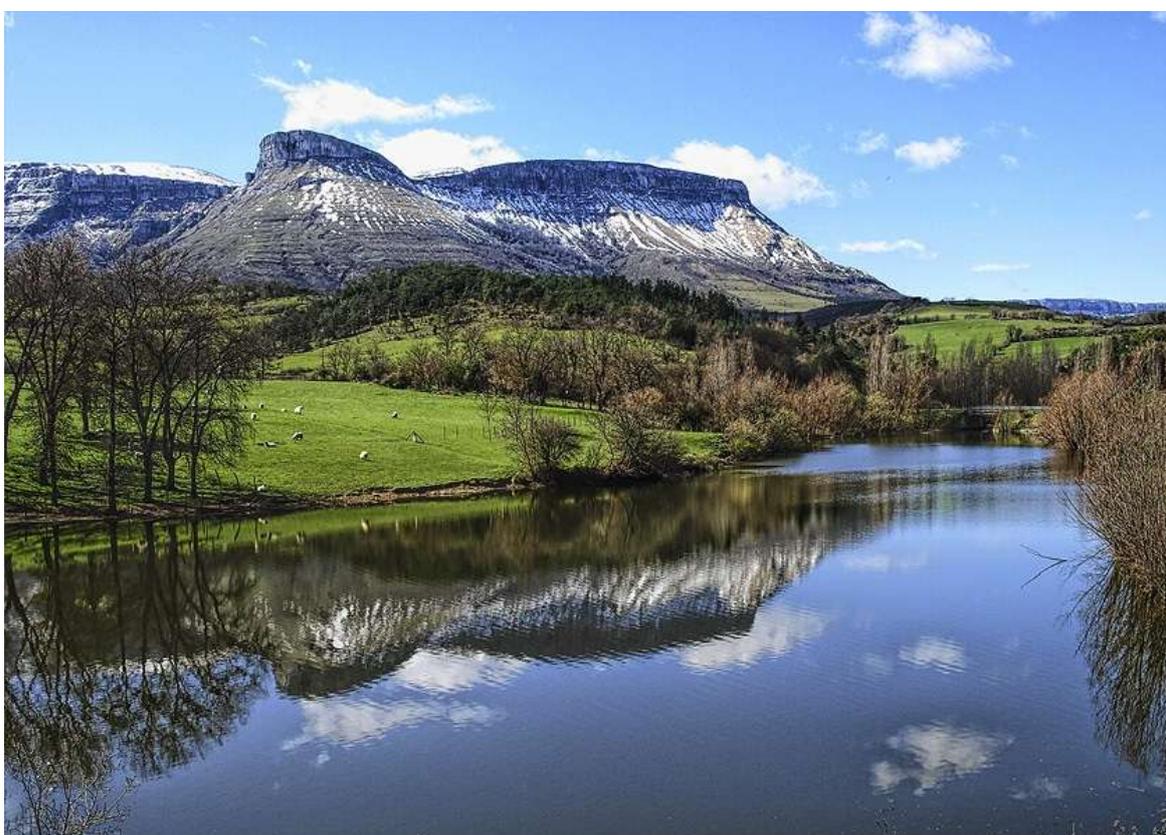


VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ARABA/ÁLAVA Año 2017



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	11
A1. SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS 2015	11
Enfermedades de declaración obligatoria (EDO)	11
Sistema de información microbiológica (SIMCAPV)	14
A2. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE LA A A LA Z	17
Borreliosis	17
Campilobacteriosis	17
<i>Chlamydia trachomatis</i> , infección por	17
Difteria	17
Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas	17
Enfermedad gonocócica	19
Fiebre Q	19
Fiebre tifo/paratífica	20
Gripe (influenza)	20
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, enfermedad invasiva por	23
Hepatitis A	24
Hepatitis B	26
Hepatitis C	27
Hidatidosis	28
Legionelosis	28
Lepra	29
Listeriosis	30
Meningocócica, enfermedad	30
Neumocócica, enfermedad invasiva	31
Paludismo / Malaria	32
Parotiditis	32
Poliomielitis y vigilancia de la parálisis flácida aguda	33
Rabia	33
Rotavirus	34
Rubéola y rubéola congénita	35
Salmonelosis	35
Sarampión	35
SIDA y VIH	35

Sífilis	36
Estreptococo grupo A (<i>Streptococcus. pyogenes</i>), enfermedad invasiva por	37
Tétanos	38
Tiña	38
Tos ferina	38
Toxiinfecciones de origen alimentario (TIAs)	39
Tuberculosis	40
Varicela	44
Yersiniosis	44
C. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	46
C1. CÁNCER	46
C2. ANOMALÍAS CONGÉNITAS	52
C3. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	55
C4. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	57
D. MORBILIDAD HOSPITALARIA	59
Casos y tasa de frecuentación hospitalaria	59
Morbilidad hospitalaria por grandes grupos de la CIE-9	60
E. MORTALIDAD	63

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agua caliente sanitaria	IE	Índice epidémico
AP	Atención Primaria	IFF	Insomnio Familiar Fatal
APVP	Años Potenciales de Vida Perdidos	IVE	Interrupción voluntaria embarazo
BED	Boletín estadístico de defunción		
CAPV	Comunidad Autónoma del País Vasco	LNH	Linfoma no Hodgkin
CCR	Cáncer colon-rectal		
CGHCG	Caso grave hospitalizado confirmado de gripe	OSI	Organización Sanitaria Integrada
CI	Cardiopatía Isquémica	PCA	Porcentaje de Cambio Anual
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades	PFA	Parálisis flácida aguda
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos	PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
CNM	Centro Nacional de Microbiología	RCEME	Registro de Cáncer de Euskadi
DM	Diabetes Mellitus	SGA	Estreptococo Grupo A
DTPa	Difteria, tétanos, pertusis acelular (vacuna)	RIE	Razón de incidencia estandarizada
ECJ	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	RME	Razón de Mortalidad Estandarizada
ECV	Enfermedad Cerebro-Vascular	RNEETH	Registro Nacional de EETH
EDO	Enfermedades de Declaración Obligatoria	TBC	tuberculosis
EEB	Encefalopatía Espongiforme Bovina	TC	Tasa Cruda
EETH	Encefalopatía espongiforme transmisible humana	Td	Tétanos, difteria (vacuna de)
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	TE	Tasa estandarizada
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
IAM	Infarto Agudo de Miocardio	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 2017. La información proviene de varios sistemas de información: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), Sistema de Información Microbiológica de la CAPV (SIMCAPV), Red de Vigilancia de Médicos Vigía, Registro de Cáncer de Euskadi (RCEME), Registro de Anomalías Congénitas (RACAV), Registro de Mortalidad, Registro de Altas Hospitalarias (CMBD), Registro de Metabolopatías.

Los datos corresponden a diferentes periodos. Los obtenidos del Registro de Cáncer a 2014, los del Registro de Anomalías Congénitas a 2015, los del Registro de Mortalidad y del Registro de Altas Hospitalarias a 2016. La información de la Red de Médicos Vigía de Gripe hace referencia a la temporada 2017-2018. Las poblaciones empleadas son las correspondientes al censo del 2016.

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

Integrantes de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Araba/Álava durante 2017:

Inmaculada Sáez
Larraitz Etxebarriarteun
Laura Roth
Patricia Sancho Uriarte
Txomin Eizaguirre

RESUMEN EJECUTIVO

La temporada de **gripe** 2017-2018 fue similar, en intensidad, a la temporada anterior pero algo más prolongada en el tiempo. El pico epidémico (418,8/100.000) se alcanzó en la semana 3. El tipo predominante fue el B. Se declararon 446 casos graves hospitalizados con gripe confirmada en los cinco grandes hospitales de la CAPV, 115 de Araba/Álava. El 25,4% de los casos graves ingresados falleció.

La incidencia de **tosferina** en 2017, con 40 casos y un tasa de 12,36/100.000, presentó un ligero descenso respecto al año anterior (49 casos declarados).

La **parotiditis vírica**, con 102 casos y una tasa de 31,52/100.000, presentó un valor superior al del año 2016 (tasa de 26,37). El grupo de 20 a 24 años fue el más afectado.

La **varicela** con 1.096 casos declarados presentó una tasa de 338,70/100.000, algo superior a la del año anterior (1.040 casos).

Se declararon 2 casos de **enfermedad meningocócica invasiva** (EMI). Uno de los casos provocado por un meningococo W en un varón no vacunado de 94 años y el otro por un meningococo B en una niña de 4 años vacunada contra la meningitis C.

Se declararon 3 casos de **enfermedad invasiva por estreptococo grupo A**, uno en un hombre de 57 años sin factores de riesgo conocidos, y los otros dos en hombres de 66 y 65 años, ambos con factores de riesgo; la tasa fue de 0,93/100.000.

Se declararon 35 casos de **enfermedad neumocócica invasiva** (ENI) en residentes en Álava, igual número que en 2016, ninguno en menores de 15 años. Hubo tres fallecidos, todos con algún factor de riesgo.

En 2017 se declararon 9 casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en residentes en Álava, seis en mayores de 65 años de los que 5 cursaron con neumonía.

Durante 2017 no se ha declarado ningún caso de **sarampión**, ni de **rubéola** o **rubéola congénita**.

Se declararon 8 casos de **listeriosis**, valor similar a 2016 (7 casos). Un caso se produjo en una gestante.

La incidencia de **hepatitis A** aumentó de forma llamativa respecto a años anteriores con 38 casos (tasa 11,72/100.000). No se ha identificado el origen del contagio en todos los casos. Entre los identificados, tres tenían como antecedente un viaje al Sahara, hubo dos agrupaciones familiares y otros dos casos se produjeron por transmisión HSH.

Se declaró un brote con 13 casos de **hepatitis B** aguda; es el mayor número de casos de hepatitis B desde 1992. Todos los casos son hombres, ninguno vacunado. El único mecanismo de transmisión identificado han sido las relaciones sexuales entre HSH.

Se declaró un caso de **hepatitis C** por infección aguda reciente. No se identificó ningún factor de riesgo.

La tasa de **tuberculosis** fue de 9,6 casos por 100.000 habitantes (31 casos), inferior a 2016 (33 casos y tasa de 9,62). El grupo más afectado fue el de 45-64 años con 13 casos.

Se declararon 8 casos aislados de **legionelosis** (tasa 2,47/100.000), más que el año anterior (4 casos). 7 cursaron con neumonía y uno con fiebre de Pontiac. Todos menos uno presentaban factores de riesgo. En 5 casos se identificaron elementos de riesgo para realizar la investigación ambiental.

En 2017 se diagnosticaron 2 EETH, un caso de **ECJ** esporádico y un posible IFF.

Se declararon 8 casos de **paludismo** por *Plasmodium falciparum*. Son menos casos que los identificados en 2016 (17 casos). Todos tenían entre 15-45 años; 7 habían visitado su país natal. Ninguno había tomado la quimioprofilaxis.

Se investigaron 12 brotes de **toxiinfecciones de origen alimentario** que afectaron a 238 personas, cifras muy superiores a las de 2016 (4 brotes y 63 afectadas/os). Dos brotes se produjeron en residencias de mayores con sospecha de etiología viral sin confirmar. Dos brotes se debieron a *Salmonella* Enteritidis, otros dos por histaminosis tras la ingestión de atún y uno por *Giardia*.

El número de aislamientos declarados de *Salmonella* fue superior al año pasado (121 vs 106). Hubo más Typhimurium (70) que Enteritidis (33).

Se declararon al SIM 407 aislamientos de *Campylobacter*, cifra muy superior a la de 2016 (272). El 38% eran menores de 6 años.

Se han registrado 1.930 **tumores malignos** diagnosticados en 2014, un 0,4% menos que en 2013; 1.202 (62,3%) en hombres y 728 (37,7%) en mujeres. En hombres hay un incremento del 4,6% y en mujeres una disminución del 7,8%. No obstante, la tendencia general (1991-2014) en ambos sexos es de incremento, entre un 0,4 y 1,1% anual en los hombres (equilibrado a partir de 2004) y entre un 0,7 y 1,4% en las mujeres.

Entre 2010 y 2014 se registraron 9.634 **tumores malignos** en 9.242 personas. A finales de 2014, había 3.557 hombres y 2.592 mujeres residentes en Araba con un tumor maligno diagnosticado los últimos cinco años. Los cánceres más prevalentes continúan siendo los de próstata, colon-recto y vejiga entre los hombres y, el cáncer de mama, colon-recto y útero entre las mujeres.

La frecuentación hospitalaria en 2016, por **cardiopatía isquémica** fue de 98,11 y 291,54 ingresos por 100.000 habitantes en mujeres y hombres respectivamente.

La frecuentación hospitalaria por **enfermedad cerebro-vascular** en 2016 fue de 269,87 ingresos por 100.000 habitantes en mujeres y 275,24/100.000 en hombres.

En 2016 las **tres primeras causas de muerte** en las mujeres fueron, en orden decreciente: los trastornos mentales orgánicos, la enfermedad cerebro-vascular y la cardiopatía isquémica. En los hombres lo fueron la cardiopatía isquémica, el cáncer de pulmón y la enfermedad cerebrovascular.

La **esperanza de vida** al nacimiento en 2016 era de 87,1 años en las mujeres y de 81 años en los hombres.

Se ha estimado que en 2016 hubo 8.078 **Años Potenciales de Vida Perdidos hasta los 70 años** (APVP₇₀). Las tres principales causas de APVP fueron entre las mujeres el cáncer

de mama, el cáncer de colon y recto y el cáncer de pulmón. Entre los hombres lo fueron el cáncer de pulmón, la cardiopatía isquémica y el suicidio.

A. VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

A1.- SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO)

En la siguiente tabla se presenta el número de casos incidentes de cada EDO en el periodo 2012-2017. Para el año 2017 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 2017 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 2017 y la mediana del número de casos anuales del quinquenio anterior (2012-2016).

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.

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. Por ello, hay 60 enfermedades de declaración obligatoria a nivel nacional. En la CAPV también son de declaración obligatoria la enfermedad de Lyme y la enfermedad estreptocócica invasiva.

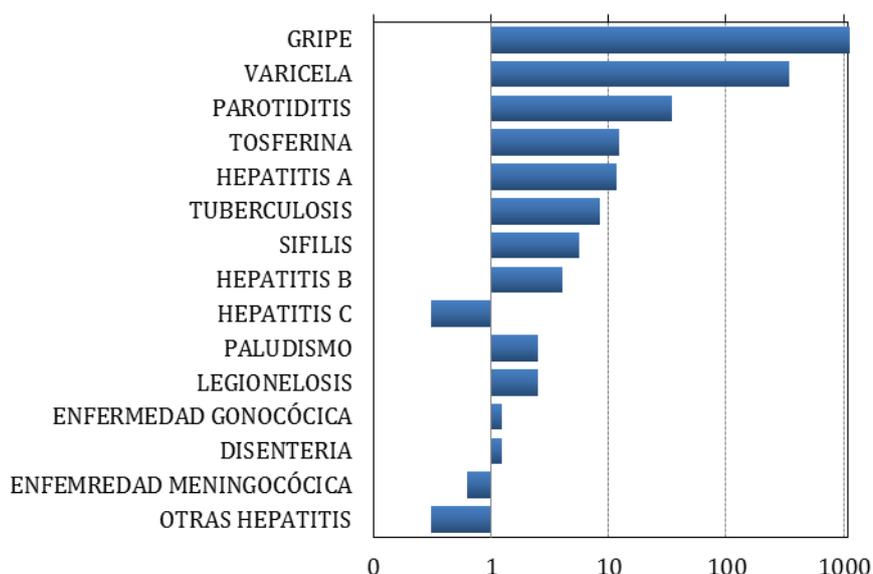
Nº de casos del periodo 2012-2017 y tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) e índices epidémicos 1 (IE1) y 2 (IE2) de 2017. Araba/Álava 2017. EDO

	2012	2013	2014	2015	2016	2017			
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Tasa	IE1	IE2
Enfermedades de transmisión alimentaria									
F. tifo- paratífica	0	1	0	0	2	0	0	0,00	0,00
Shigelosis	1	0	1	0	2	4	1,24	2,00	4,00
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	2	4	4	7	2	38	11,74	19,00	9,50
Hepatitis B	3	4	4	3	2	13	4,02	6,50	4,33
Hepatitis C	5	4	1	3	1	1	0,31	1,00	0,33
Enfermedades de transmisión aérea o respiratoria									
Gripe	3076	5155	3404	5670	4251	4045	1250,03	0,95	0,95
Legionelosis	4	5	7	8	4	8	2,47	2,00	1,60
Meningitis tuberculosa	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Tuberculosis	37	24	38	35	31	31	9,58	1,00	0,91
Enf. de transmisión sexual									
Inf. Gonocócica	1	1	1	3	6	4	1,24	0,67	4,00
Sífilis	15	18	21	16	14	18	5,56	1,29	1,13
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Enf. Meningocóc.	2	3	0	0	0	2	0,62	0,00	1,00
Parotiditis	202	228	44	40	84	102	31,52	1,21	1,21
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Tétanos	1	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Tos ferina	15	0	9	70	49	40	12,36	0,82	2,67
Varicela	1400	2274	838	900	1040	1096	338,7	1,05	1,05
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Paludismo	8	16	10	5	16	8	2,47	0,50	0,80
Peste	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Zoonosis									
Brucelosis	0	1	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Otras enfermedades infecciosas									
Lepra	1	0	0	1	0	0	0	0,00	0,00
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00

*El nº de casos del año anterior o la mediana del quinquenio anterior es 0 por lo que, no se puede determinar el correspondiente IE.

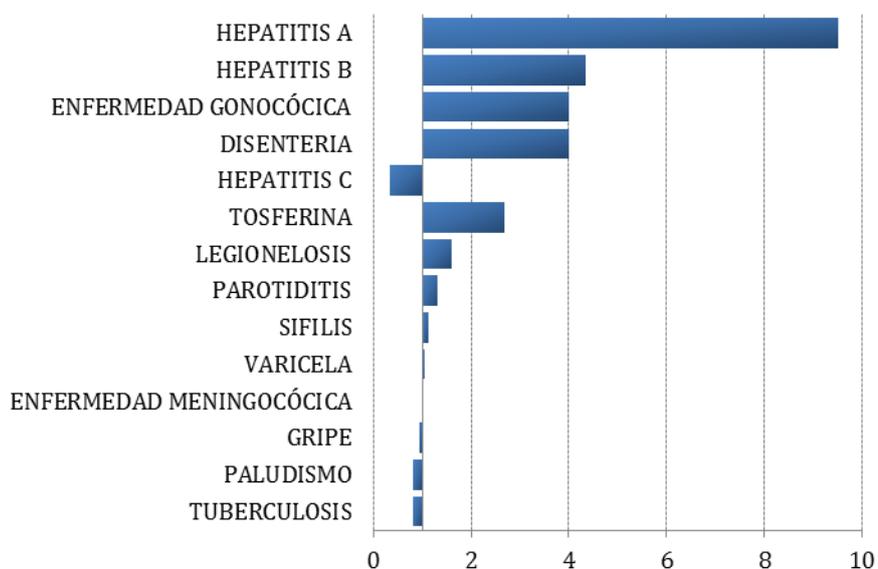
En la siguiente figura se representan las tasas de incidencia por 100.000 habitantes de algunas EDO.

**Tasas de incidencia por 100.000 habitantes en base logarítmica.
Araba/Álava 2017. EDO**



El mayor aumento respecto al año anterior, se ha producido en la hepatitis A (IE1:19,00) y en la hepatitis B (IE1: 6,50). Respecto a la mediana de casos del quinquenio anterior, la hepatitis A (IE2:9,50), la hepatitis B (IE2:4,33), enfermedad gonocócica (IE2:4), la disentería (IE2:4), la tos ferina (IE2:2,67) y la legionelosis (IE2: 1,6) han tenido un aumento significativo de la incidencia. Presentan una disminución de incidencia, gripe, paludismo y tuberculosis.

Tendencias EDO. Índice epidémico 2. Araba/ Álava 2017. EDO



SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA DE LA CAPV (SIMCAPV)

Microorganismos declarados al SIM. HUA. OSI Araba y OSI Errioxa; otras OSIs

	OSI Araba+Errioxa	Otras OSIs	Total
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL			
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	43	3	46
<i>Chlamydia trachomatis</i>	160	14	174
INFECCIONES GASTROINTESTINALES			
<i>Campylobacter sp.</i>	407	64	471
<i>Fasciola hepática</i>	4	1	5
<i>Listeria monocytogenes</i>	5	1	6
Salmonella			
S.tipo C	11	1	12
S.Typhimurium	70	19	89
S. Enteritidis	33	0	33
<i>Shigella</i>	5	1	6
<i>Yersinia enterocolitica</i>	25	4	29
<i>Adenovirus</i>	73	13	86
<i>Rotavirus</i>	112	24	136
<i>E coli enterohemorragico</i>	0	0	0
INFECCIONES DE TRANSMISION AÉREA			
<i>Chlamydophila pneumoniae</i>	44	13	57
<i>Legionella pneumophila</i>	2	4	6
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	5	0	5
<i>Streptococcus pneumoniae (hemocultivo)</i>	29	23	52
<i>Virus respiratorio sincitial</i>	198	31	229
MICOBACTERIAS			
Micobacterias tuberculosas	19	7	26
Micobacterias atípicas	17	3	20
INFECCIONES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
<i>Neisseria meningitidis</i>	2	0	2
ENFERMEDADES VACUNABLES			
<i>Bordetella pertussis</i>	29	72	101
<i>Haemophilus influenzae</i>	8	1	9
Hepatitis A	28	4	32
Hepatitis B	9	1	10
Hepatitis C	1	0	1
<i>Parotiditis</i>	2	1	3
<i>Rubeola</i>	0	0	0
<i>Sarampión</i>	0	0	0
ZOONOSIS			
<i>Brucella</i>	0	0	0
<i>Coxiella burnetti</i>	42	17	59
<i>Borrelia burgdorferi</i>	7	0	7
<i>Echinococcus granulosus</i>	5	2	7
ENFERMEDADES IMPORTADAS			
<i>Plasmodium falciparum</i>	8	0	8
OTRAS INFECCIONES			
<i>Streptococcus pyogenes</i>	3	1	4
<i>Staphylococcus aureus meticilin resistente</i>	243	56	299

Microorganismos declarados al SIM. HUA. OSI Araba y Errioxa. 2011-2017

INFECCIONES TRANSMISIÓN SEXUAL	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	10	13	28	9	25	32	43
<i>Chlamydia trachomatis</i>	13	16	24	7	0	25	160
INFECCIONES GASTROINTESTINALES							
<i>Campylobacter</i>							
<i>C. jejuni</i>	140	179	132	210	201	194	344
<i>C. coli</i>	3	2	0	3	0	1	40
<i>C.fetus</i>	3	2	0	1	0	0	0
<i>C. lari</i>	6	5	5	0	0	0	0
<i>C. sp</i>	132	118	107	31	88	77	23
TOTAL	284	306	244	245	289	272	407
<i>Entamoeba histolytica</i>	0	1	0	0	0	0	0
<i>Fasciola hepática</i>	4	1	1	1	0	0	4
<i>Listeria monocytogenes</i>	4	3	10	5	2	6	5
<i>Salmonella</i>							
<i>S.typhi /paratyphi</i>	2	0	1	0	1	2	0
Otras salmonellas							
<i>S. Typhimurium</i>	3	4	10	53	55	45	70
<i>S. grupo B</i>	36	40	50	9	0	0	0
<i>S. grupo C</i>	11	12	9	22	16	11	11
<i>S. grupo D</i>	66	33	43	6	0	0	0
<i>S. Enteritidis</i>	18	4	4	14	27	38	33
Otras	6	12	11	8	5	12	7
TOTAL	140	105	127	112	103	106	121
<i>Sighella</i>							
<i>S. sonnei</i>	1	1	0	1	0	2	2
<i>S. flexnerii</i>	0	0	0	0	0	0	3
TOTAL	1	1	0	1	0	2	6
<i>Yersinia enterocolitica</i>	27	17	18	14	13	19	25
<i>Adenovirus</i>	15	19	17	23	50	28	73
<i>Taenia spp</i>	2	1	0	0	0	0	0
<i>Rotavirus</i>	95	104	88	61	107	63	112
<i>E coli enterohemorragico</i>	0	0	0	0	0	0	0
INFECCIONES DE TRANSMISION RESPIRATORIA							
<i>Chlamydophila pneumoniae</i>	2	0	8	17	18	12	44
<i>Legionella pneumophila</i>	7	2	8	5	7	4	2
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	54	42	31	19	105	8	5
<i>Streptococcus pneumoniae (hemocultivo)</i>	21	29	6	14	18	23	29
<i>Virus respiratorio sincitial</i>	33	58	5	62	0	141	198

Microorganismos declarados al SIM. HUA. OSI Araba y Errioxa. 2011-2017

MICOBACTERIAS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Micobacterias tuberculosas							
<i>M. tuberculosis complex</i>	39	24	24	30	32	25	19
<i>M. bovis</i>	2	1	0	0	0	0	0
<i>M. africanum</i>	0	0	1	0	0	0	0
TOTAL	41	25	25	30	32	25	19
Micobacterias atípicas							
<i>M. xenopi</i>	0	0	0	3	3	0	0
<i>M. avium</i>	1	2	1	3	2	3	5
<i>M. goodii</i>	0	0	1	0	0	4	4
<i>M. fortuitum</i>	0	0	0	0	0	1	0
<i>M. intracellulare</i>	0	0	0	0	0	5	7
<i>M. kansasii</i>	1	1	1	0	5	3	1
TOTAL	4	4	3	6	10	16	17
INFECCIONES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL							
Enterovirus (aislamiento en LCR)	0	6	8	0	0	0	0
<i>Neisseria meningitidis</i>	1	2	1	0	0	0	2
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (en LCR)	8	1	1	1	2	4	0
ENF. PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN							
<i>Bordetella pertussis</i>	2	0	0	0	0	38	29
<i>Haemophilus influenzae</i>	2	4	3	2	1	2	8
Hepatitis B	1	1	2	0	0	0	9
Hepatitis A	5	4	4	3	4	3	28
Parotiditis	1	0	0	0	0	0	2
Rubeola	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	1	0	0	0	0	0	0
ZOONOSIS							
<i>Brucella</i>	0	0	1	0	0	0	0
<i>Coxiella burnetii</i>	1	7	16	31	3	16	42
<i>Borrelia burgdorferi</i>	0	0	5	0	0	2	7
<i>Echinococcus granulosus</i>	3	1	8	11	5	6	5
ENFERMEDADES IMPORTADAS							
<i>Plasmodium</i>							
<i>P. spp</i>	0	0	6	7	5	2	0
<i>P. falciparum</i>	7	9	13	3	0	14	8
<i>P. vivax</i>	3	0	1	0	0	1	0
TOTAL	10	9	20	10	5	17	8
OTRAS INFECCIONES							
<i>Streptococcus pyogenes</i>	5	8	8	2	5	2	3
<i>S. aureus</i> meticilin resistente	123	199	200	244	323	314	243

A2.-ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE LA A a la Z

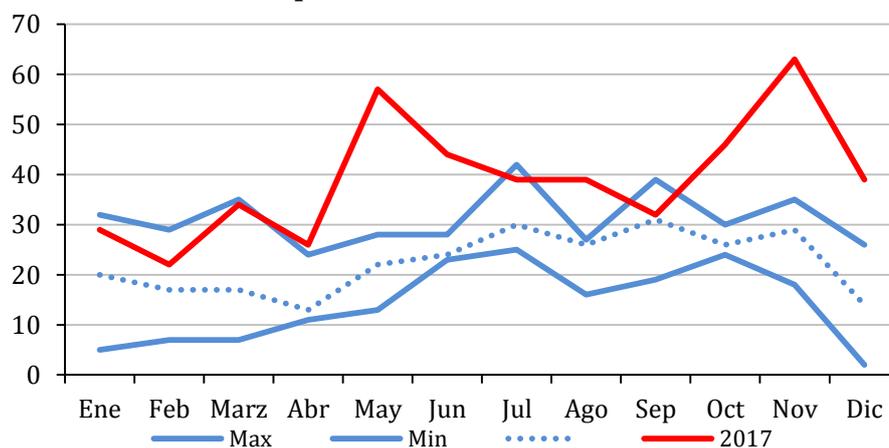
Borreliosis

En 2017 se declararon 4 casos de borreliosis en Araba, tres casos probables y uno confirmado (según definición de caso del ECDC). Todos los casos son hombres, con edades comprendidas entre los 9 y 62 años, mediana de 49 años. Dos de los casos desarrollaron neuroborreliosis. En dos de los casos hay antecedente de picadura por garrapata. El inicio de síntomas de los casos (o fecha de diagnóstico en su defecto) se sitúa entre las semanas 20 y 37, en primavera y verano.

