

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ARABA/ÁLAVA Año 2018



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

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	3
INTRODUCCIÓN	5
RESUMEN EJECUTIVO	7
A. VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	9
A1. SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS 2015	9
Enfermedades de declaración obligatoria (EDO)	9
Sistema de información microbiológica (SIMCAPV)	12
A2. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE LA A A LA Z	16
Borreliosis	16
Campilobacteriosis	16
<i>Chlamydia trachomatis</i> , infección por	16
Difteria	16
Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas	16
Enfermedad gonocócica	18
Fiebre Q	18
Fiebre tifo/paratífica	19
Gripe (influenza)	19
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, enfermedad invasiva por	23
Hepatitis A	24
Hepatitis B	26
Hepatitis C	27
Hidatidosis	28
Legionelosis	28
Leptospirosis	30
Lepra	30
Listeriosis	30
Meningocócica, enfermedad	31
Neumocócica, enfermedad invasiva	32
Paludismo / Malaria	33
Parotiditis	33
Poliomielitis y vigilancia de la parálisis flácida aguda	34
Rabia	34
Rotavirus	35
Rubéola y rubéola congénita	35
Salmonelosis	35
Sarampión	36

Sarna	36
Sífilis	36
Estreptococo grupo A (<i>Streptococcus. pyogenes</i>), enfermedad invasiva por	36
Tétanos	38
Tiña	38
Tos ferina	38
Toxiinfecciones de origen alimentario (TIAs)	39
Tuberculosis	40
Varicela	43
VIH y SIDA	44
Virus respiratorio sincitial	45
Yersiniosis	44
C. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	46
C1. CÁNCER	46
C2. ANOMALÍAS CONGÉNITAS	51
C3. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	55
C4. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	57
D. MORBILIDAD HOSPITALARIA	59
E. MORTALIDAD	63

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agua caliente sanitaria	IVE	Interrupción voluntaria embarazo
AP	Atención Primaria	LCR	Líquido cefalorraquídeo
APVP	Años Potenciales de Vida Perdidos	LNH	Linfoma no Hodgkin
BED	Boletín estadístico de defunción	OSI	Organización Sanitaria Integrada
CAPV	Comunidad Autónoma del País Vasco	PCA	Porcentaje de Cambio Anual
CCR	Cáncer colon-rectal	PFA	Parálisis flácida aguda
CGHCG	Caso grave hospitalizado confirmado de gripe	PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
CI	Cardiopatía Isquémica	RCEME	Registro de Cáncer de Euskadi
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades	SGA	Streptococo Grupo A
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos	RIE	Razón de incidencia estandarizada
CNM	Centro Nacional de Microbiología	RME	Razón de Mortalidad Estandarizada
DM	Diabetes Mellitus	RNEETH	Registro Nacional de EETH
DTPa	Difteria, tétanos, pertusis acelular (vacuna)	TBC	Tuberculosis
ECJ	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob	TC	Tasa Cruda
ECV	Enfermedad Cerebro-Vascular	Td	Tétanos, difteria (vacuna de)
EDO	Enfermedades de Declaración Obligatoria	TE	Tasa estandarizada
EEB	Encefalopatía Espongiforme Bovina	TH	Territorio Histórico
EETH	Encefalopatía espongiforme transmisible humana	TIA	Toxi-infección Alimentaria
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	UFC	Unidades formadoras de colonia
EVE	Enfermedad por virus Ébola	VIH	Virus Inmunodeficiencia Humana
HUA	Hospital Universitario Álava	VPH	Virus del papiloma humano
IAM	Infarto Agudo de Miocardio	VRS	Virus respiratorio sincitial
IE	Índice epidémico		
IFF	Insomnio Familiar Fatal		
ITS	Infección de transmisión sexual		

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 2018. La información proviene de los siguientes 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 2015, los del Registro de Anomalías Congénitas a 2016, los del Registro de Mortalidad y del Registro de Altas Hospitalarias a 2017. La información de la Red de Médicos Vigía de Gripe hace referencia a la temporada 2018-2019. Las poblaciones empleadas en los diversos cálculos se obtienen del EUSTAT.

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

Integrantes de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Araba/Álava durante 2018:

Inmaculada Sáez
Larraitz Etxebarriarteun
Laura Roth
Patricia Sancho Uriarte
Txomin Eizaguirre

RESUMEN EJECUTIVO

La temporada de **gripe** 2018-2019 fue similar a la anterior, pero con mayor incidencia máxima y menor duración. El pico epidémico (532,5,8/100.000) se alcanzó en la semana 3. El tipo predominante fue el A, con circulación de ambos subtipos (AH3 y A(H1N1)pdm09. Se declararon 435 casos graves hospitalizados con gripe confirmada en los cinco grandes hospitales de la CAPV, 78 de Araba/Álava.

La incidencia de **tosferina** en 2018, con 40 casos y una tasa de 12,36/100.000, fue idéntica a la del año pasado.

La **parotiditis vírica**, con 179 casos y una tasa de 54,98/100.000, presentó un valor superior al del año 2017 (tasa de 31,52). El grupo de 20 a 24 años fue el más afectado.

La **varicela** con 747, casos ha descendido respecto a 2017, 1.096 casos declarados,

Se declararon 5 casos de **enfermedad meningocócica invasiva** (EMI), tres por el serogrupo B y uno por el C (el quinto no se pudo serotipar). Tres casos se dieron en menores de 5 años.

Se declararon 6 casos de **enfermedad invasiva por estreptococo grupo A**, uno de ellos falleció. De los 6 casos, cinco tenían factores de riesgo frente a la enfermedad.

Se declararon 40 casos de **enfermedad neumocócica invasiva** (ENI) en residentes en Álava, cifra algo superior a 2017 (35).

En 2018 se declararon 3 casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en residentes en Álava, dos en mayores de 65 años y el tercero en una lactante de un mes. Los tres cursaron con neumonía.

Durante 2018 no se ha declarado ningún caso de **sarampión**, ni de **rubéola** o **rubéola congénita**. Sí que se declaró una sospecha de sarampión y se hizo el seguimiento de varios contactos de un caso que no era del TH.

Se declararon 4 casos confirmados de **listeriosis**; en uno de ellos se identificó el alimento causante, un queso.

La incidencia de **hepatitis A en 2018** ha descendido respecto a 2017, año en el que experimentó un fuerte aumento. En 2018 la tasa ha sido de 6,14 casos/100 000 (20 casos). Una buena parte de los afectados están relacionados con viajes a un país endémico.

Se declararon 7 casos de **hepatitis B aguda**; el genotipo de todos ellos es el mismo al del brote en HSH identificado en 2017. En los casos en los que se ha identificado el mecanismo de transmisión, éste ha sido las relaciones sexuales entre HSH.

Se declaró un caso de **hepatitis C** por infección aguda reciente. El factor de riesgo identificado ha sido el uso de drogas por vía parenteral.

La tasa de **tuberculosis** fue de 6,14 casos por 100.000 habitantes (20 casos), inferior a 2017 (31 casos y tasa de 9,6).

