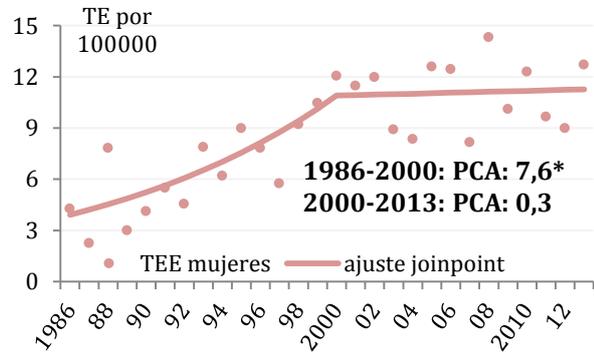
Mujeres. C. Pulmón [C33-34]



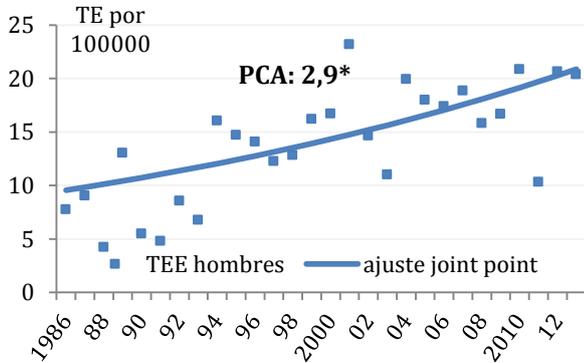
Hombres. Melanoma. [C44]



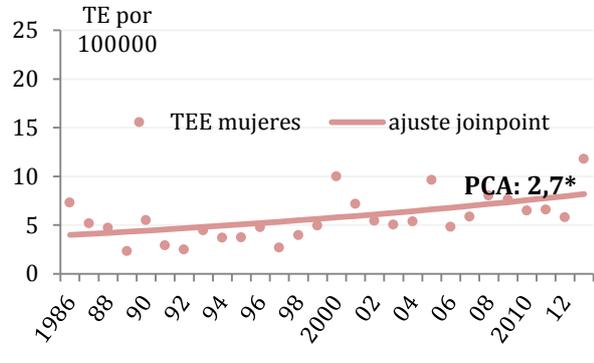
Mujeres. Melanoma. [C44]

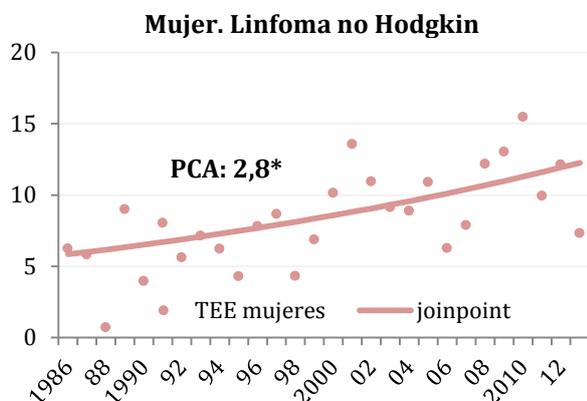
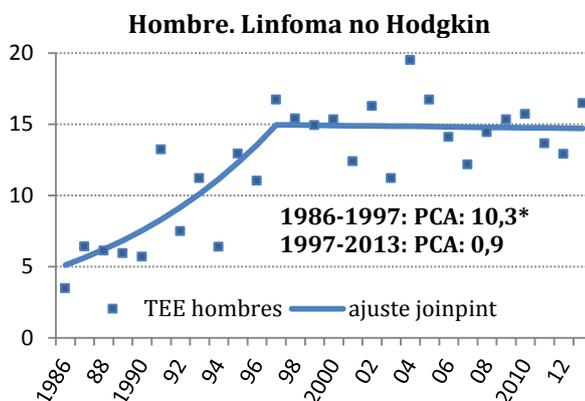
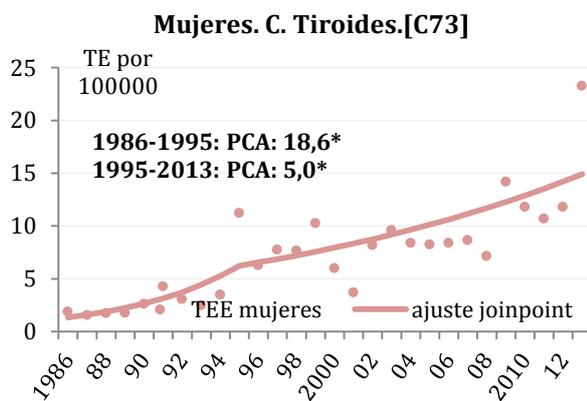
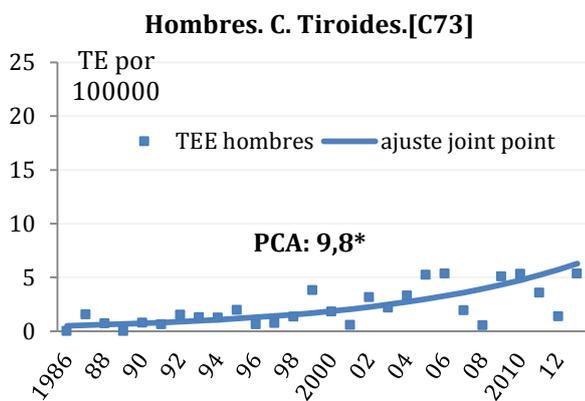
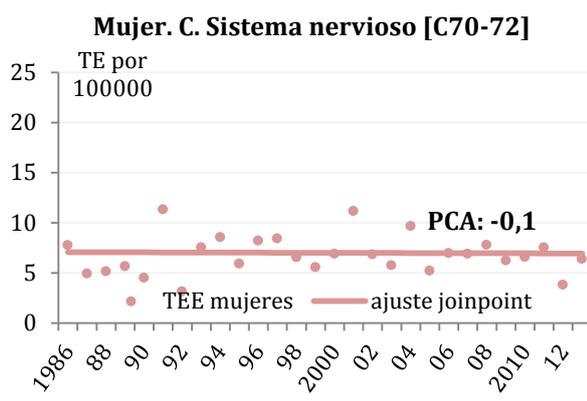
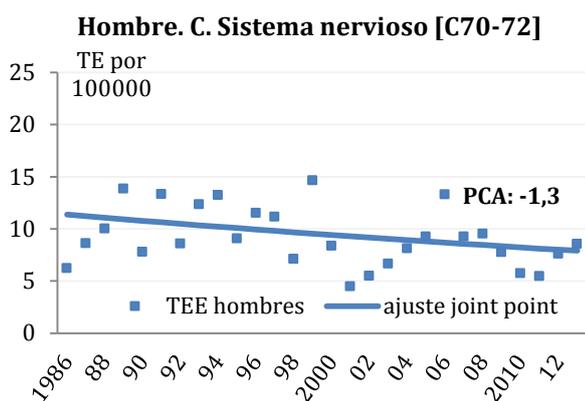
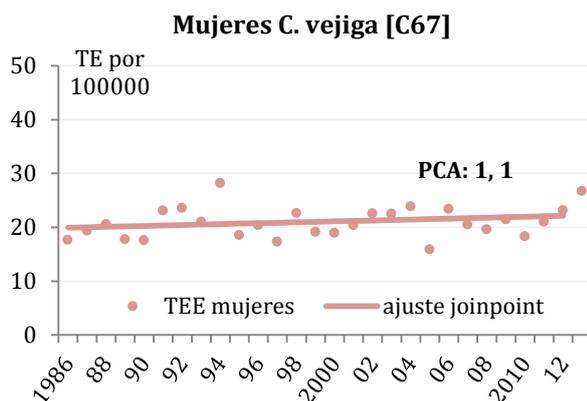
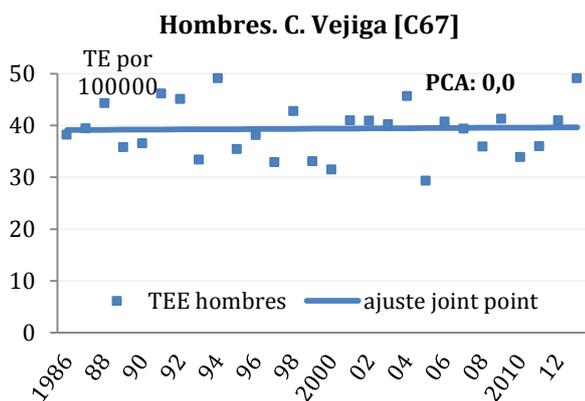


Hombre. C. Riñón. [C64]

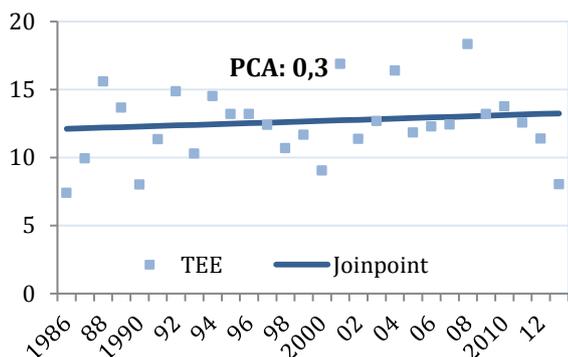


Mujer. C. Riñón. [C64]

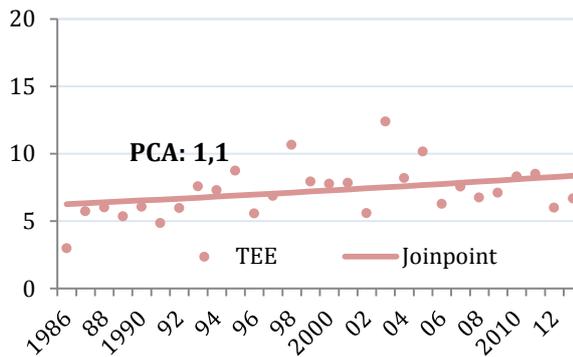




Hombre. Leucemias (M 980-994)



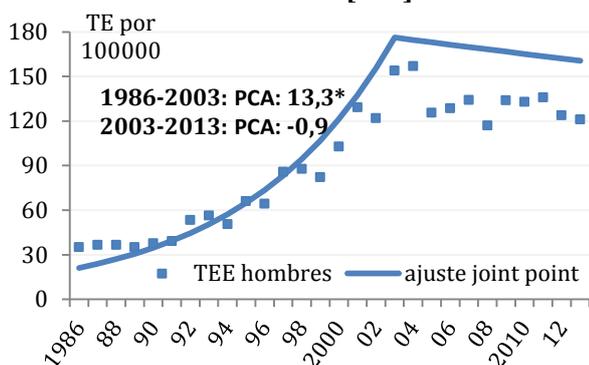
Mujer. Leucemias (M 980-994)



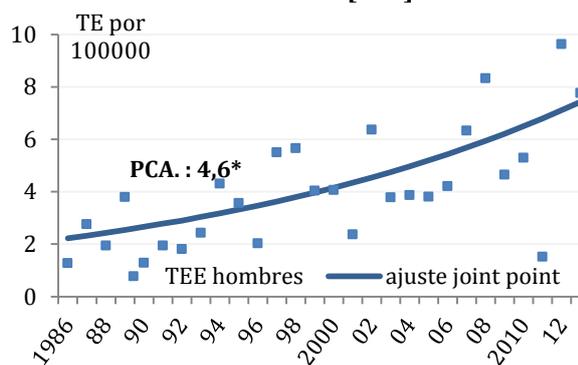
Entre los hombres, la incidencia del cáncer de próstata se ha estabilizado en los últimos 10 años y se observa un aumento significativo del cáncer de testículo (ver siguiente figura).

Evolución de los tumores malignos del aparato genital masculino. Tasas estandarizadas por edad (TEE) y tendencia. Araba/Álava 1986-2013.

C. Próstata. [C61]



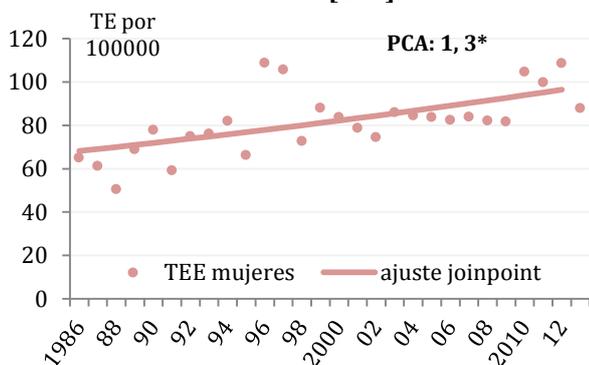
C. Testículo [C62]



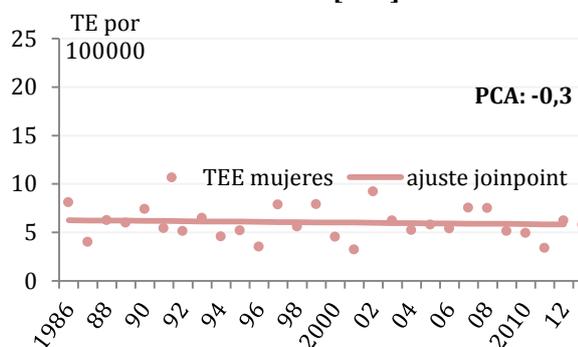
En las mujeres, la incidencia de cáncer de mama y de cuerpo de útero aumenta significativamente y la de cuello de útero y ovario se mantienen estables.

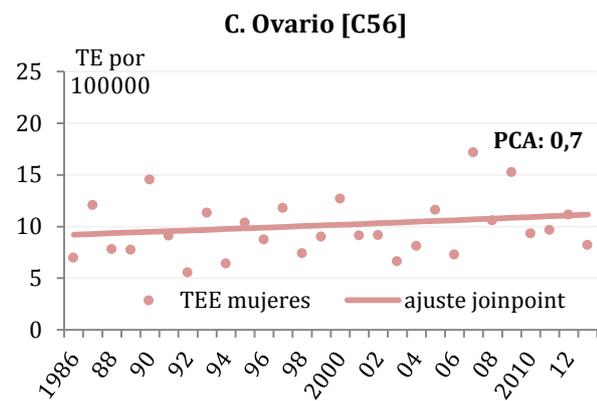
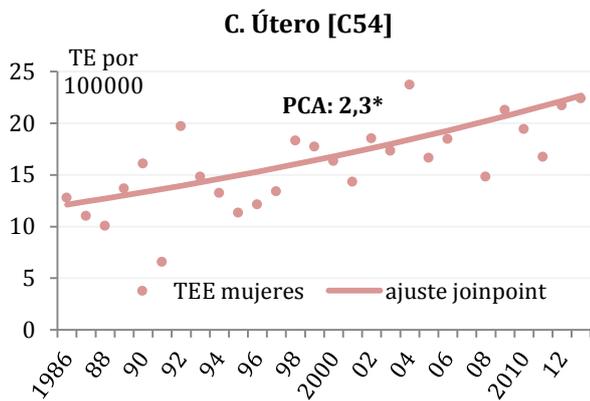
Evolución de los tumores malignos del aparato genital femenino. Tasas estandarizadas por edad (TEE) y tendencia. Araba/Álava 1986-2013.

C. Mama [C50]



C. Cérvix [C53]



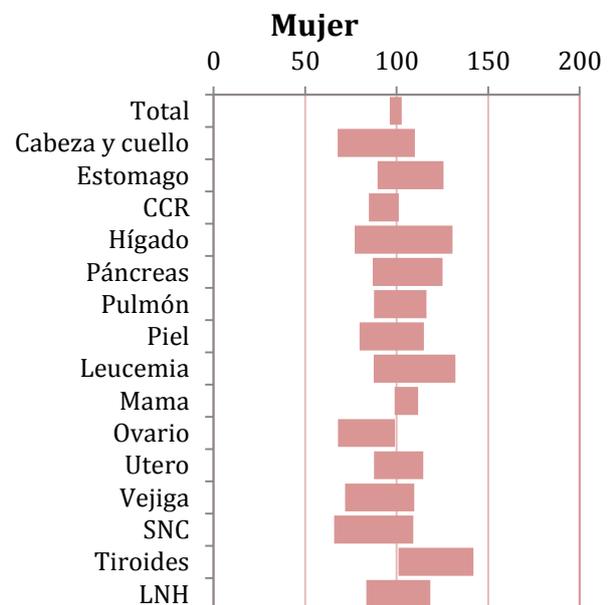
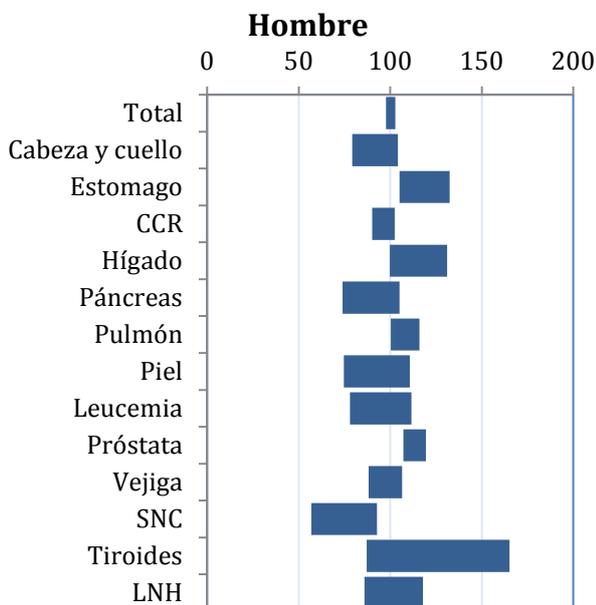


Razón de incidencia estandarizada

La razón de incidencia estandarizada (RIE) compara la incidencia, en este caso de algunos de los cánceres más frecuentes de Araba, con la incidencia en la Comunidad Autónoma Vasca.