Campilobacteriosis

En 2017 se declararon al SIM 407 aislamientos en Araba, un 49% más que en 2016 (272). El 38% de los afectados eran menores de 6 años. La incidencia se ha mantenido por encima de la mediana del canal durante buena parte del año, con dos picos en mayo y en noviembre.

Aislamientos de *Campylobacter*. 2017.
Canal endemo-epidémico. Araba 2011-2017. SIMCAPV



Chlamydia trachomatis, infección por

Se declararon al SIM 160 detecciones de *Chlamydia trachomatis*, lo que supone un fuerte aumento respecto al año pasado (25).

Difteria

Entre los días 19 y 26 de septiembre, se declaran cuatro aislamientos de difteria cutánea, uno aislado y tres de un mismo núcleo familiar (hermanos). En todos existía el antecedente de un viaje a un país extranjero, Sri Lanka (1 caso) y Gambia (3 casos). Las cuatro cepas se enviaron al CNM para determinar su toxigenicidad; todas ellas resultaron no toxigénicas, por lo que son casos descartados.

Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (EETH)

En 2017 se diagnosticaron 3 posibles casos de EETH en residentes alaveses, un hombre de 83 años (que inició síntomas en 2016) y dos mujeres de 82 y 76. Todos fallecieron durante 2017. La autopsia confirmó un ECJ esporádico en el caso de la mujer más joven, un posible

pero improbable IFF en el del hombre, y se descartó como EETH el caso de la otra mujer (enfermedad por cuerpos de Lewy).

Encefalopatías transmisibles humanas. Registro del País Vasco 1993-2017*

	Araba	Gipuzkoa	Bizkaia	CAPV
ECJe posible	3	2	6	11
ECJe probable	3	6	19	28
ECJe confirmado	9	27	46	82
Total esporádicos*	15	35	71	121
Tasa de ECJe /1.000.000	1,6	1,8	2,2	2,0
ECJ familiar	1	3	0	4
IFF	21	2	8	31
S. Gerstmann-SS	0	3	0	3
Total casos familiares	22	8	8	38

*Incidencia por 1.000.000 (ECJ Def.+Prob)

En la siguiente tabla se presenta información mundial actualizada sobre la nueva variante de Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (vECJ).

Casos mundiales de nueva variante de Enf. de Creutzfeldt-Jacob (vECJ) desde 1995

	Nº casos primarios (vivos)	Nº de casos secundarios a transfusión sangre (vivos)	Residencia en UK > 6 meses durante 1980-1996
Reino Unido	175 (0)	3(0)	178***
Francia	27 (0)	-	1
Irlanda	4(0)	-	2
Italia	3 (0)	-	0
USA	4*(0)	-	2
Canada	2 (0)	-	1
Arabia Saudí	1 (0)	-	0
Japón	1** (0)	-	0
Países Bajos	3(0)	-	0
Portugal	2 (0)	-	0
España	5 (0)	-	0
Taiwán	1 (0)	-	1

Fuente: <http://www.cid.ed.ac.uk> - datos a 03/09/2018

*El tercer caso de USA nació en Arabia Saudí donde probablemente fue infectado antes de residir en USA, a partir de 2005 .. Se confirma que el cuarto caso no había viajado por Europa ni Arabia Saudí antes de vivir en EEUU; había residido en Kuwait, Rusia y Líbano y la infección se produjo antes de vivir en USA (ver: <http://www.cdc.gov/eid/article/21/5/pdfs/14-2017.pdf>)

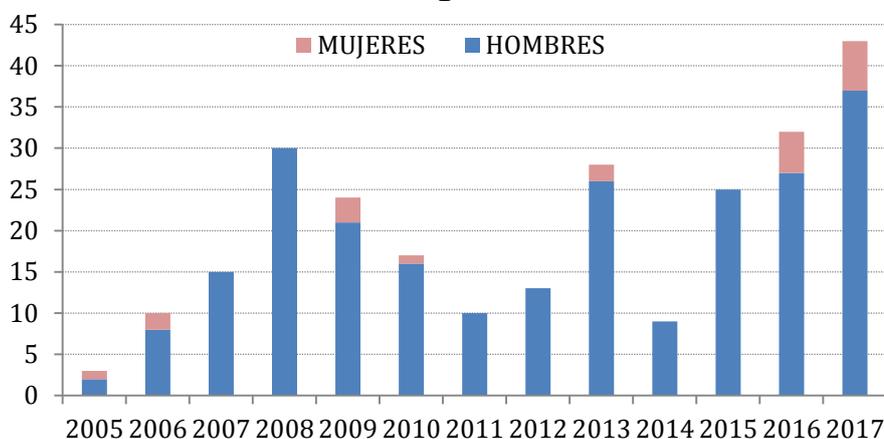
** El caso de Japon residió en UK 24 días entre 1980-1996

*** El caso 178 es primer caso de vECJ en una persona portadora de MV en el codon 129 del gen de la PrP (PRNP). Hasta ahora, todos los casos de variante ECJ se habían dado en pacientes con genotipo MM en el codon 129 del PRNP. Información sobre el caso está disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1610003#t=article>

Enfermedad gonocócica

Durante 2017 se declararon al SIM 46 aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae*, 3 de Alto Deba. De los 43 casos de Araba, 37, el 86%, eran hombres, con una edad media de 27 años y 6 eran mujeres con edad media de 46 años. La evolución muestra una clara tendencia ascendente de la enfermedad.

Número de aislamientos. *Neisseria gonorrhoeae*. SIM. Araba. 2005-2017

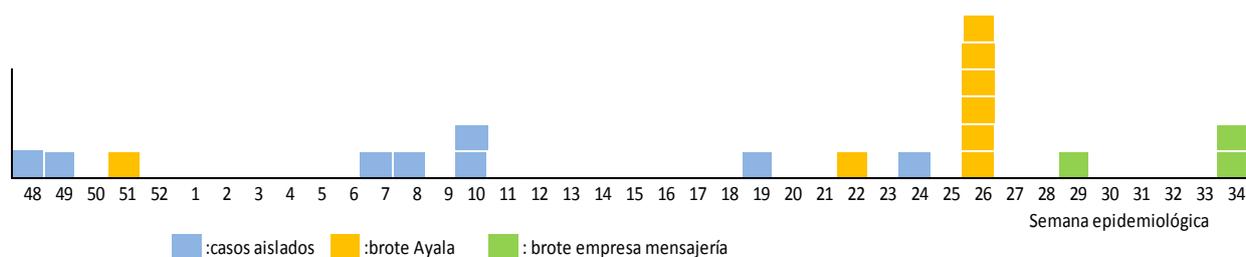


Fiebre Q

Durante el año 2017 se han declarado 19 casos de fiebre Q en Araba, 11 asociados a brote. Se han investigado dos brotes, uno en Ayala que afectó a ocho personas, y otro relacionado con una empresa de mensajería gestionado por Bizkaia. En este último brote hubo tres afectados residentes de Araba.

Casos de fiebre Q por semana de inicio de síntomas o, en su defecto, por fecha de diagnóstico de laboratorio. Araba/Álava 2017. EDO.

nº casos



En el brote de Ayala se detectaron dos casos confirmados y seis probables de fiebre Q. La explotación sospechosa posee más de 2000 cabezas de ganado ovino y algunas de ganado vacuno y caprino. Se muestrearon 99 ovejas con 41 serologías positivas y 12 dudosas frente a *Coxiella*. Todas las muestras ambientales y la leche de tanque resultaron positivas a *Coxiella*. Se indicaron pautas para extremar las medidas de bioseguridad en la gestión de las placentas, el estiércol y la restricción de las visitas a la granja.

En la investigación del brote relacionado con la mensajería se identificó la bacteria en varias muestras ambientales tomadas en la mascotera de la empresa; se sospecha que el origen del brote se encontraba en el transporte de pequeños rumiantes.

Respecto a los casos aislados, el caso con inicio de síntomas en la semana 24 tenía vínculo estrecho con una explotación de unas 260 cabezas de ganado ovino. Aprovechando la campaña rutinaria para chequeo de *Brucella* se muestrearon 50 ovejas con resultado negativo (técnica ELISA) en todas ellas.

Fiebre tifo paratífica

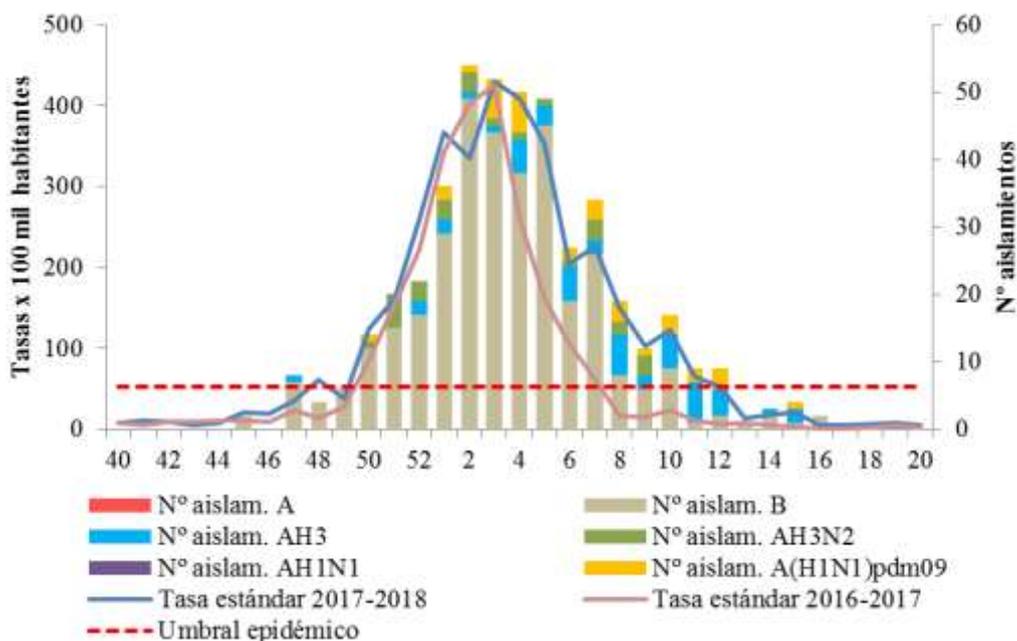
En 2017 no se declararon aislamientos de *S. typhi* ni de paratyphi.

Gripe

La Red de Médicos Vigía de gripe de la CAPV está integrada, en la temporada 2017-2018, por 48 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 de 2017 hasta la 20 del año 2018.

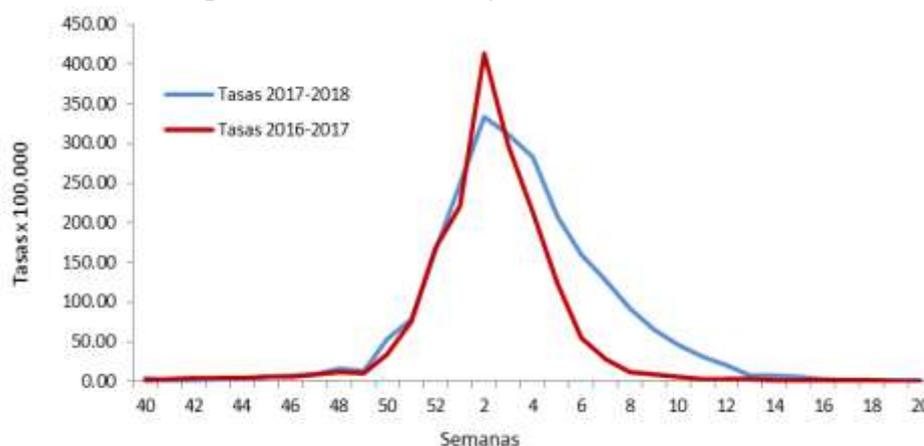
La Red Vigía durante la temporada 2017-18, ha registrado 1.921 casos de gripe (3.605 casos por 100.000 habitantes), alcanzándose el pico epidémico en la semana 3/2017 (418,79 casos por 100.000). El umbral epidémico (52,46 por 100.000) se superó en la semana 50/2015 (123.65 casos por 100.000), descendiendo a niveles basales en la semana 12/2016 (49,91 casos por 100.000), lo que determina un periodo epidémico de 14 semanas; predominó el virus B. La onda epidémica en la temporada 2017-18 alcanzó incidencias parecidas a la temporada previa; sin embargo ha sido algo más prolongada en el tiempo.

Evolución de la gripe CAPV. Temporadas 2016-2017 y 2017-2018
Red médicos vigía CAPV



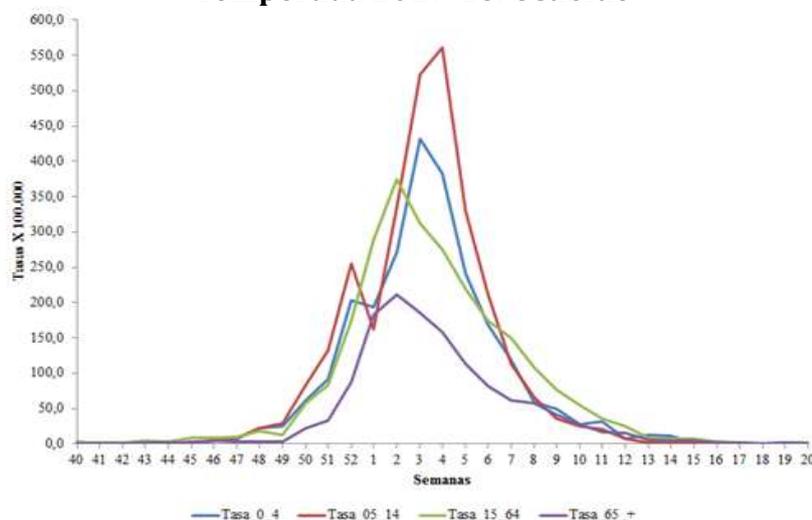
La frecuentación por síndrome gripal en Atención Primaria recoge datos por TH; como se observa en la siguiente figura.

Consultas (tasas por 100.000) por síndrome gripal en Atención Primaria por TH. Temporada 2016-2017 y 2017-2018. Osabide



En la siguiente gráfica se observan las tasas por grupos de edad de la CAPV.

Consultas de síndrome gripal por grupo de edad (tasa por 100.000). Osakidetza. Temporada 2017-18. Osabide



Brotos

Entre el 2 y 20 de enero se declaró un brote por gripe en una residencia geriátrica del Territorio. La residencia consta de 5 plantas y un centro de día. Hay 226 usuarios en la residencia, 188 residentes y 38 del centro de día. El 91,80 % de los residentes y el 65,79 % de los usuarios del centro de día estaban vacunados. La vacunación se produjo el día 15 de noviembre del 2017.

Entre los usuarios de la residencia y del centro de día se contabilizaron 32 casos de gripe (tasa de ataque del 14,16%). El primer caso inició síntomas el 2 de enero y el último el 20 de enero. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre, disnea y tos. Cuatro de los casos precisaron ingreso hospitalario y hubo dos defunciones. Se recogieron 7 frotis faríngeos de los que 5 fueron positivos para virus influenza tipo B.

Entre los trabajadores se registraron 15 casos (tasa de ataque del 6,12%). Se desconoce la cobertura de vacunación en dicho grupo, no se les recogió ningún frotis faríngeo. Se recomendó intensificar las medidas higiénicas tales como el lavado de manos antes y después de atender al paciente, cubrirse con un pañuelo al toser o estornudar, etc. Se les

envió la *Guía de manejo de brotes de gripe en residencias de personas mayores de la CAPV*. También se indicó la separación de residentes enfermos y sanos y la circulación del personal entre distintas áreas del edificio.

Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG)

En la temporada 2017-2018 se registraron en la CAPV 446 CGHCG, 215 casos más que la temporada previa (231 casos); de ellos, 115 eran de Araba/Álava (25,78%).

De los casos de Araba/Álava, el rango de edad fue de 0 a 97 años y la mediana de 77,5 años; similar a la temporada previa (77 años). El 67,54% eran mayores de 64 años. Comparando con la temporada anterior, en la que el virus AH3 fue el predominante, esta temporada la proporción de mayores de 64 años ha sido bastante más baja (85,4% en la temporada anterior). El 53% de los casos fueron mujeres. Hubo 6 casos en menores de 5 años. El 43,9% de los casos estaba vacunado.

El 14% de los casos precisó ingreso en la UCI y el 25,4 % de los casos falleció; un porcentaje superior al de la temporada previa (20,8%). El 77,4% 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 2017-18

Factores de riesgo	%
Enfermedad cardiovascular crónica	39,1
Enfermedad respiratoria crónica	22,6
Diabetes	19,1
Inmunodeficiencia	2,6
Enfermedad renal crónica	7,8
Enfermedad hepática crónica	4,3
Enfermedad oncológica	14,8
Obesidad	0,9
Embarazo	0,9
Otros	27,8
Complicaciones	%
Neumonía	74,78
Coinfección	18,26
SDRA(sínd distrés respiratorio)	8,7
Fallo multiorgánico	2,61

Casos hospitalizados por gripe

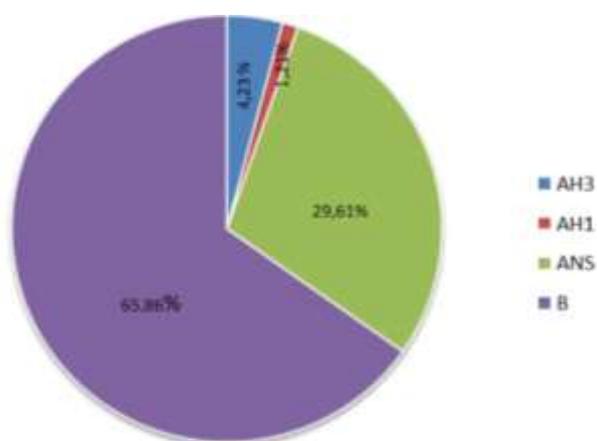
Durante la temporada 2017-2018 se ha recogido información de todos los casos que han ingresado por gripe aunque no cumpliesen los criterios de gravedad para ser clasificados como casos graves hospitalizados con gripe confirmada. En toda la CAPV han ingresado 2.043 personas, 331 en Araba. En la siguiente tabla se reflejan los ingresos por grupos de edad:

Ingresos de gripe por grupo de edad, CAPV y Araba

Grupo de edad	Casos CAPV	Casos Araba
0-4 años	64	10
5-14 años	47	6
15-64 años	488	80
64 y más años	1444	235
Total	2043	331

En el siguiente gráfico se refleja los aislamientos por subtipo de los casos alaveses ingresados por gripe; el tipo predominante en los ingresados era el B, el mismo que ha predominado en toda la temporada.

**Aislamientos por subtipo de gripe.
Casos ingresados por gripe en Araba/Álava. 2017-2018**



Estudio cycEVA

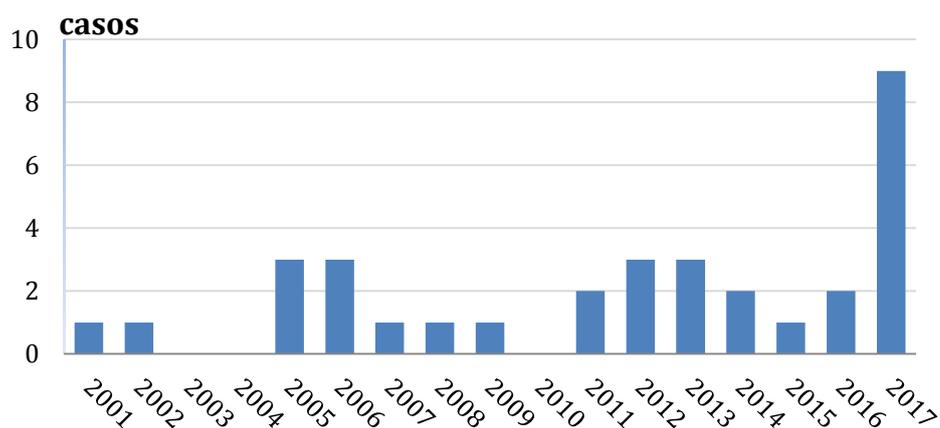
Durante la temporada 2017-2018, como en temporadas anteriores, se participó en el estudio de casos y controles para estimar la efectividad de la vacuna antigripal (cycEVA). 37 médicos vigías de gripe de la CAPV han participado y han aportado 524 casos y controles. Araba/Álava ha aportado 106; el 67 % de ellos casos confirmados.

***Haemophilus influenzae*, enfermedad invasiva**

Durante 2017 se han declarado nueve casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en residentes de Álava. Seis de los casos eran mayores de 65 años y 5 cursaron con neumonía. Dos eran inmunodeprimidos. De los tres casos menores de 65 años ninguno cursó con neumonía; dos presentaban factores de riesgo: uno estaba inmunodeprimido y el otro era un prematuro de bajo peso.

Entre 2000 y 2017 los laboratorios de Araba declararon al SIM 37 aislamientos de *Haemophilus influenzae* de residentes en Araba. El rango de casos anuales oscila entre 0 y 9. El 74% de los 31 aislamientos con edad conocida son mayores de 65 años.

**Número de aislamientos. *Haemophilus influenzae*.
Araba/Alava. 2001-2017. SIM.**



Hepatitis A

Durante el año 2017 se han declarado 38 casos de hepatitis A en Araba, lo que representa una tasa de 11,74 casos/100.000 habitantes. La mediana de los 5 últimos años es de 4 casos anuales; el índice epidémico 2 es de 9,50.

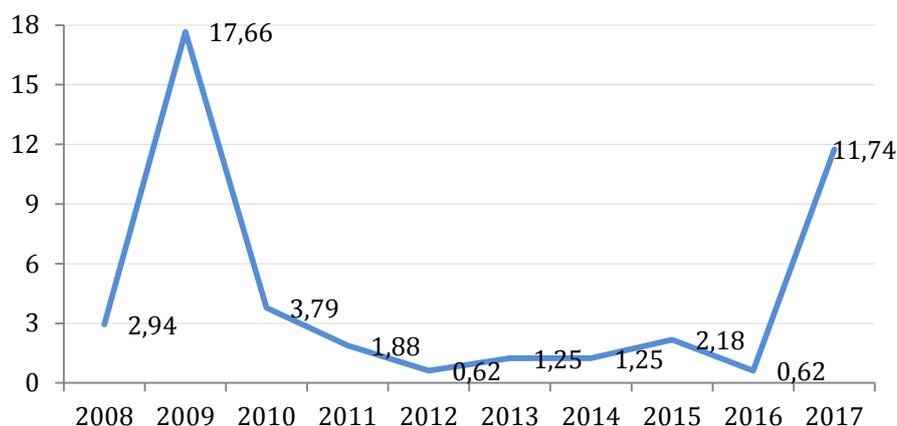
El 65,79% de los casos son hombres. El rango de edad es de 5 a 86 años y la mediana de 31,5 años. 31 de los 38 casos residen en Vitoria-Gasteiz. En la siguiente tabla se presentan los casos por grupo de edad y sexo.

Casos de hepatitis A por sexo y grupo de edad. Araba. EDO 2017

Grupo edad	Hombre	Mujer	Total
5 a 14 años	5 (13,2%)	5 (13,2%)	10 (26,3%)
15 a 24 años	3 (7,9%)	1 (2,6%)	4 (10,5%)
25 a 44 años	14 (36,8%)	5 (13,2%)	19 (50,0%)
45 a 64 años	2 (5,3%)	2 (5,3%)	4 (10,5%)
>o=65 años	1 (2,6%)	-	1 (2,6%)
Total	25 (65,8%)	13 (34,2%)	38 (100%)

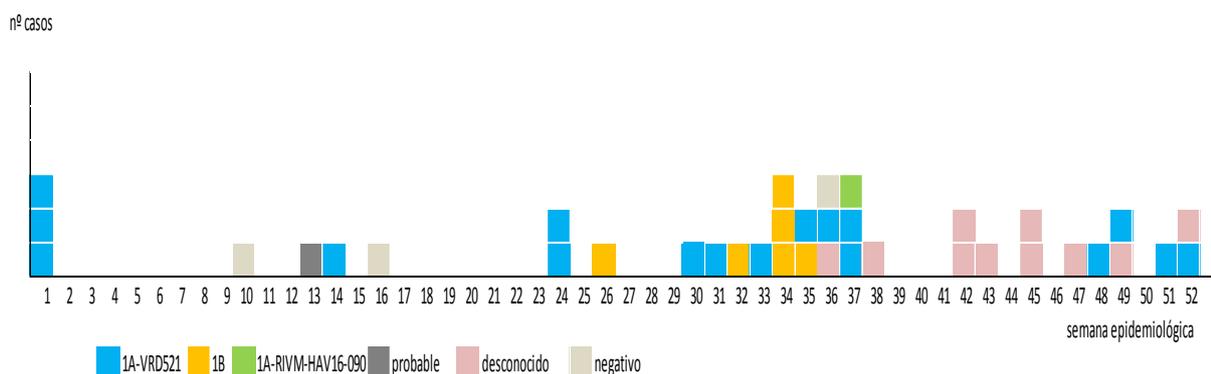
El gráfico siguiente representa la evolución de la incidencia de hepatitis A en Araba en los últimos diez años. Durante 2009 se produjo un importante incremento en el número de casos de hepatitis A, 54 casos (tasa de 17,66 por 100.000 habitantes), porque se produjeron tres brotes: uno de 17 casos asociados a un restaurante; un brote de 8 casos vinculado a prácticas sexuales de riesgo y un tercer brote de 4 casos en un colegio. Desde 2010 hasta el 2017 la tasa ha permanecido en valores inferiores a 4.

**Tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) de hepatitis A.
Araba/Álava 2008-2017. EDO**



Debido al incremento de casos observado en 2017, las cepas se enviaron al CNM para su estudio filogenético. En el siguiente gráfico se representan los casos por genotipo y semana de inicio de síntomas y/o fecha del caso en su defecto.

**Casos de hepatitis A por genotipo y semana de inicio de síntomas o fecha del caso.
2017 Araba. EDO**



Se enviaron al CNM 34 muestras de residentes en Araba y se obtuvieron 24 resultados. 6 virus correspondían al genotipo IB; en ellos se establecieron dos grupos monofiléticos, uno con tres casos con factor de riesgo común de un viaje al Sáhara, otro formado por dos casos asociados y un tercero sin factor de riesgo conocido.

18 muestras pertenecían al genotipo IA, una de ellas correspondiente a la secuencia tipo 2 (RIVM-HAV16-090) homóloga a la de un brote comunicado por Holanda. Las otras 17 correspondían a la secuencia tipo 1 (VRD-521) homóloga a la de un brote comunicado por el Reino Unido. De estos últimos, 3 casos corresponden a una agrupación familiar; hay otra agrupación de 2 casos con relación sexual entre hombres (HSH) y una tercera agrupación familiar asociada a un brote declarado por Castilla y León. Ninguna de las muestras enviadas se correspondió con la secuencia tipo 3 comunicada por Alemania y que junto a las otras dos secuencias también ha circulado por Europa.

Hepatitis B

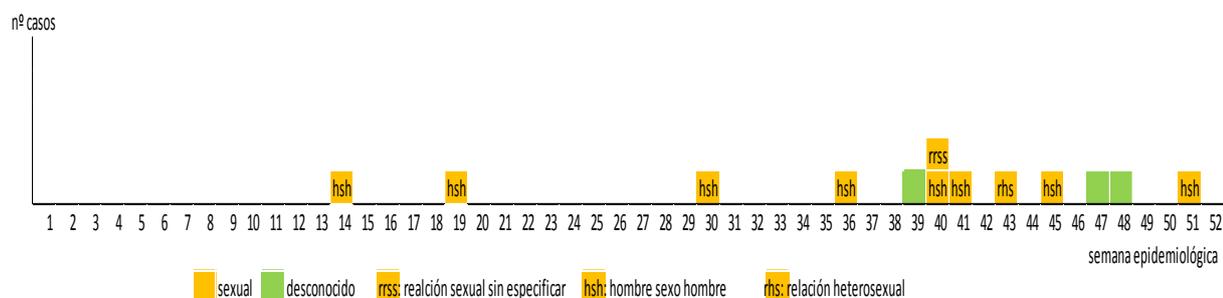
Durante el año 2017 se han declarado 13 casos de hepatitis B en Araba, lo que corresponde a una tasa de 4,03 casos /100.000, la tasa más alta desde el año 1992 (17 casos y tasa de 6,03/100000). La mediana de casos en los últimos cinco años es de 3; el índice epidémico 2 (razón del el nº de casos de 2017 respecto a la mediana del quinquenio anterior) es 4.

En el siguiente gráfico se muestra la evolución de la enfermedad en los últimos 20 años en Araba.

Tasa de incidencia, por 100. 000 habitantes, de hepatitis B en Araba. Periodo 1998-2017. EDO



Casos de hepatitis B por semana de inicio de síntomas y el factor de riesgo identificado. Araba 2017. EDO



Todos los casos de hepatitis B han sido hombres en un rango de edad de 33 a 53 años. Exceptuando dos casos, los restantes residían en Vitoria-Gasteiz. 9 han requerido ingreso hospitalario. En 10 afectados se ha identificado como factor de riesgo el contacto sexual sin protección, en 8 fueron relaciones sexuales entre hombres (HSH). Ninguno refirió uso de la prostitución ni de locales de citas. 6 casos refirieron el uso de diversas aplicaciones móviles como forma de concertar encuentros. Las aplicaciones referidas fueron: Tinder, Scruff, Grindr, Vadoo y Wapo. Ninguna de las personas HSH estaba vacunada frente a la hepatitis B a pesar de ser un grupo de riesgo.

Debido al incremento de casos declarados se enviaron a caracterizar al CNM 14 muestras de suero (1 muestra corresponde a la primera quincena del 2018) positivas a IgM anti-HBc. Se obtuvieron resultados de 13 muestras: 11 casos presentaban una infección por el virus de la hepatitis B del subtipo F1. Entre los siguientes, el de la semana 19 presentaba el

genotipo D y el de la semana 40 el genotipo E, ambos casos aislados. La siguiente tabla recopila la información microbiológica y epidemiológica de los casos de hepatitis B afectados por el virus de la hepatitis B de genotipo F.

Características de los casos de hepatitis B con genotipo F ordenados por fecha de inicio de síntomas (el caso 3 se envió a otro laboratorio y se desconoce el subtipo).

Caso	Edad	Sexo	Genotipo	Inicio de síntomas	Factor de riesgo	App
1	33	H	F ₁	06/04/2017	HSH-SP	S
2	51	H	F ₁	26/07/2017	HSH-SP	S
3	39	H	F	10/09/2017	HSH-SP	S
4	49	H	F ₁	30/09/2017	Desconocido	N
5	53	H	F ₁	06/10/2017	HSH-SP	S
6	41	H	F ₁	10/10/2017	HSH-SP	S
7	42	H	F ₁	27/10/2017	HSM-SP	N
8	47	H	F ₁	02/11/2017	Desconocido	N
9	47	H	F ₁	09/11/2017	HSH-SP	N
10	43	H	F ₁	03/12/2017	Desconocido	N
11	40	H	F ₁	23/12/2017	Desconocido	N
12*	50	H	F ₁	14/01/2018	Desconocido	N

*HSH: relaciones sexuales hombre-hombre

*HSM: relaciones sexuales hombre-mujer

*SP: sin protección

*App: aplicación

Una vez identificado el brote de hepatitis B con afectación importante de HSH, desde la Unidad de Epidemiología se realizaron varias actuaciones. Se remitió información a la coordinadora del Plan del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual y se recabó información relativa a las consultas de ITS y organizaciones que realizan campañas de prevención en Álava. Se contactó con personal tanto de la consulta especializada de ITS del HUA así como con la organización Sidálava para informarles de la situación y se redactó una nota a la red asistencial para recordar que los HSH, siguiendo las recomendaciones del Departamento, son un grupo de riesgo para recibir la vacuna de hepatitis A y B.

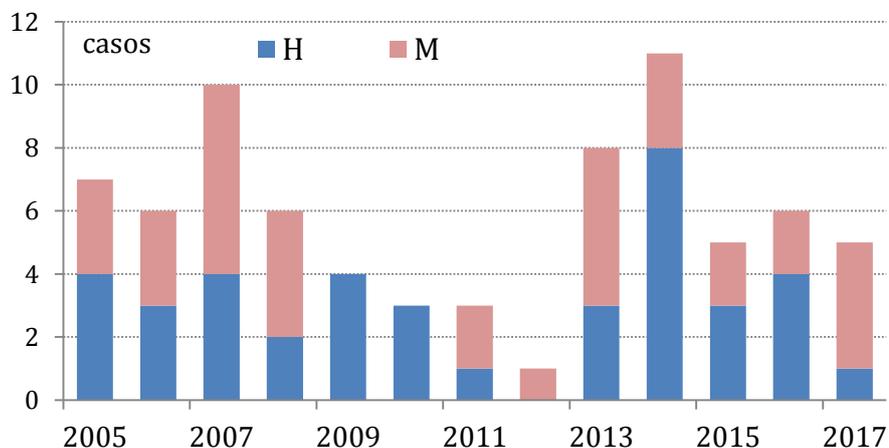
Hepatitis C

Se declararon 11 casos de hepatitis C a lo largo del 2017, uno de infección aguda reciente y 10 de nuevo diagnóstico. La tasa es de 0,31 casos de infección aguda por 100.000 habitantes. En total, son 7 hombres y 4 mujeres con edades comprendidas entre 27 y 68 años, mediana de 54 años. Los casos se han diagnosticado mediante detección de ARN viral. No se han encontrado factores de riesgo en el caso de la adquisición reciente de la hepatitis C. Respecto a los casos de nuevos diagnóstico, 4 casos refieren antecedente de transfusión en edad infantil, un caso refiere prácticas sexuales de riesgo y otro caso refiere haber sido usuario de drogas por vía parenteral (UDVP). En los demás no se ha encontrado ningún factor de riesgo.

Hidatidosis

Durante 2017 se han recibido del SIM 7 declaraciones de títulos altos de anticuerpos frente a *Echinococcus granulosus*, dos de ellos de Alto Deba. Los casos de Araba eran 4 mujeres y un hombre con edades comprendidas entre los 38 y 77 años (media de 59 años).

Registros de hidatidosis. 2005-2017. SIM. OSI Araba, OSI Errioxa

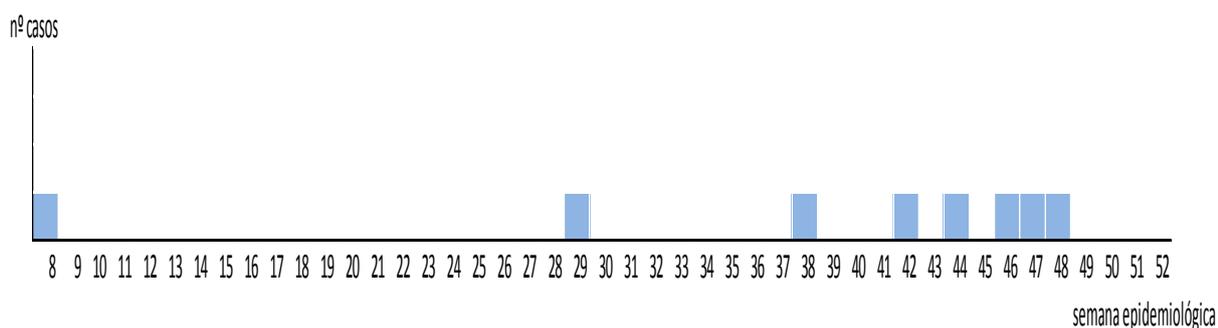


Legionelosis

Se declararon 8 casos de legionelosis durante 2017, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 2,47 casos por 100.000 habitantes. La mediana de los cinco años anteriores es 5. Han sido 4 hombres y 4 mujeres. El rango de edad fue de 63 a 88 años y la mediana de 70 años. Todos los casos presentaron neumonía a excepción de uno que desarrolló una fiebre de Pontiac. Entre los factores de riesgo individuales, 3 casos eran fumadores, 3 tenían diabetes, 2 eran pacientes oncológicos, uno tenía EPOC, otro tomaba un tratamiento inmunosupresor y uno de los casos no tenía factores de riesgo. Todos precisaron ingreso hospitalario, con una mediana de 5 días de estancia.

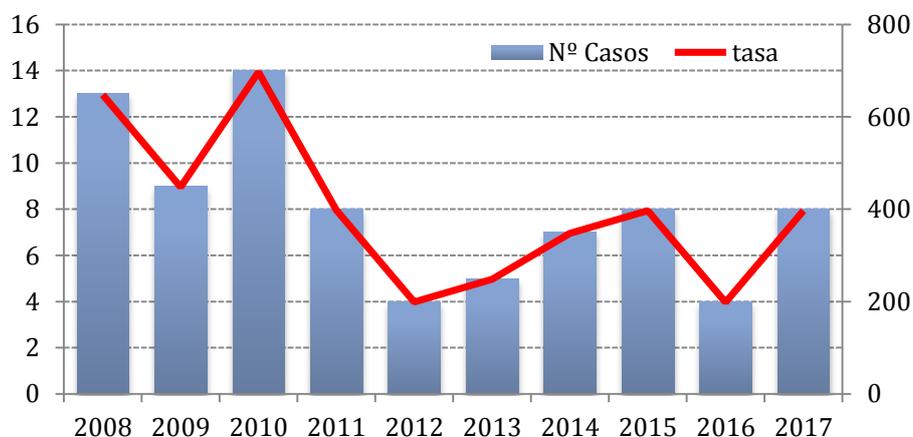
El método diagnóstico fue la antigenuria mediante EIA (enzima-inmuno-análisis). Se recogió esputo para su cultivo en cuatro de los casos, con resultado negativo en todos ellos. La mediana de los días transcurridos desde el inicio de síntomas hasta la declaración del caso, casi siempre coincidente con el diagnóstico mediante antigenuria, fue de 5,5 días.

Número de casos de legionelosis por semana de inicio de síntomas. Araba/Álava, 2017. EDO



El siguiente gráfico refleja la evolución de la legionelosis en Araba en los últimos 10 años.

**Evolución de casos y tasas por 100.000 de legionelosis en Araba
EDO. Araba/Álava 2008-2017**



Investigación ambiental

La investigación ambiental la llevó a cabo Sanidad Ambiental, la Comarca de la Subdirección de Salud Pública de Álava/Araba y el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. En tres casos no se detectaron elementos de riesgo y no se realizó investigación ambiental. En la siguiente tabla se resumen los factores potenciales de riesgo ambientales y las investigaciones llevadas a cabo en los 5 restantes casos:

Factores de riesgo ambientales identificados en los casos de legionelosis. Araba 2017

Caso nº	Factores de riesgo	Intervención
1	Residencia cerca de un hotel con torre	Muestreo de la torre. Presencia <i>L.pneumophila</i> serogrupo 1. En seguimiento por el Ayuntamiento
3	-Lavacoches -Supermercado con nebulizador -ACS centralizado	-Muestreo de nebulizador: altos recuentos de <i>Legionella</i> . -Muestreo del lavacoches: Altos recuentos. -Suspensión de actividad en ambos casos. L+D; corrección de deficiencias; remuestreo
5	Trabajador en polígono industrial	-Investigación de las torres de las empresas del polígono.
7	-Pasea por un parque y cerca del domicilio -ACS centralizado	-Investigación de las torres del entorno de la residencia y zona por donde pasea. No se detectan anomalías.
8	-Pasea por una zona cercana domicilio	-Torres controladas (por Ayuntamiento)

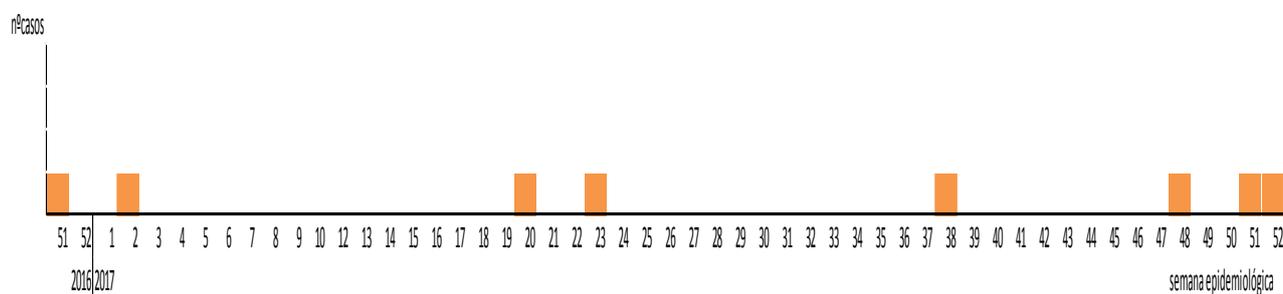
Lepra

En 2017 no se declaró ningún caso nuevo de lepra; se ha realizado el seguimiento de dos casos antiguos, uno diagnosticado en 2012 y otro en 2015, este último no ha podido localizarse.

Listeriosis

Durante el año 2017 se han declarado 8 casos de listeriosis en Araba, 4 mujeres y 4 hombres. El rango de edad oscila entre 30 y 85 años, mediana de 73. Todos los casos corresponden a otra forma de listeriosis a excepción de uno que corresponde a una listeriosis del embarazo. La presentación de la enfermedad ha sido fiebre en seis casos, aborto y fiebre en un caso y bacteriemia en otro caso. Seis casos residen en Vitoria-Gasteiz, uno en Llodio y otro en Alegría. Todos han precisado ingreso hospitalario con una estancia mínima de 1 día, máximo de 25 y mediana de 11 días. Entre los factores de riesgo, cinco casos son oncológicos y tres pacientes padecen enfermedades crónicas. Uno de los casos falleció al día siguiente al ingreso. En la siguiente gráfica se reflejan los casos de listeriosis por semana de inicio de síntomas o fecha de declaración en su defecto.

Casos de listeriosis por semana de inicio de síntomas ó fecha de declaración en su defecto. Araba/Álava 2017. EDO



Los casos correspondientes a la semana 51/2016, semana 2 y semana 48 pertenecen al serotipo 4b, grupo 4 por PCR. En los demás casos no se ha determinado el grupo PCR ni el serotipo. El caso de la semana dos desarrolló una bacteriemia tras recibir una transfusión por plaquetas.

Investigación ambiental

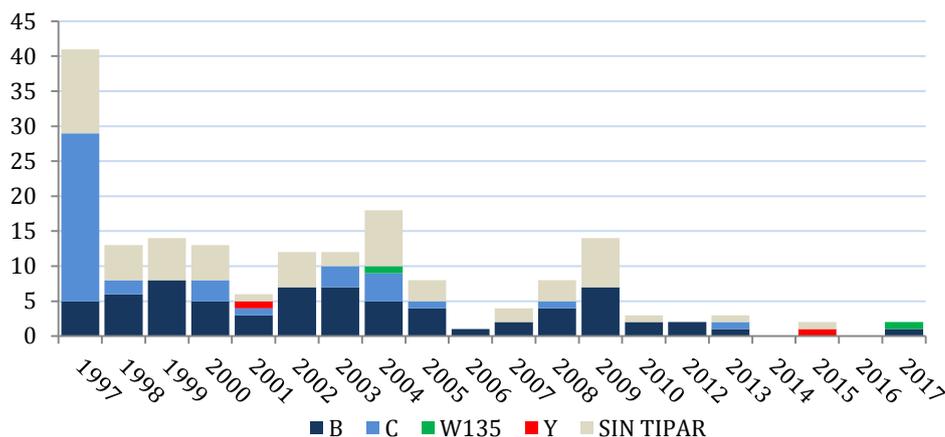
No se llevó a cabo ninguna investigación ambiental. Ninguno de los casos tenía alimentos de riesgo en casa para determinación de listeria.

Meningocócica, enfermedad

Durante 2017 se confirmaron en Araba dos casos de Enfermedad Meningocócica Invasiva (EMI), uno por el serotipo B en una niña de 4 años, vacunada contra la meningitis C, y otro de serotipo W en un varón de 94 años no vacunado. Ambos casos se declararon durante la última semana de diciembre. En los últimos tres años se han declarado cuatro casos de EMI en Araba por los serogrupos Y, B y W y un cuarto que no se tipó.

La gráfica siguiente representa el número de casos de EMI en residentes en Araba, por serogrupo.

Número de casos de enfermedad meningocócica invasiva, por serogrupo. EDO. SIM. Araba. 1997-2017



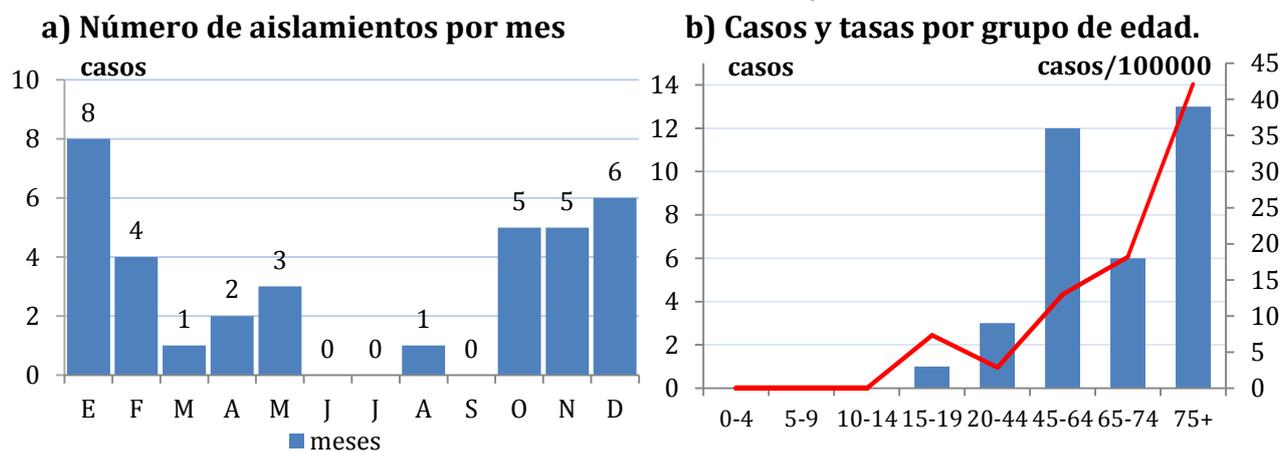
Neumocócica invasiva, enfermedad

En 2017 se declararon 35 casos de enfermedad neumocócica invasiva entre residentes en Araba, número idéntico al de 2016. 27 fueron declarados por el HUA y los 8 restantes por el laboratorio de Galdakao, en Bizkaia. Esta cifra supone una tasa de 10,81 casos/100.000 habitantes, similar a la de 2016 (10,55/100.000). El aislamiento de *Streptococcus pneumoniae* fue en sangre (33 casos), en sangre y LCR (un caso), y en sangre y líquido pleural (un caso). La incidencia más alta se da en los meses fríos (8 casos en enero y 6 en diciembre). No se produjo ningún caso en junio, julio y septiembre. Además de estos 35 casos, en diciembre el HUA reportó un caso en un transeúnte.

El 63% (22) de los 35 afectados son hombres con una edad media de 64,9 años (rango: 39-88) y el 37% (13) son mujeres con una edad media de 67,5 años (rango: 17-96). La presentación clínica de los casos fue: 29 casos (83%) neumonía, 9 neumonía aislada y el resto neumonías asociadas a sepsis (10 casos), a bacteriemia (9 casos), o a ambas (3 casos); 4 bacteriemias (11%) y 2 meningitis (6%). Durante el ingreso hospitalario hubo 3 fallecimientos.

Como se representa en el gráfico siguiente, las tasas de incidencia más alta han correspondido al grupo de edad de los mayores de 75 años.

Enfermedad neumocócica invasiva. Araba/Alava. 2017. SIM.

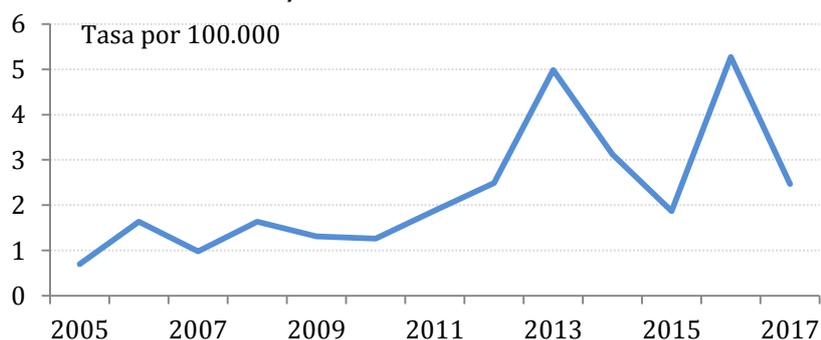


No hubo casos en menores de 15 años. Hubo 16 casos en el grupo de 15 a 64 años, de los que 11 presentaban algún factor de riesgo (DM, inmunosupresión, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar, hepática o renal crónicas). En este grupo, 5 personas (31%) estaban vacunadas con la vacuna polisacárida. Entre los mayores de 64 años hubo 19 casos, de los que 16 presentaban algún factor de riesgo como los señalados; en este grupo, el 58% (11) estaba vacunado con una dosis de la vacuna polisacárida. En el momento de redactar esta memoria sólo se dispone del tipado de una proporción de las cepas. De los 25 resultados disponibles, 6 son del serotipo 3, 4 del serotipo 8, 4 del serotipo 14, 2 del serotipo 16F, y uno de cada uno de los restantes nueve serotipos.

Paludismo/malaria

En el año 2017 se registraron 8 casos de malaria, menos que en 2016 (17 casos). La tasa fue de 2,47 por 100 000 habitantes. El rango de edad fue de 15 a 45 años y la edad media de 31 años. Todas menos una eran personas nacidas en el extranjero que volvían de un viaje a su país natal; los países con más casos fueron Nigeria y Guinea Ecuatorial con 2 casos cada uno. Ninguno había tomado quimioprofilaxis. El agente causal fue *Plasmodium falciparum* en todos los afectados.

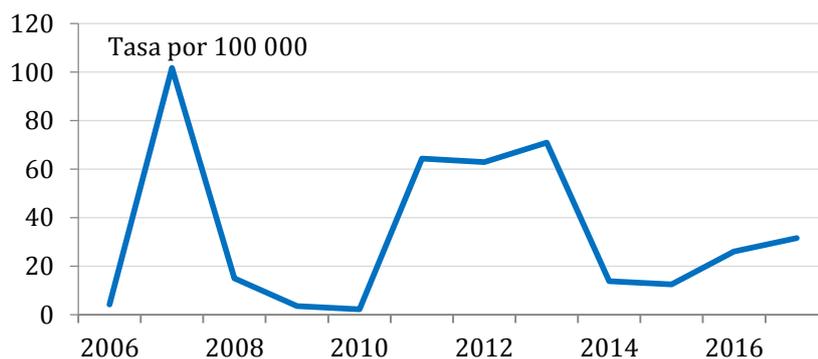
**Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de paludismo.
Araba/Álava 2005-2017. EDO**



Parotiditis

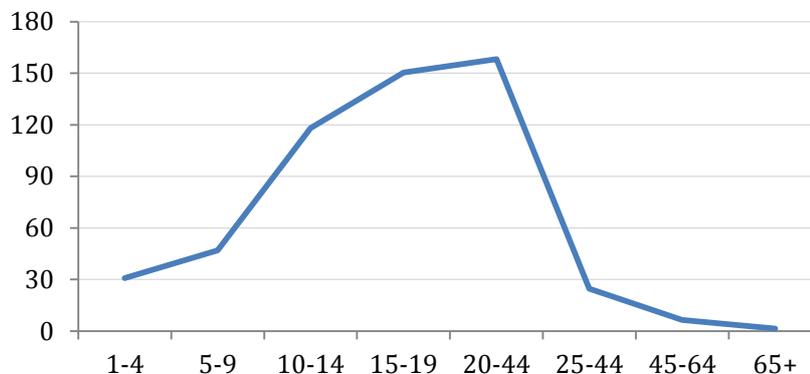
Durante 2017 se notificaron 102 casos de parotiditis (tasa de 31,52 casos por 100.000 habitantes), superior a 2016 (26,37 casos por 100.000 habitantes). El índice epidémico 1 es de 1,21. El 71,5% de los casos fueron menores de 25 años. La edad media de 21,4 años; 49 de los casos fueron hombres (48%) y 53 fueron mujeres (52%).