Se declararon 19 casos de **legionelosis** (tasa 5,84/100.000), más que el año anterior (8 casos). 7 casos se relacionaron con un complejo deportivo; en la inspección realizada al mismo se identificaron deficiencias en las instalaciones.

Se declararon 7 casos de **paludismo** por *Plasmodium falciparum*. Todos han sido importados por viajes al país natal.

Se investigaron 11 brotes de **toxiinfecciones de origen alimentario** que afectaron a 61 personas, cifras muy inferiores a las de 2017 (12 brotes y 238 afectadas/os). No se identificó el agente causal en todos ellos. En los agentes identificados, un brote se debió a un rotavirus, dos a la toxina estafilocócica y uno a histamina en atún.

El número de aislamientos declarados de **Salmonella** fue similar al año pasado (126 vs 121). Como viene siendo habitual, *S. Typhimurium* (72) fue más frecuente que Enteritidis (18).

Se declararon al SIM 433 aislamientos de **Campylobacter**, cifra superior a la de 2017 (407). El 43% eran menores de 6 años.

Se han registrado 2044 **tumores malignos** diagnosticados en 2015; 1.218 (59,6%) en hombres y 826 (40,4%) en mujeres. La tendencia general (1991-2015) en ambos sexos es de incremento, entre un 0,4 y 1,1% anual en los hombres y entre un 0,7 y 1,4% en las mujeres. Los tumores más frecuentes han sido en las mujeres el de mama, colon y recto, cérvix y pulmón; en hombres el de próstata, colon y recto, pulmón y vejiga

La frecuentación hospitalaria en 2017, por **cardiopatía isquémica** fue de 98,11 y 279,63 ingresos por 100.000 habitantes en mujeres y hombres respectivamente.

La frecuentación hospitalaria por **enfermedad cerebro-vascular** en 2017 fue de 261,43 ingresos por 100.000 habitantes en mujeres y 324,77/100.000 en hombres.

En 2017 fallecieron 2828 alavesas/es. Las **tres primeras causas de muerte** en las mujeres fueron, en orden decreciente: la enfermedad cerebro-vascular, la demencia y el cáncer de mama. En los hombres lo fueron el cáncer de pulmón, la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica.

La **esperanza de vida** al nacimiento en 2017 era de 86,6 años en las mujeres y de 81 años en los hombres.

Se ha estimado que en 2017 hubo 8479 **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 pulmón y el suicidio. Entre los hombres lo fueron el cáncer de pulmón, la cardiopatía isquémica y las enfermedades congénitas.

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 2013-2018. Para el año 2018 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 2018 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 2018 y la mediana del número de casos anuales del quinquenio anterior (2013-2017).

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

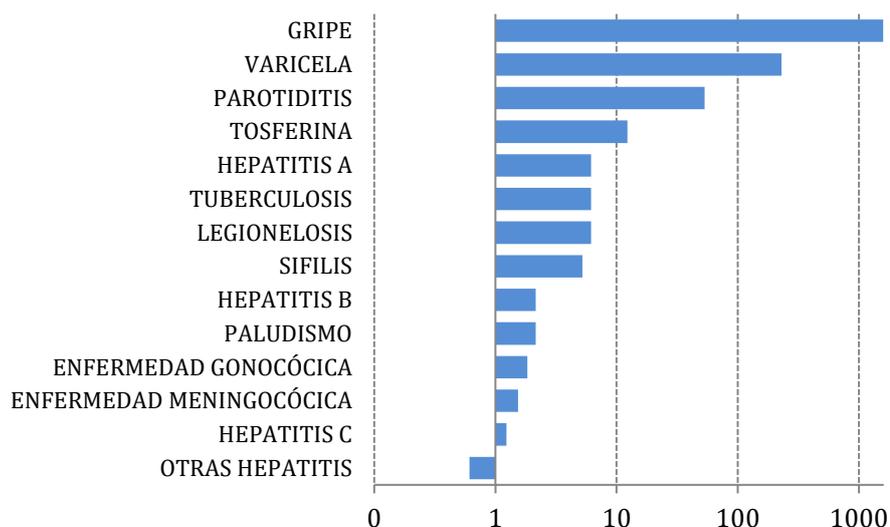
Nº casos del periodo 2013-2018 y tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) e índices epidémicos 1 (IE1) y 2 (IE2) de 2018. Araba/Álava. EDO

	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Tasa	IE1	IE2
Enfermedades de transmisión alimentaria									
F. tifo- paratífica	1	0	0	2	0	0	0	*	*
Shigelosis	0	1	0	2	4	8	2,46	2,00	8,00
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	4	4	7	2	38	20	6,14	0,53	5,00
Hepatitis B	4	4	3	2	13	7	2,15	0,54	1,75
Hepatitis C	4	1	3	1	1	4,00	1,23	0,40	1,33
Enfermedades de transmisión aérea o respiratoria									
Gripe	5155	3404	5670	4251	4045	5154	1583,32	1,27	1,21
Legionelosis	5	7	8	4	8	20	6,14	2,50	2,86
Meningitis tuberculosa	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Tuberculosis	24	38	35	31	27	20	6,14	0,65	0,61
Enfermedades de transmisión sexual									
Inf. Gonocócica	1	1	3	6	4	6	1,84	1,50	2,00
Sífilis	18	21	16	14	18	17	5,22	0,94	0,94
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Enf. Meningocóc.	3	0	0	0	2	5	1,54	2,50	2,50
Parotiditis	228	44	40	84	110	174	53,45	1,58	2,07
Poliomielitis	0	0	0	0	0				
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Tétanos	0	0	0	0	0				
Tos ferina	0	9	70	49	40	40	12,29	1,00	1,00
Varicela	2274	838	900	1040	1096	747	229,48	0,68	0,72
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Paludismo	16	10	5	16	8	7	2,15	0,88	0,70
Peste	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Zoonosis									
Brucelosis	1	0	0	0	0	0	0	*	*
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Otras enfermedades infecciosas									
Lepra	0	0	1	0	0	0	0	*	*
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0	0	*	*

*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.

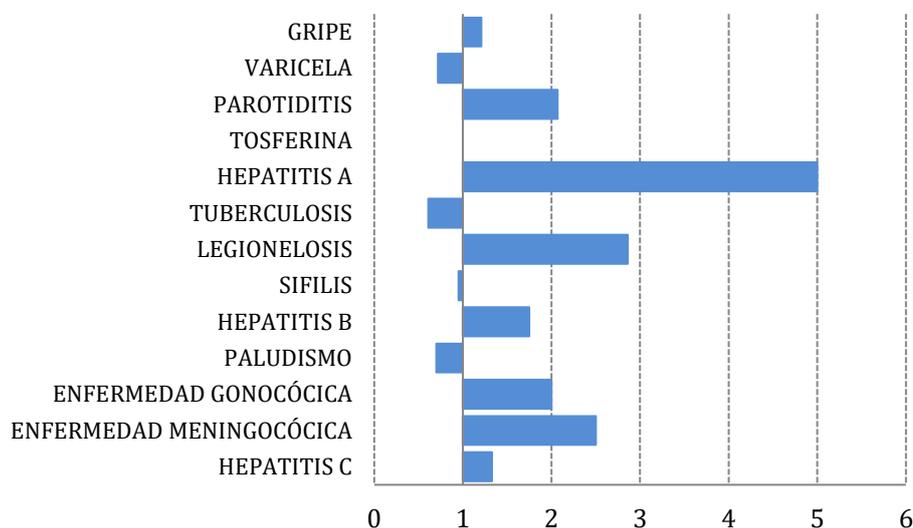
En la siguiente figura se representan las tasas de incidencia por 100.000 habitantes de algunas EDO.