Para todas las localizaciones, la RIE es similar tanto para hombres como para mujeres en Araba y en la CAPV. En el periodo 2004-2013, por localizaciones concretas, entre los hombres, la incidencia es superior en pulmón, próstata y estómago y, entre las mujeres, la incidencia de tiroides es superior en Araba. La incidencia de tumores del Sistema nervioso es significativamente inferior entre los hombres de Araba que en los de la CAPV y, entre las mujeres, la incidencia de cáncer de ovario es también menor en Araba que en la CAPV.

Razón de incidencia estandariza (IC en %) de cáncer de determinadas localizaciones por sexo. Araba/Álava 2004-2013. RCEME



Tasas de incidencia bruta, estandarizada y truncada de tumores malignos* en hombres de Araba/Álava. RCEME. 2013**

CIE-O-III LOCALIZACIÓN	Nº	Tasas estandarizadas				T. Acum.
		T.bruta	P. Europea	P. Mundial	P. Trunc.	
C00 - C14 Labio, cavidad oral y faringe	33	20,20	17,19	12,82	26,22	1.569,08
C00 Labio	4	2,45	1,90	1,31	2,60	156,85
C01 Base de la lengua	1	0,61	0,54	0,36	0,00	90,53
C02 Otras partes no especificadas de la lengua	4	2,45	2,07	1,45	2,51	209,65
C03 Encías	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C04 Suelo de la boca	4	2,45	2,10	1,54	2,72	233,09
C05 Paladar	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C06 Otras partes y no especificadas de la boca	2	1,22	0,82	0,52	0,00	56,19
C07 Glandula parótida	1	0,61	0,45	0,39	1,25	32,27
C08 Otras glándulas salivales mayores y no especificadas	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C09 Amígdala	3	1,84	1,48	1,09	1,34	154,05
C10 Orofaringe	3	1,84	1,69	1,19	3,85	149,30
C11 Nasofaringe	7	4,29	4,22	3,62	8,01	344,81
C12 Seno piriforme	1	0,61	0,58	0,39	1,26	48,64
C13 Hipofaringe	1	0,61	0,58	0,42	1,34	41,68
C14 Otras localizaciones y las mal definidas	2	1,22	0,76	0,54	1,34	52,02
C15 - C26 Aparato digestivo	311	190,41	135,44	89,41	136,31	9.965,59
C15 Esófago	11	6,73	5,50	3,76	9,26	419,91
C16 Estómago	58	35,51	23,98	15,34	18,58	1.687,30
C17 Intestino delgado	5	3,06	2,33	1,58	3,94	152,69
C18 Colon	105	64,28	45,26	29,57	43,87	3.217,78
C19 Unión rectosigmoidea	18	11,02	7,61	5,07	6,71	599,39
C20 Recto	38	23,26	17,58	11,84	19,54	1.440,04
C21 Ano y conducto anal	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C22 Hígado y conductos biliares intrahepáticos	39	23,88	17,95	12,39	23,91	1.431,18
C23 Vesícula biliar	5	3,06	1,74	0,96	0,00	90,53
C24 Otras partes y no especificadas del tracto biliar	7	4,29	3,16	2,07	2,72	233,09
C25 Páncreas	23	14,08	9,49	6,22	7,79	657,08
C26 Otras localizaciones y las mal definidas	2	1,22	0,86	0,61	0,00	36,60
C30 - C39 Aparato respiratorio y org. intratorácic	165	101,02	75,98	51,76	83,73	6.615,45
C30 Fosa nasal y oído medio	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C31 Senos accesorios	1	0,61	0,45	0,39	1,25	32,27
C32 Laringe	19	11,63	8,79	5,76	10,22	769,50
C33 Tráquea	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C34 Bronquios y pulmón	140	85,71	64,33	43,82	70,92	5.502,57
C37 Timo	1	0,61	0,45	0,34	0,00	56,19
C38 Corazón mediastino y pleura	4	2,45	1,96	1,45	1,34	254,93
C39 Otras localizaciones y las mal definidas	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C40 - C41 Huesos, articulaciones y cartilagos art.	2	1,22	1,44	1,61	1,26	109,47
C40 Huesos, articulaciones y cartilagos de extremidades	1	0,61	0,85	1,22	0,00	60,83
C41 Huesos, articulaciones y cartilagos de otras partes	1	0,61	0,58	0,39	1,26	48,64
C42 Sistema hematopoyético y reticuloendote.	55	33,67	23,13	15,76	18,36	1.491,72
C44 Piel	24	14,69	10,45	7,48	15,88	765,53
C47 Nervios periféricos y sis.nerv.aut.	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C48 Peritoneo y retroperitoneo	3	1,84	1,34	0,94	1,34	108,21
C49 Tejido conjuntivo, subcutáneo y otros	5	3,06	2,19	1,71	4,05	178,22
C50 Mama	1	0,61	0,45	0,34	0,00	56,19
C60 - C63 Aparato genital masculino	280	171,43	130,33	90,98	101,68	12.993,10
C60 Pene	4	2,45	1,60	0,89	0,00	90,53
C61 Glandula prostática	261	159,79	120,98	83,12	97,82	12.341,51
C62 Testículo	15	9,18	7,76	6,97	3,85	561,06
C63 Otros órganos genitales y no especificados	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C64 - C68 Aparato urinario	155	94,90	71,99	49,17	76,26	6.104,64
C64 Riñón	41	25,10	20,36	14,73	31,20	1.709,55
C65 Pelvis renal	5	3,06	2,18	1,39	1,26	195,35
C66 Ureter	1	0,61	0,34	0,17	0,00	0,00
C67 Vejiga urinaria	108	66,12	49,10	32,88	43,81	4.199,74
C68 Otros órganos urinarios y no especificados	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C69 - C72 Ojo, encefalo y otros del sis.nerv.ctral	16	9,80	8,54	6,63	12,12	794,02
C69 Ojo y anejos	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C70 Meninges	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C71 Encefalo	16	9,80	8,54	6,63	12,12	794,02
C72 Medula espinal, nervios craneales y otras partes del s.n.c.	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C73 - C75 Tiroides y otras glándulas endocrinas	11	6,73	5,35	3,80	9,15	439,03
C73 Glandula tiroides	11	6,73	5,35	3,80	9,15	439,03
C74 Glandula suprarrenal	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C75 Otras glándulas endocrinas y estructuras relacionadas	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C76 Localizaciones mal definidas	2	1,22	0,79	0,51	0,00	56,19
C77 Ganglios linfáticos	38	23,26	17,99	13,02	18,54	1.444,88
C80 Localización primaria desconocida	26	15,92	11,65	7,69	10,50	920,86
TOTAL	1.127	689,99	514,25	353,62	515,40	43.612,17

*Se excluyen las neoplasias vasocelulares y espinocelulares de piel. **Fecha de actualización: 18 de agosto de 2016. Tasa bruta por 100.000 habitantes. Tasa truncada (35-64 años) por 100.000 habitantes.

Tasas de incidencia bruta, estandarizada y truncada de tumores malignos* en mujeres de Araba/Álava. RCEME. 2013**

CIE-O-III LOCALIZACIÓN	Nº	Tasas estandarizadas				T. Acum.
		T.bruta	P. Europea	P. Mundial	P. Trunc.	
C00 - C14 Labio, cavidad oral y faringe	12	7,29	5,85	4,66	6,70	528,11
C00 Labio	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C01 Base de la lengua	1	0,61	0,57	0,40	1,31	40,47
C02 Otras partes no especificadas de la lengua	3	1,82	1,63	1,52	0,00	162,87
C03 Encías	1	0,61	0,57	0,40	1,31	40,47
C04 Suelo de la boca	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C05 Paladar	2	1,21	0,94	0,76	1,39	90,28
C06 Otras partes y no especificadas de la boca	1	0,61	0,43	0,33	0,00	54,34
C07 Glandula parótida	3	1,82	1,15	0,88	1,49	92,75
C08 Otras glandulas salivales mayores y no	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C09 Amígdala	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C10 Orofaringe	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C11 Nasofaringe	1	0,61	0,56	0,38	1,21	46,94
C12 Seno piriforme	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C13 Hipofaringe	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C14 Otras localizaciones y las mal definidas de	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C15 - C26 Aparato digestivo	180	109,33	70,82	48,99	78,45	5.904,32
C15 Esófago	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C16 Estómago	28	17,01	10,66	7,39	11,94	807,33
C17 Intestino delgado	5	3,04	1,92	1,24	0,00	224,52
C18 Colon	66	40,09	27,58	19,80	38,14	2.265,27
C19 Unión rectosigmoidea	5	3,04	1,22	0,70	1,21	46,94
C20 Recto	24	14,58	10,54	7,77	14,46	839,28
C21 Ano y conducto anal	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C22 Hígado y conductos biliares intrahepaticos	16	9,72	6,08	4,04	6,39	536,89
C23 Vesicula biliar	6	3,64	1,59	0,88	0,00	85,09
C24 Otras partes y no especificadas del tracto	10	6,07	3,65	2,21	2,52	257,59
C25 Páncreas	18	10,93	6,50	4,22	2,49	715,86
C26 Otras localizaciones y las mal definidas	2	1,21	1,08	0,75	1,31	125,56
C30 - C39 Aparato respiratorio y org.	58	35,23	26,38	19,42	38,37	2.248,03
C30 Fosa nasal y oído medio	1	0,61	0,18	0,09	0,00	0,00
C31 Senos accesorios	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C32 Laringe	2	1,21	1,13	0,75	2,42	93,88
C33 Tráquea	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C34 Bronquios y pulmón	50	30,37	22,24	15,79	35,94	1.984,23
C37 Timo	2	1,21	1,32	1,35	0,00	94,30
C38 Corazón mediastino y pleura	2	1,21	1,35	1,35	0,00	75,62
C39 Otras localizaciones y las mal definidas	1	0,61	0,16	0,08	0,00	0,00
C40 - C41 Huesos, articulaciones y cartilagos	2	1,21	0,82	0,60	1,47	38,07
C40 Huesos, articulaciones y cartilagos de	2	1,21	0,82	0,60	1,47	38,07
C41 Huesos, articulaciones y cartilagos de	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C42 Sistema hematopoyético y reticuloendote.	58	35,23	21,32	14,61	18,08	1.755,14
C44 Piel	31	18,83	12,72	9,80	22,42	855,64
C47 Nervios periféricos y sis.nerv.aut.	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C48 Peritoneo y retroperitoneo	5	3,04	2,49	1,87	2,77	312,64
C49 Tejido conjuntivo, subcutáneo y otros	5	3,04	1,85	1,31	2,57	184,50
C50 Mama	192	116,62	87,91	65,11	147,08	7.516,86
C51 - C58 Aparato genital femenino	94	57,09	42,87	31,43	71,61	3.622,94
C51 Vulva	8	4,86	3,16	2,32	2,67	333,74
C52 Vagina	2	1,21	1,10	0,83	2,68	85,01
C53 Cuello uterino	11	6,68	5,77	4,50	10,77	384,02
C54 Cuerpo del utero	50	30,37	22,40	16,07	35,35	1.999,47
C55 Utero, sai	4	2,43	2,23	1,62	5,22	172,76
C56 Ovario	19	11,54	8,22	6,10	14,91	647,93
C57 Otros organos genitales femeninos y no	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C58 Placenta	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C64 - C68 Aparato urinario	50	30,37	19,83	13,75	26,25	1.608,28
C64 Riñon	26	15,79	11,77	8,42	17,29	1.001,43
C65 Pelvis renal	2	1,21	0,70	0,54	1,47	38,07
C66 Ureter	1	0,61	0,16	0,08	0,00	0,00
C67 Vejiga urinaria	21	12,75	7,19	4,71	7,48	568,78
C68 Otros organos urinarios y no especificados	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C69 - C72 Ojo, encefalo y otros del sis.nerv.ctral	14	8,50	6,55	5,68	5,20	491,65
C69 Ojo y anejos	1	0,61	0,16	0,08	0,00	0,00
C70 Meninges	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
C71 Encefalo	12	7,29	5,82	5,22	3,99	444,71
C72 Medula espinal, nervios craneales y otras	1	0,61	0,56	0,38	1,21	46,94
C73 - C75 Tiroides y otras glandulas endocrinas	46	27,94	24,41	19,27	45,91	1.992,42
C73 Glandula tiroides	44	26,72	23,29	18,52	43,49	1.898,54
C74 Glandula suprarrenal	1	0,61	0,56	0,38	1,21	46,94
C75 Otras glandulas endocrinas y estructuras	1	0,61	0,56	0,38	1,21	46,94
C76 Localizaciones mal definidas	3	1,82	0,86	0,62	1,47	38,07
C77 Ganglios linfáticos	14	8,50	5,40	3,84	8,36	408,42
C80 Localizacion primaria desconocida	17	10,33	4,92	3,14	3,78	271,53
TOTAL	781	474,36	334,99	244,09	480,47	27.776,61

*Se excluyen las neoplasias basocelulares y espinocelulares de piel. **Fecha de actualización: 18 de agosto de 2016
Tasa bruta por 100.000 habitantes. Tasa truncada (35-64 años) por 100.000 habitantes.

Para conocer la incidencia a nivel municipal se puede consultar el *Euskal Autonomia Erkidegoko minbiziaren herriz herriko atlasa/ Atlas Municipal de Cáncer de la Comunidad Autónoma Vasca*, disponible en la página web del departamento de Salud. Presenta datos de incidencia de los años 2003-2008. http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/epidemiologica_publicaciones/eu_epidemi/adjuntos/Atlas%20del%20Cancer.pdf.

Otros datos sobre cáncer, consultar los perfiles de cáncer editados en 2013: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/cancer/ResultadosDestacados.pdf

C2.-ANOMALIAS CONGÉNITAS

El Registro de Anomalías Congénitas de la Comunidad Autónoma Vasca (RACAV) se pone en marcha en 1989 por iniciativa del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y con la colaboración de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría. Comienza la recogida de información en 1990. Desde su inicio, pertenece a la red EUROCAT (*European Concerted Action on Congenital Anomalies and Twins*). Es un registro de ámbito poblacional, se registran todos los recién nacidos e Interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE) debidas a anomalías congénitas de mujeres residentes en la CAPV. Las fuentes de datos de las que se alimenta son: el CMBD; Registro de recién nacidos; Eustat; Listado de laboratorios de genética y consultas especializadas; Historias clínicas; cribado prenatal de Osakidetza y el registro de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE)s.

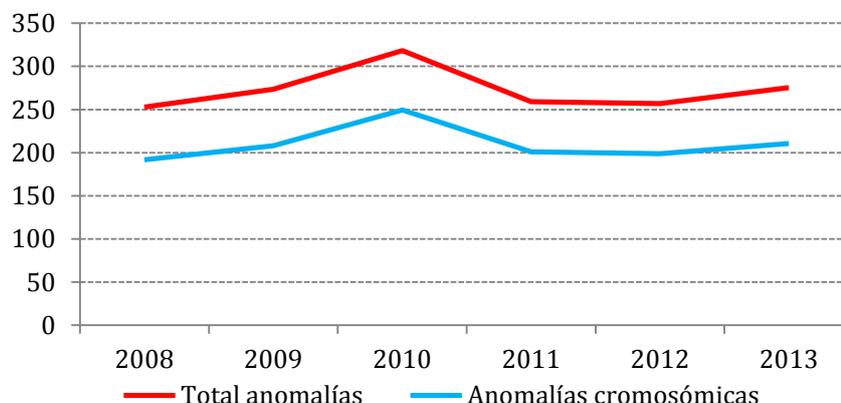
La siguiente tabla refleja las malformaciones estructurales y anomalías cromosómicas diagnosticadas en el feto, recién nacido o en el niño desde el año 2008 en la CAPV. Es decir, los casos que corresponden al capítulo Q (CIE 10-BPA extensión). No se incluyen las anomalías menores que son aquéllas que no presentan consecuencias estéticas, médicas o funcionales significativas, ni alteraciones en la calidad o esperanza de vida del paciente. También se excluyen las anomalías asociadas a la inmadurez al nacer.

Casos y prevalencia de anomalías congénitas por 10.000 nacimientos. 2008-2013. CAPV. RACAV

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Total casos	541	575	676	551	530	528	3401
Nº nacidos vivos	390	387	484	385	350	336	2332
Muertes fetales	3	2	2	1	5	1	14
Terminaciones embarazo (IVE)	148	186	190	165	175	191	1055
Población	21401	21023	21246	21257	20624	19185	124736
Prevalencia	252,79	273,51	318,18	259,21	256,98	275,22	272,66
Total casos excluyendo condiciones genéticas	410	437	530	427	410	404	2618
Prevalencia excluyendo cond.genéticas	191,58	207,87	249,46	200,88	198,80	210,58	209,88

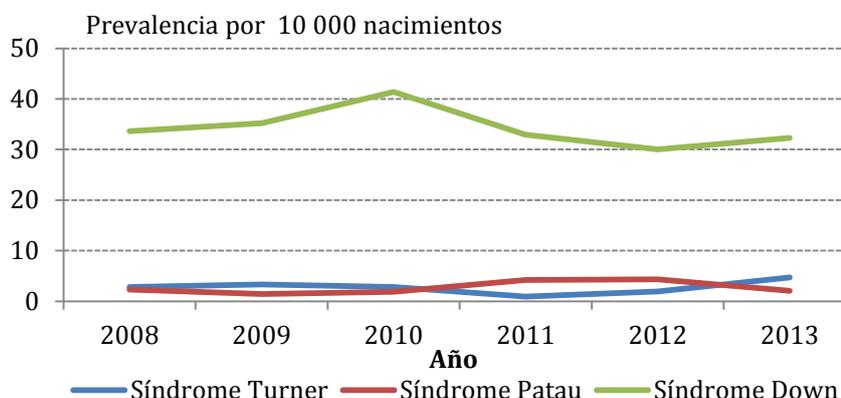
En el siguiente gráfico se puede ver la evolución de todas las anomalías registradas en la CAPV en el periodo 2008-2013, pudiéndose observar las correspondientes a las anomalías cromosómicas, que son las que contribuyen en mayor medida a las anomalías totales.