**Tasas de incidencia (por 100.000 hab.) de parotiditis.
Araba/Álava 2006-2017. EDO**



En la siguiente gráfica se pueden observar las tasas de incidencia de parotiditis por grupos de edad. El grupo de edad más afectado es el de 20-24 años (tasa de 158,32).

**Tasas de incidencia (por 100.000 hab.) de parotiditis por grupo de edad.
Araba/Álava. 2017. EDO**



Poliomielitis y vigilancia de la parálisis flácida aguda

El plan de erradicación 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 un Poliovirus derivado de la vacuna de países donde todavía se utiliza la vacuna oral atenuada.

La vigilancia de la PFA implica, en nuestro ámbito, 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 poliomiélitis se hace bajo sospecha clínica y el circuito se inicia en el hospital donde se detecta el caso.

Mientras continúe habiendo casos de poliomiélitis 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 12 casos de PFA. En todos los casos se descartó poliomiélitis y el diagnóstico final de nueve de ellos fue un Síndrome de Guillain Barré. Durante 2017 no se ha declarado ningún caso; el último, un Guillain Barré, se declaró en 2016.

Rabia

En 2017 no se registró ningún caso de rabia humana. Se han completado 2 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 2017

Animal mordedor	Lugar agresión
Perro	Polonia
Perro	Tailandia

Además, se han iniciado por indicación de Sanidad Exterior 5 pautas pre-exposición, muy inferior a las 32 del 2016. 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 2017

Motivo	Nº
ONG	1
Turismo mochilero	4

Profilaxis pre-exposición de rabia según destino de viaje. Araba/Álava 2017

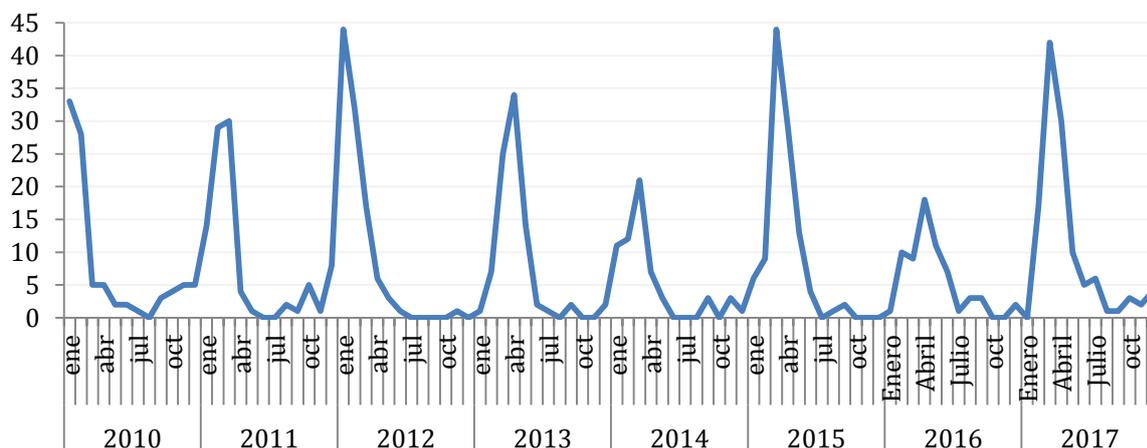
Destino de viaje	Nº
África	2
América (centro y sur)	1
Asia	2

El Decreto 101/2004, de 1 de junio, sobre tenencia de animales de la especie canina en la CAPV obliga a declarar a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica todas las mordeduras de perros que lleven aparejada alguna lesión. En el año 2017 se recibieron 16 notificaciones de este tipo, 15 de ellas declaradas por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Rotavirus

Durante 2017 se declararon 112 determinaciones positivas de Rotavirus (detección del antígeno en heces) de residentes en Araba, más que en 2016 (65). Como todos los años, el virus ha mantenido sus oscilaciones anuales, con el máximo de casos en los meses fríos (ver figura).

Determinaciones de Rotavirus por mes. Araba/Álava. 2010-2017. SIM.



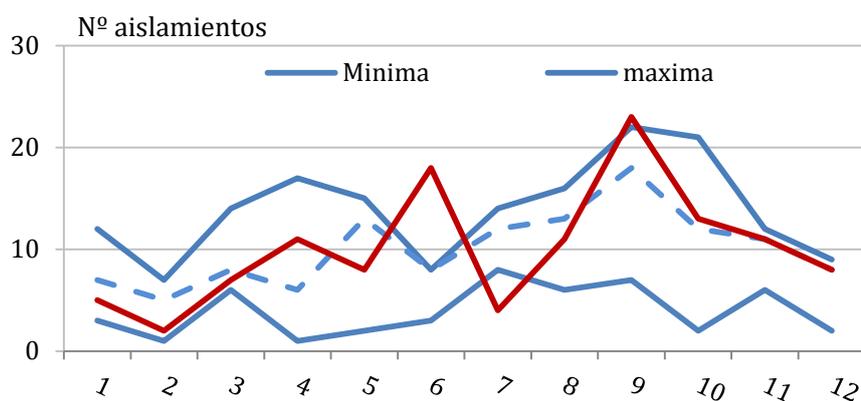
Rubéola y rubéola congénita

Durante 2017 no se ha declarado ningún caso de rubéola ni de rubéola congénita.

Salmonelosis

En 2017 se declararon al SIM 121 aislamientos de *Salmonella* de residentes en Araba, valor algo superior al del año pasado (106 aislamientos). Por quinto año consecutivo, el número de *S. Typhimurium* (70) supera al de *S. Enteritidis* (33 aislamientos). El canal endemoepidémico refleja un aumento de la incidencia en los meses de junio y septiembre y que ha superado el máximo del quinquenio anterior.

Aislamientos de *Salmonella* por mes. 2017.
Canal endemo-epidémico. Araba 2012-2017. SIM



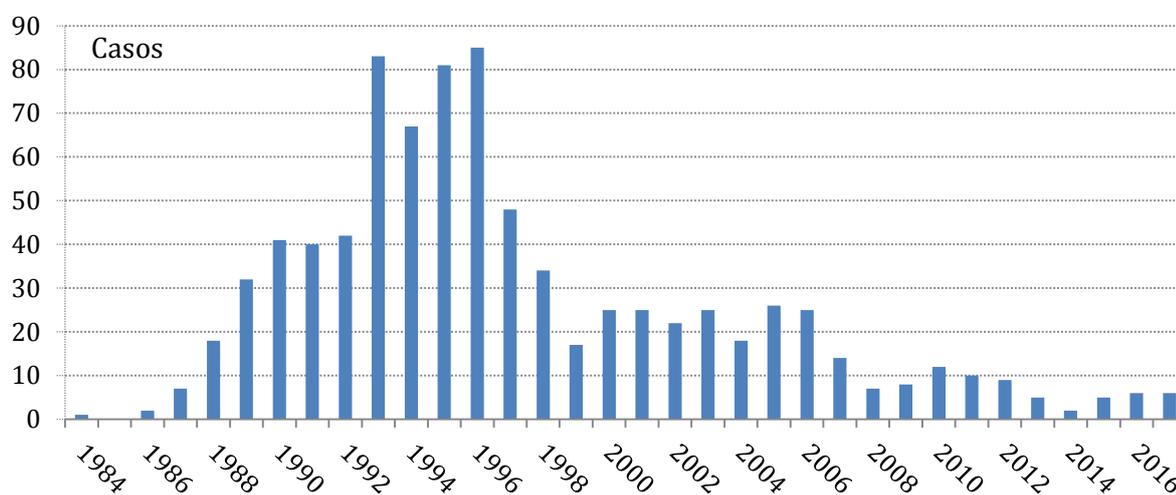
Sarampión

Durante 2017 no se ha declarado ningún caso de sarampión.

SIDA y VIH

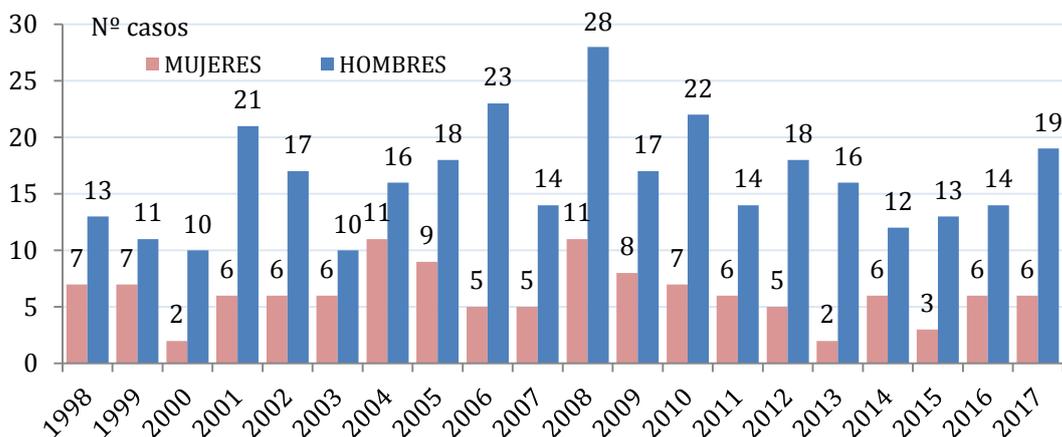
Los datos sobre SIDA y VIH han sido proporcionados por el "Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual". Desde el 1984 se han diagnosticado 848 casos de SIDA en Araba/Álava con un pico máximo de 85 casos en 1996. Durante el año 2017, en Araba/Álava se diagnosticaron 6 casos de SIDA.

Casos de SIDA diagnosticados por año. Araba/Álava. 1984-2017
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 2017. En 2017 se diagnosticaron 25 casos, 6 en mujeres y 19 en hombres, 5 más que en 2016

Casos de VIH diagnosticados en Araba/Álava 1998-2017
Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual.

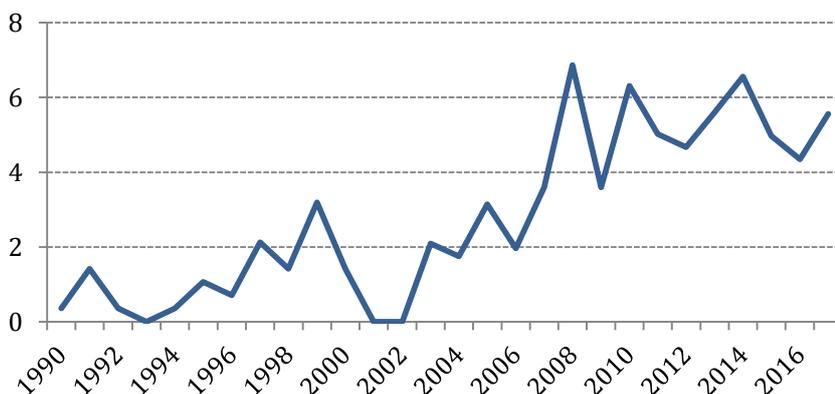


Los mecanismos de transmisión de los nuevos diagnósticos fueron: relaciones homosexuales con hombres 40% (10), relaciones heterosexuales 60% (14). Para más información sobre la situación epidemiológica del SIDA/VIH en la CAPV, consultad la página web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/sida/>

Sífilis

Únicamente se presentan los casos declarados al sistema EDO. En 2017 se declararon 18 casos. La sífilis es en la CAPV una enfermedad de declaración numérica, por lo que no disponemos de información sobre las características de los casos, sexo y edad por ejemplo. A pesar de los altibajos que presenta, favorecida por el tipo de declaración y por la inestabilidad derivada de las cifras bajas, la evolución global de la enfermedad desde el año 1990 ha sido ascendente.

Evolución de tasas de sífilis de Araba-Álava. Periodo 1990-2017. EDO

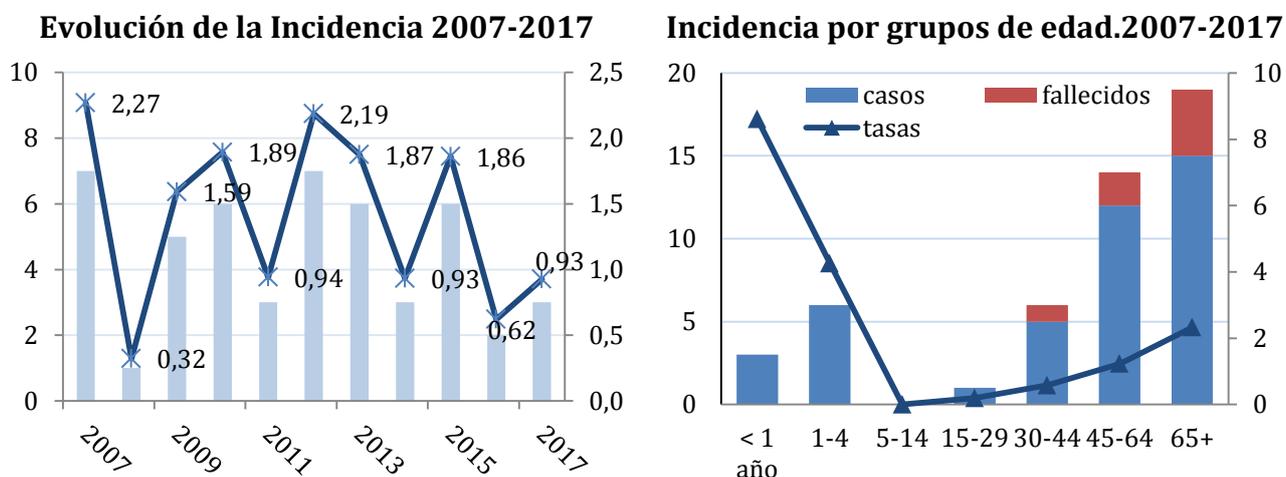


Streptococcus grupo A, enfermedad invasiva

La enfermedad invasiva por estreptococo grupo A (SGAi), se define como una infección asociada al aislamiento del estreptococo grupo A (SGA) en un sitio normalmente estéril. Durante 2017 se declararon 3 aislamientos en sangre en personas residentes en Araba. El primero correspondía a un hombre de 57 años sin factores de riesgo conocidos, que presentó un shock séptico de probable origen respiratorio con disfunción multiorgánica secundaria: fracaso hemodinámico, SDRA grave, fracaso renal agudo con recuperación parcial de función renal. El segundo caso fue una bacteriemia en un hombre de 66 años, diabético, con patología cardio-respiratoria y hepática crónica. Ambos casos requirieron tratamiento posterior al alta de su episodio, con buena recuperación. El último, también hombre, de 65 años, con enfermedad pulmonar crónica, presentó celulitis en la extremidad inferior, sin complicación posterior al episodio. Los dos últimos casos requirieron quimioprofilaxis de contactos familiares.

Entre 2007 y 2017 se han investigado 49 casos de SGAI, 48 confirmados y uno probable (aislamiento en sitio no estéril con clínica compatible no justificada por otra causa). La tasa acumulada del periodo 2007-2017 fue de 1,40 casos por 100.000. Las tasas por año (por 100.000) han oscilado entre 2,27 en 2007 y 0,32 en 2008. La razón de sexos es 2,06 (33 hombres/16 mujeres). Un 6,12%(3/49) tienen menos de 1 año presentando este grupo de edad la tasa de incidencia acumulada más elevada (8,6/100.000), seguido del grupo de 1 a 4 años (12,24%; 6/49), con una incidencia acumulada de 4,2, y del mayores de 65 años que suponen el 38,8%(19/49) de los casos con una tasa de 2,3/100.000.

Nº de casos y tasas de incidencia (por 100.000) de SGAI. Araba/Alava. 2007-2017



Con la excepción de cuatro afectados/as, todos los demás precisaron ingreso hospitalario y 7 fallecieron, lo que supone una letalidad del 14,2%. La edad de los fallecidos osciló entre 39 y 82 años y todos presentaban algún factor de riesgo de adquisición de la enfermedad. El 77% (38) de los aislamientos fueron en sangre, 12% (6) en líquido pleural, 4% (2) en líquido peritoneal, 4% (2) en tejidos internos (adenopatía y músculo) y en un caso en herida (caso probable). La presentación clínica de los casos más frecuente fue la bacteriemia sin foco (30%); un 18% presentaron shock séptico.

**Casos de SGAI. Tipo de muestra y presentación clínica.
2007-2017. Araba/Álava**

Muestra	Presentación clínica	N	%	Shock toxico
Sangre	Bacteriemia sin foco	15	30,6	2
	Celulitis	11	22,4	1
	Amigdalitis/odinofagia	3	6,1	0
	Neumonía	3	6,1	1
	Erisipela	2	4,1	0
	Bursitis/osteomielitis	3	6,1	0
	Endometriosis puerperal	1	2,0	0
Líquido pleural	Neumonía / derrame	6	12,2	2
Líquido peritoneal	Absceso retroperitoneal	2	4,1	1
Músculo	Fascitis necrotizante	1	2,0	1
Adenopatía	Celulitis	1	2,0	0
Herida*	Celulitis	1	2,0	1
Total		49	100	9

*caso probable

Aunque la SGAI puede afectar a individuos de cualquier edad y aparentemente sanos, los factores que con más frecuencia se han asociado al desarrollo de la misma han sido la edad (mayor de 65 años), la infección por el virus varicela-zóster, la infección por el VIH, la diabetes, la enfermedad cardíaca, la enfermedad pulmonar crónica, el cáncer, el tratamiento con altas dosis de esteroides y el uso de drogas por vía parenteral.

En nuestra serie, entre los 9 menores de 5 años, cuatro presentaron varicela en el momento del diagnóstico en las semanas próximas o en un contacto cercano; el resto de los niños/as no presentaba factores de riesgo conocidos. Entre los adultos, 13(32%) no presentaban ningún factor de riesgo conocido y el resto, 27 casos, presentaban uno o más factores de riesgo: edad superior a 64 años (70%), diabetes mellitus (30%), tratamiento inmunosupresor (7%), cardiopatía (11%), hepatopatía (11%), EPOC (11%) y cáncer (4%).

Tétanos

Durante 2017 no se declaró ningún caso de tétanos.

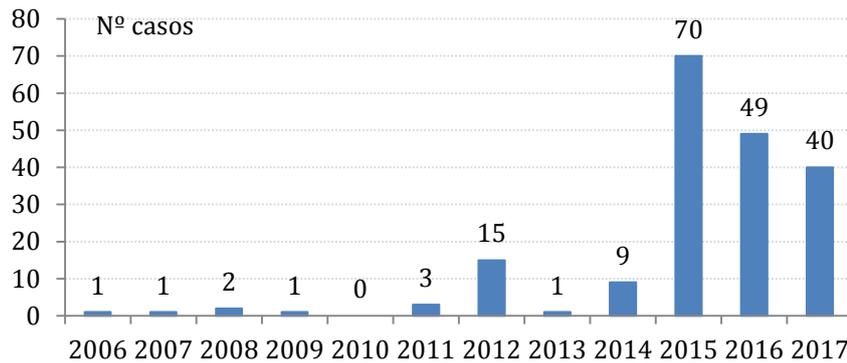
Tiña

Se declararon 10 casos de tiña durante el 2017; la tiña no es una EDO pero los brotes se declaran a la Unidad de Epidemiología. 4 casos confirmados por cultivo estaban concentrados en un centro escolar; 5 en una ludoteca del Ayto. y un caso aislado en otro centro infantil. Las medidas implantadas se dirigieron al fortalecimiento de las medidas higiénicas, a la vigilancia de síntomas y al tratamiento temprano de los casos. No está indicada la exclusión de los casos. Se informó a madres/padres y trabajadores de la situación para evitar la alarma injustificada que suele acompañar a este tipo de brotes.

Tosferina

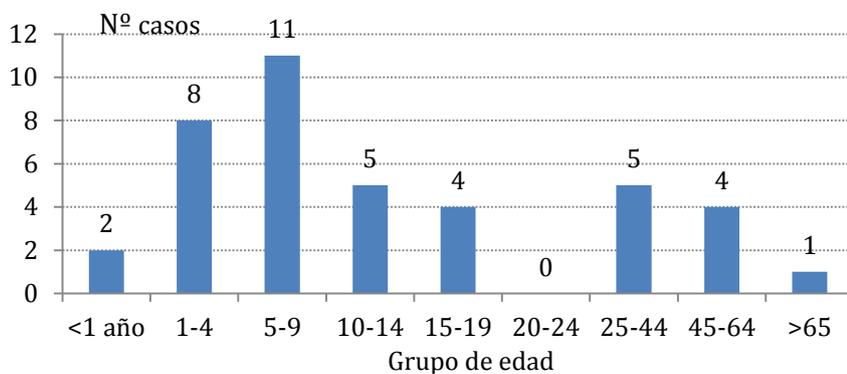
En 2017 se declararon 40 casos de tosferina (tasa de 12,36 casos por 100000 habitantes), muy similar a 2016, año en que se registraron 49 casos (tasa de 15,2 casos por 100 000 habitantes).

**Número de casos anuales de tosferina. Araba/Álava.
Años 2006-2017. EDO**



El rango de edad es de 5 meses a 76 años. La mayor tasa de incidencia corresponde a los grupos de menores de un año (tasa de 65,06/100 000) y al de 5 a 9 años (tasa de 61,02).

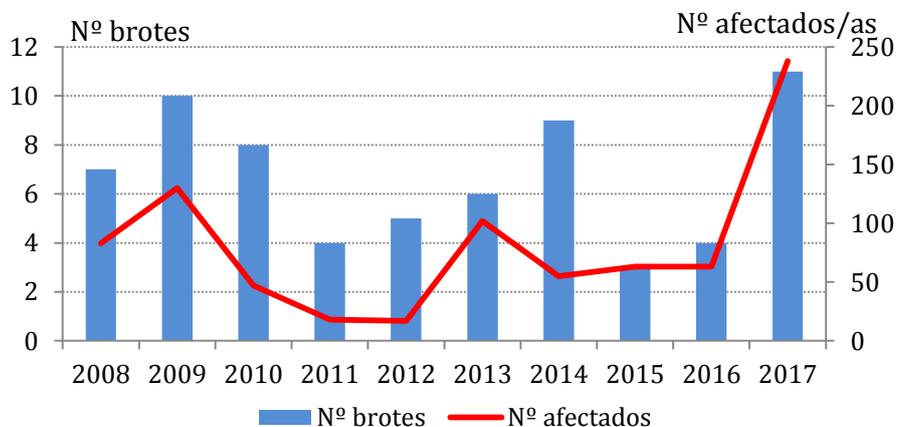
**Número de casos de tosferina por grupo de edad.
Araba/Álava. Año 2017. EDO**



Toxiinfecciones alimentarias, brotes

En 2017 se declararon 12 brotes de toxi-infección alimentaria, con un total de 238 afectados/as.

Número brotes y de casos por año. Araba/Álava. Periodo 2008-2017



En la siguiente tabla se detallan los once brotes del 2017.

Brotos de toxi-infección alimentaria. Araba/Álava 2017.

Fecha	Municipio	Lugar	Nº expuestos	Nº afectados	Vehículo transmisión	Agente causal
Enero	Vitoria-Gasteiz	Residencia	279	86	Desconocido	<i>Virus (sin confirmar)</i>
Marzo	LLodio	Desconocido	Desconocido	3	Desconocido	<i>Giardia lamblia</i>
Mayo	Vitoria-Gasteiz	Cantina/bar	Desconocido	2	Desconocido	Desconocido
Mayo	Vitoria-Gasteiz	Hogar privado	Desconocido	4	Atún	Histamina/escómbrido
Mayo	Vitoria-Gasteiz	Cantina/bar	Desconocido	3	Atún	Histamina/escómbrido
Mayo	Amurrio	Cantina/bar	34	15	Desconocido	<i>Virus (sin confirmar)</i>
Junio	Vitoria-Gasteiz	Cantina/bar	110	20	Huevo/ovo-producto	<i>S.enteritidis</i>
Septiembre	Alegria-Dulantzi	Cantina/bar	Desconocido	4	Huevo/ovo-producto	<i>S.enteritidis</i>
Octubre	Vitoria-Gasteiz	Hogar privado	2	2	Queso	Desconocido
Noviembre	Vitoria-Gasteiz	Residencia	400	82	Desconocido	<i>Virus (sin confirmar)</i>
Noviembre	Vitoria-Gasteiz	Hogar privado	8	5	Desconocido	Desconocido

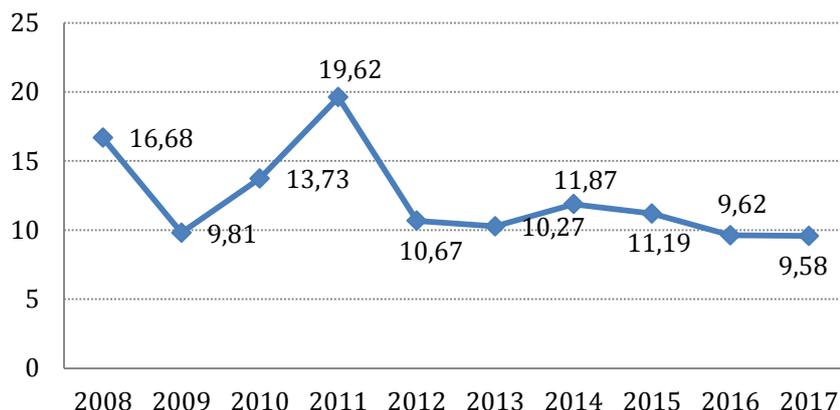
Los dos brotes con alto número de afectados corresponden a residencias de mayores. Por la difusión y la levedad de la enfermedad se sospechó de un agente viral como causante de los brotes en ambos casos. La no identificación del agente en la muestra de heces puede deberse a que la detección de antígeno es menos sensible que la PCR.

En siete de los once brotes se llevó a cabo una investigación ambiental con inspección de los establecimientos correspondientes. En dos de los brotes se recogieron muestras alimentarias en los domicilios de los afectados, concretamente una muestra de pescado con altos niveles de histamina y un queso con niveles superiores a 1.000UFC/g de coliformes.

Tuberculosis

En el año 2017 se han recibido 32 declaraciones individuales de tuberculosis (TBC), 31 de residentes en Araba/Álava. La tasa de tuberculosis fue de 9,58 casos por 100.000 habitantes, ligeramente inferior a 2016 (33 casos y tasa de 9,62) manteniéndose por segundo año consecutivo el objetivo de la OMS de reducir la tasa de incidencia en un 90% (menos de 10 casos por 100 000 habitantes) entre 2015 y 2035.