**Tasas de incidencia por 100.000 habitantes en base logarítmica.
Araba/Álava 2018. EDO**



El mayor aumento respecto al año anterior, se ha producido en la legionelosis (IE1:2,50) y en la enfermedad meningocócica (IE1: 2,50). Respecto a la mediana de casos del quinquenio anterior, la shigelosis (IE2:8), hepatitis A (IE2:5), legionelosis (IE2:2,86), enfermedad meningocócica (IE2:2,5), parotiditis (IE: 2,07), enfermedad gonocócica (IE:2), hepatitis B (IE:1,75) y hepatitis C (IE:1,33) han tenido un aumento significativo de la incidencia. Presentan una disminución de incidencia la tuberculosis el paludismo y la varicela.

Tendencias EDO. Índice epidémico 2. Araba/ Álava 2018. EDO



SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA DE LA CAPV (SIMCAPV). 2018
Microorganismos declarados al SIM por el HUA. OSI Araba y OSI Errioxa; otras OSIs

	OSI Araba+Errioxa	Otras OSIs	Total
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL			
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	50	6	56
<i>Chlamydia trachomatis</i>	175	10	185
<i>Treponema pallidum</i>	50	2	52
INFECCIONES GASTROINTESTINALES			
<i>Campylobacter sp.</i>	434	91	525
<i>Listeria monocytogenes</i>	4	0	4
<i>Salmonella</i>			
Arizonae	2	0	2
Derby	3	0	3
Enteritidis	18	2	20
Give	0	1	1
Grupo B	1	0	1
Grupo C	18	6	24
Muenster	1	0	1
Napoli	1	0	1
Poona	2	0	2
Species	8	2	10
S.Typhimurium	72	10	82
<i>Shigella</i>			
<i>S. sonnei</i>	3	2	5
<i>S. flexneri</i>	4	0	4
<i>S.boydii</i>	1	0	1
<i>Yersinia enterocolitica</i>	24	6	30
<i>Adenovirus</i>	47	2	49
<i>Rotavirus</i>	85	27	112
<i>E coli enterohemorragico</i>	2	2	4
INFECCIONES DE TRANSMISION AÉREA			
<i>Chlamydophila pneumoniae</i>	47	13	60
<i>Legionella pneumophila</i>	20	3	23
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	8	1	9
<i>Streptococcus pneumoniae (hemocultivo)</i>	45	8	53
<i>Virus respiratorio sincitial</i>	432	66	498
MICOBACTERIAS			
<i>Mycobacterium tuberculosis complex</i>	12	2	14
<i>Mycobacterium lentiflavum</i>	3	1	4
<i>Mycobacterium xenopi</i>	2	0	2
<i>Mycobacterium bovis</i>	2	0	2
<i>Mycobacterium mageriense</i>	1	0	1
<i>Mycobacterium avium</i>	1	1	2
<i>Mycobacterium simiae</i>	1	0	1
<i>Mycobacterium gordonae</i>	1	0	1
Micobacterias atípicas	17	3	20
INFECCIONES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
<i>Neisseria meningitidis</i>	4	1	5
<i>Enterovirus (en LCR)</i>	14	1	15
ENFERMEDADES VACUNABLES			
<i>Bordetella pertussis</i>	40	2	42
<i>Haemophilus influenzae</i>	1	0	1
Hepatitis A	19	0	19
Hepatitis B	7	2	9
Parotiditis	119	12	131
Rubeola	0	0	0

Sarampión	0	0	0
ZOONOSIS			
<i>Brucella</i>	0	0	0
<i>Coxiella burnetti</i>	31	8	39
<i>Borrelia burgdorferi</i>	3	4	7
ENFERMEDADES IMPORTADAS			
<i>Plasmodium falciparum</i>	7	0	7
OTRAS INFECCIONES			
<i>Streptococcus pyogenes</i>	6	3	9

Microorganismos declarados al SIM. HUA. OSI Araba y Errioxa. 2011-2018

INFECCIONES TRANSMISIÓN SEXUAL	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	13	28	9	25	32	43	50
<i>Chlamydia trachomatis</i>	16	24	7	0	25	160	185
<i>Treponema pallidum</i>						27	50
INFECCIONES GASTROINTESTINALES							
<i>Campylobacter</i>							
<i>C. jejuni</i>	179	132	210	201	194	344	372
<i>C. coli</i>	2	0	3	0	1	40	52
<i>C. fetus</i>	2	0	1	0	0	0	1
<i>C. lari</i>	5	5	0	0	0	0	0
<i>C. sp</i>	118	107	31	88	77	23	8
TOTAL	306	244	245	289	272	407	433
<i>Entamoeba histolytica</i>	1	0	0	0	0	0	0
<i>Fasciola hepática</i>	1	1	1	0	0	4	0
<i>Listeria monocytogenes</i>	3	10	5	2	6	5	4
<i>Salmonella</i>							
<i>S. typhi /paratyphi</i>	0	1	0	1	2	0	0
Otras salmonellas							
<i>S. Typhimurium</i>	4	10	53	55	45	70	72
<i>S. grupo B</i>	40	50	9	0	0	0	1
<i>S. grupo C</i>	12	9	22	16	11	11	18
<i>S. grupo D</i>	33	43	6	0	0	0	0
<i>S. Enteritidis</i>	4	4	14	27	38	33	18
Otras	12	11	8	5	12	7	17
TOTAL	105	127	112	103	106	121	
<i>Sighella</i>							
<i>S. sonnei</i>	1	0	1	0	2	2	3
<i>S. flexnerii</i>	0	0	0	0	0	3	4
<i>S. boydii</i>	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	1	0	1	0	2	5	8
<i>Yersinia enterocolitica</i>	17	18	14	13	19	25	30
<i>Adenovirus</i>	19	17	23	50	28	73	49
<i>Taenia spp</i>	1	0	0	0	0	0	0
<i>Rotavirus</i>	104	88	61	107	63	112	112
<i>E coli enterohemorrágico</i>	0	0	0	0	0	0	2
INFECCIONES RESPIRATORIAS							
<i>Chlamydomphila pneumoniae</i>	0	8	17	18	12	44	47
<i>Legionella pneumophila</i>	2	8	5	7	4	2	20
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	42	31	19	105	8	5	8
<i>Streptococcus pneumoniae (hemocultivo)</i>	29	6	14	18	23	29	45
<i>Virus respiratorio sincitial</i>	58	5	62	0	141	198	432