Prevalencia por 10.000 nacimientos de todas las anomalías y de las anomalías cromosómicas. CAPV 2008-2013. RACAV



Entre las anomalías cromosómicas, el síndrome de Down (SD), el de Patau y el de Turner son los que se incluyen en el cribado prenatal del primer trimestre que se les practica a las mujeres embarazadas de la CAPV. El cribado se puso en marcha en el año 2010, tras un estudio piloto iniciado en el 2009. La prevalencia de estas anomalías se ha mantenido más o menos estable desde el año 2008 (ver siguiente gráfica).

Prevalencia por 10.000 nacimientos de las anomalías cromosómicas incluidas en el cribado sistemático durante el primer trimestre. CAPV 2008-2013. RACAV



El SD representa el trastorno cromosómico más frecuente. La estimación de la prevalencia del SD no es fácil, ya que para su cálculo es necesario conocer no solo el número de nacidos vivos, abortos inducidos y mortinatos, sino también los abortos espontáneos (alrededor del 30% de los embriones con trisomía 21 abortan espontáneamente) sobre los cuales es difícil obtener información fiable. El Instituto de Enfermedades Raras del Instituto de Salud Carlos III estima una prevalencia de 1/400 a 1/2000 recién nacidos. Según los datos del RACAV, la tasa de prevalencia para el SD en la CAPV se estima en 25 por 10.000 nacidos.

En la siguiente tabla se incluyen las anomalías correspondientes desde el año 2010 al año 2013 en la CAPV.

Grupos de anomalías congénitas. Año 2010-2013.CAPV. RACAV

Tipo de anomalía	Total casos	Prevalencia	Nacidos vivos	Muertes fetales	Terminación embarazo	Total casos*	Prevalencia*
Total anomalías	2281	277,12	1551	9	721	1767	214,67
Sistema nervioso	248	30,13	82	3	163	214	26,00
Defectos tubo neural	93	11,30	4	0	89	88	10,69
Anencefalia y similares	54	6,58	0	0	54	53	6,44
Encefalocele	5	0,61	1	0	4	4	0,49
Espina bífida	34	4,13	3	0	31	31	3,77
Hidrocefalia	47	5,71	13	3	31	38	4,62
Microcefalia	27	3,28	24	0	3	22	2,67
Arinencefalia/holoprosencefala	27	3,28	4	0	23	17	2,07
Ojo	53	6,44	47	0	6	42	5,10
Anoftalmos/Microftalmos	11	1,34	8	0	3	6	0,73
Catarata congénita	21	2,55	21	0	0	18	2,19
Glaucoma congénito	3	0,36	3	0	0	3	0,36
Oído, cara y cuello	34	4,13	23	0	11	17	2,07
Anodia	1	0,12	1	0	0	1	0,12
Defectos cardíacos congénitos*	595	72,29	493	2	100	532	64,63
DCC severos	212	25,76	132	1	79	184	22,35
Tronco arterial común	8	0,97	6	0	2	7	0,85
Doble salida ventricular drcha	14	1,70	7	0	7	11	1,34
Transposición grandes vasos	44	5,35	28	0	16	43	5,22
Ventrículo único	17	2,07	2	0	15	14	1,70
Defectos septo ventricular	223	27,09	201	1	21	207	25,15
Defectos del septo atrial	115	13,97	107	1	7	98	11,91
Defectos septo atrioventricular	28	3,40	14	0	14	18	2,19
Tetralogía de Fallot	24	2,92	17	1	6	19	2,31
Estenosis y atresia de tricúspide	11	1,34	4	0	7	11	1,34
Anomalía de Ebstein	2	0,24	2	0	0	2	0,24
Estenosis válvula pulmonar	46	5,59	45	0	1	46	5,59
Atresia válvula pulmonar	10	1,21	4	0	6	10	1,21
Atresia/estenosis válv. aórtica	17	2,07	13	0	4	15	1,82
Anomalías válvula mitral	11	1,34	6	0	5	9	1,09
Cor. Izdo hipoplásico	21	2,55	1	0	20	19	2,31
Cor. dcho hipoplásico	7	0,85	1	0	6	7	0,85
Coartación aorta	52	6,32	44	0	8	47	5,71
Atresia/interrupción arco aórtico	5	0,61	3	0	2	5	0,61
Retorno v. pulmonar total anómalo	8	0,97	7	0	1	8	0,97
Ductus arterioso permeable	27	3,28	27	0	0	24	2,92
Sistema respiratorio	44	5,35	34	0	10	37	4,50
Atresia de coanas	11	1,34	11	0	0	9	1,09
Malf adenomatosa quística pulmón	8	0,97	7	0	1	8	0,97
Hendiduras orofaciales	87	10,57	71	0	16	69	8,38
Labio leporino con/sin paladar	39	4,74	23	0	16	24	2,92
Paladar hendido	48	5,83	48	0	0	45	5,47

*: excepto condiciones genéticas

Tipo de anomalía	Total casos	Prevalencia	Nacidos vivos	Muertes fetales	Terminación embarazo	Total casos*	Prevalencia*
Sistema digestivo	161	19,56	137	2	22	152	18,47
Atresia esófago con/sin fístula traqueoesofágica	21	2,55	21	0	0	21	2,55
Atresia o estenosis duodenal	5	0,61	4	1	0	4	0,49
Atresia o estenosis otras partes del intestino delgado	8	0,97	8	0	0	8	0,97
Atresia o estenosis anorectal	25	3,04	16	0	9	24	2,92
Enf. Hirschsprung	14	1,70	14	0	0	14	1,70
Atresia conductos biliares	8	0,97	8	0	0	7	0,85
Páncreas anular	1	0,12	0	0	1	1	0,12
Hernia diafragmática	16	1,94	8	0	8	16	1,94
Defectos pared abdominal	62	7,41	16	0	45	42	5,10
Gastrosquisis	22	2,67	9	0	13	18	2,19
Onfalocele	40	4,86	7	0	33	25	3,04
Sistema urinario	353	42,89	294	1	58	326	39,61
Agensiarenalbilat. incl. sind. Potter	11	1,34	1	1	9	9	1,09
Displasia renal multiquística	33	4,01	25	0	8	31	3,77
Hidronefrosis congénita	114	13,85	108	0	6	112	13,61
Extrofia vesical y/o epispadia	5	0,61	3	0	2	5	0,61
Abdomen en ciruela pasa y/o válvula posterior uretral	4	0,49	4	0	0	4	0,49
Sistema genital	200	24,30	197	0	3	193	23,45
Hipospadias	141	17,13	141	0	0	140	17,01
Sexo indeterminado	2	0,24	1	0	1	1	0,12
Extremidades	349	42,40	279	1	69	299	36,33
Def. reducción extremidades	58	7,05	32	1	25	47	5,71
Pie zambo-pie equino varo	84	10,21	65	0	19	74	8,99
Dislocación cadera y/o displasia	105	12,76	105	0	0	105	12,27
Polidactilia	70	8,50	59	0	11	58	7,05
Sindactilia	28	3,40	26	0	2	25	3,04
Otras anomalías/síndromes							
Displasia esquelética	20	2,43	12	0	8	0	0
Craneosinostosis	64	7,78	64	0	0	61	7,41
Síndrome de bandas amnióticas	1	0,12	1	0	0	1	0,12
Situs inversus	9	1,09	3	0	6	9	1,09
Siameses	1	0,12	0	0	1	1	0,12
Transtornos de piel congénitas	12	1,46	11	0	1	12	1,46
Síndrome Vacterl	1	0,12	1	0	0	1	0,12
Anomalía alteración vascular	57	6,92	35	0	22	52	6,32
Anomalías laterales	21	2,55	11	0	10	20	2,43
Sínd. teratogénicos con malformaciones	25	3,04	13	0	12	24	2,92
Síndrome fetal alcohólico	2	0,24	2	0	0	1	0,12
Síndrome de valproato	0	0	0	0	0	0	0
Malformaci. por infec.maternas	23	2,79	11	0	12	23	2,79
Sínd.genéticos+microdeleccione	35	4,25	27	0	8	0	0
Cromosómicas	461	56,01	47	3	411	0	0
Sínd. Down	282	34,26	26	2	254	0	0
Sínd. Patau/Trisomía 13	26	3,16	1	0	25	0	0
Sínd. Edward/Trisomía 18	68	8,26	1	1	66	0	0
Sínd. Turner	21	2,55	1	0	20	0	0
Sínd. Klinefelter	8	0,97	3	0	5	0	0

En las siguientes gráficas se muestra la evolución de las prevalencias desde el 2008 hasta el 2013 por grupos de anomalías.

**Prevalencia por 10.000 nacimientos por grupos de anomalías.
CAPV 2008-2013.**

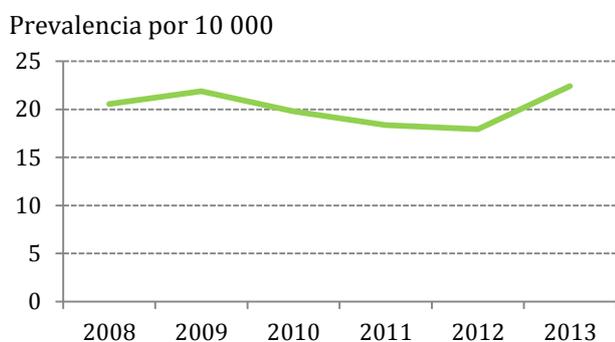
Sistema nervioso



Defectos cardíacos congénitos



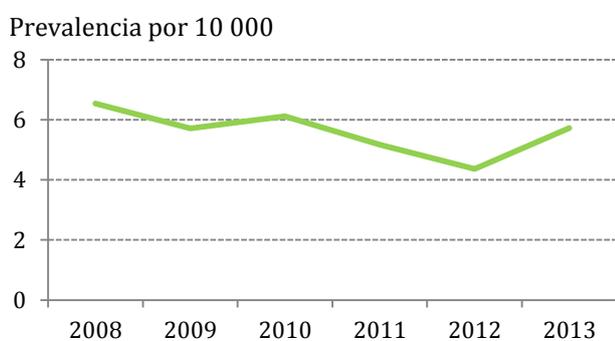
Sistema digestivo



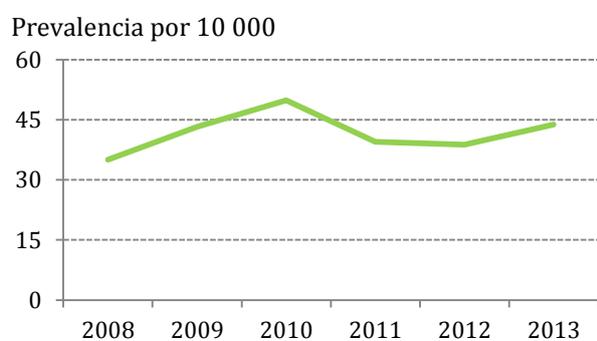
Hendiduras orofaciales



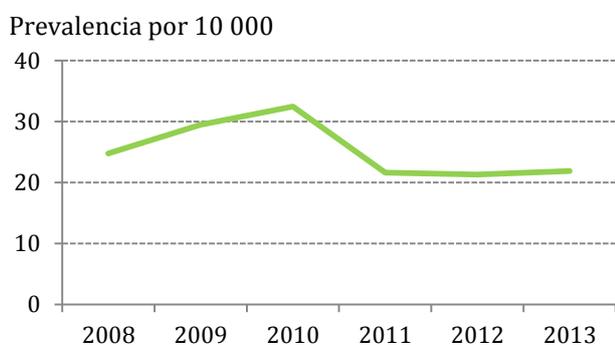
Sistema respiratorio



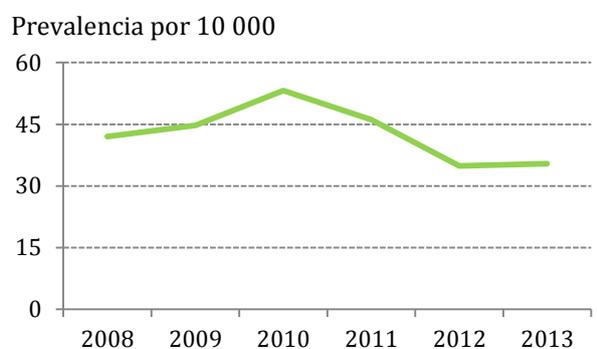
Sistema urinario



Sistema genital



Extremidades



Fuente: Registro Anomalías Congénitas de la CAPV

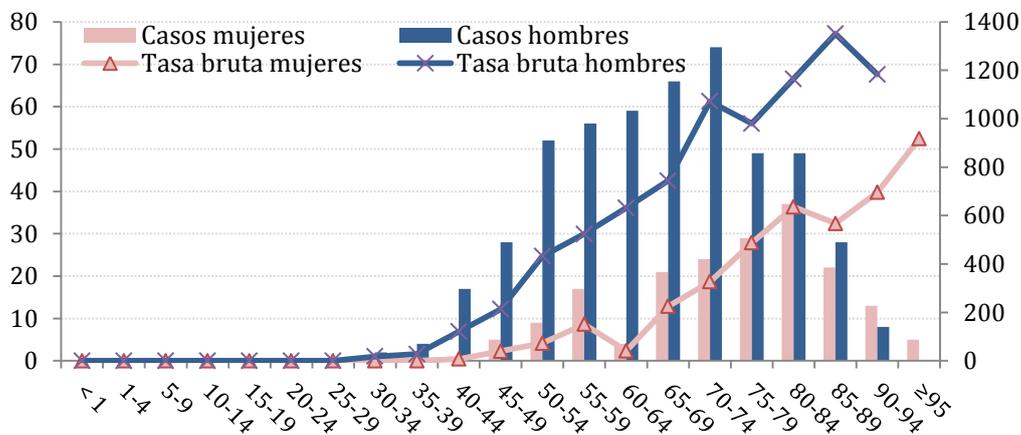
C3.-CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Se recogen datos de cardiopatía isquémica; la morbilidad hospitalaria a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de altas hospitalarias (CIE-9; 410-414) y la mortalidad a partir del registro de mortalidad (CIE-10; I20-I25). Los últimos datos presentados son, para ambos sistemas, de 2014.

Morbilidad hospitalaria

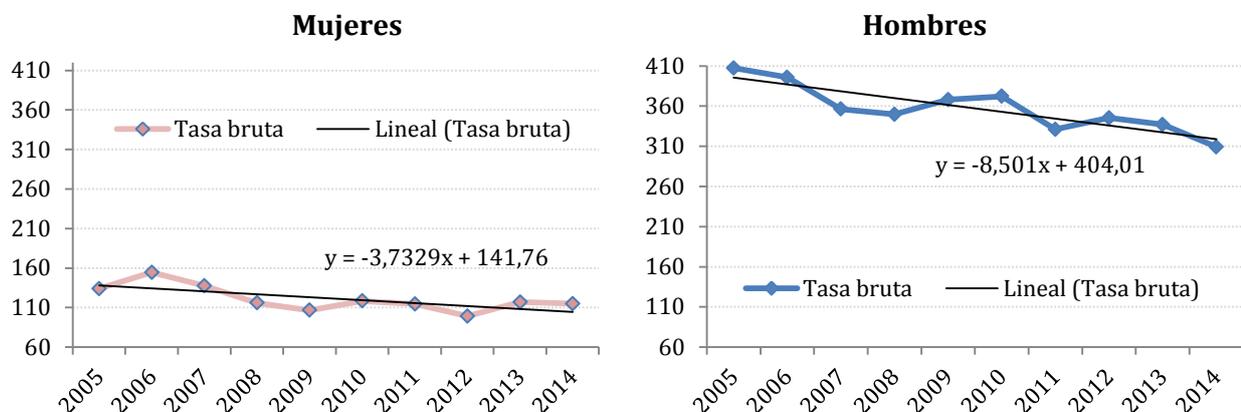
En 2014 hubo 679 ingresos por cardiopatía isquémica, 187 mujeres y 492 hombres. La tasa de frecuentación hospitalaria fue de 114,98 por 100 000 en mujeres y mucho mayor en los hombres con 309,15/100000; la tasa estandarizada ha sido también superior en los hombres (321,21 por 100 000 vs 100,70 en mujeres).

Nº de ingresos hospitalarios y tasa bruta (por 100.000) por cardiopatía isquémica según sexo y grupo CMBD. Araba/Álava 2014



La tendencia de las tasas crudas, analizada entre 2005-2014, ha sido descendente en ambos sexos con un descenso más acusado en los hombres (ver figuras).