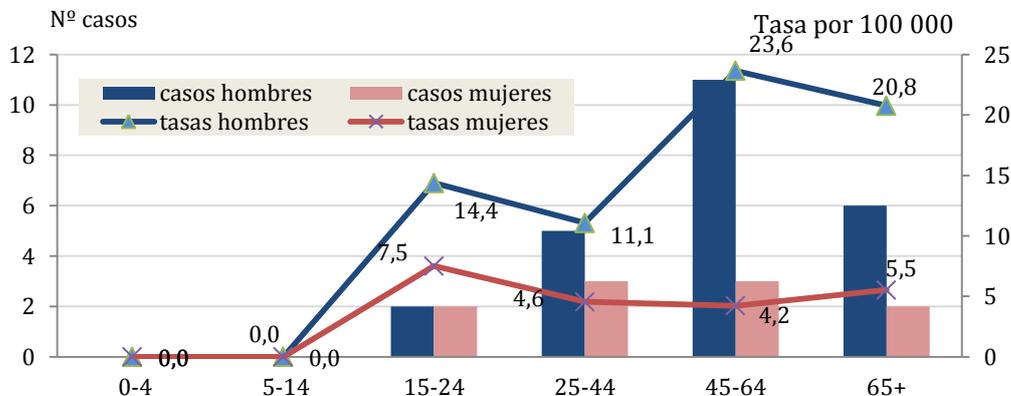
**Tasas de incidencia de TBC (por 100.000 habitantes).
2008-2017. Araba/Álava. EDO**



La razón hombre/mujer es 3,4, con 24 casos en hombres (15,01 casos por 100.000 habitantes) y 7 en mujeres (4,27 casos por 100.000 habitantes).

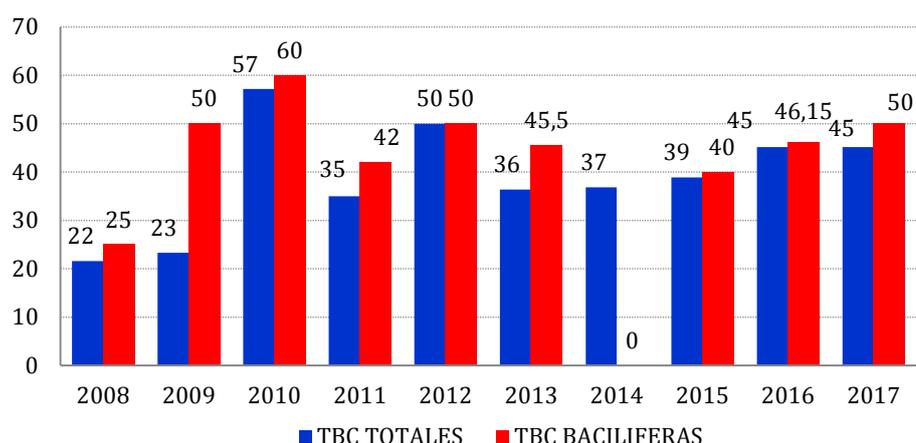
El grupo de edad más afectado es el de 45-64 años, con una tasa de 13,86 casos por 100.000 habitantes. El de 45 a 64 años es también es en los hombres el grupo con la tasa más alta (23,65 casos por 100.000). En las mujeres, el grupo más afectado es el de 15 a 24 años (7,51 casos por 100.000).

**Nº de casos y tasas (por 100.000 habitantes) de TBC, por sexo y por edad.
Araba/Álava. 2017. EDO**



De los 31 casos, 14 (45,16%) eran inmigrantes. En ellos, la razón hombre/mujer es de 1,8 y el grupo de edad con mayor incidencia es el de 25 a 44 años; además, en este grupo se diagnosticaron 4 casos de TBC pulmonar bacilífera, el 28,57% del total de TBC en inmigrantes. En el 2016 fue de 42,86% y en el 2015 fue de 29%.

**Porcentaje de inmigrantes en el total de casos de TBC y en las TBC bacilíferas.
Araba/Álava 2008-2017. EDO**



En 2017, la proporción de inmigrantes entre los casos de tuberculosis es igual con respecto al año anterior (45,16%). Sin embargo, ha ascendido la proporción de inmigrantes en los casos bacilíferos (50% vs 46,15%) entre ambos años.

Los países de procedencia de los casos con TBC son: Pakistán (3), Marruecos (3), Bolivia, Ecuador, Georgia, Guinea Ecuatorial, Nigeria, Perú, Portugal y Sahara Occidental (un caso cada uno). Si se analiza el año de llegada, más de la mitad de los casos (8/14) llegaron hace más de 5 años, el 7,14% (1/14) hace 3-5 años, el 21,43% (3/14) hace entre 1 y 3 años y el 14,29 (2/14) llegaron hace menos de un año.

Casos de TBC en extranjeros según país de origen. Araba/Álava. 2009-2017. EDO

Año	País de Origen					Total
	Latinoamérica	África Magreb	África Subsahariana	Asia	Europa	
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
2016	1	4	3	4	2	14
2017	3	4	2	3	2	14

Respecto al método diagnóstico, 20 casos (77,42%) presentaron un cultivo positivo en alguna muestra biológica. Los casos con microscopía directa de esputo positiva son 7 (43,75% de las TBC pulmonares), lo que supone una tasa de tuberculosis pulmonar bacilífera de 2,16 por 100.000 habitantes, valores muy por debajo de los de 2016 (4,03 por 100.000).

Se han realizado pruebas de sensibilidad al 100% de las muestras con cultivo positivo. Se han detectado 1 cepa resistente a etambutol (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, 16 casos (51,6%) presentaron localización pulmonar (15 exclusivamente pulmonar y uno pulmonar y pleural).

**Casos de TBC declarados por localización anatómica.
Araba/Álava 2017.**

Localización	Nº	%
Pulmonar	15	48,4
Pulmonar y pleural	1	3,2
Pleural	3	9,7
Linfática extratorácica	1	3,2
Genitourinaria	3	9,7
Otra	8	25,8
Total	31	100

14 casos (45,2%) no presentan factores de riesgo conocidos; en 5 casos (16,4%) ha sido el tabaco (ver tabla).

Casos de tuberculosis según factores de riesgo. Araba/Álava 2017.

Factores de riesgo	Nº	%
Contacto reciente con caso TBC	3	9,6
Alcohol	1	3,2
Tabaco	5	16,1
Terapia inmunosupresora	4	12,8
Neoplasia	1	3,2
VIH/SIDA	1	3,2
Diabetes	2	6,4
No se conoce factor de riesgo	14	45,2
Total	31	100,00

En la siguiente tabla se presenta la situación relativa a la cumplimentación de tratamiento de los casos registrados en 2016.

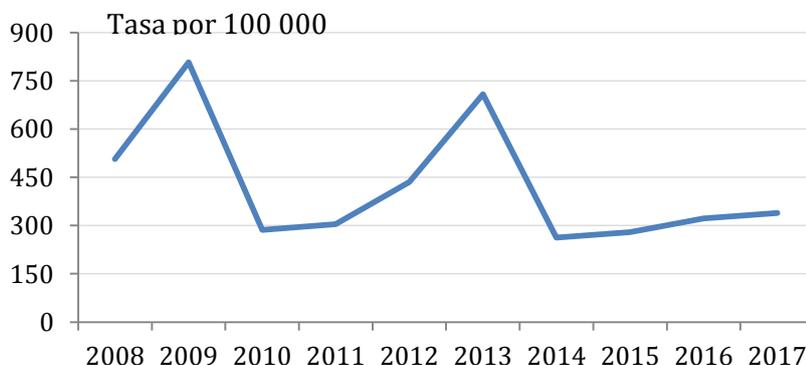
Cumplimentación de tratamiento. Casos TBC. Araba/Álava 2016

Situación final del caso	Nº	%
Tratamiento completado	27	
Abandono o interrupción	2	
Pérdida	1	
Total	30	100

Varicela

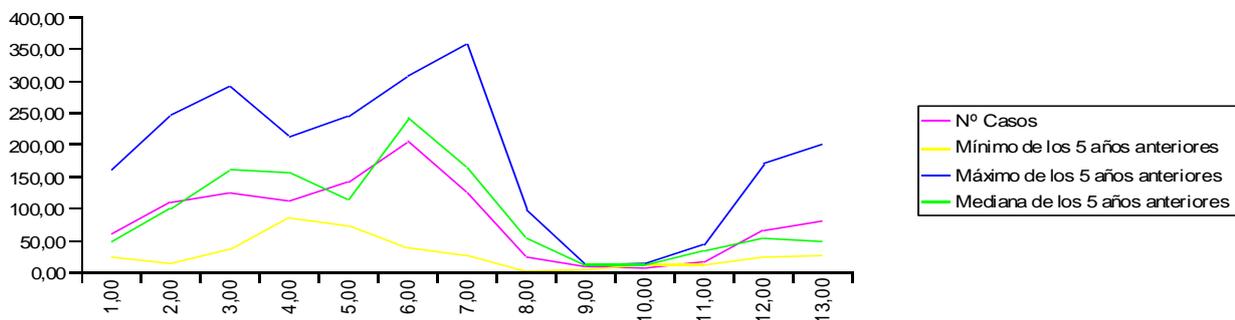
En 2017 se notificaron 1.096 casos de varicela; la tasa de incidencia fue de 338,70 casos por 100.000 habitantes, ligeramente superior al año anterior (322,65). En la siguiente figura se muestra la evolución desde el año 2008.

**Tasas de incidencia de varicela por 100.000 habitantes.
Araba/Álava 2008-2017. EDO**



Como puede observarse en la figura siguiente, el número de casos en 2017 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 2, 5, 12 y 13.

**Varicela 2017. Canal endemo-epidémico por cuatrisesmanas.
Araba/Álava 2012-2017. EDO**

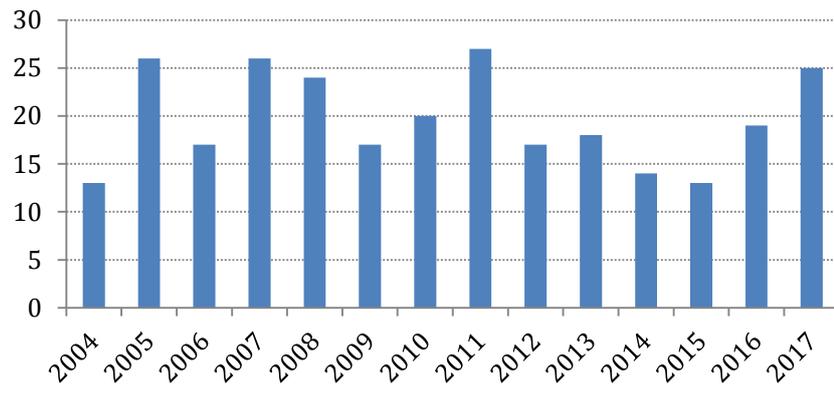


Yersiniosis

Yersinia enterocolítica es un patógeno de transmisión fecal-oral adquirido a través de alimentos contaminados y/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.

En 2017 se declararon al SIM 25 aislamientos de *Yersinia enterocolítica*, de los que 21 eran caso (criterio clínico y de laboratorio), es una cifra cercana a los 19 aislamientos de 2016. El rango de edad de los casos de este año es de 18 meses a 54 años.

Aislamientos de *Yersinia enterocolitica*. SIM. 2004-2017. Araba-Álava.



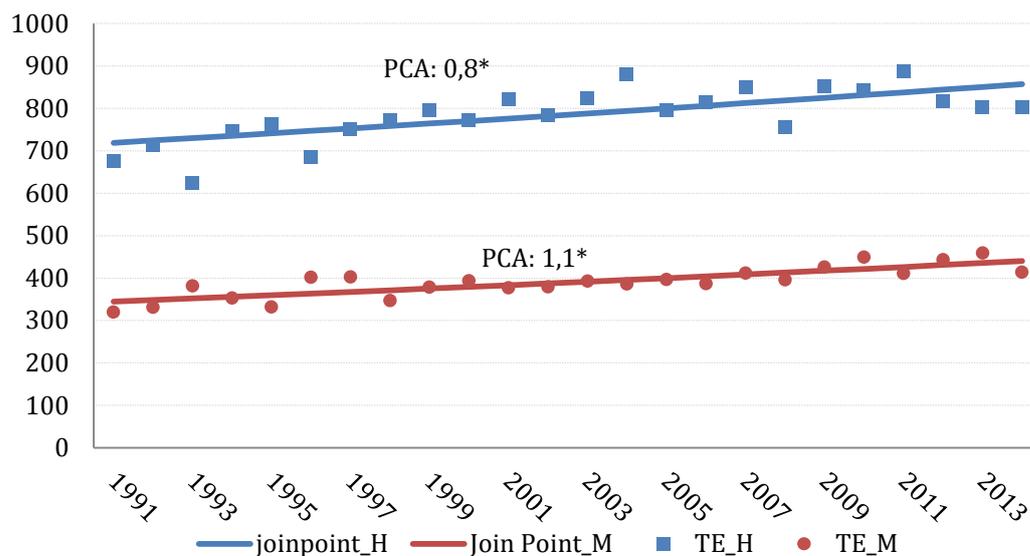
C.-ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

C1. CÁNCER

En el RCEME (Registro de Cáncer de Euskadi/ Minbiziaren Erregistroa), a 31 de mayo de 2018, se han registrado 2.309 tumores diagnosticados en el año 2014 en residentes en Araba, 1.376 (59,6%) en hombres, y 933 (40,4%) en mujeres. De todos ellos, 1.930 fueron tumores malignos: 1.202 (62,3%) en hombres y 728 (37,7%) en mujeres. Estas cifras suponen una tasa de incidencia cruda de 755,29 y 447,64 por 100.000 hombres y mujeres respectivamente.

Entre 1991 y 2014 la incidencia de tumores malignos masculinos se ha incrementado una media anual del 0,8% (IC al 95%: 0,4 a 1,1), y la de femeninos una media anual del 1,1% (IC al 95%: 0,7 a 1,4). En el caso de los hombres hay que destacar que entre 1986 y 2003 el incremento medio fue del 1,8%, y que a partir de 2004 se estabilizó. En las mujeres, el incremento ha sido sostenido pero menos marcado (media 1986-2003: 1,5%)

Tasa de incidencia estandarizada de cáncer (tumores malignos, todas las localizaciones*), por sexo. RCEME. Araba/Álava. 1991-2014



Población de referencia: Población europea. * Excepto piel no melanoma
PCA: Porcentaje de cambio anual

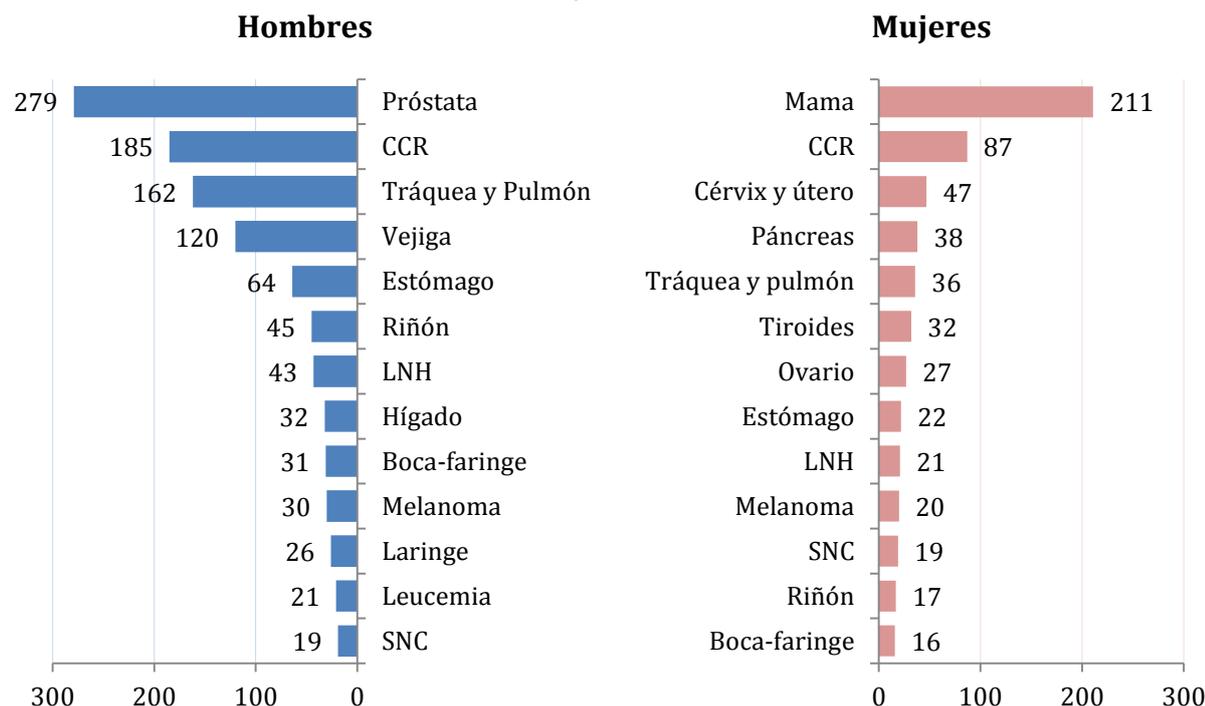
Los datos sobre la evolución de la incidencia por sexo y por localización anatómica pueden consultarse en la Memoria de epidemiología de Araba de 2015:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkavigi05/es/contenidos/informacion/memorias_epidemiologica/es_def/index.shtml

Tumores malignos por localización

El tumor maligno más frecuente en hombres es el de próstata (23,2% del total) y en la mujer el de mama (28,9%). 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 tráquea y pulmón y en la mujer el de cérvix y útero.

Número de tumores malignos en las localizaciones más frecuentes por sexo. RCEME. Araba/Álava. 2014.



Datos a: 28/05/2018

Localizacion CIE-O III. Labio-boca-faringe: C00-14; Estómago C16; Colon y recto: C18-21; Hígado: C22; Páncreas: C25; Laringe: C32; Traquea y pulmón: C33-34; Melanoma: C44; Mama: C50; Cérvix y útero: C53-55; Ovario: C56; Próstata: C61; Riñón: C64; Vejiga: C67; SNC (Sistema Nervioso Central): C70-72; Tiroides: C73; Linfomas no Hodgkin (LNH): M95903-M95913 y M96703-97293; Leucemias: M98003-99483

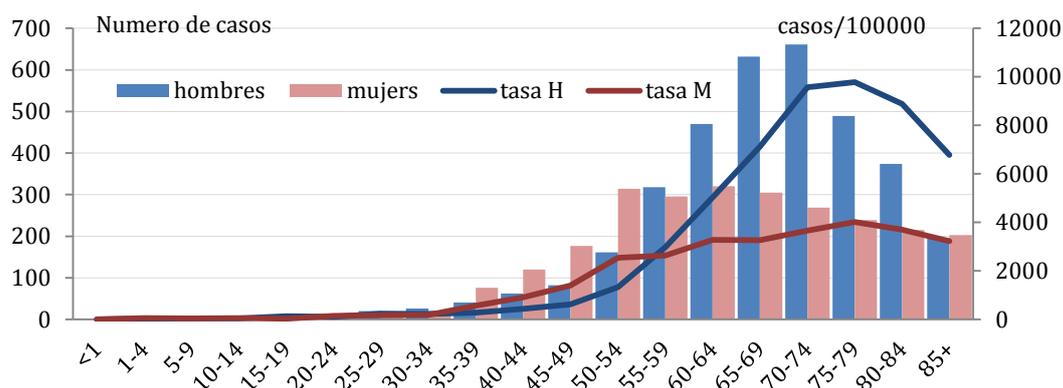
Prevalencia de cáncer

Se presenta la prevalencia o número de personas diagnosticadas de cáncer en el periodo 2010-2014 y que continúan vivas al año, a los 3 años y a los 5 años del diagnóstico, para los tumores más frecuentes en la población. La prevalencia depende de la incidencia y de la supervivencia y es un indicador de la carga que supone la enfermedad para el sistema sanitario.

Entre 2010 y 2014, a 31 de mayo de 2018, se han registrado 9.634 tumores malignos en 9.242 personas. Del total de pacientes, 6.149 seguían vivos al finalizar 2014, de ellos 3.557 eran hombres y 2.592 mujeres lo que supone una tasa cruda de 2.235,06/100.000 hombres y 1.593,78/100.000 mujeres.

No se han contabilizado pacientes que fueron diagnosticados con anterioridad al 2010 y seguían vivos al finalizar 2014. Por lo tanto, los números son una estimación y el número de casos real es superior al presentado.

Prevalencia* de pacientes diagnosticados entre 2010-2014 de tumores malignos (todas las localizaciones*), por sexo y grupos de edad. RCEME. Alava/Araba.



*Datos a 31/12/2014

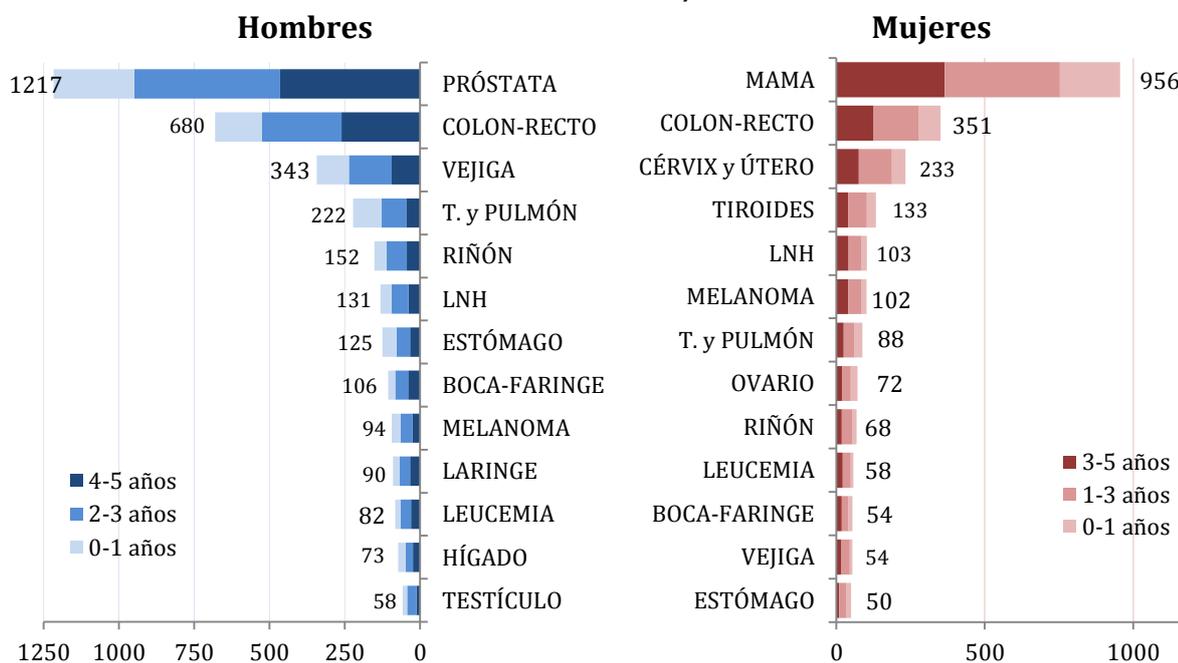
** Excepto piel no melanoma

La prevalencia de tumores malignos para ambos sexos, al igual que la incidencia, aumenta con la edad. En los casos prevalentes, al finalizar 2014, la edad media de los hombres es de 68,2 años y la de las mujeres 63,9 años. En general, la prevalencia es superior entre las mujeres hasta los 55 años y posteriormente es superior en los hombres. Tienen menos de 55 años el 29% (745) de las mujeres y el 12% (417) de los hombres. Esta distribución se debe a los tipos de cáncer que afectan a ambos sexos. Así, en 2014, los afectados por cáncer de próstata tienen una edad media de 68,2 años, mientras que la edad media de las mujeres con cáncer de mama es de 59,9 años. Otros cánceres que afectan a ambos sexos también afectan a mujeres a edades más tempranas, como el cáncer de Colon y Recto (CCR), 68,6 años en hombres y 66,4 en mujeres, y el de pulmón, 68,7 y 64,1 años respectivamente. Se presentan en la siguiente tabla y gráfica las prevalencias más altas en ambos sexos por año de diagnóstico.

Prevalencias principales de los cánceres por año de diagnóstico. RCEME. Araba/Álava

	Hombres					Mujeres			
	2010-11	2012-13	2014	Total		2010-11	2012-13	2014	Total
Próstata	465	484	268	1217	Mama	365	388	203	956
CCR	261	264	155	680	CCR	126	150	75	351
Vejiga	94	142	107	343	Cérvix útero	76	111	46	233
T. y pulmón	46	82	94	222	Tiroides	40	63	30	133
Riñón	44	67	41	152	LNH	41	42	20	103
LNH	38	57	36	131	Melanoma	40	43	19	102
Estómago	33	45	47	125	T. y pulmón	25	37	26	88
Boca-faringe	39	43	24	106	Ovario	21	28	23	72
Melanoma	26	38	30	94	Riñón	18	35	15	68
Laringe	33	34	23	90	Leucemia	22	27	9	58
Leucemia	30	34	18	82	Boca-faringe	18	23	13	54
Hígado	23	25	25	73	Vejiga	17	29	8	54
Testículo	12	31	15	58	Estómago	10	25	15	50
Tiroides	12	11	16	39	Páncreas	6	9	18	33
SNC	3	8	12	23	Hígado	4	11	5	20
Páncreas	5	6	11	22	SNC	3	5	11	19

**Prevalencias principales de los cánceres diagnosticados en 2010-2014.
RCEME. Araba/Álava**



Prevalencia de cancer, pacientes vivos a 31/12/2014, diagnosticados en 2014 (0-1 año), en 2012-2013 (1-3 años) y en 2010-2011 (3-5 años).

*No se han incluido para cada sexo los tres cánceres con menor número de casos

Se presenta a continuación la incidencia y prevalencia de los tumores indicados anteriormente, los más frecuentes en 2014, con la tasa cruda y la edad media de los pacientes. La prevalencia se presenta para todas las edades y por grandes grupos de edad. Entre los hombres, la prevalencia más alta se da siempre en los mayores de 65 años, excepto en el cáncer de testículo. Entre las mujeres, el grupo de 45-64 años presenta tasas de prevalencia similares al grupo de mayores de 64 años en los cánceres de mama, tiroides y pulmón, y superiores en los de ovario y sistema nervioso central.