Microorganismos declarados al SIM. HUA. OSI Araba y Errioxa. 2011-2018

MICOBACTERIAS	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Micobacterias tuberculosas							
<i>M. tuberculosis complex</i>	24	24	30	32	25	19	12
<i>M. bovis</i>	1	0	0	0	0	0	2
<i>M. africanum</i>	0	1	0	0	0	0	0
TOTAL	25	25	30	32	25	19	14
Micobacterias atípicas							
<i>M. xenopi</i>	0	0	3	3	0	0	2
<i>M. avium</i>	2	1	3	2	3	5	1
<i>M. goodii</i>	0	1	0	0	4	4	1
<i>M. fortuitum</i>	0	0	0	0	1	0	0
<i>M. intracellulare</i>	0	0	0	0	5	7	0
<i>M. kansasii</i>	1	1	0	5	3	1	0
<i>M. lentiflavum</i>	-	-	-	-	-	-	3
<i>M. mageritense</i>	-	-	-	-	-	-	1
<i>M. simiae</i>	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	4	3	6	10	16	17	9
INFECCIONES SNC							
Enterovirus (<i>aislamiento en LCR</i>)	6	8	0	0	0	0	11
<i>Neisseria meningitidis</i>	2	1	0	0	0	2	4
<i>Streptococcus pneumoniae (en LCR)</i>	1	1	1	2	4	0	2
VACUNABLES							
<i>Bordetella pertussis</i>	0	0	0	0	38	29	40
<i>Haemophilus influenzae</i>	4	3	2	1	2	8	1
Hepatitis B	1	2	0	0	0	9	7
Hepatitis A	4	4	3	4	3	28	19
Parotiditis	0	0	0	0	0	2	119
Rubeola	0	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0	0
ZOONOSIS							
<i>Brucella</i>	0	1	0	0	0	0	0
<i>Coxiella burnetii</i>	7	16	31	3	16	42	31
<i>Borrelia burgdorferi</i>	0	5	0	0	2	7	3
<i>Echinococcus granulosus</i>	1	8	11	5	6	5	0
ENFERMEDADES IMPORTADAS							
<i>Plasmodium</i>							
<i>P.spp</i>	0	6	7	5	2	0	0
<i>P. falciparum</i>	9	13	3	0	14	8	7
<i>P.vivax</i>	0	1	0	0	1	0	0
TOTAL	9	20	10	5	17	8	7
OTRAS INFECCIONES							
<i>Streptococcus pyogenes</i>	8	8	2	5	2	3	6

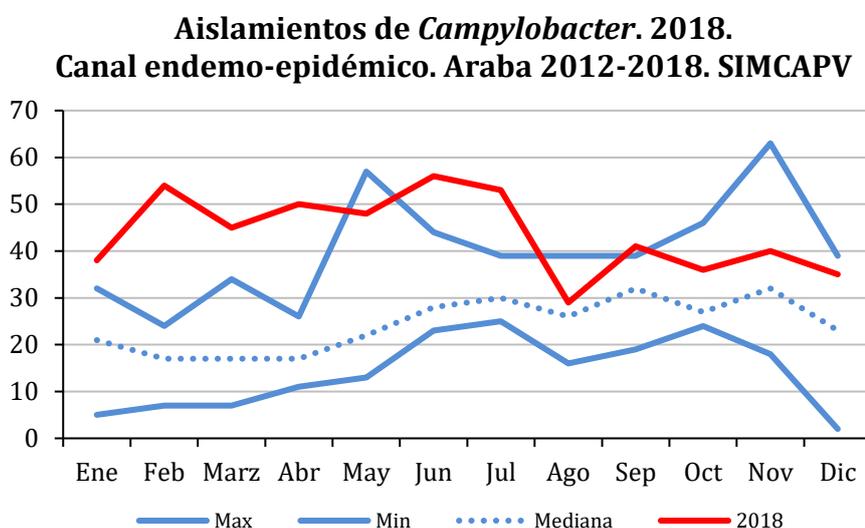
A2.-ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE LA A a la Z

Borreliosis

En 2018 se declararon 8 casos de borreliosis en Araba, tres casos confirmados y cinco probables (según definición de caso del ECDC). Los casos son seis hombres y dos mujeres con edades comprendidas entre los 3 y 73 años, mediana de 57,5 años. Tres de los casos desarrollaron neuroborreliosis. En cinco casos hay un antecedente de picadura por garrapata; en los tres restantes la exposición es desconocida. El 62,5% de los casos se concentran en 10 semanas (desde la semana 32 a la semana 41).

Campilobacteriosis

En 2018 se declararon al SIM 433 aislamientos en Araba, un 6% más que en 2017 (407). El 43% de los afectados eran menores de 6 años. La incidencia se ha mantenido por encima de la mediana del canal en la primera parte del año.



Chlamydia trachomatis, infección por

Se declararon al SIM 175 detecciones de *Chlamydia trachomatis*, de residentes alaveses, un 9% más que el año pasado (160).

Difteria

En 2018 no se han declarado ningún aislamiento de *Corynebacterium diphtheriae*. En 2017 se declaran cuatro aislamientos de difteria cutánea, uno aislado y tres de un mismo núcleo familiar (hermanos) relacionados con viajes al extranjero: Sri Lanka (1 caso) y Gambia (3 casos).

Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH)

En 2018 se diagnosticaron 4 posibles casos de EETH en residentes alaveses, un hombre de 70 años (que inició síntomas en 2017) cuya autopsia concluyó que se trataba de un Insomnio Familiar Fatal (IFF), y un hombre de 66 años y dos mujeres de 67 y 48 años, todos ellos con Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica (ECJe) de acuerdo a las autopsias. Los cuatro fallecieron durante 2018.

Encefalopatías transmisibles humanas. Registro del País Vasco 1993-2018

	Araba	Gipuzkoa	Bizkaia	CAPV
ECJe posible	3	2	8	13
ECJe probable	3	6	20	29
ECJe confirmado	12	32	46	90
Total esporádicos*	18	40	74	132
Tasa de ECJe /1.000.000	1,9	2,1	2,2	2,1
ECJ familiar	1	3	0	4
IFF	22	2	8	32
S. Gerstmann-SS	0	3	0	3
Total casos familiares	23	8	8	39

*Incidencia por 1.000.000 (ECJ Def.+Prob)

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.cjd.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>)

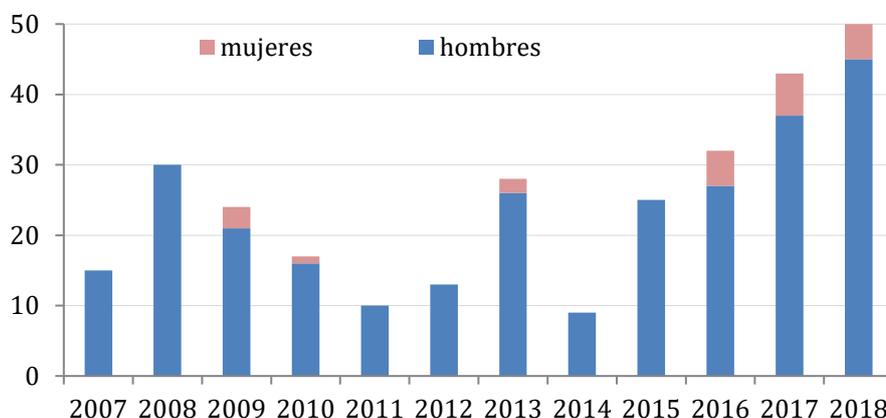
** El caso de Japón residió en UK 24 días entre 1980-1996

*** 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 2018 se declararon al SIM 50 aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae* de alavesas/es; el 90%, eran hombres. La edad media es similar en ambos sexos: 33 años en las mujeres y 32 en los hombres. La evolución muestra una clara tendencia ascendente de la enfermedad.