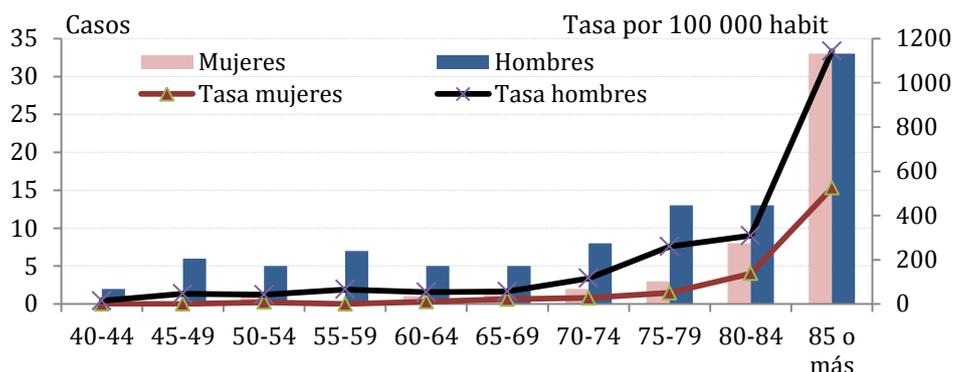
Tasas brutas de morbilidad hospitalaria en ambos sexos y recta de regresión. Periodo 2005-2014. CMBD. Araba/Álava



Mortalidad

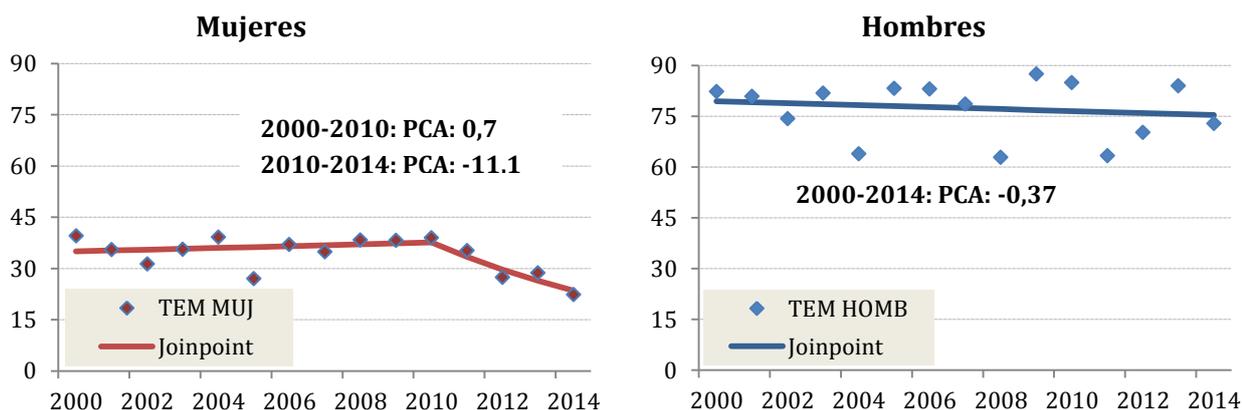
En 2014, 147 personas (57 mujeres 90 hombres) fallecieron por CI (CIE-10; I20-I25); el 42% por infarto agudo de miocardio. Supone la cuarta causa de muerte en mujeres y la segunda en los hombres. Las tasas estandarizadas fueron superiores en los hombres, 72,84 por 100.000, que en las mujeres 22,36. La edad media de los fallecidos por CI es 79 años, más jóvenes los hombres (75 años) que las mujeres (87 años) y fue, en 2014, la segunda causa de años potenciales de vida perdidos hasta los 70 años (APVP₇₀) en hombres (430) y la octava en las mujeres (32 APVP₇₀).

Cardiopatía isquémica. Número de fallecidos y tasa de mortalidad por grupos de edad y por sexo. Registro de mortalidad. Araba/Álava 2014



En el periodo 2000-2014 la tendencia de la tasa estandarizada de mortalidad por CI es ligeramente descendente en los hombres. En las mujeres, se observa un punto de inflexión en 2010, seguido de un claro descenso (PCA: -11,1), aunque sin significación estadística.

Evolución de las TE de mortalidad en el periodo 2000-2014. Registro de mortalidad. Araba/Álava



*PCA: porcentaje de cambio anual

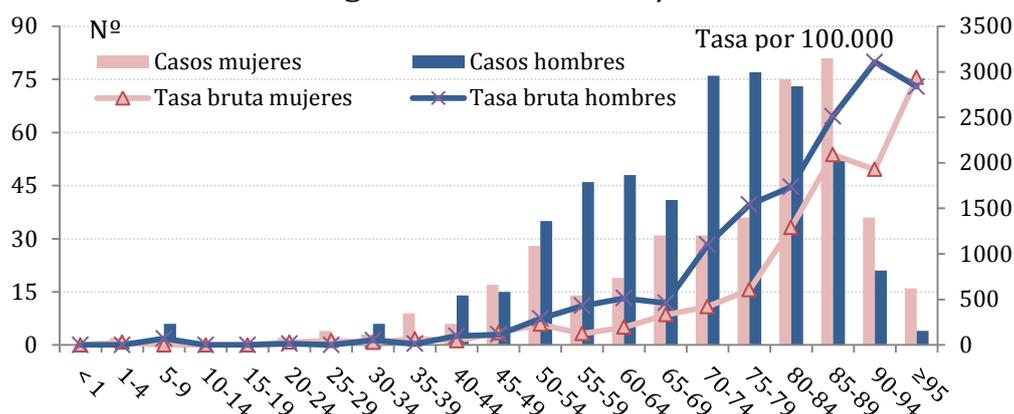
C4.-ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR (ECV)

Las fuentes de información son las mismas que para la cardiopatía isquémica: el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de altas hospitalarias (CIE-9; 430-438) y el registro de mortalidad (CIE-10; I60-I69). Los últimos datos presentados son, para ambos sistemas, de 2014.

Morbilidad

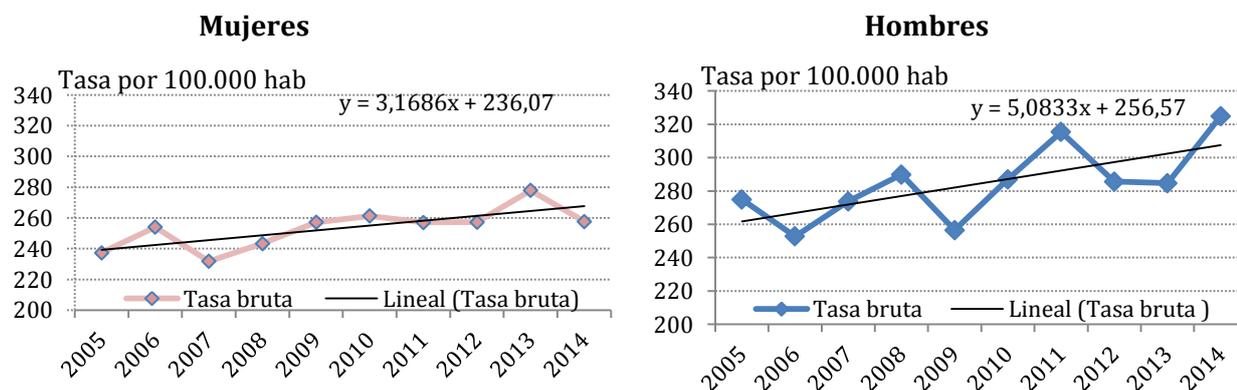
En 2014 se produjeron 927 ingresos (410 mujeres y 517 hombres) por ECV (CIE-9; 430-438); la tasa bruta de frecuentación de los hombres (324,86 por 100.000 habitantes) fue mayor que la de las mujeres (252,10 por 100.000 habitantes), al igual que las estandarizadas (356,95 por 100000 en hombres y 209,02 por 100000 en mujeres). La letalidad hospitalaria fue del 9% en mujeres y del 8% en los hombres. La edad media en las mujeres fue de 74 años y en los hombres de 70. La tasa de frecuentación fue superior, para todas las edades, en los hombres pero, como se observa en la gráfica, en las mujeres, el número de casos es superior a partir de los 80 años.

Nº de ingresos hospitalarios y tasa bruta (por 100000) por ECV según sexo y grupo de edad. Registro de altas. Araba/Álava 2014



La evolución de las tasas brutas en los últimos diez años es ascendente, con mayor pendiente en los hombres que en las mujeres (ver figura).

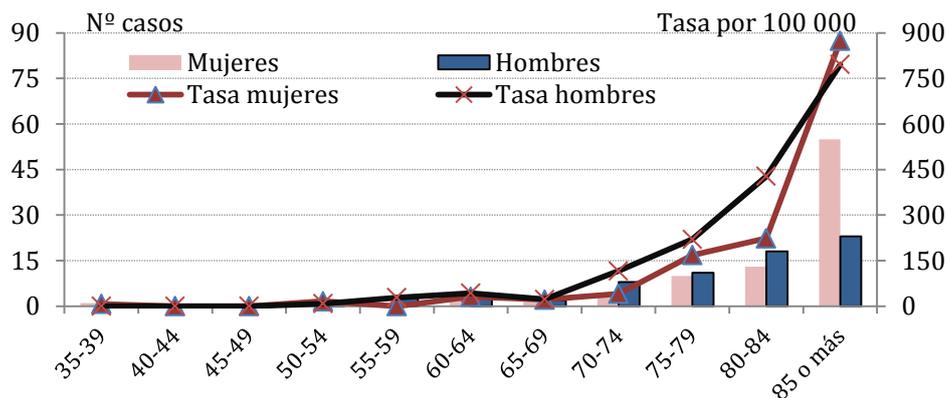
Tasas brutas (por 100.000) de frecuentación hospitalaria por ECV ambos sexos. Periodo 2005-2014. Registro de Altas. Araba/Álava



Mortalidad

En 2014 en Araba fallecieron por ECV (CIE-10; I60-I69) 89 mujeres y 70 hombres. Las tasas crudas son mayores en las mujeres (54,72 frente a 43,99 por 100000), esta relación se invierte al controlar el efecto de la edad con las tasas estandarizadas que son inferiores en las mujeres (40,83 vs 52,52 por 100 000). La distribución por sexo y edad se muestra en la siguiente figura. Las tasas aumentan con la edad. El número de fallecidos es superior en los hombres hasta los 85 años. En 2014 fue en hombres (95) la octava causa de APVP₇₀ y la cuarta en las mujeres (99).

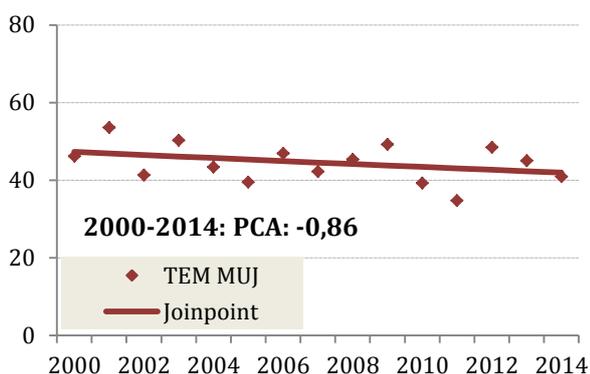
Nº de fallecidos y tasa de mortalidad por ECV según sexo y grupo de edad. Registro de mortalidad. Álava/Araba 2014



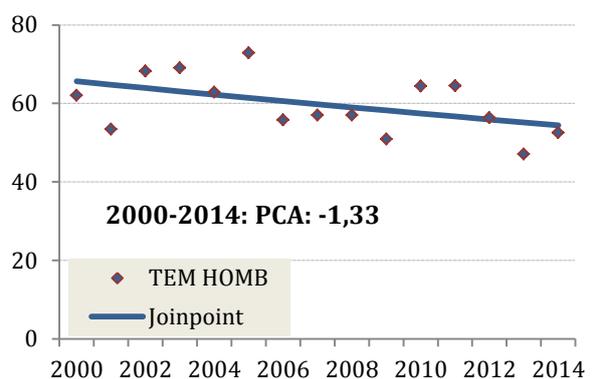
La evolución de la tasa estandarizada de mortalidad por ECV es descendente en ambos sexos, más acentuada en los hombres.

Evolución de la TEM por ECV. Periodo 2000-2014. Registro de mortalidad. Araba

Mujeres



Hombres



D.-MORBILIDAD HOSPITALARIA

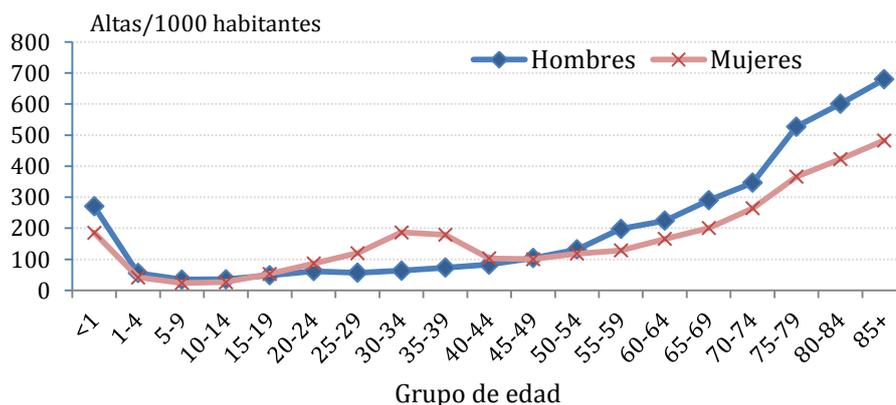
La siguiente información proviene del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Registro de Altas Hospitalarias de la CAPV. Se considera únicamente el diagnóstico motivo de ingreso, es decir, la considerada causa principal del ingreso hospitalario.

Casos y tasa de frecuentación hospitalaria

En 2014 se registraron 50.765 altas hospitalarias de residentes de Araba/Álava, el 98,7% en hospitales públicos de la CAPV; la tasa de frecuentación es de 157,8 altas por 1.000 habitantes. La estancia media fue de 4,8 días y la mediana de 2 días; el 26,7% fueron estancias inferiores a un día.

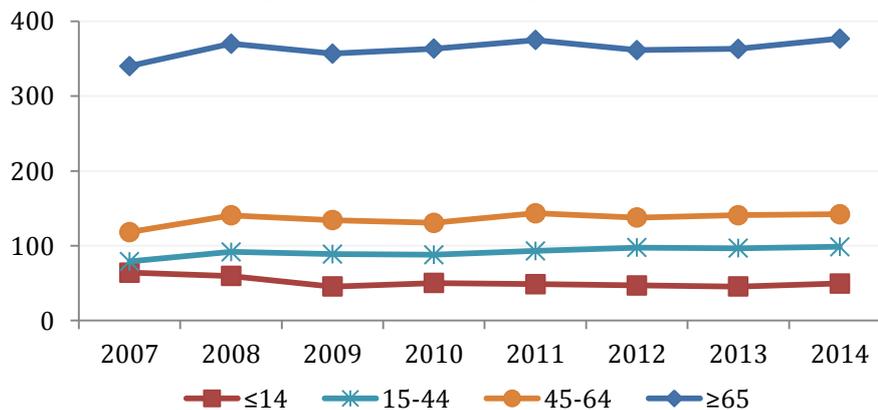
El 4,6% eran personas de 14 o menos años; el 48,9% de 15-64 años (grupo en el que contribuyen de forma importante los ingresos derivados del embarazo) y el 46,5% de 65 o más años. Los hombres ingresaron más que las mujeres con excepción del grupo de 20-44 años, en el que las mujeres superan ampliamente a los hombres por los ingresos derivados del embarazo, parto y puerperio.

Tasa de frecuentación hospitalaria (por 1000 hab) por grupo de edad y sexo. Registro de altas hospitalarias. Araba/Álava 2014



La frecuentación se mantiene bastante estable en el periodo 2007-2014 salvo en los mayores de 64 años en los que se incrementa ligeramente.

Tasa de frecuentación hospitalaria (por 1000 hab.) por grupos de edad. 2007-2014. Registro de altas hospitalarias. Araba/Álava



Morbilidad hospitalaria por grandes grupos de la CIE-9

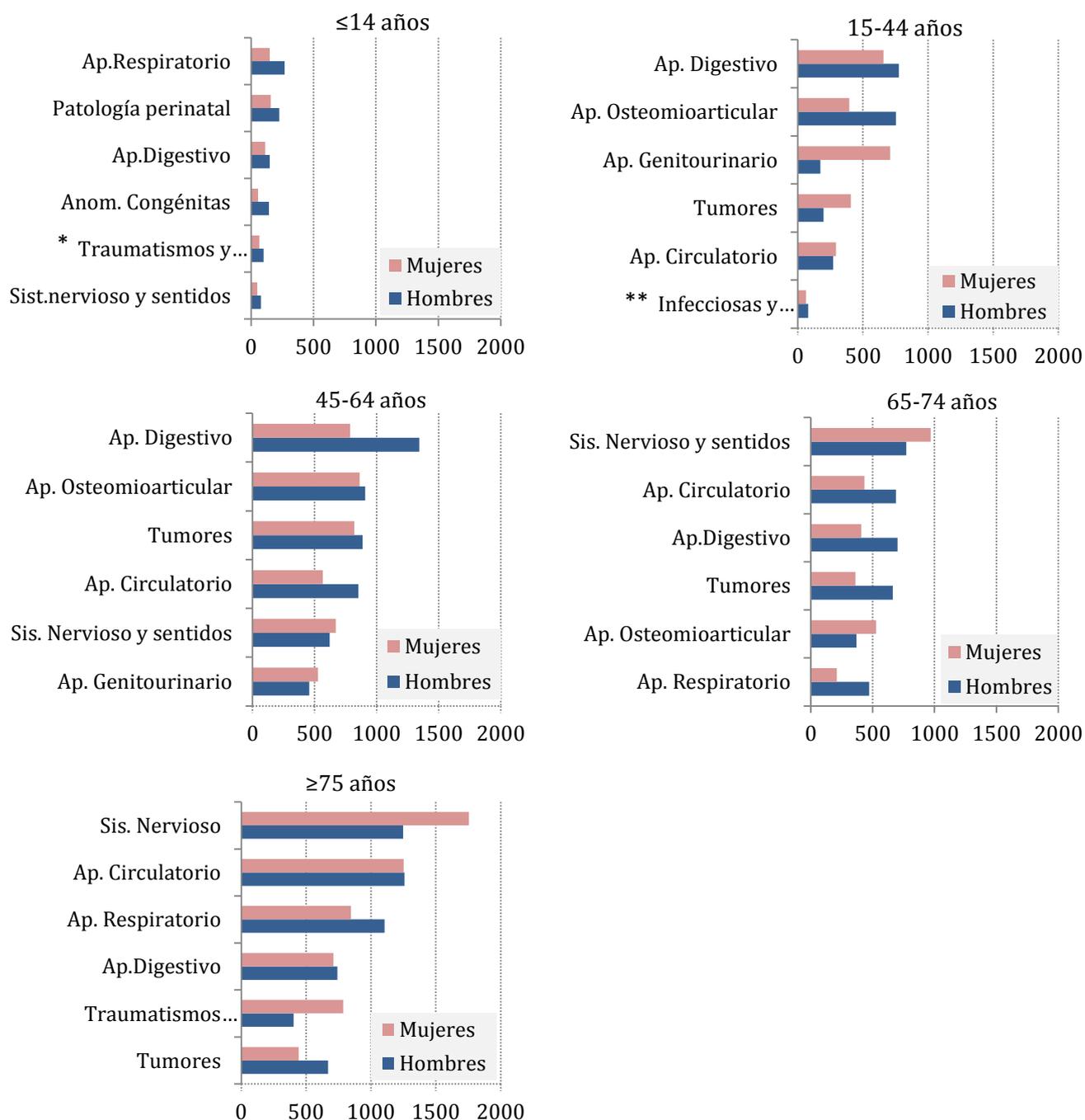
Los cinco grandes grupos de enfermedades que causaron ingreso hospitalario con mayor frecuencia fueron: las enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos, las enfermedades del aparato digestivo, las enfermedades del aparato circulatorio, las del aparato osteomioarticular y conectivo y las enfermedades del aparato respiratorio.