Tasa de incidencia (año 2014) por 100.000 habitantes y prevalencia (2010-2014) de los tumores mas frecuentes en hombres. RCEME. Araba/Álava

HOMBRES	INCIDENCIA 2014			PREVALENCIA (2010-2014)								
	Localización	N	TC	Edad media	Total		0-44 años		45-64 años		65+ años	
					N	TC	N	TC	N	TC	N	TC
Próstata	279	175,31	68,2	1217	764,71	0	0,00	285	630,48	932	3343,85	
CCR	185	116,25	68,6	680	427,28	10	11,61	222	491,11	448	1607,34	
Vejiga	120	75,40	71,7	343	215,52	4	4,64	78	172,55	261	936,42	
T. y Pulmón	162	101,79	68,7	222	139,49	2	2,32	78	172,55	142	509,47	
Riñón	45	28,28	67,3	152	95,51	8	9,29	66	146,00	79	283,43	
LNH	43	27,01	67,2	131	82,31	17	19,75	36	79,64	78	279,85	
Estómago	64	40,21	69,5	125	78,54	2	2,32	38	84,06	85	304,96	
Boca-Faringe	31	19,48	64,6	106	66,60	8	9,29	45	99,55	53	190,15	
Melanoma	30	18,85	68,8	94	59,06	13	15,10	29	64,15	52	186,56	
Laringe	26	16,34	67,6	90	56,55	1	1,16	44	97,33	45	161,45	
Leucemia	21	13,19	58,8	82	51,52	12	13,94	14	30,97	56	200,91	
Hígado	32	20,11	67,2	73	45,87	1	1,16	30	66,76	42	150,68	
Testículo	15	9,42	41,13	58	36,44	47	54,60	8	17,69	3	10,76	
Tiroides	17	10,68	49,12	39	24,50	15	17,42	13	28,75	11	39,46	
SNC	19	11,93	58,6	23	14,45	8	9,29	9	19,91	6	21,52	
Páncreas	16	10,05	67,2	22	13,82	4	4,64	8	17,69	10	35,87	

Localizacion CIE-O III. Labio-boca-faringe: C00-14; Estómago C16; Colon y recto (CCR): C18-21; Hígado: C22; Páncreas: C25; Laringe: C32; Traquea y pulmón: C33-34; Melanoma: C44; Próstata: C61; Testículo: C62; Riñon: C64; Vejiga: C67; Sistema Nervioso Central (SNC): C70-C72; Tiroides: C73; Linfomas no Hodgkin (LNH): M95903-M95913 y M96703-97293; Leucemias: M98003-99483

Tasa de incidencia (año 2014) por 100.000 habitantes y prevalencia (2010-2014) de los tumores más frecuentes en mujeres. RCEME. Araba/Álava

MUJERES	INCIDENCIA 2014			PREVALENCIA (2010-2014)								
	Localización	N	TC	Edad media	Total		0-44 años		45-64 años		65+ años	
					N	TC	N	TC	N	TC	N	TC
Mama	211	129,74	59,9	956	587,83	99	120,94	471	1023,04	386	1111,14	
CCR	87	53,50	66,4	351	215,82	12	14,66	141	306,26	198	569,96	
Cérvix Útero	47	28,89	65,5	233	143,26	14	17,10	105	228,06	114	328,16	
Tiroides	32	19,68	55,9	133	81,78	40	48,86	54	117,29	39	112,26	
LNH	21	12,91	62,4	103	63,33	9	10,99	41	89,05	53	152,56	
Melanoma	20	12,30	54,6	102	62,71	21	25,65	35	76,02	46	132,41	
T. y Pulmón	36	22,13	64,1	88	54,11	1	1,22	51	110,77	36	103,62	
Ovario	27	16,60	62,8	72	44,27	12	14,66	40	86,88	20	57,57	
Riñón	17	10,45	65,1	68	41,81	6	7,33	29	62,99	33	94,99	
Leucemia	14	8,60	63,8	58	35,66	4	4,88	18	39,09	36	103,62	
Boca-Faringe	16	9,84	67,6	54	33,20	4	4,88	20	43,44	30	86,35	
Vejiga	11	6,76	77,0	54	33,20	0	0,00	15	32,58	39	112,26	
Estómago	22	13,52	71,6	50	30,74	3	3,66	14	30,40	33	94,99	
Páncreas	38	23,37	70,2	33	20,29	3	3,66	12	26,06	18	51,81	
Hígado	7	4,30	67,3	20	12,29	0	0,00	7	15,20	13	37,42	
SNC	19	11,68	73,6	19	11,68	8	9,77	10	21,72	1	2,87	

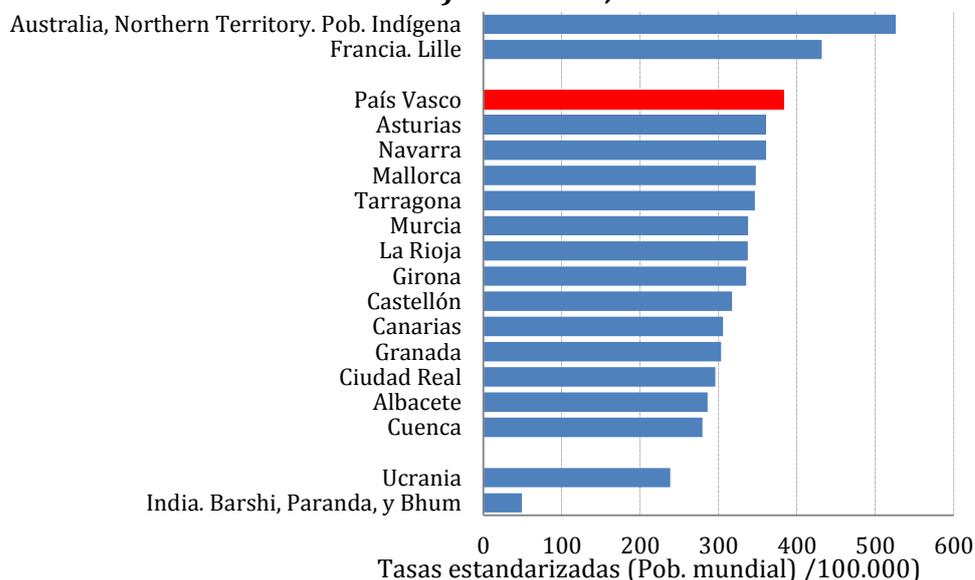
Registro de Cáncer de Euskadi: Comparaciones internacionales

La IARC ha publicado datos sobre la incidencia de cáncer en los cinco continentes correspondientes al periodo 2008-2012. Presentamos dos gráficos elaborados, a partir de dichos datos, por el Registro de Cáncer de Euskadi, que representan tasas de incidencia para todos los tumores en el conjunto de la CAPV. En los gráficos figuran los datos de los registros con mayor y menor incidencia del mundo y de Europa y los datos de los registros de cáncer de REDECAN (Red de Registros Españoles), todos ellos registros poblacionales.

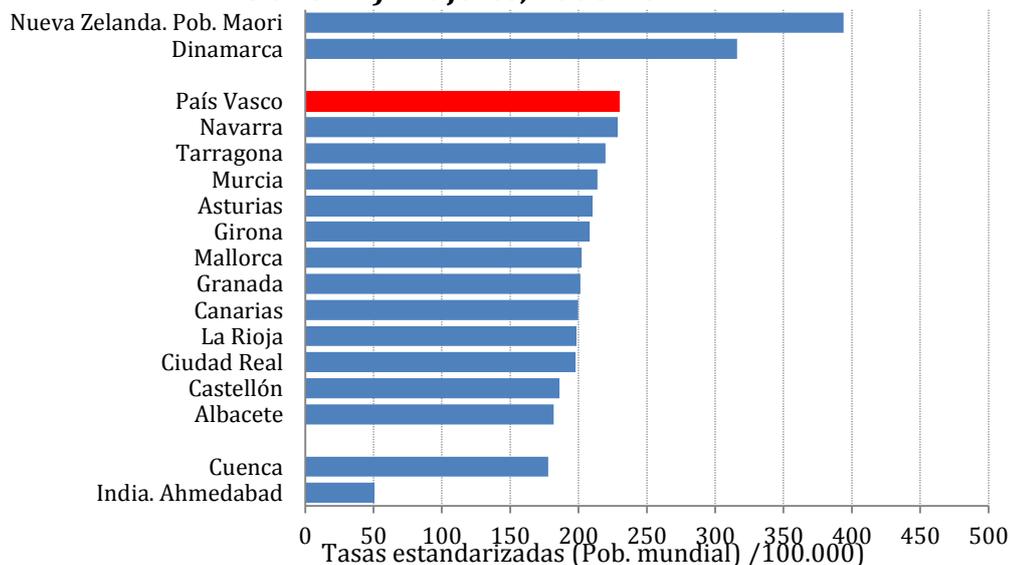
Hay más información sobre tumores por localización en la siguiente dirección: http://cancergranada.org/es/estadisticas_comparaciones_internacionales.cfm

La incidencia de cáncer tanto en hombres como en mujeres de la CAPV es superior a la presentada por el resto de los registros españoles ocupando en el conjunto europeo una posición intermedia-alta en el caso de los hombres e intermedia-baja en el de las mujeres.

Incidencia estandarizada (por 100.000 habitantes) de cáncer (excepto piel no melanoma). Hombres, 2008-2012



Incidencia estandarizada (por 100.000 habitantes) de cáncer (excepto piel no melanoma). Mujeres, 2008-2012

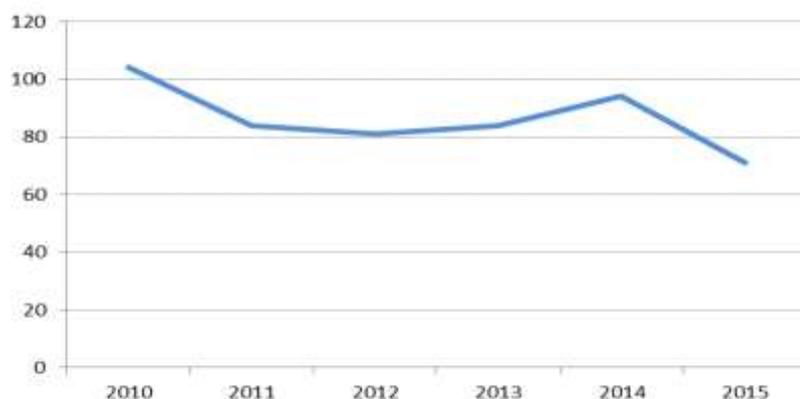


Elaboración a partir de: Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <http://ci5.iarc.fr>, accessed August 2018.

C2.-ANOMALIAS CONGÉNITAS

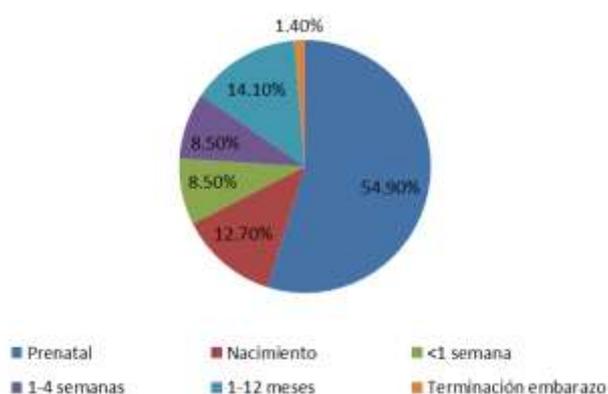
El Registro de Anomalías Congénitas de la Comunidad Autónoma Vasca (RACAV) se pone en marcha en 1989 y comienza la recogida de información en 1990. Desde su inicio, pertenece a la red EUROCAT (*European Concerted Action on Congenital Anomalies and Twins*). Es un registro de ámbito poblacional, se registran todos los recién nacidos e Interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE) debidas a anomalías congénitas de mujeres residentes en la CAPV. Los casos corresponden al capítulo Q (CIE 10-BPA extensión). No se incluyen las anomalías menores que son aquellas 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. En el siguiente gráfico se puede ver la evolución de la prevalencia de las anomalías registradas en Araba.

Evolución de la prevalencia de casos en Araba. Año 2010-2015



Durante el año 2015 se han registrado 71 anomalías en el RACAV de residentes en Araba. El 50,7% de los casos son hombres y el 8,5% de los casos corresponden a embarazos gemelares. De estos, el 36,6% corresponden a interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) y el 62% son anomalías registradas en recién nacidos (RN) vivos. Se ha registrado un caso en un aborto espontáneo (superior a las 20 semanas de gestación). La IVE más tardía fue de 35 semanas. En el siguiente gráfico se representan las anomalías según el momento de su detección.

Momento de detección de la anomalía. RACAV. 2015

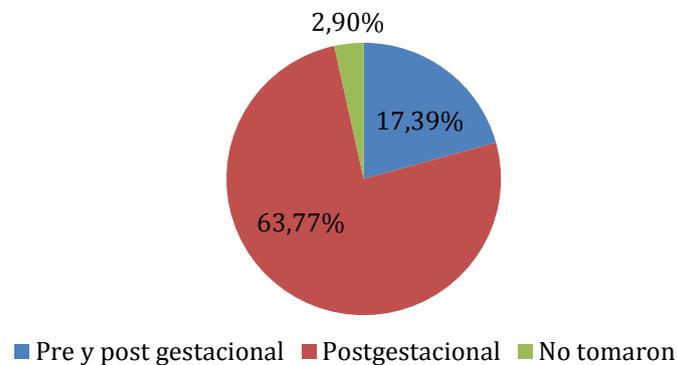


El 54,9 % de los casos tuvieron un diagnóstico prenatal y el 12,7% se diagnosticó al nacimiento. La edad mínima materna fue de 22 años, la máxima de 43 años y la mediana de 33 años. El 9,86% de los embarazos fueron por reproducción asistida.

El 83,1% de los casos no hizo amniocentesis, en el 12,7% los casos tuvieron un resultado positivo y el 4,2% tuvo un resultado negativo.

Respecto a la toma de ácido fólico, se dispone del dato en 58 casos. El siguiente gráfico representa la proporción de quienes tomaron o no lo hicieron y el momento de tomarlo.

Proporción de madres que tomaron o no ácido fólico y el momento de tomarlo (n=58). 2015



El 60,6% de los casos manifestaron un síndrome; de estos el 46,51% fueron síndromes asociados a anomalías cromosómicas (28,2% del total de los casos). Respecto a las anomalías cromosómicas el 52% corresponden a la trisomía 21 (síndrome de Down), el 16% a la trisomía del par 18 (síndrome Edwards). No hay ningún caso de trisomía 13 (síndrome de Patau). Estas tres afecciones son las que se incluyen en el programa de cribado prenatal de anomalías cromosómicas. En la siguiente tabla se presentan la distribución de las anomalías detectadas por grandes grupos.

Malformaciones congénitas por grandes grupos. Araba 2015. RACAV.

Anomalías por grandes grupos	Recuento
Anomalías cromosómicas	21
Anomalías de las extremidades	5
Anomalías de oreja, cara y cuello	5
Anomalías del aparato digestivo	14
Anomalías del aparato respiratorio	1
Anomalías del aparato urinario	19
Anomalías del sistema nervioso	14
Anomalías genitales	3
Craniosinostosis	1
Defectos cardiacos congénitos	58
Defectos de la pared abdominal	1
Defectos por disrupción vascular	2
Displasias esqueléticas	1
Hendiduras oro faciales	4
Síndromes genéticos y microdelecciones	1
Síndromes teratogénicos con malformaciones	2

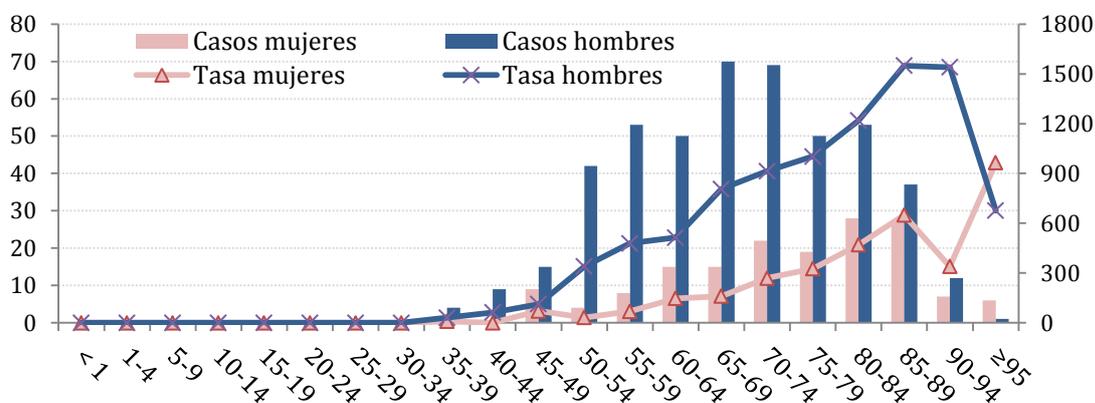
C3.-CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Se recogen datos de morbilidad y de mortalidad por cardiopatía isquémica (CI). La morbilidad hospitalaria a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de altas hospitalarias (CIE-10; I20-I25) y la mortalidad a partir del registro de mortalidad (CIE-10; I20-I25). Los últimos datos presentados son, para ambos sistemas, de 2016.

Morbilidad hospitalaria

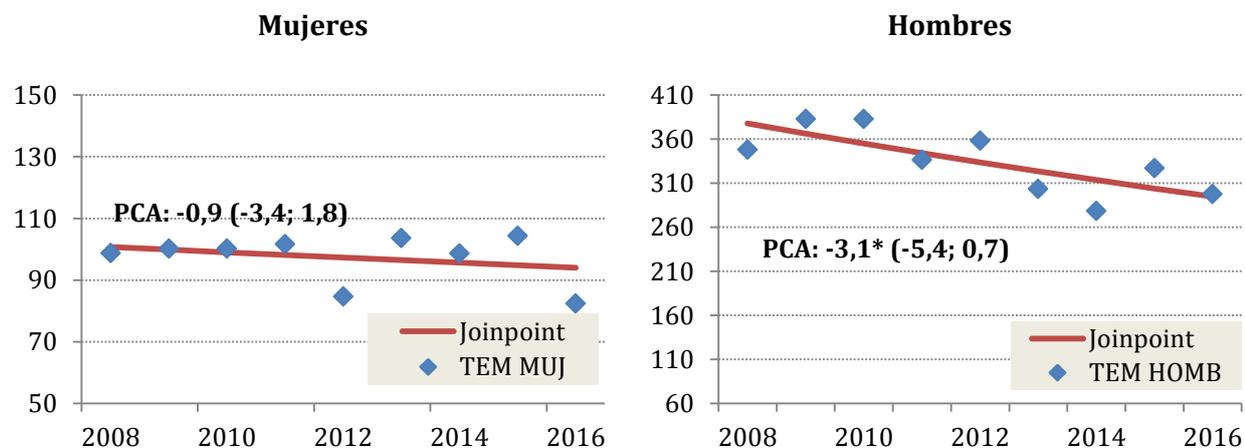
En 2016 hubo 626 ingresos (en 2015, 706) por cardiopatía isquémica, 161 mujeres y 465 hombres. La tasa de frecuentación hospitalaria fue de 98,11 por 100.000 en mujeres y mayor en los hombres (291,54/100.000). La tasa estandarizada ha sido también muy superior en los hombres (297,53 por 100.000 vs 82,40 en mujeres).

Nº de ingresos hospitalarios y tasa bruta (por 100.000) por cardiopatía isquémica por sexo y grupo de edad. CMBD. Araba/Álava 2016



La tendencia de las tasas estandarizadas entre 2008-2016, ha sido estable en las mujeres y significativamente descendente en los hombres.

Tasas estandarizada de morbilidad hospitalaria en ambos sexos y recta de regresión. Periodo 2008-2016. CMBD. Araba/Álava



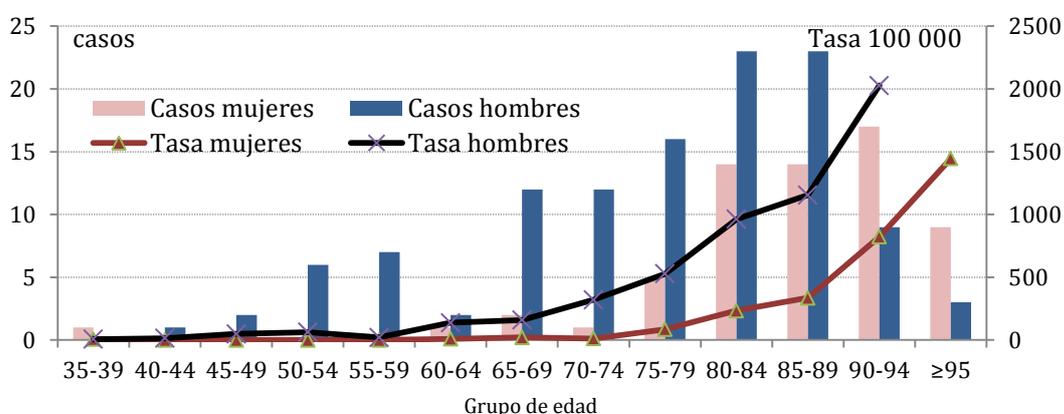
*Estadísticamente significativo.
PCA: porcentaje de cambio anual

Mortalidad

En 2016, 180 personas (64 mujeres 116 hombres) fallecieron por CI (CIE-10; I20-I25); el 43% por infarto agudo de miocardio. Las tasas estandarizadas fueron superiores en los hombres (79,62 por 100.000) que en las mujeres (26,75).

La edad media de los fallecidos por CI es 80 años (rango 35-106), más jóvenes los hombres (76 años) que las mujeres (86 años) y fue, en 2016, la novena causa de años potenciales de vida perdidos hasta los 70 años (APVP₇₀) en las mujeres (50) y la segunda en hombres (322).

Cardiopatía isquémica. Número de fallecidos y tasa de mortalidad por grupos de edad y por sexo. Registro de mortalidad. Araba-Álava 2016

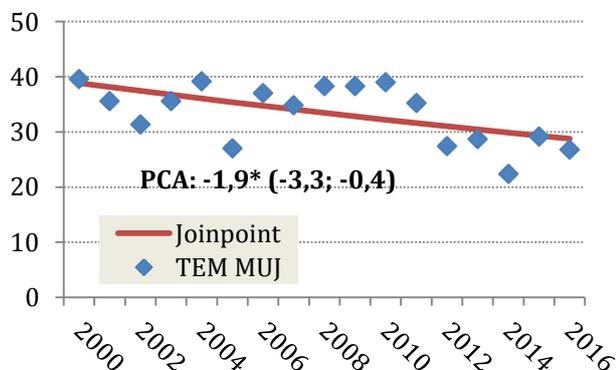


En el periodo 2000-2016 la tendencia de la tasa estandarizada de mortalidad por CI es descendente en ambos sexos. Más acentuada en las mujeres, en las que el descenso es estadísticamente significativo.

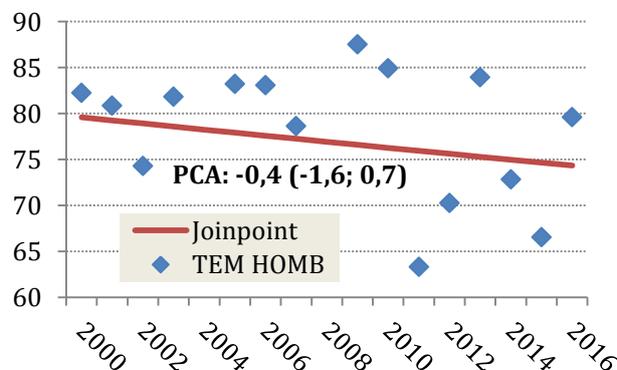
Evolución de las TEM en el periodo 2000-2016.

Registro de mortalidad. Araba/Álava

Mujeres



Hombres



PCA: porcentaje de cambio anual

C4.-ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR (ECV)

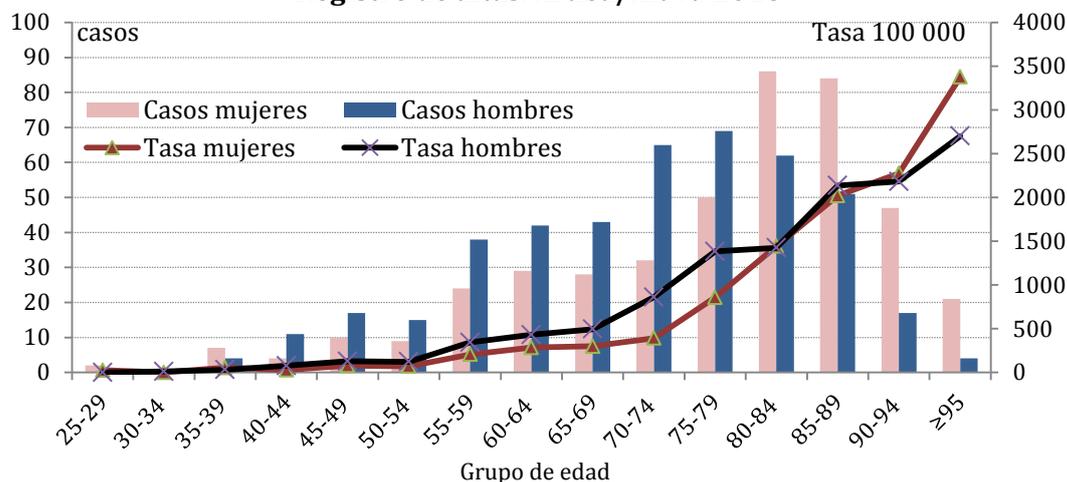
Las fuentes de información son las mismas que las de la cardiopatía isquémica: el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de altas hospitalarias y el registro de mortalidad (CIE-10; I60-I69). Los últimos datos presentados son, para ambos sistemas, de 2016.

Morbilidad

En 2016 se produjeron 872 ingresos (433 mujeres y 439 hombres) por ECV (CIE-10; I60-I69). La tasa bruta de frecuentación en los hombres (275,24 por 100.000 habitantes) fue mayor que en las mujeres (263,87 por 100.000 habitantes), al igual que las estandarizadas (289,85 por 100.000 en hombres y 210,04 por 100.000 en mujeres).

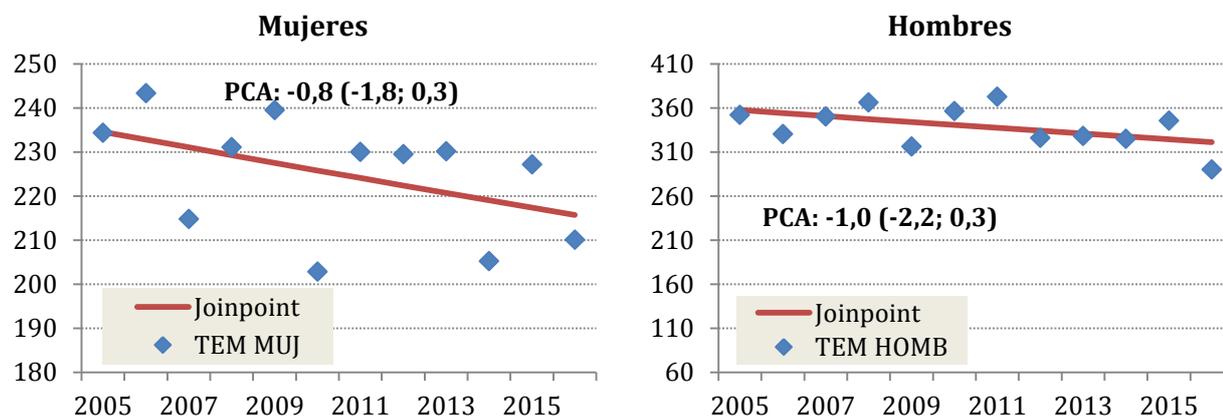
La edad media de los pacientes fue de 74 años; en las mujeres de 77 años (rango 27; 104) y en los hombres de 71 años (rango 33; 97).