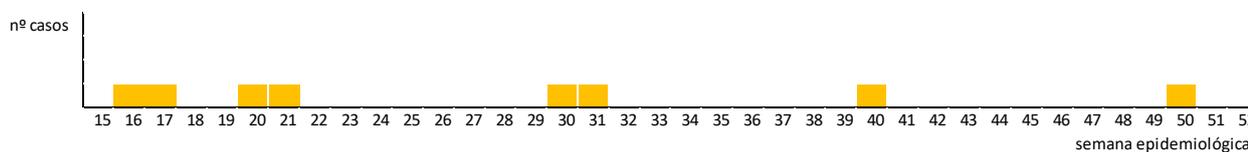
Número de aislamientos. *Neisseria gonorrhoeae*. SIM. Araba. 2007-2018



Fiebre Q

Durante el año 2018 se han declarado 8 casos de fiebre Q en Araba con una tasa de 2,46 casos por 100.000 habitantes. Todos los casos han sido aislados. Son seis hombre y dos mujeres con edades comprendidas entre 14 y 63 años, mediana de 39,5 años. En el siguiente gráfico se representan los casos por semana de inicio de síntomas.

Casos de fiebre Q por semana de inicio de síntomas. Araba/Álava 2018. EDO.



Las tasas de residentes alaveses distribuidas por OSI han sido de 1,79 en la OSI Araba y de 8,61 en la OSI Barrualde- Galdakao. En las demás OSI no se han registrado casos. Todos los casos han presentado fiebre y seis de ellos también neumonía.

Seis de los casos son confirmados y dos probables. La técnica de diagnóstico ha sido la seroconversión de IgG en fase II en los casos confirmados y un alto recuento de IgG en fase II en los casos probables.

Se han inspeccionado tres explotaciones ganaderas por parte del Servicio de Ganadería de la Diputación Foral de Álava. Se indicaron pautas para extremar las medidas de bioseguridad en la gestión de los residuos generados en los partos, el estiércol y la restricción de visitas a las granjas. Una de las explotaciones analizadas se dedica a la venta de leche y queso, por lo que además se le instó a cumplir los dos meses de maduración para la venta de queso y a no liberar leche cruda para consumo humano. Un caso era trabajador de dicha explotación, por lo que se le dio aviso a Osalan. Otro caso vinculado a una explotación estaba embarazada y se ha producido durante 2019 otro caso por transmisión vertical.

Fiebre tifo paratífica

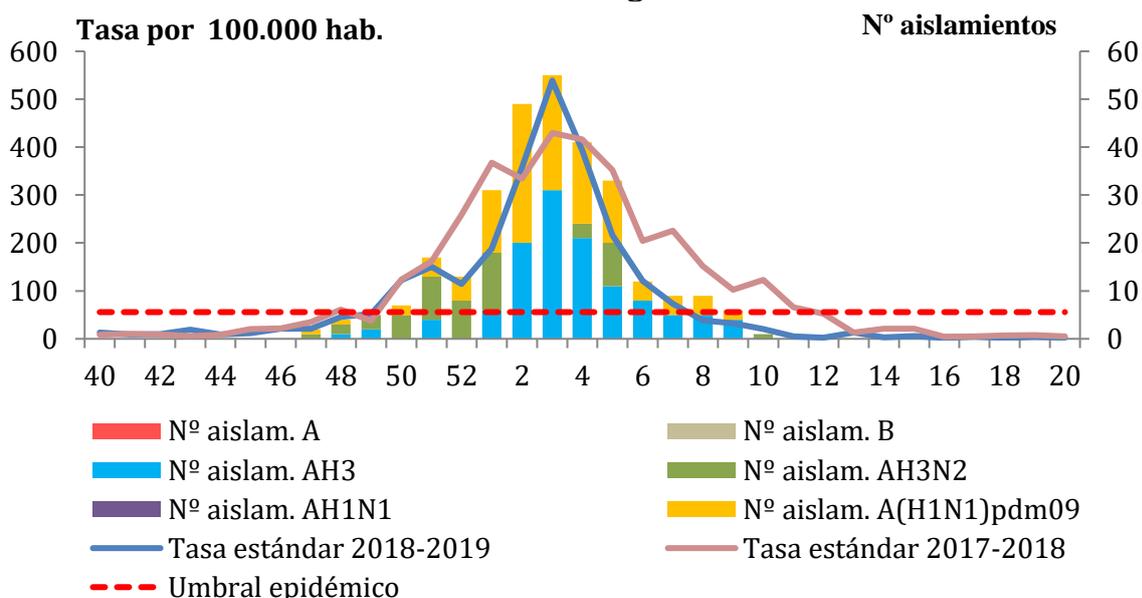
En 2018 no se declararon casos.

Gripe

La Red de Médicos Vigía de gripe de la CAPV está integrada, en la temporada 2018-2019, por 51 médicos/as de Atención Primaria (AP) que cubren a 61.975 habitantes (el 2,85% 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 2018 hasta la 20 del año 2019.

Durante la temporada 2018-19 la Red Vigía, ha registrado 1.504 casos de gripe (tasa de 2.754 casos por 100.000 habitantes), alcanzándose el pico epidémico en la semana 3/2018 (532,5 casos por 100.000). El umbral epidémico (55,73 casos por 100.000) se superó en la semana 50/2018 (122,3 casos por 100.000), descendiendo a niveles basales en la semana 08/2019 (49,91 casos por 100.000), lo que determina un periodo epidémico de 10 semanas; predominó el virus A, coexistiendo los virus A(H1N1)pdm09 y el AH3.

Evolución de la gripe CAPV. Temporadas 2018-2019 y 2017-2018
Red médicos vigía CAPV

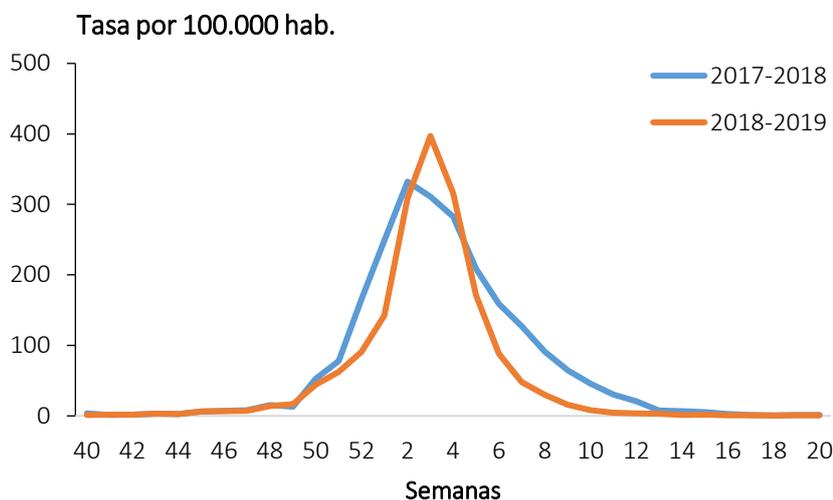


En la red de Atención Primaria de Osakidetza durante la temporada 2018-19 se registraron un total de 39.215 consultas por síndrome gripal, lo que representa una tasa acumulada de 1.802,3 casos por 100.000 habitantes.