Morbilidad hospitalaria, absoluta y relativa, por grandes grupos de causas y por sexo. CMBD. Araba/Álava 2014.

CIE-9-MC	Diagnósticos	Total		Mujeres		Hombres	
		N	%	N	%	N	%
001-139	Enf. Infecciosas y parasitarias	611	1,23	245	0,94	366	1,51
140-239	Neoplasias	4503	9,08	2068	8,14	2435	10,07
240-279	Enf. Endocrinas, metaból., inmunit.	855	1,72	493	1,94	362	1,50
280-289	Enf. Sangre y órg. hematopoyéticos	526	1,06	270	1,06	256	1,06
290-319	Trastornos mentales	779	1,57	357	1,40	422	1,75
320-389	Enf. Sist. nervioso y órg. sensoriales	6641	13,39	3705	14,58	2936	12,14
390-459	Enf. Aparato circulatorio	5639	11,37	2549	10,03	3090	12,78
460-519	Enf. Aparato respiratorio	4513	9,10	1821	7,17	2692	11,13
520-579	Enf. Aparato digestivo	6385	12,88	2675	10,53	3710	15,34
580-629	Enf. Aparato genito-urinario	3371	6,80	1839	7,24	1532	6,34
630-679	Embarazo, parto, puerperio	3635	7,33	3636	14,31	-	-
680-709	Enf. Piel y tejido subcutáneo	628	1,27	285	1,12	343	1,42
710-739	Enf. Osteo-mioarticular y conectivo	4646	9,37	2314	9,11	2332	9,64
740-759	Anomalías congénitas	344	0,69	142	0,56	202	0,84
760-779	Patología periodo perinatal	383	0,77	158	0,62	225	0,93
780-799	Sínt., signos y estados mal definidos	2555	5,15	1108	4,36	1447	5,98
800-999	Lesiones y envenenamientos	3578	7,21	1749	6,88	1829	7,56
Total (se excluye el código V)		49592	100	25413	100	24179	100

En las mujeres, las tres causas más habituales de ingreso fueron, por orden de frecuencia, las enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos, el embarazo, parto y puerperio y las enf. del aparato digestivo. En hombres lo fueron las enfermedades del aparato digestivo, las enf. del aparato circulatorio y las enf. del sistema nervioso y de los sentidos.

Altas (número) por grandes grupos de causas, sexo y edad.
Registro de altas hospitalarias. Araba/Álava 2014



* Traumatismos y envenenamientos

** Infecciosas y parasitarias

Entre los menores de 15 años, las enfermedades del aparato respiratorio, la patología perinatal y las enfermedades del ap. digestivo suponen el 52% de los ingresos. Entre las enf. del aparato respiratorio, la enfermedad crónica de amígdalas y adenoides (38%) y bronquitis y bronquiolitis (23%) son las más frecuentes. Entre las enf. perinatales, los trastornos relacionados con la gestación acortada y bajo peso al nacimiento es una de las más habituales. Entre las enf. digestivas destacan la apendicitis y la hernia inguinal.

En el grupo de 15 a 44 años, en las mujeres, el 49% de los ingresos corresponden al embarazo, parto y puerperio; entre las patologías genitourinarias, el 34% son problemas de esterilidad y de los trastornos digestivos el 14% son colelitiasis. Entre los hombres, el 25% de los ingresos del aparato digestivo corresponden a las hernias y el 9% a la apendicitis aguda; el 37% de los trastornos del aparato musculoesquelético son trastornos internos de rodilla.

En las mujeres de 45 a 64 años, las hernias (23%) y la colelitiasis (16%) se mantienen como las patologías más frecuentes del apto. digestivo; en el 18% de los ingresos por tumores son tumores de mama y el 46% de los asociados al aparato circulatorio lo son por venas varicosas de las extremidades inferiores; del sistema nervioso y de órganos sensoriales, el 31% corresponde a las cataratas y un 17% a enfermedades del túnel carpiano. Entre los hombres, el 38% de los ingresos por enfermedades del digestivo son hernias y el 7% colelitiasis; de los ingresos, el 13% de los tumores son por tumores de colon y el 9% de vejiga; el 17% de los ingresos por patología del aparato circulatorio son venas varicosas de las extremidades inferiores.

En las mujeres de 65 a 74 años, el 70% de los ingresos por enf. del sistema nervioso y órganos sensoriales son por cataratas; el 23% del aparato circulatorio por varices de las extremidades inferiores y el 13% por enfermedad cerebrovascular. Entre los hombres, las cataratas son el 64% de los ingresos del sistema nervioso y órganos sensoriales; de los ingresos del aparato circulatorio, el 17% son ingresos por enfermedad cerebrovascular y el 20% por cardiopatía isquémica.

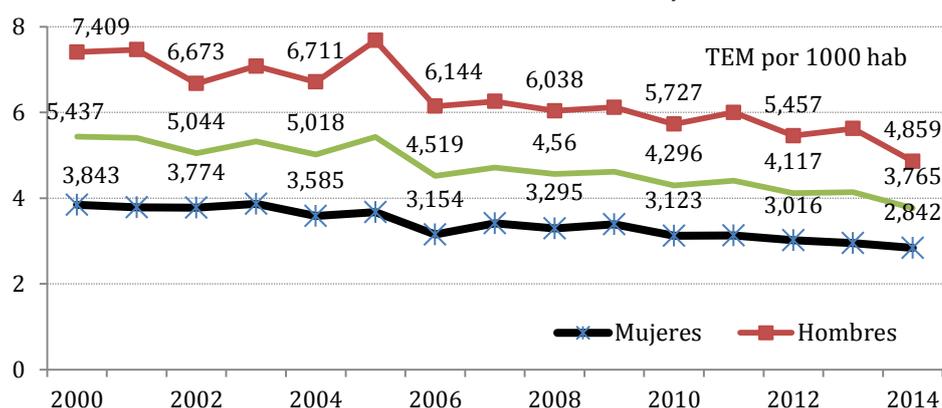
En las mujeres mayores de 74 años, el 64% de los ingresos por patologías del sistema nervioso y órganos de los sentidos es por cataratas. El 26% de los ingresos por enf del aparato circulatorio son por insuficiencia cardíaca y el 19% por enfermedad cerebrovascular. Entre las enf. del aparato respiratorio, el 20% lo es por neumonía y gripe. Entre los hombres, cataratas y degeneración macular suponen el 63% y el 15%, respectivamente, de los ingresos del sistema nervioso y de los sentidos; la insuficiencia cardíaca y la enfermedad cerebrovascular son el 25% y 18%, respectivamente, y entre las patologías del aparato respiratorio, el 26% son ingresos por neumonía y gripe y el 25% por bronquitis crónica. Los traumatismos (caídas) y lesiones y envenenamientos son la quinta casusa de muerte.

E. MORTALIDAD

A continuación se describen la mortalidad en residentes del TH de Araba/Álava en 2014. Los datos provienen del Registro de Mortalidad de la CAPV, donde la causa básica de defunción está codificada por el CIE-10. Para la estandarización se ha empleado la nueva población europea (EU-2013). La evolución de la tasa de mortalidad estandarizada (periodo 2000-2014) y de la esperanza de vida (periodo 1999-2014) se han obtenido del Informe de Mortalidad de la CAPV elaborado por el Servicio de Registros e Información Sanitaria del Departamento de Salud.

En 2014 fallecieron 2.490 alaveses/as, 49% mujeres y 51% hombres. La tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes fue en mujeres 7,48 (estandarizada 5,70); hombres 7,99 (estandarizada 9,47). La evolución de las tasas de mortalidad estandarizadas en los últimos 14 años es descendente (ver figura).

Tasa (por 1000 hab.) estandarizada de mortalidad (TEM) a la población europea de 1976. Periodo 2000-2014. Araba/Álava.

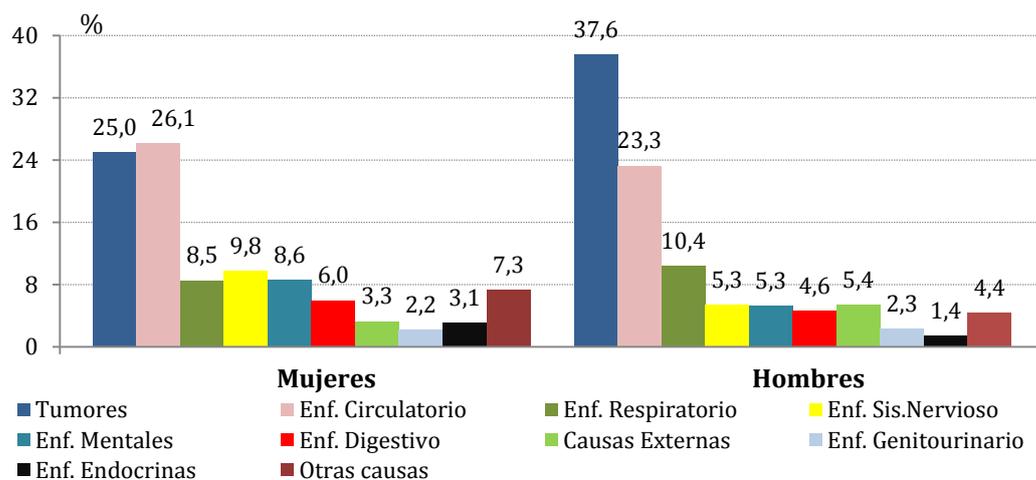


Fuente: Registro de Mortalidad de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 2014.

Mortalidad proporcional por grandes grupos de enfermedades

En las mujeres, los cinco grupos de enfermedades que más muertes producen son, en orden decreciente, las enf. del aparato circulatorio (26%), los tumores (25%), las enf. del sistema nervioso (10%), las enf. mentales (9%) y las enf. respiratorias (9%). En los hombres, lo son los tumores (38%), las enf. del aparato circulatorio (23%), las enf. respiratorias (10%) y las causas externas (5%).

**Mortalidad proporcional por grandes grupos de causas, según sexo.
Registro de mortalidad. Araba/Álava 2014**



Las causas de mortalidad por grandes grupos controlando el efecto de la edad son, por orden de frecuencia en ambos sexos: tumores, enf. ap. circulatorio, enf. del ap. respiratorio.

**Mortalidad por grandes grupos de causas, valores absolutos y tasas estandarizadas
(pob. Europea 2013 por 100.000 hab). Araba/Álava 2014.**

Grupo de causas	Mujeres		Hombres	
	N	Tasa	N	Tasa
(I) Enf. Infecciosas y parasitarias	23	10,93	14	9,63
(II) Tumores	305	157,88	478	337,64
(III) Enf. Sangre y órg. Hematopoyéticos	2	0,82	2	1,52
(IV) Enf. Endocrinas nutrici. y metabólicas	38	17,98	18	12,32
(V) T. Mentales y del comportamiento	105	42,75	67	53,38
(VI) Enf. S. Nervioso	119	55,87	68	47,90
(VII) Enf. Ojo y anexos	0	-	0	-
(VIII) Enf. Oído y apóf. Mastoides	0	-	0	-
(IX) Enf. Ap. Circulatorio	318	143,41	296	228,05
(X) Enf. Ap. Respiratorio	104	44,96	132	103,35
(XI) Enf. Ap. Digestivo	73	33,84	59	43,94
(XII) Enf. piel y subcutáneo	4	1,57	0	-
(XIII) Enf. Osteomusculares y tej. Conectivo	17	7,09	8	6,47
(XIV) Enf. Ap. Genitourinario	27	12,70	29	24,49
(XV) Embarazo, parto, puerperio	0	-	0	-
(XVI) Afec. Perinatales	1	0,62	1	0,59
(XVII) Malf. Congénitas. Cromosómicas	0	-	2	1,19
(XVIII) Causas mal definidas	36	15,99	21	21,32
(XIX) Causas externas	40	20,13	69	50,29
TOTAL	1218	570,20	1272	946,81

Mortalidad por causas específicas por edad

En 2014 se registraron 24 defunciones de menores de 15 años; el 58% por afecciones durante el periodo perinatal (desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana de vida).

Se produjeron 9 defunciones de personas de 15-34 años; las causas externas fueron la causa más frecuente: el 33% lesiones autoinflingidas (incluye el suicidio) y el 22% accidentes de tráfico.

Entre los 35-64 años hubo 352 fallecidos; las neoplasias fueron la primera causa. Entre éstas, el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón fue la causa más frecuente (15%), seguido del cáncer de colon y recto (6%), del de mama (3%) y del de estómago (3%). El 8% de las muertes se debieron a la enfermedad isquémica del corazón.

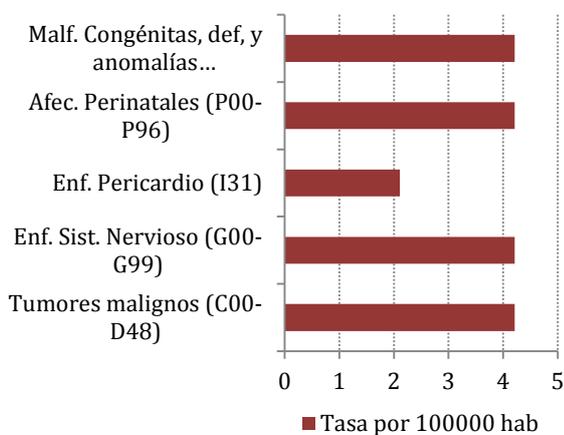
En el grupo de 65 a 79 años hubo 590 fallecidos, el 46% por tumores; el más frecuente fue el cáncer tráquea, bronquios y pulmón (11%) seguido del cáncer de estómago (4%) y del de colon-recto (4%). Las enfermedades del ap. circulatorio supusieron un 22%, el 6% enfermedades isquémicas del corazón (4% infarto agudo de miocardio) y otro 6% enfermedad cerebrovascular.

En el grupo de 80-89 años se registraron 926 fallecidos. El 27% por neoplasias y el 26% por enf. del aparato circulatorio. Un 9% se produjo por demencia sin especificar, el 5% por Alzheimer y el 2% por Parkinson.

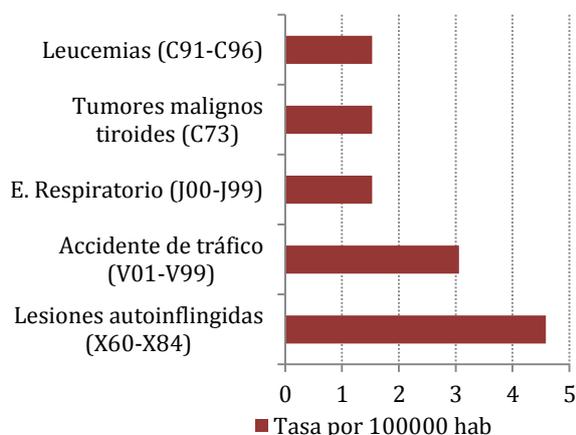
Entre los más mayores, personas de 90 y más años, hubo 589 fallecidos; un 31% por enfermedades del aparato circulatorio, 11% por trastornos mentales y del comportamiento, 11% por un tumores y el 7% por enfermedades del sistema nervioso.