Nº de ingresos hospitalarios y tasa bruta (por 100000) por ECV según sexo y grupo de edad. Registro de altas. Araba/Álava 2016



La evolución de las tasas estandarizadas en los últimos diez años es descendente, (ver figura) aunque no es estadísticamente significativo.

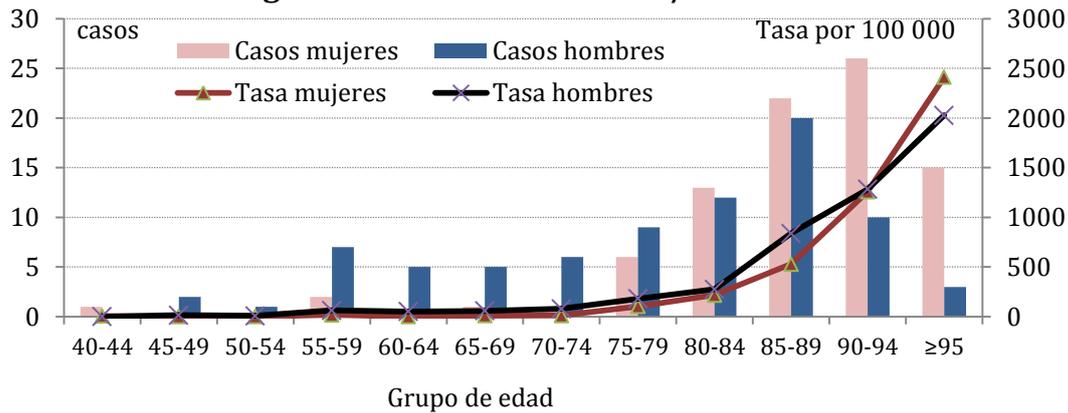
Tasas estandarizadas (por 100.000) de frecuentación hospitalaria por ECV. Ambos sexos. Periodo 2005-2016. Registro de Altas. Araba/Álava



Mortalidad

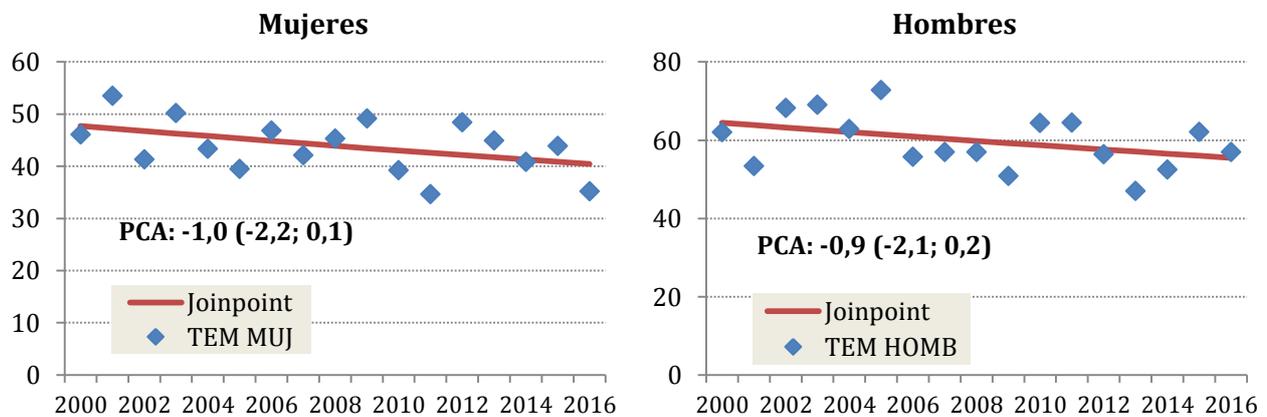
En 2016 en Araba fallecieron por ECV (CIE-10; I60-I69) 87 mujeres y 80 hombres. Las tasas crudas son algo mayores en las mujeres (53,02 frente a 50,16 por 100000), esta relación se invierte al controlar el efecto de la edad con las tasas estandarizadas que son inferiores en las mujeres (35,23 vs 56,95 por 100.000). La distribución por sexo y edad se muestra en la siguiente figura. Como es lógico, la tasa de mortalidad aumenta con la edad. En 2016 fue en mujeres (57) la séptima causa de APVP₇₀ y la quinta en hombres (210).

Nº de fallecidos y tasa de mortalidad por ECV según sexo y grupo de edad. Registro de mortalidad. Araba/Álava 2016



La evolución de la tasa estandarizada de mortalidad por ECV desde el año 2000 es descendente en ambos sexos pero sin significación estadística.

Evolución de la TEM por ECV. Periodo 2000-2016. Registro de mortalidad. Araba



D.-MORBILIDAD HOSPITALARIA

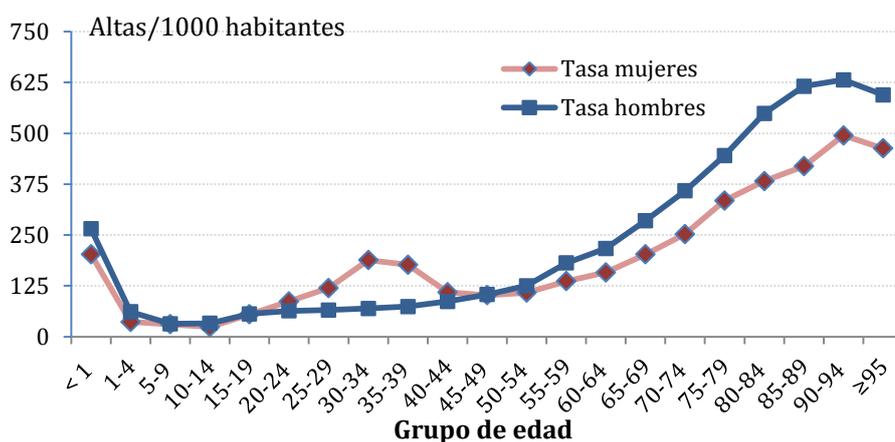
La siguiente información proviene del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Registro de Altas Hospitalarias de la CAPV. Se considera únicamente el diagnóstico motivo de ingreso, es decir, la considerada causa principal del ingreso hospitalario.

Casos y tasa de frecuentación hospitalaria

En 2016 se registraron 50.081 altas hospitalarias de residentes de Araba/Álava; la tasa de frecuentación fue de 154,73 altas por 1.000 habitantes. La estancia media fue de 5 días. El 25,2% fueron estancias inferiores a un día.

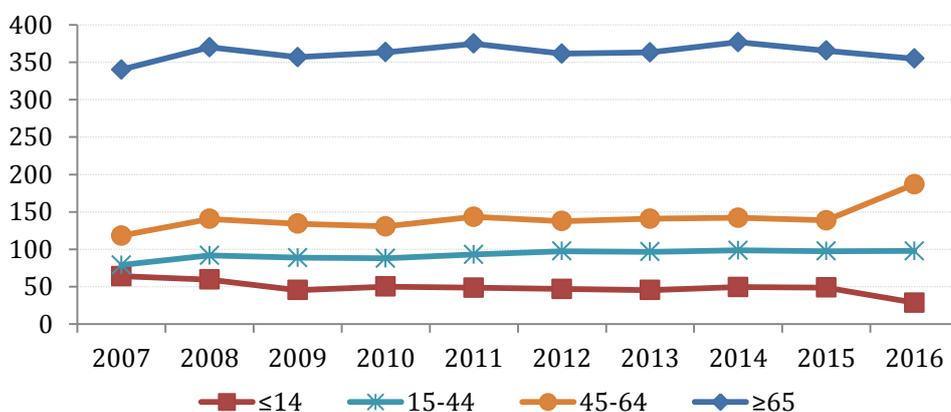
El 4,7% eran personas de 14 o menos años; el 49,2% de 15-64 años (grupo en el que contribuyen de forma importante los ingresos derivados del embarazo) y el 46,1% de 65 o más años. Los hombres ingresaron más que las mujeres con excepción del grupo de 20 a 44 años, en el que las mujeres superan a los hombres 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 2016



En el periodo 2007-2016 la frecuentación se mantiene estable en el grupo de 15-44 años, descende en los menores de 15 años y mayores de 64 y aumenta en los de 45 a 64 años.

Tasa de frecuentación hospitalaria (por 1000 hab.) por grupos de edad.
2007-2016. Registro de altas hospitalarias. Araba/Álava



Morbilidad hospitalaria por clasificación de la CIE-10

Los cinco grandes grupos de enfermedades causa de ingreso hospitalario con mayor frecuencia fueron: las enfermedades del aparato digestivo, las del aparato circulatorio y las de los ojos y anexos.

Morbilidad hospitalaria, absoluta y relativa, por grandes grupos de causas y por sexo. CMBD. Araba/Álava 2016.

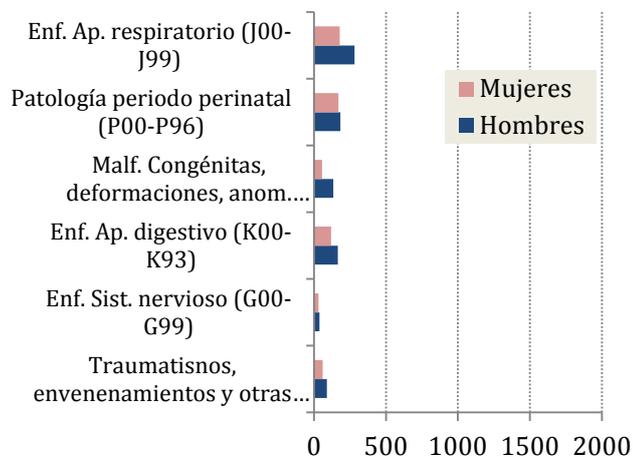
CIE-10- MC	Diagnósticos	Total		Mujeres		Hombres	
		N	%	N	%	N	%
A00-B99	Enf. Infecciosas y parasitarias	811	1,62	351	1,37	460	1,88
C00-D48	Neoplasias	3839	7,67	1813	7,09	2025	8,26
D50-D89	Enf. Sangre, órg. hematopoyéticos, inmunid	472	0,94	254	0,99	218	0,89
E00-E90	Enf. Endocrinas, nutricional, metabólicas.	690	1,38	359	1,40	331	1,35
F00-F99	Trastornos mentales y comportamiento	790	1,58	352	1,38	437	1,78
G00-G99	Enf. Sist. nervioso	1522	3,04	790	3,09	732	2,99
H00-H59	Enf. ojo y anexos	4216	8,42	2364	9,25	1849	7,54
H60-H95	Enf. del oído y apóf. mastoides	314	0,63	163	0,64	151	0,62
I00-I99	Enf. Aparato circulatorio	5304	10,59	2401	9,40	2903	11,84
J00-J99	Enf. Aparato respiratorio	5056	10,10	2223	8,70	2833	11,56
K00-K93	Enf. Aparato digestivo	6984	13,95	2961	11,59	4022	16,41
L00-L99	Enf. Piel y tejido subcutáneo	914	1,83	432	1,69	481	1,96
M00-M99	Enf. Osteo-muscular y conjuntivo	4482	8,95	2212	8,66	2267	9,25
N00-N99	Enf. Aparato genito-urinario	3420	6,83	1800	7,04	1619	6,60
O00-O99	Embarazo, parto, puerperio	3295	6,58	3295	12,89	-	0,00
P00-P96	Patología periodo perinatal	354	0,71	170	0,67	184	0,75
Q00-Q99	Malf. Congén. deform., anom. cromosóm	340	0,68	126	0,49	214	0,87
R00-R99	Sínt., signos y hallazgos anormales	2084	4,16	958	3,75	1126	4,59
S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y otras	3788	7,56	1821	7,13	1966	8,02
V01-Y98	Causas externas morbilidad y mortalidad	-	-	-	-	-	-
Z00-Z99	Fcrs influyen en salud y contacto	984	1,62	482	1,37	502	1,88
Total (se excluye el código V)		50081	98,84	25556	98,59	24513	99,04

Código V: Factores que influyen en el estado de salud

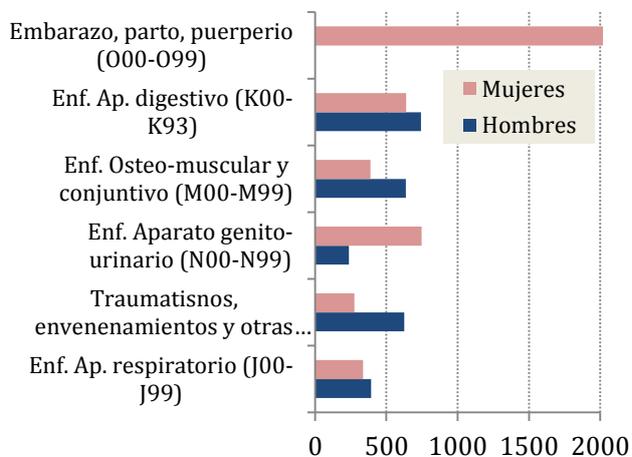
En las mujeres, las tres causas más habituales de ingreso fueron, por orden de frecuencia, el embarazo, parto y puerperio, las enfermedades del aparato digestivo y las enfermedades de los ojos y anexos. En hombres lo fueron las enfermedades del aparato digestivo, las enf. del aparato circulatorio y las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

Altas (valor) por grandes grupos de causas, sexo y edad. Registro de altas hospitalarias. Araba/Álava 2016

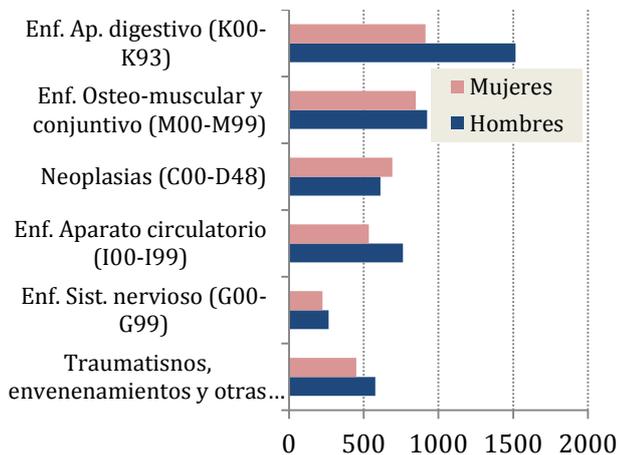
≤14 años



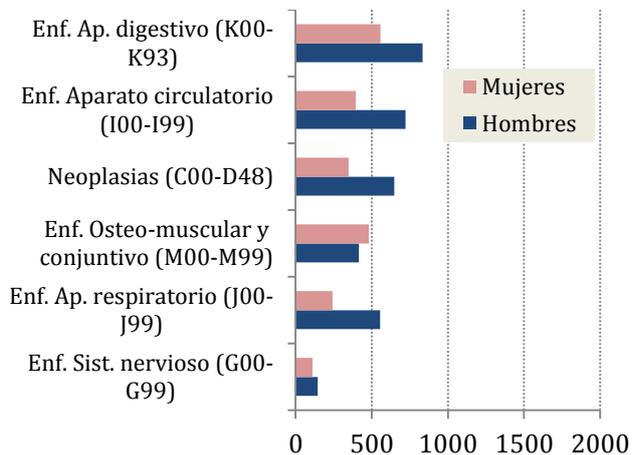
15-44 años



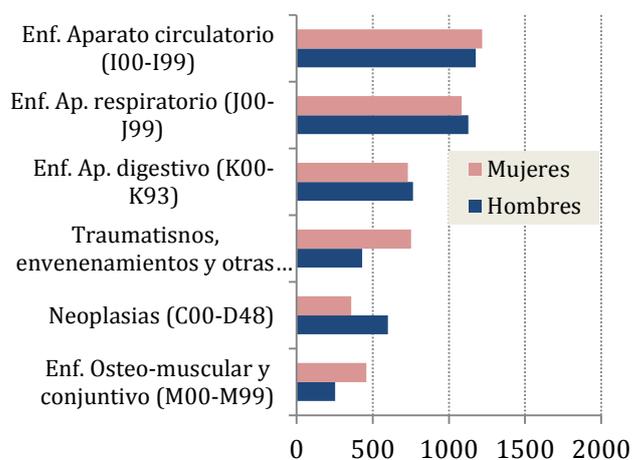
45-64 años



65-74 años



≥75 años



Entre los menores de 15 años, las enfermedades del aparato respiratorio, la patología perinatal y las enf. del aparato digestivo suponen el 47% de los ingresos. Entre las enf. del aparato respiratorio, la enfermedad crónica de amígdalas y adenoides (41%) e insuficiencia respiratoria (J96) (22%) son las más frecuentes. Entre las enf. perinatales, los trastornos relacionados con la gestación acortada y el bajo peso al nacimiento son las más habituales (19%). Entre las enf. digestivas destacan la apendicitis (supone el 30% de las digestivas) y la hernia inguinal (13%).

En el grupo de 15 a 44 años, en las mujeres, el 44% de los ingresos corresponden al embarazo, parto y puerperio; entre los trastornos digestivos, el 12% son apendicitis aguda y el 9% colelitiasis. Entre las patologías genitourinarias, el 31% son problemas de infertilidad femenina; el 24% de los trastornos del aparato musculoesquelético son trastornos internos de la rodilla, correspondiendo el 16% a lesiones de menisco.

En las mujeres de 45 a 64 años, la colelitiasis supone el 14% de los ingresos por el apto. digestivo; el 20% de los ingresos por tumores son por cáncer de mama y el 50% de los asociados al aparato circulatorio son venas varicosas de las extremidades inferiores; un 11% de las debidas a enfermedades osteomusculares son los juanetes y el 8% por artrosis de rodilla. Entre los hombres, el 21% de los ingresos por enfermedades digestivas son por hernia inguinal; el 15% de los ingresos por tumores son por un cáncer de próstata y el 11% por cáncer de vejiga. El 15% de los ingresos por patología osteomuscular es por trastorno del menisco. El 21% de los ingresos por patologías del aparato circulatorio se deben a la cardiopatía isquémica, el 19% a varices.

En las mujeres de 65 a 74 años, el 13% de los ingresos por neoplasias son cánceres de mama; El 14% de los debidos a enfermedades digestivas son colelitiasis. De los ingresos del aparato circulatorio, el 29% lo son por venas varicosas de las extremidades inferiores y el 15% por enfermedad cerebrovascular. En los hombres, el 17% de los ingresos por tumores son por cáncer de próstata y el 16% por cáncer de vejiga. El 23% de los debidos a enfermedades digestivas son por hernia inguinal y el 10% por colelitiasis. En lo que respecta a las altas por enfermedades del aparato circulatorio, el 19% se debe a la cardiopatía isquémica, un 15% es debido a la insuficiencia cardíaca y otro 15% a la enfermedad cerebrovascular.

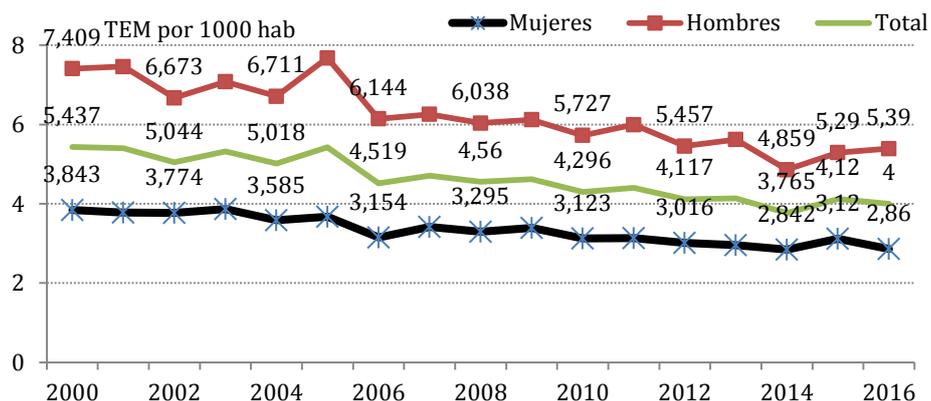
En las mujeres mayores de 74 años, el 28% de los ingresos por enf. del aparato circulatorio son por insuficiencia cardíaca y el 24% por enfermedad cerebrovascular. Entre las enf. del aparato respiratorio, el 24% lo es por gripe y neumonía y el 10% por insuficiencia respiratoria. Entre los hombres, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad cerebrovascular son el 27% y 17%, respectivamente. Entre las patologías del aparato respiratorio, el 28% son por neumonía y gripe y el 24% por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.

E. MORTALIDAD

Se describe la mortalidad en residentes del TH de Araba/Álava en 2016. 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 2000-2016) y de la esperanza de vida (periodo 1999-2016) se ha obtenido del Informe de Mortalidad de la CAPV elaborado por el Servicio de Registros e Información Sanitaria del Departamento de Salud.

En 2016 fallecieron 2.701 alaveses/as, 47% mujeres y 53% hombres. La tasa bruta de mortalidad fue 8,35 por 1000 habitantes (estandarizada a la población de 2013: 7,45/1000); en mujeres: 7,72 (estandarizada: 5,48) y en hombres: 8,99 (estandarizada: 10,08). La evolución general de las tasas de mortalidad estandarizadas en los últimos 15 años es descendente (ver figura).

Tasa (por 1000 hab.) estandarizada de mortalidad (TEM) a la población europea de 1976. Periodo 2000-2016. Araba/Álava.

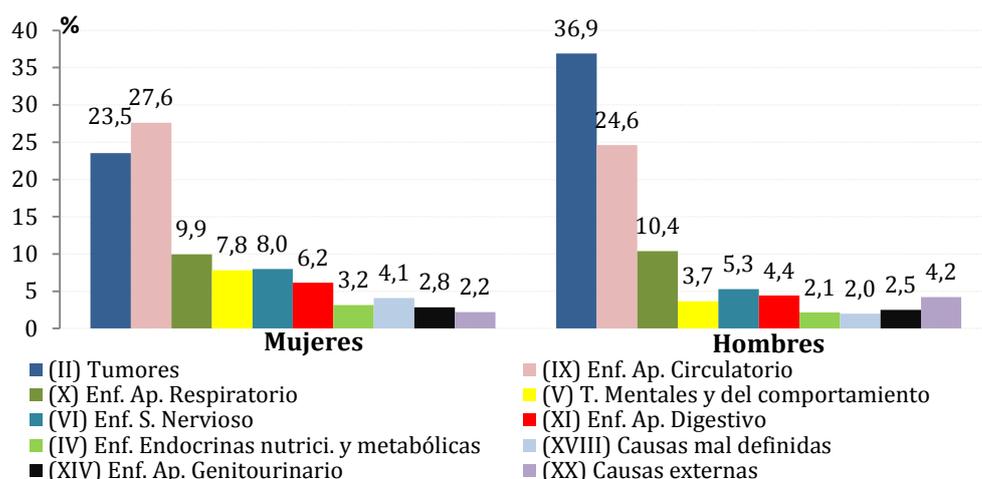


Fuente: Registro de Mortalidad de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 2016.

Mortalidad proporcional por grandes grupos de enfermedades

En las mujeres, los cinco grandes grupos de enfermedades que más muertes producen son, en orden decreciente, las enf. del aparato circulatorio (28%), los tumores (24%), las enf. respiratorias (10%), las enf. mentales (8%) y las enf. del sistema nervioso (8%). En los hombres, lo son los tumores (37%), las enf. del aparato circulatorio (25%), las enf. respiratorias (10%), las enf. del sist. nervioso (5%) y las enf. ap. digestivo (4%). Las tres primeras causas son coincidentes en ambos sexos y suponen casi el 62% (en mujeres) y 72% (en hombres) del total de fallecimientos.

**Mortalidad proporcional por grandes grupos de causas, según sexo.
Registro de mortalidad. Araba/Álava 2016**



Las tasas de las tres principales causas de mortalidad por grandes grupos controlando el efecto de la edad son superiores en los hombres que en las mujeres: enf. circulatorias (251,18 vs. 141,77), tumores (355,38 vs. 150,25) y enf. respiratorias (113,72 vs. 51,67).

Mortalidad por grandes grupos de causas, valores absolutos y tasas estandarizadas (pob. Europea 2013 por 100.000 hab.). Araba/Álava 2016.

Grupo de causas	Mujeres		Hombres	
	N	Tasa	N	Tasa
(I) Enf. Infecciosas y parasitarias	17	7,61	16	11,98
(II) Tumores	298	150,25	532	355,38
(III) Enf. Sangre y órg. Hematopoyéticos	4	1,35	4	2,59
(IV) Enf. Endocrinas nutrici. y metabólicas	40	17,57	31	22,87
(V) T. Mentales y del comportamiento	99	38,44	53	43,46
(VI) Enf. S. Nervioso	101	41,49	76	53,52
(VII) Enf. Ojo y anexos	0	-	0	-
(VIII) Enf. Oído y apóf. Mastoides	0	-	0	-
(IX) Enf. Ap. Circulatorio	350	141,77	355	251,18
(X) Enf. Ap. Respiratorio	126	51,67	150	113,72
(XI) Enf. Ap. Digestivo	78	33,09	64	42,94
(XII) Enf. piel y subcutáneo	6	2,5	0	-
(XIII) Enf. Osteomusculares y tej. Conectivo	27	10,98	19	7,38
(XIV) Enf. Ap. Genitourinario	36	14,91	36	28
(XV) Embarazo, parto, puerperio	0	-	0	-
(XVI) Afecc. Perinatales	2	1,31	14	9,06
(XVII) Malf. Congénitas. Cromosómicas	3	1,96	2	1,29
(XVIII) Causas mal definidas	52	20,91	29	26,18
(XIX) Traumatismos, envenenamientos...	0	-	0	-
(XX) Causas externas	28	12,35	61	38,73
TOTAL	1267	548,18	1442	1008,29

Mortalidad por causas específicas por edad

En 2016 se registraron 26 defunciones de menores de 15 años (el 30% mujeres); el 62% por afecciones durante el periodo perinatal (desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana de vida).

Se produjeron 13 defunciones de personas de 15-34 años; el 15% (dos personas) por suicidio.

Entre los 35-64 años hubo 347 fallecidos, un 29% mujeres. El 54% fallecieron por cáncer, de ellos, el 31% (57) por cáncer de pulmón. El 17% (58) por enfermedades del aparato circulatorio. El 17% (10) de las muertes por problemas circulatorios fueron infartos agudos de miocardio, todas en hombres. Se produjeron 11 defunciones por suicidio, un 3%.

En el grupo de 65 a 79 años fallecieron 619 personas, el 31% mujeres. El 49% de los fallecimientos fueron por tumores; el cáncer de bronquios y pulmón fue el más frecuente (50 fallecidos; el 16%). Las enfermedades del ap. circulatorio supusieron un 22%, el 7% del total de fallecimientos por enfermedades isquémicas del corazón y un 5% por enfermedad cerebrovascular.