La mayor demanda se produjo en la semana 3/2019, con 8.641 consultas (tasa de 397,1 casos por 100.000 habitantes). El 96,9% de las consultas se registraron en un periodo de 14 semanas (semanas 48/2018 a 9/2019).

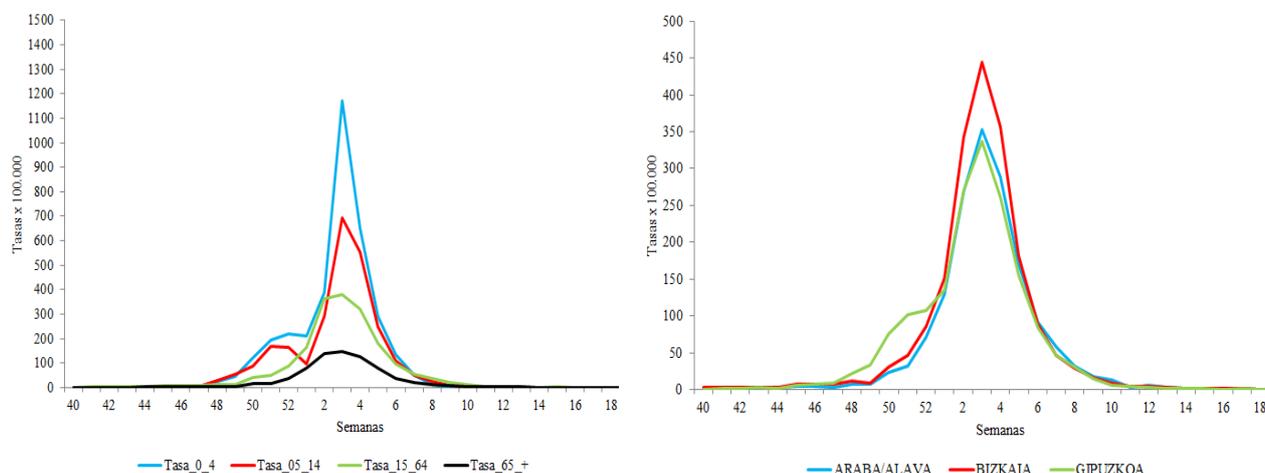
En la siguiente figura se comparan las dos últimas temporadas.

Consultas (tasas por 100.000) por síndrome gripal en Atención Primaria por TH. Temporada 2018-2019 y 2017-2018. Osabide



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

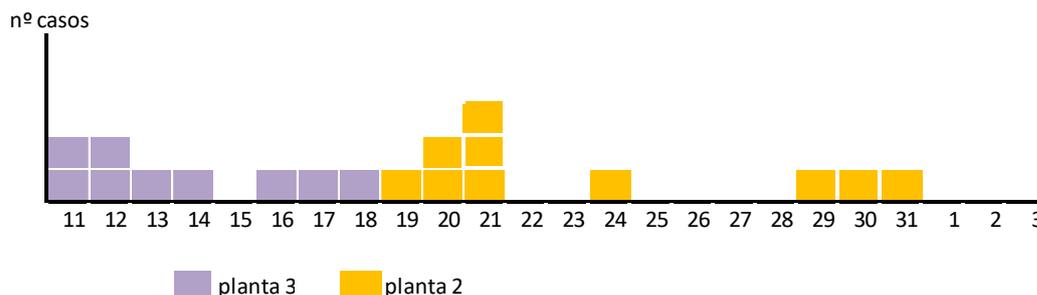
Consultas de síndrome gripal por grupo de edad y TH. Osakidetza. Temporada 2018-19. Osabide



Brotos

Se declaró un brote de gripe por influenza tipo A en una residencia de mayores de Vitoria-Gasteiz con 19 casos y una duración de 20 días. La tasa de ataque fue del 19% entre los residentes, con 3 ingresos y 2 fallecimientos. La residencia consta de 4 plantas con un total de 100 usuarios. En cada planta residen 25 usuarios. El 93 % de los residentes estaban vacunados y todos los casos también. El 89% de los casos fueron mujeres. En el siguiente gráfico se puede ver la distribución de casos por plantas y fecha de inicio de síntomas.

Nº de casos de gripe por fecha de inicio de síntomas y distribución por planta



Se recogieron 8 frotis faríngeos con 2 positivos para virus influenza tipo A. Los síntomas mayoritarios fueron fiebre de aparición brusca y disnea. Las medidas adoptadas fueron:

- Intensificación de las medidas higiénicas: lavado de manos antes y después de atender a cada paciente, cubrirse con un pañuelo al toser o estornudar, etc.
- Separación de los residentes enfermos del resto y restringir la circulación del personal entre las distintas áreas del edificio.
- Suspensión de aquellas actividades en las que participan residentes de las distintas plantas.
- Aislamiento del caso y de sus visitas en la propia habitación.
- Retrasar la entrada de nuevos residentes hasta el cierre del brote.

Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG)

En la temporada 2018-2019 se registraron en la CAPV 435 CGHCG, 16 casos menos que la temporada previa; de ellos, 78 eran de Araba/Álava (17,93%). El número de casos ha descendido notablemente respecto a la temporada previa (115).

De los casos de Araba/Álava, el rango de edad fue de 0 a 96 años y la mediana de 68 años, inferior a la temporada previa (77,5 años). El 60,3% eran mayores de 64 años. El 54% de los casos fueron mujeres. Hubo 3 casos en menores de 5 años. El 47,8% de los casos estaba vacunado.

El 9% de los casos precisó ingreso en la UCI. El 9 % de los casos falleció (7), un porcentaje inferior a la temporada previa cuando fallecieron el 25,4 % de los casos. El 37% de los casos no 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 2018-19

Factores de riesgo	%
Enfermedad cardiovascular crónica	26,9
Enfermedad respiratoria crónica	15,4
Diabetes	12,8
Inmunodeficiencia	1,3
Enfermedad renal crónica	3,8
Enfermedad hepática crónica	11,5
Enfermedad oncológica	11,5
Obesidad	6,4

Otros	21,8
Complicaciones	%
Neumonía	91
Coinfección	19,2
SDRA(sínd distrés respiratorio)	1,3
Fallo multiorgánico	3,8

El 83% de los casos se trató con antivirales, oseltamivir en el 100% de los casos.