Tasas (por 100.000 habitantes) de las principales causas de muerte por grupo de edad. Araba/Álava 2014

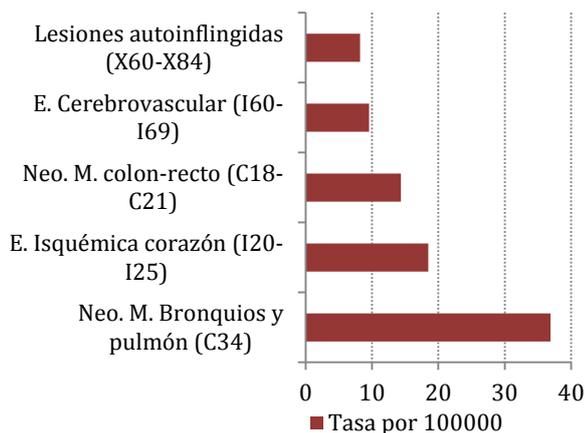
0-14 años. TM: 12,64/100000 hab
N= 24



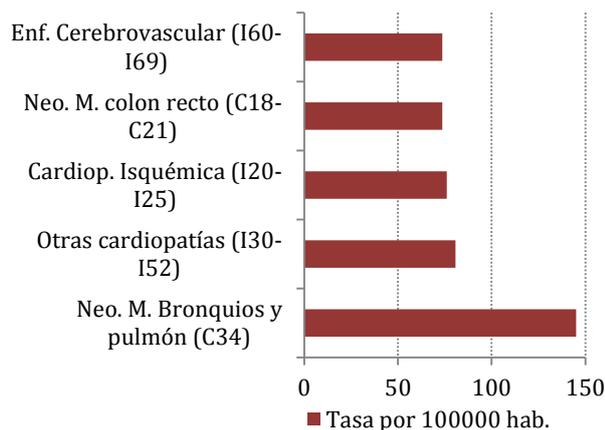
15-34 años. TM: 13,76/100000 hab
N= 9



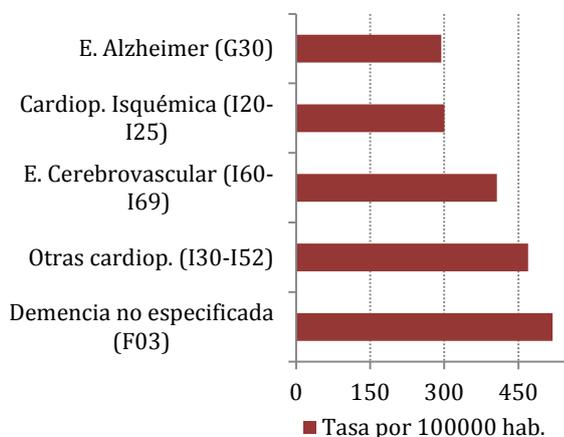
35-64 años. TM: 240,61/100000 hab
N=352



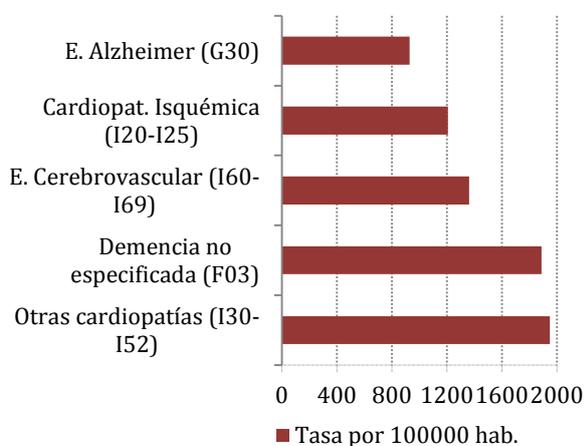
65-79 años. TM: 1359,29/100000 hab
N=590



80-89 años. TM: 5796,19/100000 hab
N=926



90 y más años. TM: 18235,29/100000 hab
N=589



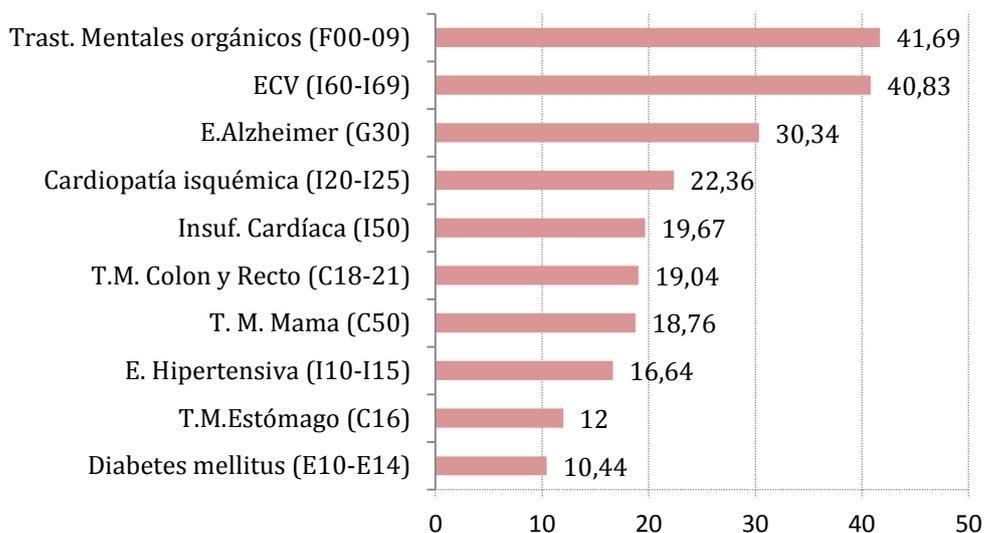
Mortalidad por causas específicas por sexo

Entre las mujeres, las tres causas más frecuentes de defunción fueron los trastornos mentales orgánicos (41,69/100.000), la enfermedad cerebrovascular (tasa estandarizada: 40,83 por 100.000), y la enf. Alzheimer (30,34/100.000).

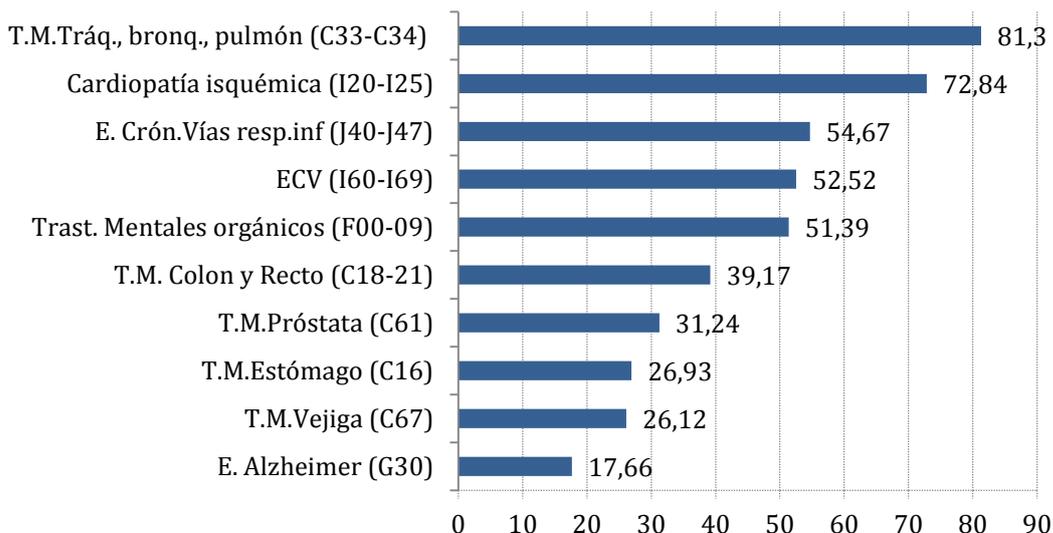
Entre los hombres, las primeras causas fueron la neoplasia maligna de pulmón (81,3/100.000), la cardiopatía isquémica (72,84/100.000), las enf. Crónicas de las vías respiratorias inferiores (54,67/100.000) y la enfermedad cerebro-vascular (52,52/100.000).

Tasas de mortalidad estandarizada, por 100.000 habitantes. Araba/Álava 2014

a) MUJERES



b) HOMBRES



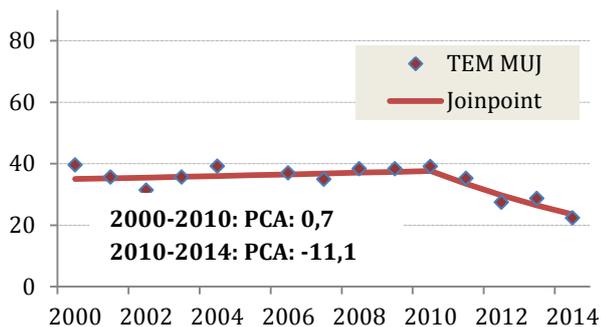
Evolución de algunas causas de muerte, periodo 2000-2014

Entre las enfermedades circulatorias, la CI mantuvo en hombres una tendencia descendente en todo el periodo y en mujeres a partir de 2010; la mortalidad por ECV tuvo una tendencia descendente en ambos sexos. Para ambas enfermedades, los descensos no son significativos.

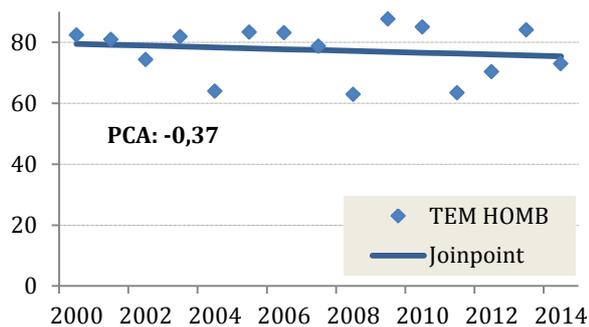
La mortalidad por cáncer de pulmón sigue una tendencia ascendente en ambos sexos y que es estadísticamente significativa y más acusada en las mujeres. Tanto la mortalidad por cáncer de mama como la de cáncer de próstata presentan una tendencia ascendente en el periodo que no es estadísticamente significativa. La mortalidad por cáncer de estómago desciende en las mujeres un 1,76% anual y crece algo en los hombres un 0,93% anual, pero los cambios no son significativos. La mortalidad por cáncer de colon y recto permanece bastante estable en mujeres (PCA: 0,8) y asciende de forma estadísticamente significativa en los hombres (2,31% anual).

Evolución de las principales causas de muerte, por sexo. Araba/Álava 2000-2014. Tasas estandarizadas de mortalidad (TEM) por 100.000 habitantes.

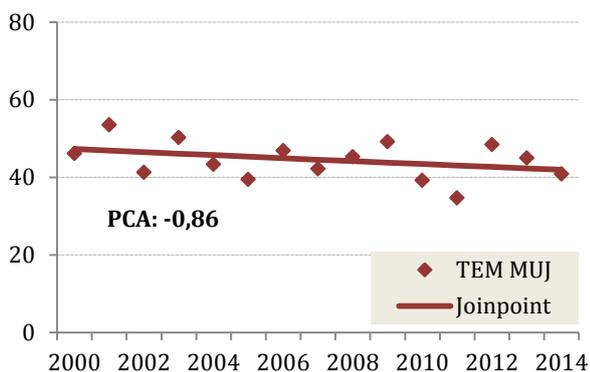
Cardiopatía isquémica, mujeres.



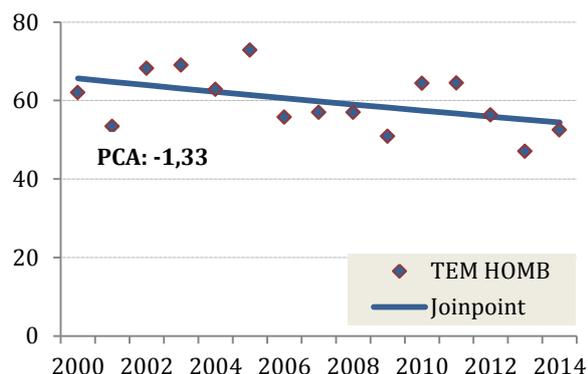
Cardiopatía isquémica, hombres.



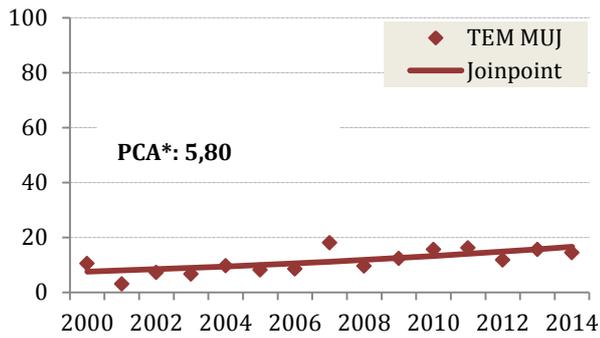
Enf. Cerebrovascular, mujeres



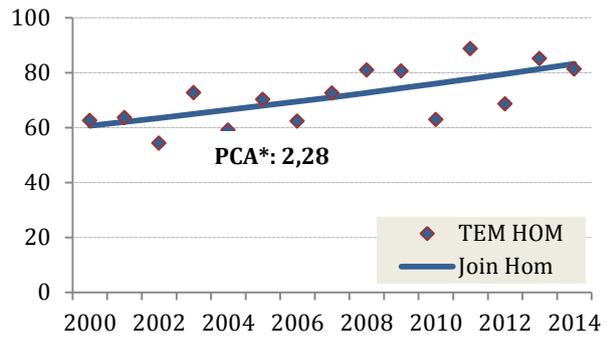
Enf. Cerebrovascular, hombres



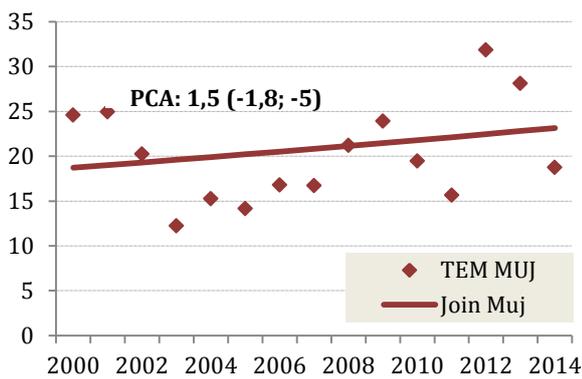
Cáncer pulmón, mujeres.



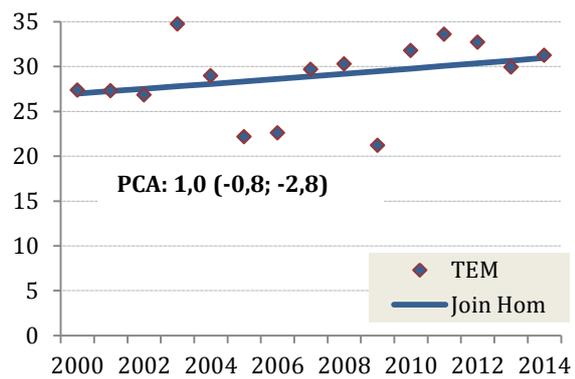
Cáncer pulmón, hombres.



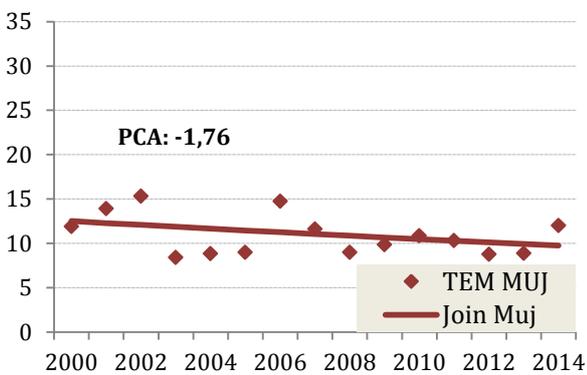
Cáncer de mama



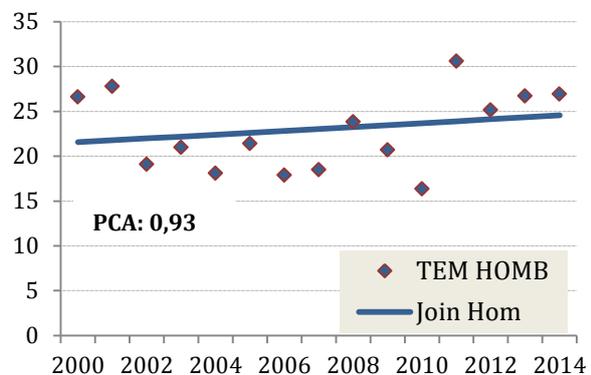
Cáncer de próstata



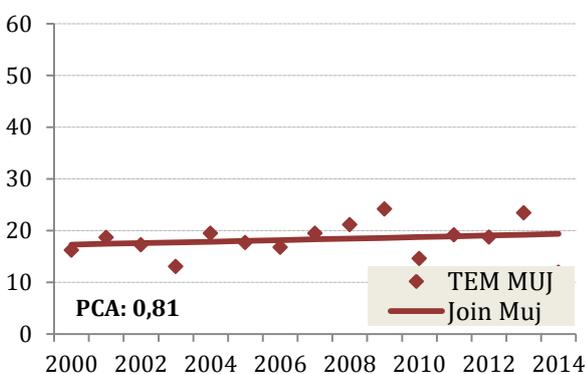
Cáncer estómago, mujeres.



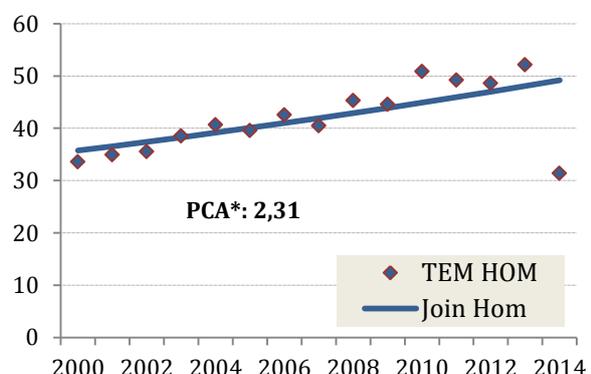
Cáncer estómago, hombres.



Cáncer colon recto, mujeres.



Cáncer colon recto, hombres.