En el grupo de 80-89 años se registraron 1010 fallecimientos; el 48% mujeres. El 26% es por tumores; de ellos, un 16% por cáncer de bronquios y pulmón y otro tanto por cáncer de colon y recto.

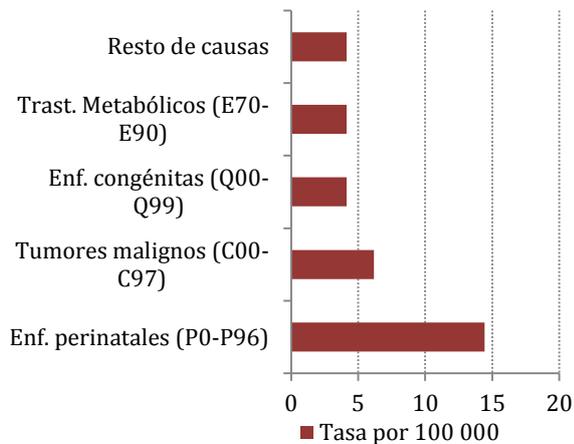
El 30% por enf. del aparato circulatorio, de ellas el 24% por enf. isquémica cardíaca (74 fallecidas/os) y el 22% por ECV (67). El 10% fallecieron por enfermedades del ap. respiratorio y el 8% por enfermedades del sistema nervioso entre las que destacan la enf. de Alzheimer con el 57% (48 fallecimientos) y el Parkinson con un 27% (23 fallecimientos).

Fallecieron 686 personas de 90 y más años, el 70% mujeres. El 30% por enfermedades del aparato circulatorio, de ellas el 26% por ECV. El 6% fallecieron por enf. Alzheimer

Tasas (por 100.000 habitantes) de las principales causas de muerte por grupo de edad. Araba/Álava 2016

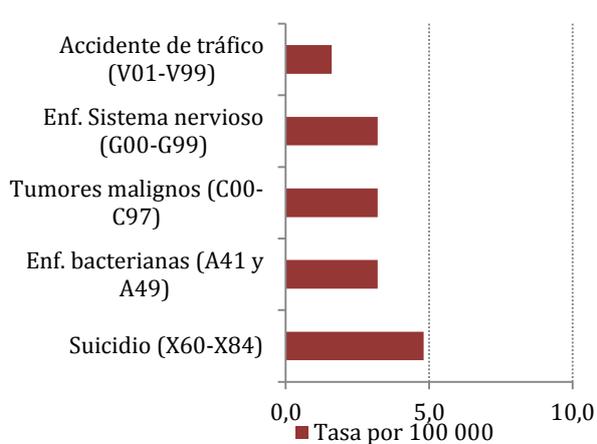
0-14 años. TM: 33,00/100000 hab

N= 16



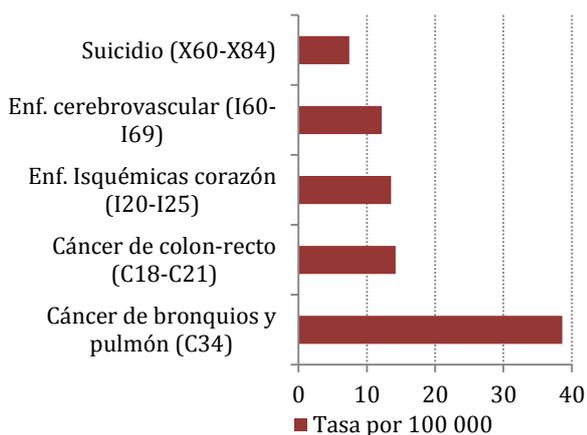
15-34 años. TM: 20,84/100000 hab

N= 13



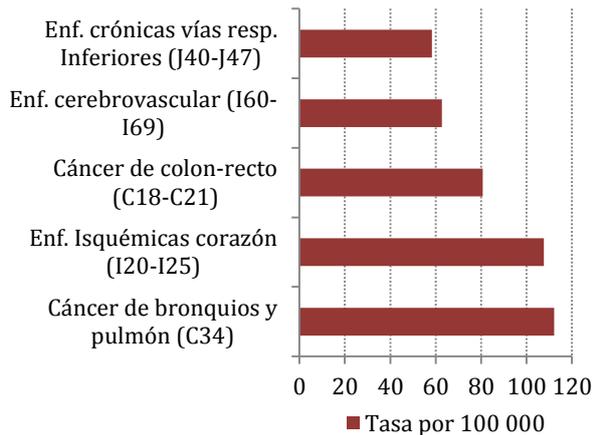
35-64 años. TM: 235,03/100000 hab

N= 347



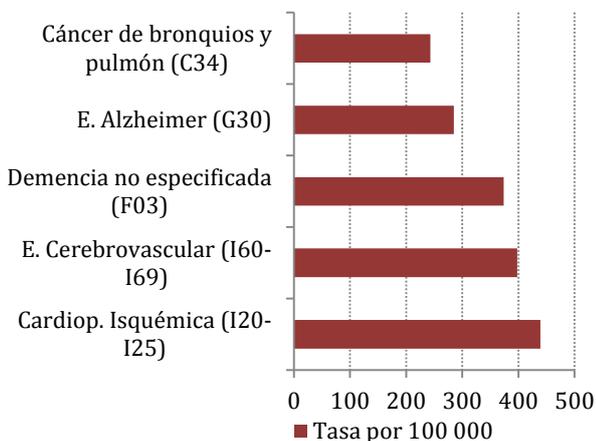
65-79 años. TM: 1387,80/100000 hab

N= 619



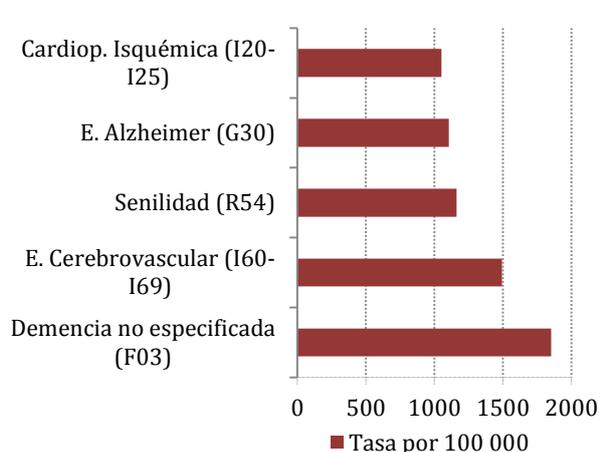
80-89 años. TM: 5992,64/100000 hab

N= 1010



90 y más años. TM: 18976,49/100000 hab

N= 686



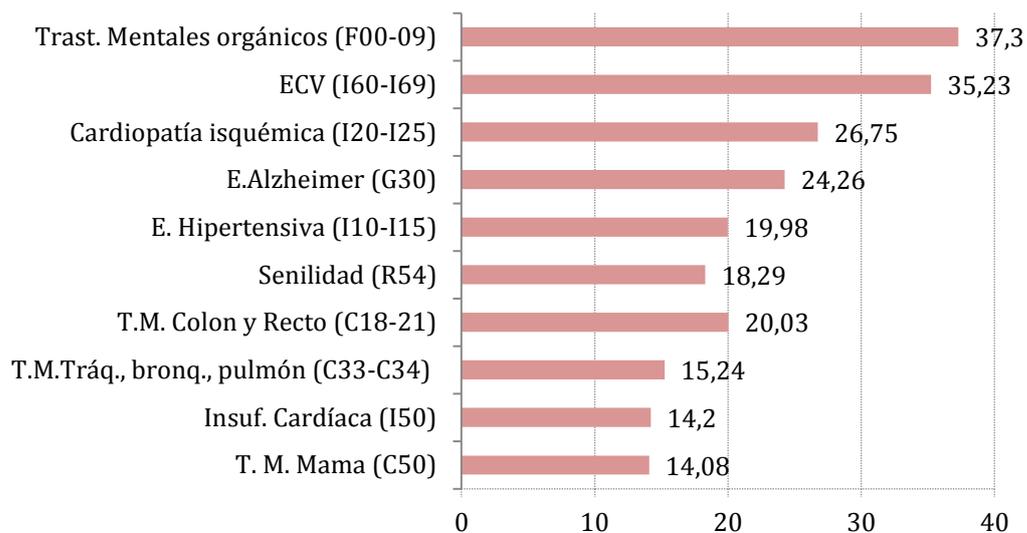
Mortalidad por causas específicas por sexo

Entre las mujeres, las tres primeras causas de muerte fueron los trastornos mentales orgánicos (se incluye la demencia) (37,30/100.000), la enfermedad cerebrovascular (35,23/100.000) y la cardiopatía isquémica (26,75/100.000).

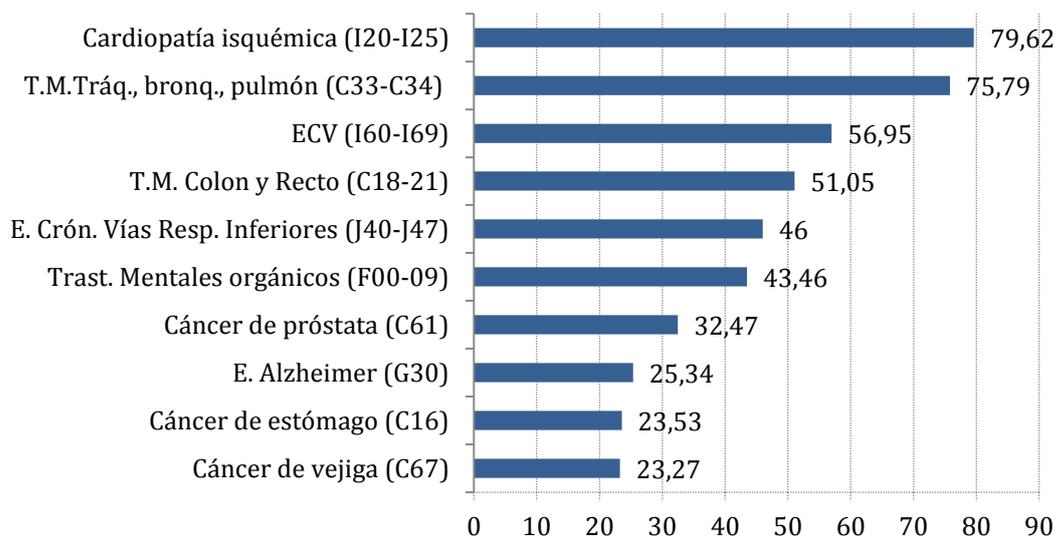
Entre los hombres, las primeras causas fueron la cardiopatía isquémica (79,62/100.000), el cáncer de pulmón (75,79/100.000) y la enfermedad cerebro-vascular (56,95/100.000).

Tasas de mortalidad estandarizada, por 100.000 habitantes. Araba/Álava 2016

a) MUJERES



b) HOMBRES

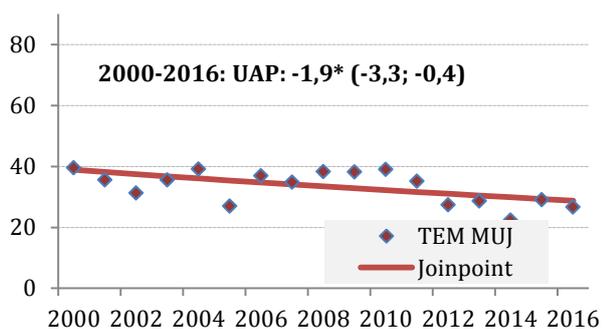


Evolución de algunas causas de muerte, periodo 2000-2015

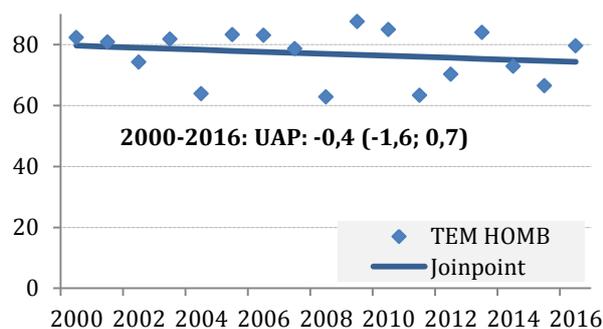
Entre las enfermedades circulatorias, la CI presentó una tendencia descendente en todo el periodo en ambos sexos, significativa en las mujeres. La mortalidad por ECV también tuvo una tendencia descendente en ambos sexos pero los descensos no fueron estadísticamente significativos. La mortalidad por cáncer de pulmón sigue una tendencia significativamente ascendente en ambos sexos, muy acusada en las mujeres. La mortalidad por cáncer de mama presenta una evolución irregular, y el de cáncer de próstata una tendencia ascendente. La mortalidad por cáncer de estómago varía en ambos sexos, es descendente en las mujeres (un 1,7% anual) y creciente en los hombres (un 0,9% anual), pero ninguno de ambos cambio son significativos. La mortalidad por cáncer de colon y recto sigue una tendencia ascendente en el periodo pero no es estadísticamente significativa en ninguno de los dos sexos.

Evolución de las principales causas de muerte, por sexo. Araba/Álava 2000-2016. Tasas estandarizadas de mortalidad (TEM) por 100.000 habitantes.

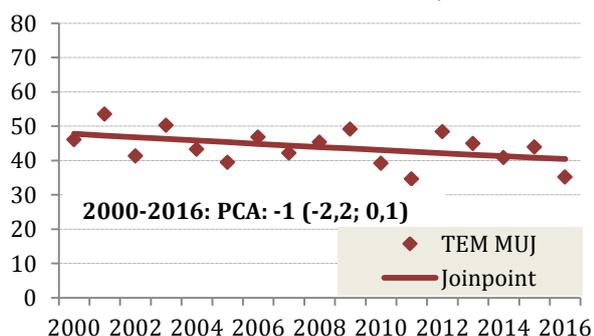
Cardiopatía isquémica, mujeres.



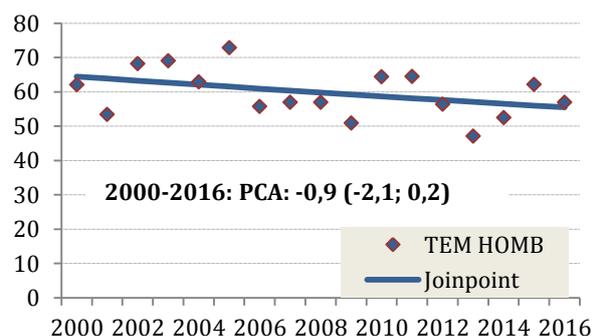
Cardiopatía isquémica, hombres.



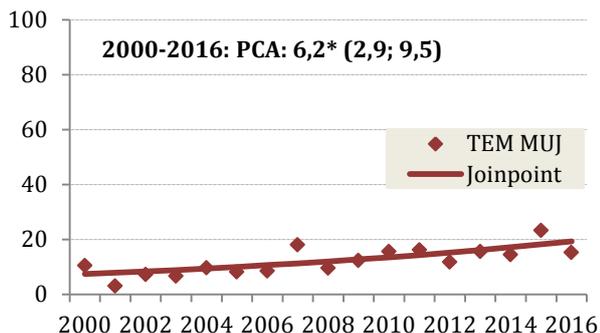
Enf. Cerebrovascular, mujeres



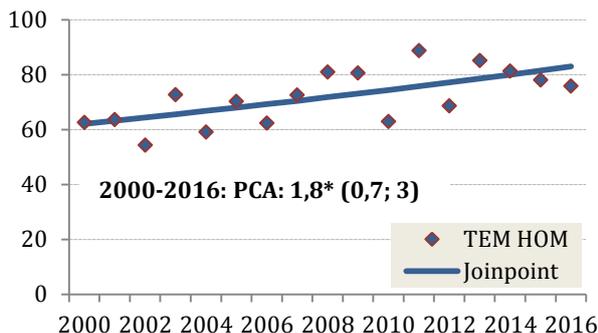
Enf. Cerebrovascular, hombres



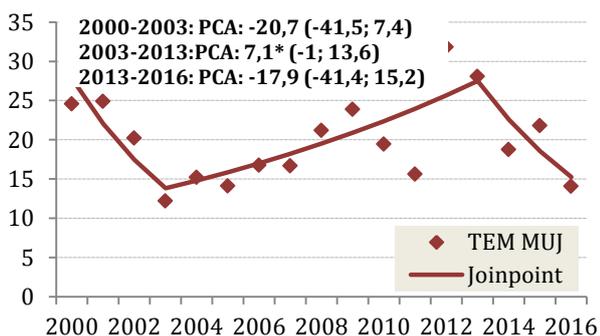
Cáncer de pulmón, mujeres.



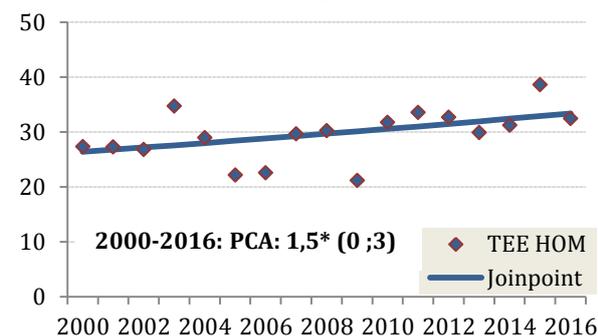
Cáncer de pulmón, hombres.



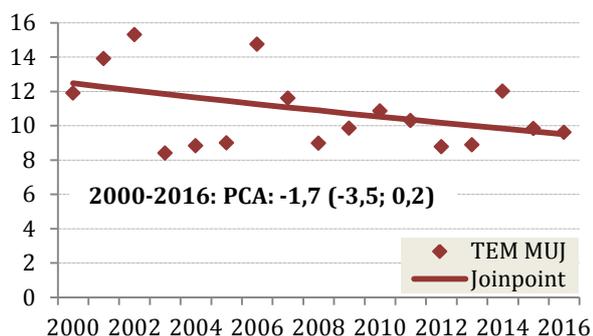
Cáncer de mama



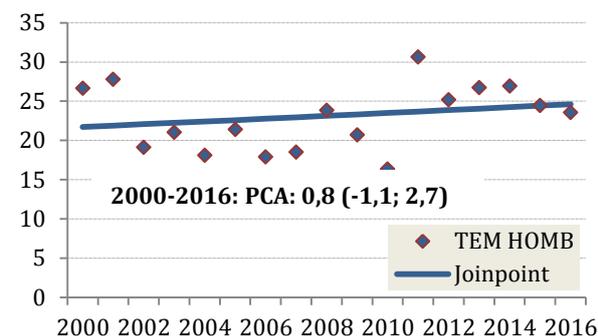
Cáncer de próstata



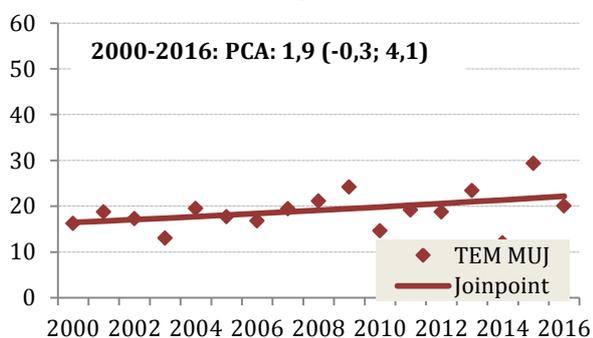
Cáncer de estómago, mujeres.



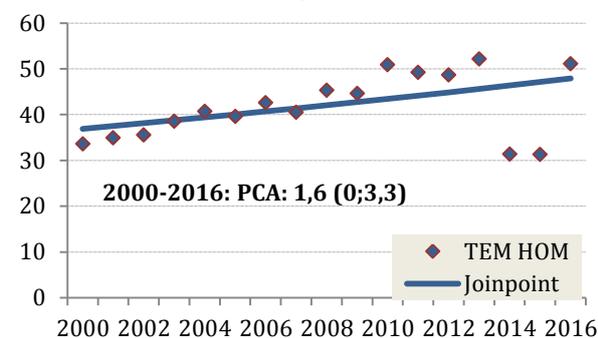
Cáncer de estómago, hombres.



Cáncer de colon y recto, mujeres.



Cáncer de colon y recto, hombres.

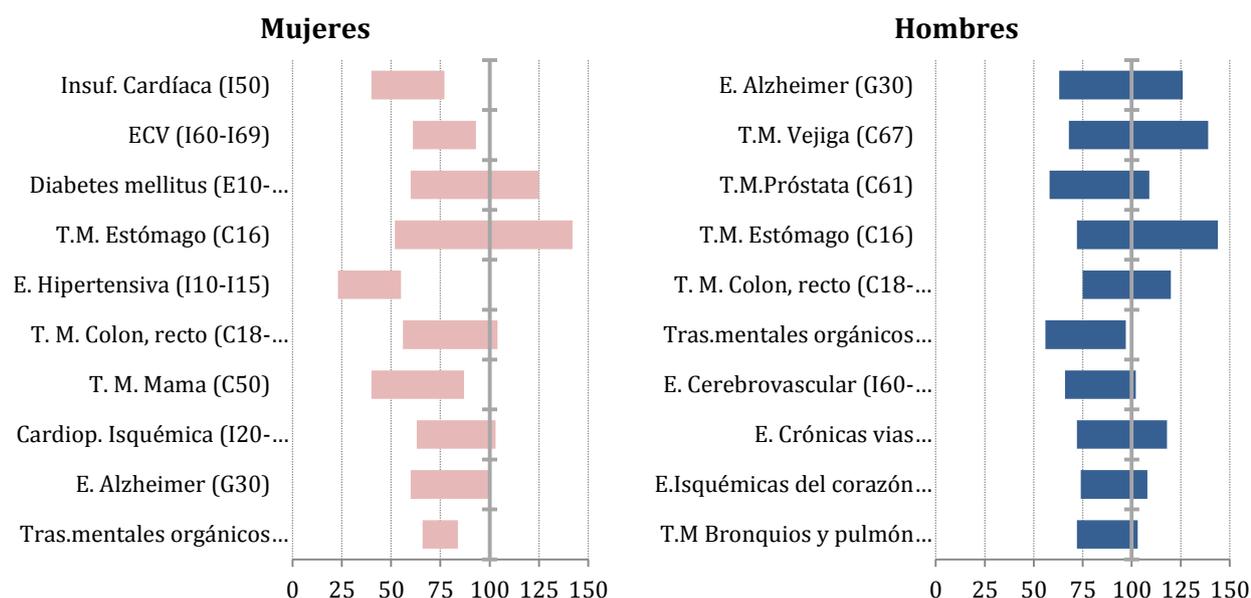


Razón de mortalidad estandarizada (RME)

En 2015, la mortalidad por todas las causas en Araba/Álava fue inferior a la de la CAPV en mujeres (RME=81,12, IC95% 76,65-85,58) y hombres (RME=86,16; IC95% 81,70-90,62).

En mujeres, la mortalidad por Insuf. cardíaca, ECV, enf. hipertensiva, cáncer de mama y trastornos mentales orgánicos son significativamente menores en Araba/Álava que en la CAPV. En los hombres, ocurre lo mismo en los trastornos mentales orgánicos. Tanto en mujeres como en hombres, ninguna de las primeras causas de muerte es significativamente mayor que en la CAPV.

RME según sexo. Primeras causas de muerte. Araba/Álava 2016



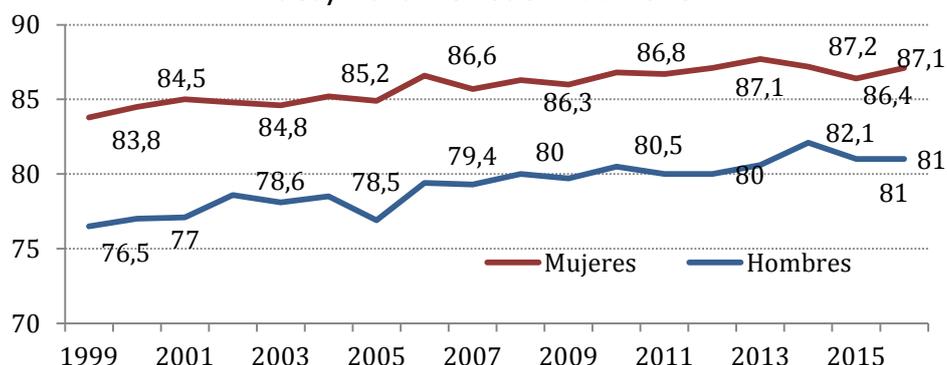
Mortalidad infantil

Se registraron 8 fallecidos menores de un año nacidos vivos (tasa de 2,6 por 1000 nacidos vivos). Se produjeron 11 fallecidos durante el periodo perinatal, que comprende desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana de vida; la tasa resultante es de 3,58 fallecidos por 1.000 nacidos vivos.

Esperanza de vida al nacimiento

La esperanza de vida al nacer en Araba/Álava, en 2016, fue de 87,1 años en mujeres y 81 años en hombres. La gráfica refleja la evolución desde el año 1999; la diferencia entre sexos se ha reducido y ha pasado de 7,3 años en 1999 a 6,1 años en el 2016.

**Esperanza de vida al nacimiento según sexo.
Araba/Álava. Periodo 1999-2016**



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

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. En 2016 los APVP₇₀ fueron 8078. Las diferencias por sexo son claras en el valor total (2464 APVP₇₀ mujeres; 5614 APVP₇₀ hombres). Las principales causas en mujeres fueron: los tumores malignos: cáncer de mama (153 APVP₇₀); el cáncer de colon y recto (133 APVP₇₀) y el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (122 APVP₇₀). En los hombres, fueron el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (639 APVP₇₀), cardiopatía isquémica (322 APVP₇₀) y el suicidio (276 APVP₇₀). Tomando ambos sexos, destacan el cáncer de pulmón con 705 APVP₇₀, primera causa, y el suicidio 425 APVP₇₀, la tercera causa.

Años Potenciales de Vida Perdidos hasta los 70 años (APVP₇₀) y tasa estandarizada por 100.000 habitantes. Primeras causas. Araba 2016. Registro de mortalidad

Causa	Mujeres		Hombres	
	APVP ₇₀	Tasa	APVP ₇₀	Tasa
T.M. Mama (C50)	153	82,23	0	0
T. M. Colon, recto (C18-C21)	133	73,66	212	123,38
T.M.Tráq.,bronq, pulmn (C33-C34)	122	69,86	639	368,89
T. M. Páncreas (C25)	99	55,13	42	25,90
E. Del hígado (K70-K77)	85	47,08	186	105,56
ECV (I60-I69)	57	30,97	210	121,70
Suicidio (X60-X84)	64	33,99	276	164,27
E. Congénitas (Q00-Q99)	51	38,78	140	45,28
Cardiopatía isquémica (I20-I25)	50	28,11	322	183,22
Envenenamientos (X40-X49)	33	18,19	89	49,31
Accid. Tráfico (V01-V99)	0	0	109	63,46