Casos hospitalizados por gripe

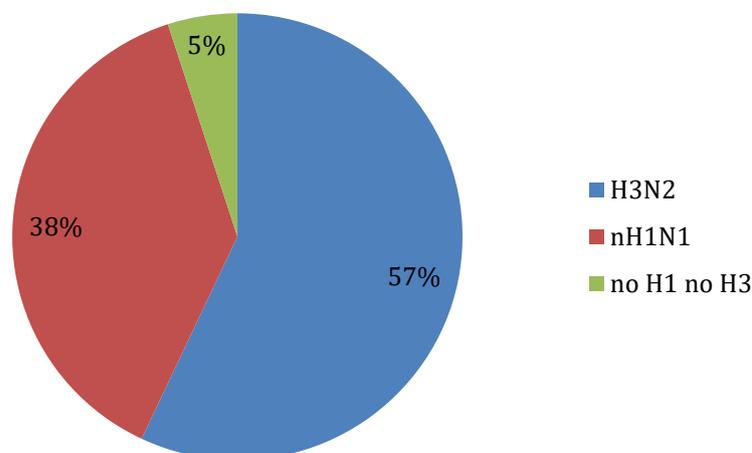
Durante la temporada 2018-2019 ha habido 271 casos que han sido hospitalizados con diagnóstico de gripe confirmada por laboratorio. La temporada anterior el nº de ingresados fue superior (331). De los casos ingresados el 29% cumplía criterios de gravedad. En toda la CAPV han ingresado 1662 personas, un valor inferior a la temporada previa (2043). En la siguiente tabla se reflejan los ingresos por grupos de edad:

Ingresos y casos graves de gripe por grupo de edad, CAPV y Araba

Grupo de edad	Ingresados CAPV	Ingresados Araba	Casos graves CAPV	Casos graves Araba
0-4 años	45	5	15	3
5-14 años	58	3	11	2
15-64 años	471	79	132	26
64 y más años	1.088	184	277	47
Total	1.662	271	435	78

Respecto al subtipo viral se tiene información de 62 casos. En el siguiente gráfico se reflejan los aislamientos por subtipo de los casos alaveses ingresados por gripe. En todos los casos se ha identificado el virus Influenza tipo A.

Aislamientos por subtipo de gripe. Casos ingresados por gripe en Araba/Álava. 2018-2019



Estudio cycEVA

Durante la temporada 2018-2019, no se ha participado en el estudio de casos y controles para estimar la efectividad de la vacuna antigripal (cycEVA).

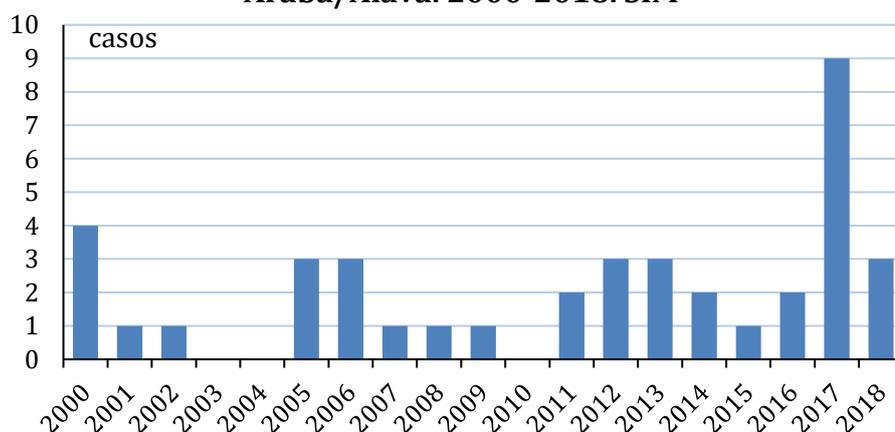
Sí se ha colaborado en un estudio prospectivo de efectividad de la vacuna antigripal en mujeres embarazadas en la prevención de casos de gripe en menores de seis meses utilizando el método de *screening*. Se trata de una colaboración con el programa Previcet (Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles) del Ciber de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Se han analizado las temporadas 2017-2018 y 2018-2019. En la primera temporada hubo 2 casos en menores de 1 año en Araba y en la temporada actual un caso en un menor de 7 meses de una madre vacunada durante el embarazo.

Haemophilus influenzae, enfermedad invasiva

Durante 2018 se han declarado tres casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* en residentes en Álava. Dos casos eran mayores de 65 años, ambos presentaron neumonía. El caso restante fue una niña de un mes, de embarazo eutócico y peso normal, que presentó una infección de vías respiratorias, sin neumonía. Ninguno de los tres estaba inmunodeprimido. No se produjeron fallecimientos.

Entre 2000 y 2018 los laboratorios de Araba declararon al SIM 40 aislamientos de *Haemophilus influenzae* de residentes en Araba. El rango de casos anuales oscila entre 0 y 9. Se conoce la edad de 34 casos, todos, excepto tres, mayores de 30 años; el 72,5% del total fueron mayores de 65 años. La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* es EDO desde 2016. Las medidas de control se recomiendan cuando el *Haemophilus* es de tipo b (Hib), vacunable, salvo en los menores de 5 años, en los que se recomiendan independientemente del serotipo.

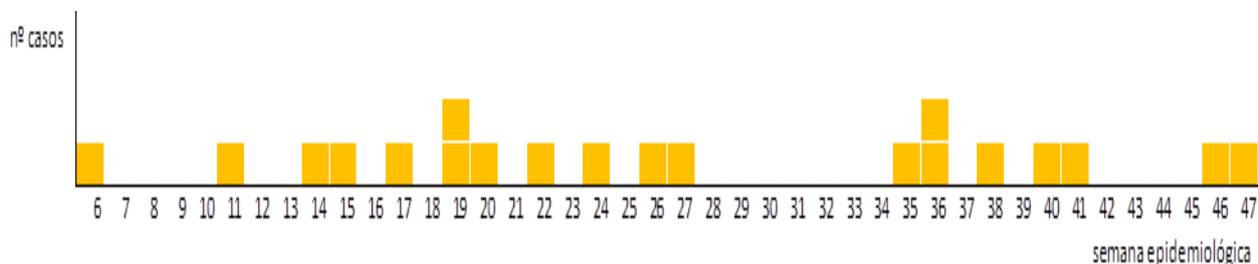
Número de aislamientos. *Haemophilus influenzae*. Araba/Alava. 2000-2018. SIM



Hepatitis A

Durante el año 2018 se han declarado 20 casos confirmados de hepatitis A en Araba, un valor inferior a los 38 casos del año anterior. La tasa es de 6,14 casos/100.000 habitantes con un IE2 de 5.

Casos de hepatitis A por semana de inicio de síntomas. Araba. EDO. 2018



El 75% de los casos fueron hombres. El rango de edad es de 8 a 53 años y la mediana de 24 años. En la siguiente tabla se presentan los casos por grupo de edad y sexo.