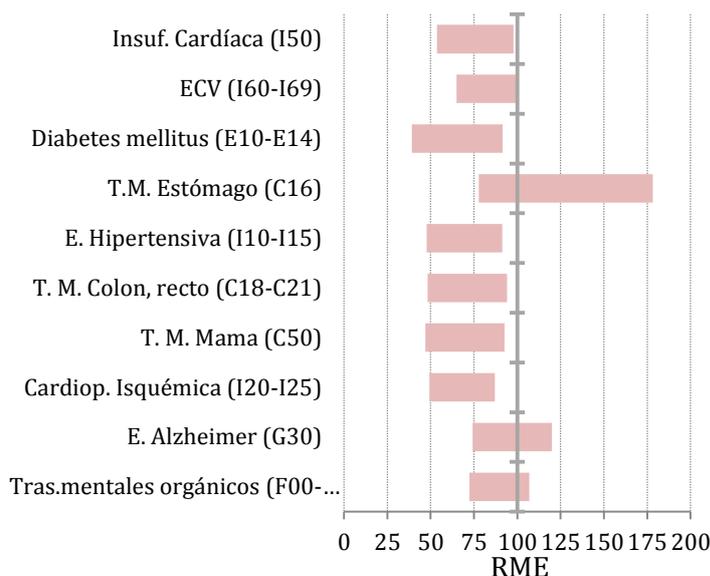


Razón de mortalidad estandarizada (RME)

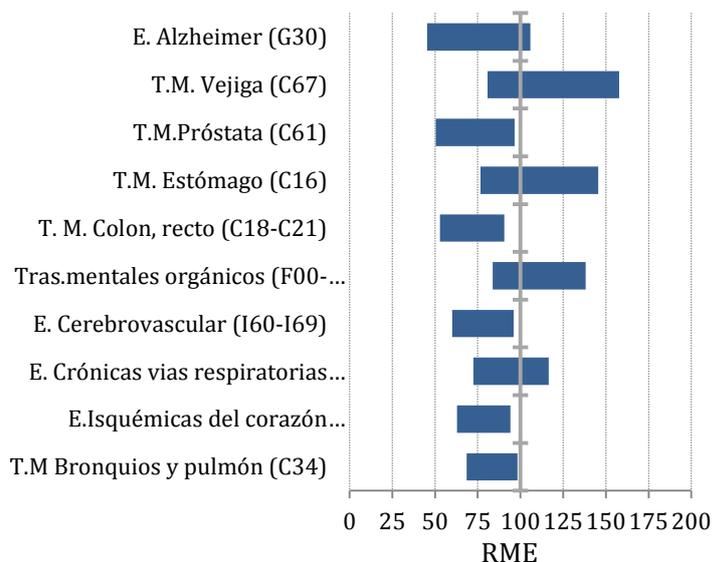
En 2014, la mortalidad por todas las causas en Araba/Álava fue inferior a la de la CAPV en mujeres (RME=82,21, IC95% 77,60-86,83) y hombres (RME=81,13; IC95% 76,67-85,60). En mujeres, la mortalidad de siete de las 10 primeras causas de muerte son significativamente menores en Araba/Álava que en la CAPV. En los hombres ocurre lo mismo en cinco de las diez primeras causas. Tanto en mujeres como en hombres, ninguna de las primeras causas es significativamente mayor que en la CAPV.

RME según sexo. Primeras causas de muerte. Araba/Álava 2014

Mujeres



Hombres



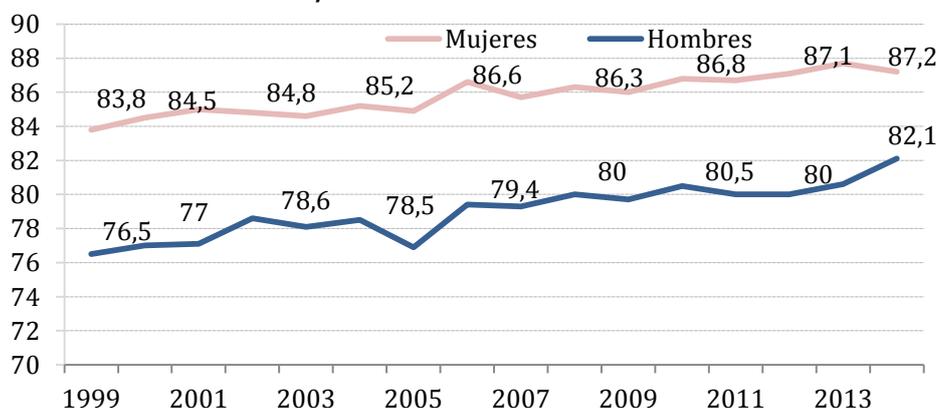
Mortalidad infantil

Se produjeron 6 muertes de menores de un año nacidos vivos, (tasa de 1,82 por 1000 nacidos vivos). Se registraron 11 fallecidos en el periodo perinatal (desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana de vida) siendo la tasa de 3,35 por mil nacidos vivos.

Esperanza de vida al nacimiento

La esperanza de vida al nacer en Araba/Álava, en 2014, fue de 87,2 y 82,1 años en mujeres y hombres respectivamente. La gráfica refleja la evolución desde el año 1999; la esperanza de vida ha ido aumentando en ambos sexos, con más pendiente en los hombres. La diferencia entre sexos se ha reducido y ha pasado de 7,3 años a 5,1 años en el año 2014.

**Esperanza de vida al nacimiento según sexo.
Araba/Álava. Periodo 1999-2014**



Fuente: Registro de Mortalidad en la CAPV. Serv. Registros e información Sanitaria. Dep. Salud

Mortalidad prematura. Años potenciales de vida perdidos (APVP)

Los Años Potenciales de Vida Perdidos hasta la edad de 70 años (APVP₇₀) es un indicador del impacto de la mortalidad en jóvenes. Las muertes a edades muy tempranas aportan más años de vida perdidos que aquéllas a edades más tardías. Pocas muertes a edades tempranas pueden generar un APVP superior a los de muchas muertes a edades tardías.

En 2014 los APVP₇₀ fueron 6835. Las diferencias por sexo son claras, tanto en valor total (2366 APVP₇₀ en mujeres; 4469 APVP₇₀ en hombres) como en las principales causas. En las mujeres, las tres primeras causas fueron los tumores malignos: T. M. mama (231 APVP₇₀); T. M. tráquea, bronquios y pulmón (173 APVP₇₀); T. M. colon y recto (111 APVP₇₀). En los hombres, las primeras causas fueron el T. M. tráquea, bronquios y pulmón (567 APVP₇₀), cardiopatía isquémica (430 APVP₇₀) y el suicidio (294 APVP₇₀).

Años Potenciales de Vida Perdidos hasta los 70 años (APVP₇₀) y tasa estandarizada por 100.000 habitantes. Primeras causas. Araba 2014. Registro de mortalidad

Causa	Mujeres		Hombres		Total	
	APVP ₇₀	Tasa	APVP ₇₀	Tasa	APVP ₇₀	Tasa
T.M. Mama (C50)	231	128,84	0	0	231	63,85
T.M.Tráq., bronq, pulmn (C33-C34)	173	100,79	567	339,81	740	218,63
T. M. Colon, recto (C18-C21)	111	64,68	184	106,23	295	85,61
ECV (I60-I69)	99	55,85	95	58,43	194	56,56
T. M. Páncreas (C25)	96	54,96	62	38,46	158	46,17
Suicidio (X60-X84)	59	34,48	294	185,38	353	110,40
Envenenamientos (X40-X49)	56	29,86	87	44,11	143	37,06
Accid. Tráfico (V01-V99)	3	1,77	196	122,21	199	62,99
E. Congénitas (Q00-Q99)	28	14,93	139	82,64	167	49,49
Cardiopatía isquémica (I20-I25)	32	18,65	430	244,11	462	131,22
E. Del hígado (K70-K77)	21	12,63	184	105	205	58,63

F. PERFILES DE ALCOHOL

Durante 2015 se publicaron los llamados perfiles de alcohol; documentos que recopilan datos de consumo y morbi-mortalidad asociados al consumo de dicha droga. Se encuentran accesibles en la web:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/PERFIL_Comarca%20Araba_0.6.pdf

Perfil de alcohol

Comarca Araba

Este documento muestra el perfil de alcohol de la población de la Comarca Araba. Los datos presentados corresponden a la propia Comarca, a su TH (Araba) o a la CAPV, según la disponibilidad de información.

Población de Comarca Araba: 285.301 personas 51% mujeres.

El 63,3% de los hombres y el 41% de las mujeres de Comarca Araba (CA) son bebedores habituales según la ESCAV de 2013. El consumo de alcohol de riesgo en los hombres de CA es significativamente menor que el de los de la CAPV. En mujeres tanto el consumo de riesgo, como el consumo intensivo de alcohol son similares a los de la CAPV. Los jóvenes experimentan el consumo a los 13 años y tienen su primera borrachera a los 14 años en la CAPV.

Ingresaron 1.190 personas en CA por causas 100% atribuibles al alcohol en 2011-2013. La tasa de ingresos es algo inferior a la CAPV. Murieron 30 personas por causas 100% atribuibles al alcohol en 2010-2012, en CA.

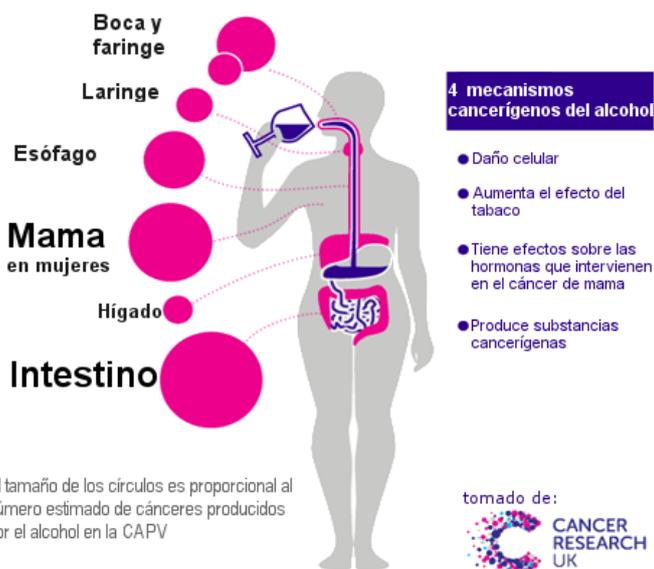
En 2014 había 755 personas con hígado adiposo alcohólico en CA, esta prevalencia es algo superior a la de la CAPV.

La tasa de cáncer atribuible al alcohol es similar a la de la CAPV. Se estima que 337 casos de cáncer de CA son causados por el alcohol en 2009-2011. Los cánceres más asociados al consumo de alcohol son los de colon y recto; mama; labio, cavidad oral y faringe, esófago, laringe e hígado.

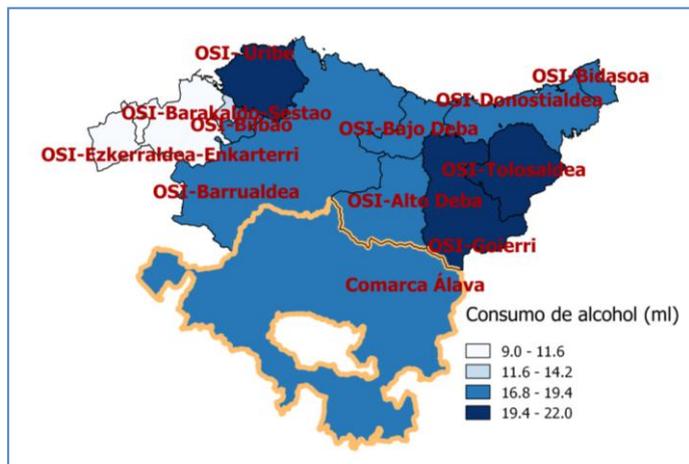
Las tasas de consultas en los centros de salud mental por problemas relacionados con el alcohol en 2014 son significativamente superiores a los de la CAPV. Consultaron 1.160 mayores de 14 años en CA.

Hubo 715 atenciones del servicio de emergencias 112 por intoxicación etílica aguda en CA en 2014. Entre los hombres, la frecuencia es significativamente mayor que en la CAPV.

Beber menos alcohol podría prevenir 112 casos de cáncer al año en la Comarca Araba



Percentil 75 de consumo de alcohol ml/sem (ambos sexos).



CONTACTO:

Servicios de Epidemiología, Salud Pública:

• Araba:

Av. Santiago, 11, Vitoria-Gasteiz 01002
Teléfono: 945017163
Mail: epidemiologia-alava@euskadi.eus

• Bizkaia:

Alameda Rekalde 39A, Bilbao 48008.
Teléfono: 944031590
Mail: epidemiologia-bizkaia@euskadi.eus

• Gipuzkoa:

Av. Navarra, 4 Donostia- San Sebastian 20013
Teléfono: 943022752
Mail: epidemiologia-gipuzkoa@euskadi.eus

ALTO RIESGO

HOMBRES

MUJERES

15-17 años

Consumo de alcohol más de 3 días/ semana, o más de 3 UBE de alcohol en un solo día.

Adultos

Más de 3 UBE/día/semana
Más de 4 UBE /en un día

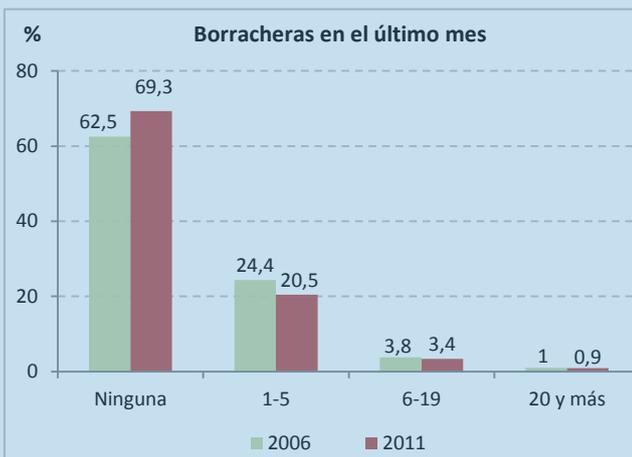
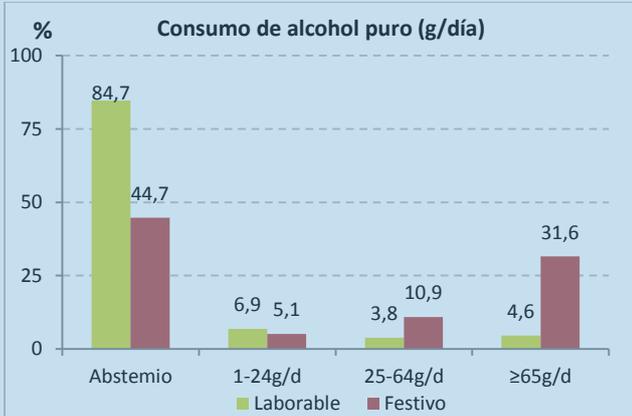
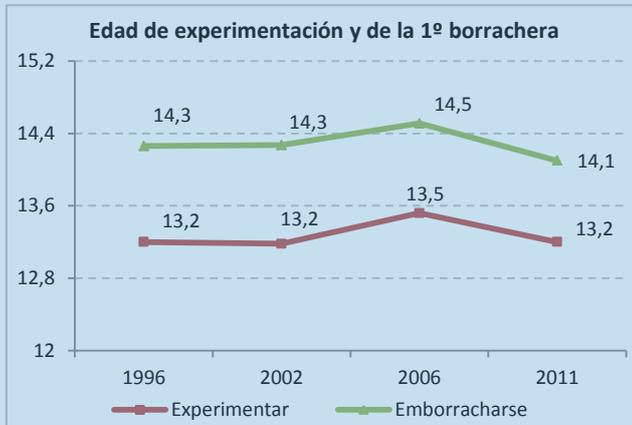
Más de 2 UBE /día/ semana
Más de 3 UBE en un solo día

Unidad de Bebida Estándar (1 UBE) ⇔ 10 gramos alcohol puro
1UBE ⇔ 1 vaso de vino (100ml) ⇔ 1 cerveza (250ml)

Fuente: ESCAV 2013

Patrones de consumo de la población

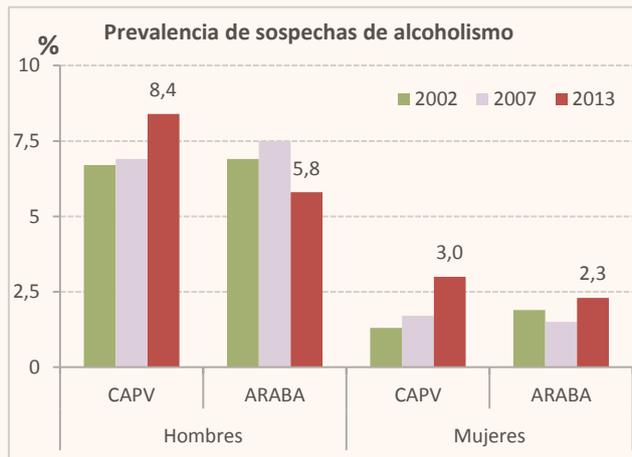
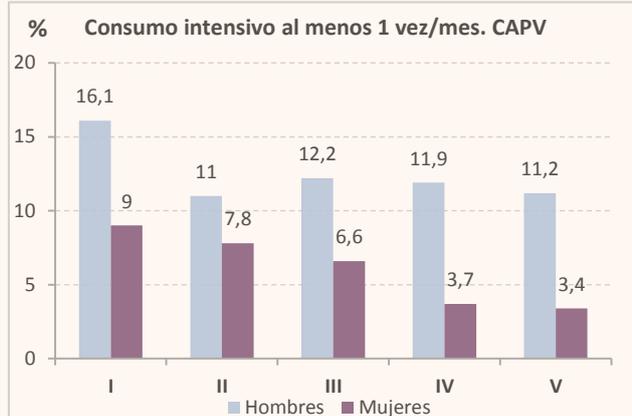
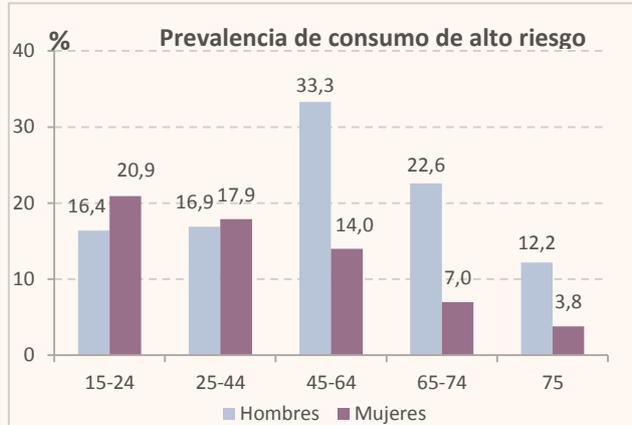
Jóvenes escolarizados/as (14-18 años). CAPV. Drogas y escuela. 2011



Se comienza a experimentar con el alcohol en torno a los 13 años, sin grandes variaciones en los últimos años y la primera borrachera se sufre a los 14 años. Los jóvenes consumen más alcohol los fines de semana que los días laborables y aumentan, sobre todo, los grandes consumos. El 25% de los jóvenes se habían emborrachado en el último mes, aunque la frecuencia bajó en 2011 respecto a 2006.

Nota: Los porcentajes no suman el 100% en algún caso debido a la no respuesta.

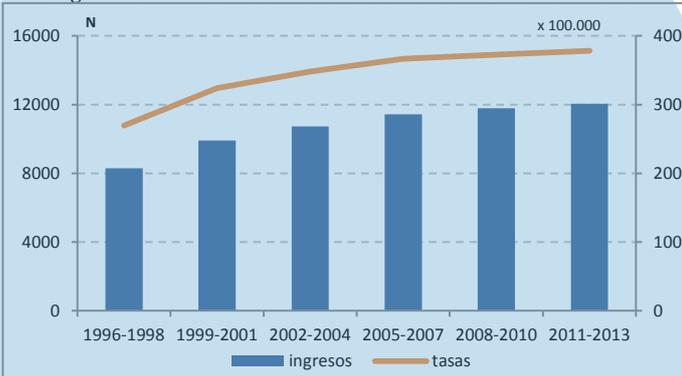
Población mayor de 14 años. ESCAV. 2013. Araba



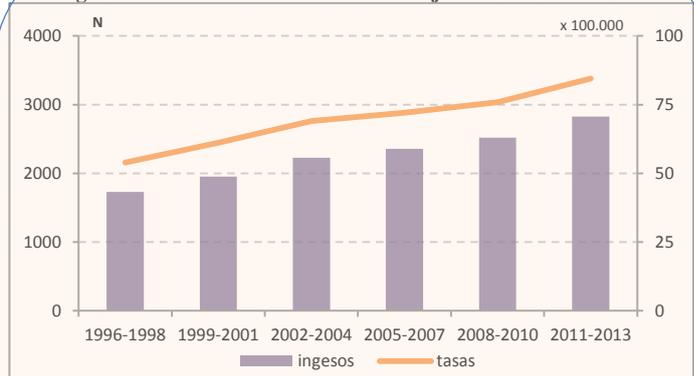
El 33% de los hombres de 45-64 años de Araba tiene un consumo de alcohol de alto riesgo. Las diferencias por sexo son evidentes con excepción del grupo más joven, en el que las mujeres superan a los hombres. Las clases sociales más favorecidas beben alcohol de forma intensa al menos una vez al mes con mayor frecuencia, y los hombres más que las mujeres. En los últimos años ha aumentado la prevalencia de sospechosos/as de alcoholismo en la CAPV, pero en Araba el aumento sólo afecta a las mujeres, no a los hombres.

Patología asociada al consumo de alcohol

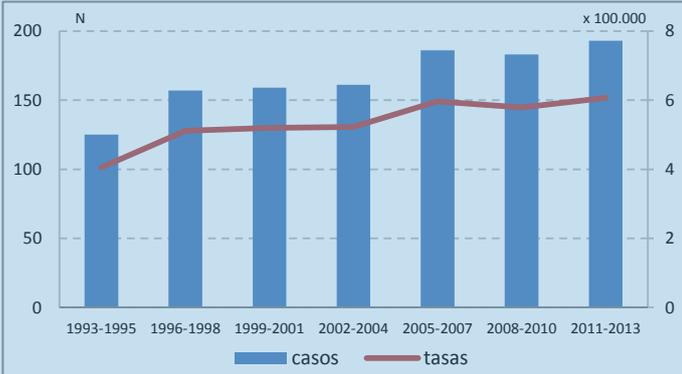
Ingresos 100% atribuibles al alcohol. Hombres. CAPV. 1996-2013



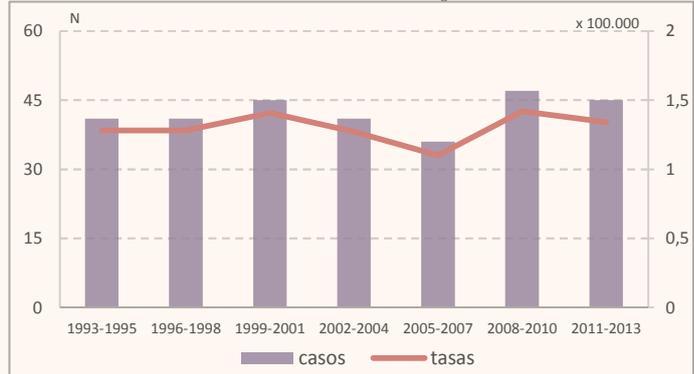
Ingresos 100% atribuibles al alcohol. Mujeres. CAPV. 1996-2013



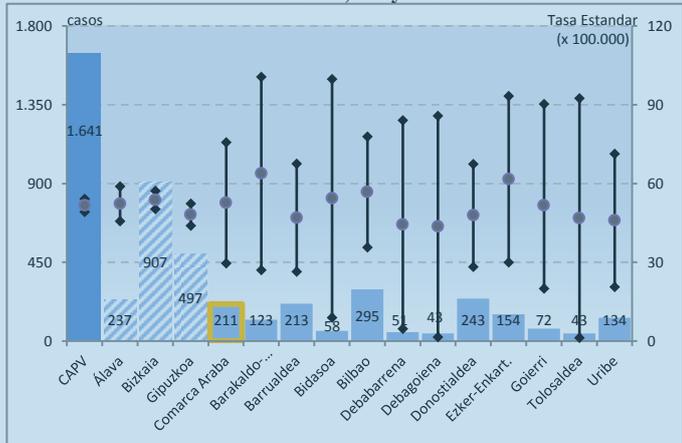
Mortalidad 100% atribuible al alcohol. Hombres. CAPV. 1993-2013



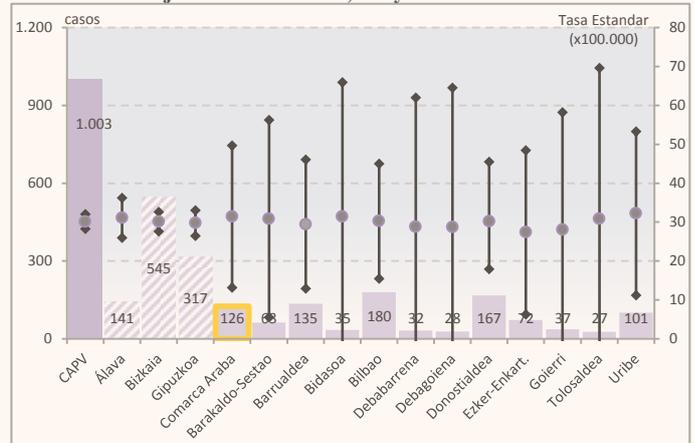
Mortalidad 100% atribuible al alcohol. Mujeres. CAPV. 1993-2013



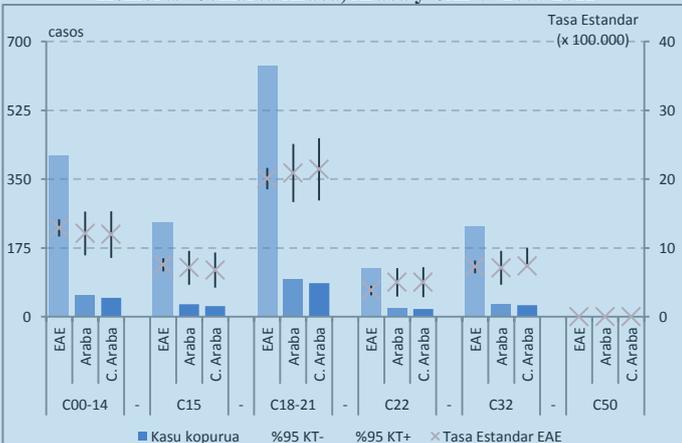
Cánceres atribuibles al alcohol, todas las localizaciones. Hombres. OSI/Comarca, TH y CAPV. 2009-2011



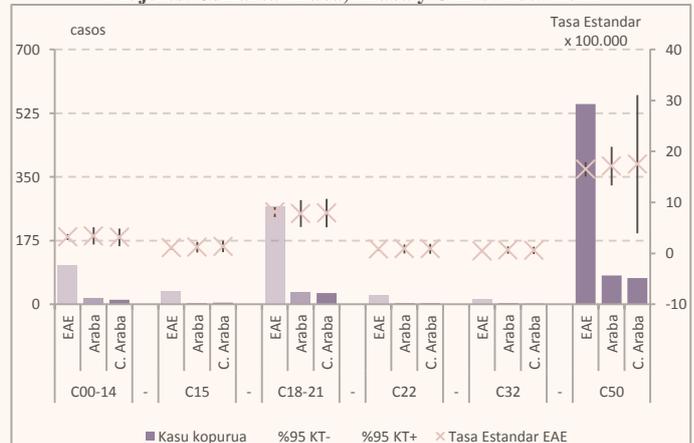
Cánceres atribuibles al alcohol, todas las localizaciones. Mujeres. OSI/Comarca, TH y CAPV. 2009-2011



Cánceres atribuibles al alcohol, en localizaciones concretas. Hombres. Comarca Araba, Araba y CAPV. 2009-2011



Cánceres atribuibles al alcohol, en localizaciones concretas. Mujeres. Comarca Araba, Araba y CAPV. 2009-2011



C00-14: Boca y faringe; C15: esófago; C18-21: colon-recto; C22: hígado; C32: laringe; C50: mama

Indicadores

			Comarca/OSI													
		Hombres	INDICADORES	CAPV	Araba	Ezkerra-Enkarterria	Barakaldo-Sestao	Bilbo-Basurtu	Uribe	Barrualde-Galdakao	Debarrena	Debagoiena	Goierrri-Urola B.	Tolosalde	Donostialdea	Bidasoa
1	Estilo de vida	Bebedores habituales	N	580.138	80.667	40.893	32.260	88.163	56.638	84.015	19.103	17.456	29.472	20.185	96.535	14.749
			%	63,3	66,1	56,7	60,3	61,3	63,7	64,1	61,3	70,2	73,5	70	64,6	54,3
2	Estilo de vida	Consumo de alcohol de riesgo	N	233.006	26.663	12.004	13.434	33.445	31.568	34.492	8.628	7.573	13.971	10.084	35.795	5.348
			%	25,1	21,7	15,5	23,9	23,2	35,5	25,9	27,1	30,3	31,3	34	23,5	18,2
3	Estilo de vida	Consumo intensivo de alcohol	N	112.832	14.338	3.352	7.476	23.740	12.854	15.355	3.647	1.945	6.127	4.405	17.578	2.016
			%	11,9	11,1	4,1	12,8	16,5	14,3	11,5	10,7	7,1	13,9	12,2	11,3	6,4
4	Morbilidad	Cáncer atribuible al alcohol	N	1641	211	154	123	295	134	213	51	43	72	43	243	58
			TE/10 ⁵	51,65	52,57	61,59	63,77	56,7	45,9	46,93	44,37	43,60	51,57	46,80	47,82	54,29
5	Morbilidad	Pacientes ingresados por causas 100% atribuibles al alcohol	N	7.612	961	644	486	1.640	532	1.179	274	161	222	219	1.064	230
			TE/10 ⁵	243,4	233,9	264,6	262,4	329,3	178,7	261,2	248,9	167,5	161,3	240,7	211,7	213,6
6	Morbilidad	Hígado adiposo alcohólico	N	4094	590	400	345	705	361	526	112	63	215	655	122	
			TE/10 ⁵	387,2	430,8	482,81	555,3	422,2	353,6	347,3	302,3	189,1	463,0	251,98	333,3	
7	Morbilidad	Trastornos mentales (>14 años)	N	4.677	876	401	338	764	387	712	97	115	149	87	634	117
			TE/10 ⁵	166,8	233,1	183,7	205,6	174,2	141,4	177,5	101,6	135,7	122,3	104,8	140,1	120,3
8	Intoxicación aguda	Emergencias 112 (por municipio del suceso)	N	2.732	550	139	147	518	155	217	64	49	76	73	624	120
			TB/10 ³	2,6	3,9	1,7	2,4	3,1	1,5	1,4	1,8	1,5	1,6	2,3	3,6	3,2
9	Mortalidad	Mortalidad atribuible 100% al alcohol	N	190	18	10	24	33	16	23	10	4	4	3	37	8
			TE/10 ⁵	5,95	4,52	4,04	12,79	6,52	5,21	5,03	8,9	3,95	2,84	3,41	7,22	7,19
			Mujeres													
1	Estilo de vida	Bebedoras habituales	N	364.253	49.152	16.567	19.906	66.501	37.874	48.861	9.515	11.314	18.220	12.046	62.059	12.239
			%	37,6	38,7	25,9	30,1	40,9	38,6	36,2	30,9	44,4	45,3	48,8	39,2	35,2
2	Estilo de vida	Consumo de alcohol de riesgo	N	141.185	18.233	6.116	6.895	25.790	16.011	20.201	3.507	3.136	7.997	4.651	23.374	5.274
			%	14,7	14,2	10,1	10,5	16,1	16,2	14,9	11,8	12,1	20,2	17,2	14,8	15
3	Estilo de vida	Consumo intensivo de alcohol	N	52.132	7.640	885	2.159	10.739	4.527	6.319	1.170	1.549	3.709	1.910	10.555	969
			%	5,5	5,8	1,3	3,2	6,8	4,5	4,6	3,2	5,4	9,7	5,4	7	3,8
4	Morbilidad	Cáncer atribuible al alcohol	N	1003	126	72	63	180	101	135	32	28	37	27	167	35
			TE/10 ⁵	30,10	31,4	27,3	30,8	30,2	32,2	29,5	28,8	28,7	28,0	30,8	48,1	31,4
5	Morbilidad	Pacientes ingresados por causas 100% atribuibles al alcohol	N	1.871	229	112	109	436	149	297	51	29	52	51	310	46
			TE/10 ⁵	55,35	53,15	42,84	54,07	77,08	43,96	63,32	45,1	29,8	37,85	56,21	54,77	39,91
6	Morbilidad	Hígado adiposo alcohólico	N	1338	165	134	127	238	98	167	30	19	51	266	43	
			TE/10 ⁵	119,9	120,23	152,7	180,1	123,1	88,9	108,4	79,3	57,9	115,2	123,39	113,40	
7	Morbilidad	Trastornos mentales (>14 años)	N	1.616	284	114	111	262	158	223	45	31	45	30	270	43
			TE/10 ⁵	55,96	76,27	51,03	66,39	54,68	53,74	55,05	47,18	36,86	39,42	38,92	56,54	43,58
8	Intoxicación aguda	Emergencias 112 (por municipio del suceso)	N	1.138	165	49	75	208	87	69	30	21	26	18	352	38
			TB/10 ³	1	1,1	0,6	1,1	1,1	0,8	0,4	0,8	0,7	0,6	0,6	1,9	1
9	Mortalidad	Mortalidad atribuible 100% al alcohol	N	49	12	2	4	6	9	5	1	1	1	2	4	2
			TE/10 ⁵	1,46	2,91	0,77	2,03	1,06	2,81	1,06	0,88	1	0,77	2,28	0,71	1,66
			Oferta													
10	Oferta	Número de bares	N	12066	1484	771	552	2892	1085	1340	414	321	442	303	2070	392
			TB/10 ³	5,54	5,20	4,66	4,32	8,25	5,05	4,36	5,70	5,00	4,67	4,80	5,82	5,14

Definición de los indicadores:

- 1) Bebedor/a habitual (ESCAV 2013): Persona que declaró haber consumido alcohol al menos 1 vez por semana durante el último año
- 2) Consumo de alcohol de riesgo (ESCAV 2013): Proporción de personas que consumen alcohol de manera habitual, al menos una vez por semana, con una media de consumo diario que se asocia a un alto riesgo a largo plazo de tener problemas de salud.
- 3) Consumo intensivo de alcohol (*binge drinking*) (ESCAV 2013): Proporción de personas que ingieren, mensual o más frecuente, gran cantidad de alcohol en cortos periodos de tiempo,
- 4) Cáncer atribuible a alcohol (RCEME 2009-2011): número y tasa estandarizada por 100.000 habitantes de cánceres atribuibles al alcohol (cáncer cabeza y cuello, esófago, colorectal, hígado, laringe y mama; fracciones atribuibles de éstas localizaciones (*))
- 5) Pacientes ingresados por alcohol (CMBD 2011-2013): Número y tasa estandariza a la CAPV por 100.000 habitantes de pacientes ingresados con una enfermedad 100% atribuibles al alcohol, en los seis primeros diagnósticos..
- 6) Hígado adiposo alcohólico (OSABIDE 2014): Número y tasa por 100.000 de pacientes con adiposidad alcohólica registrado en Osabide.
- 7) Trastornos mentales (Red de Salud Mental 2012-2014): Número y tasa por 100.000 de pacientes atendidos en la red por trastornos mentales asociados al alcohol
- 8) Intoxicación etílica aguda (Emergencias Osakidetza 2014): Número y tasa por 1.000 de emergencias atendidas por intoxicación etílica aguda.
- 9) Mortalidad (Registro de Mortalidad 2010-2012): Número y tasa estandarizada por 100.000 de fallecidos por causas 100% atribuibles al consumo de alcohol. (*)
- 10) Número de bares (Sanidad alimentaria): Número de establecimientos del grupo I, II, III y IV por 1000 habitantes

*www.cph.org.uk: "Updating England-Specific Alcohol-Attributable Fractions" Lisa Jones, Mark A. Bellis Lisa Jones, Mark A. Bellis)
Tasas Estandarizadas: población de referencia CAPV

Interpretación de colores-semáforo:

- Valor significativamente **mejor** que el de la CAPV
- Valor significativamente **peor** que el de la CAPV