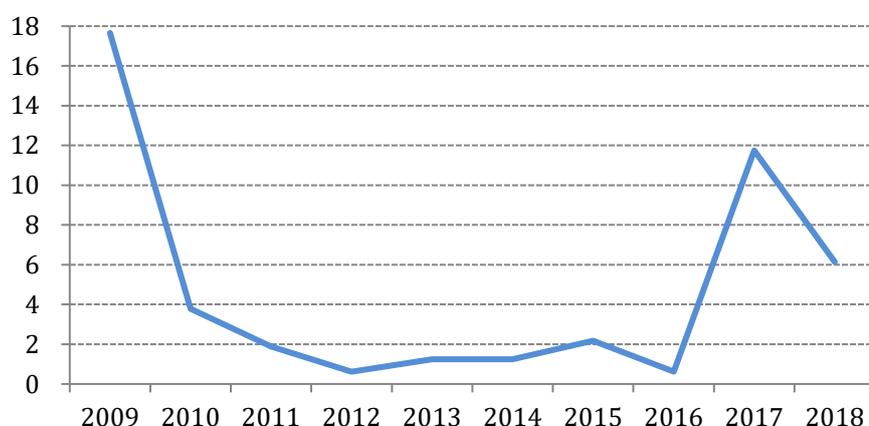
Casos de hepatitis A por sexo y grupo de edad. Araba. EDO 2018

Grupo edad	Hombre	Mujer	Total
0 a 4 años	1	0	1
5 a 14 años	5	1	6
15 a 24 años	1	3	4
25 a 44 años	5	1	6
45 a 64 años	3	0	3
Total	15	5	20

Ocho casos eran importados y 12 tenían antecedente de un viaje durante el periodo de incubación. Las regiones/países donde viajaron fueron: siete al Sáhara Occidental, dos a Marruecos, uno a Perú y dos a Asturias. Tres de los casos fueron secundarios y se produjeron tras haber recibido una dosis de vacuna frente a la hepatitis A. Uno de ellos inició síntomas al día siguiente a la vacunación, otro a los 20 días y el tercero a los 44 días. Ninguno de los casos ha tenido complicaciones debidas a la enfermedad ni ha fallecido.

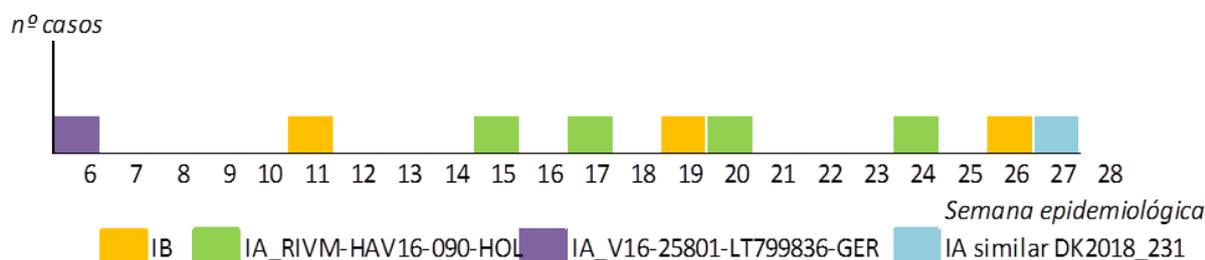
El gráfico siguiente representa la evolución de la incidencia de hepatitis A en Araba en los últimos diez años. Durante 2009 se produjo un importante incremento en el número de casos de hepatitis A, 54 casos (tasa de 17,66 por 100.000 habitantes), porque se produjeron tres brotes: uno de 17 casos asociados 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. Durante el 2017 hubo un incremento de casos debido a tres brotes distintos circulantes por Europa y que afectaron también a Araba. Durante el 2018 ha descendido el nº de casos, pero se sitúa en tasas bastante superiores al periodo 2011-2016

**Tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) de hepatitis A.
Araba/Álava 2009-2018. EDO**



De los 20 casos de 2018, doce son aislados. Los ocho restantes pertenecen a tres agrupaciones (dos son brotes familiares y hay una agrupación de tres personas con vínculo temporal, geográfico, de un mismo municipio, y de edad); en las tres agrupaciones existía antecedente de viaje a un país endémico sin antecedente de vacunación previa.

De los 20 casos alaveses, se han genotipado 9 virus, en la gráfica se representan los casos por genotipo y semana de inicio de síntomas:

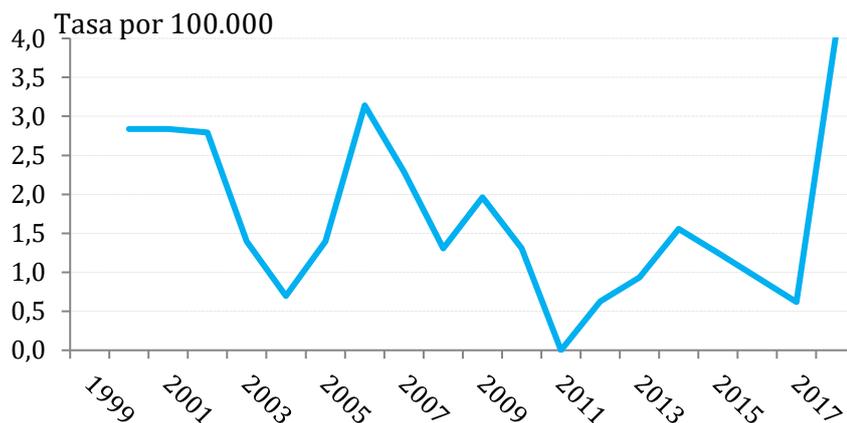


Los linajes RIVM-HAV 16 y V16-25801-LT799836 se han asociado a tres brotes distintos en Europa desde 2016 asociados a prácticas sexuales de riesgo con afectación importante de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/21-05-2018-RRA-Hepatitis-A-multicountry-outbreak-EU.pdf>. De los 5 casos alaveses de dichos linajes dos de ellos afirmaron haber tenido prácticas sexuales de riesgo. El linaje con subgenotipo similar a DK2018_231 se ha asociado a un brote iniciado en 2018 en Europa supuestamente relacionado con un alimento de Marruecos. <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.27.1800329>

Hepatitis B

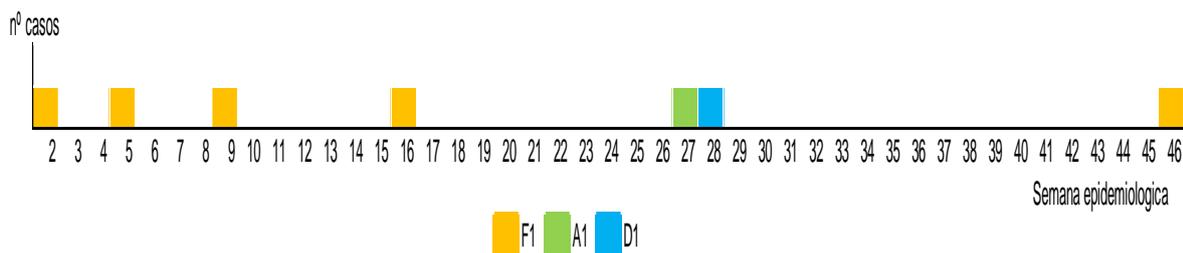
Durante el año 2018 se han declarado 7 casos de hepatitis B (HB) en Araba, lo que corresponde a una tasa de 2,15 casos /100.000, tasa inferior al año anterior (4,03). El índice epidémico 2 (razón del nº de casos de 2017 respecto a la mediana del quinquenio anterior) es 1,75. En el siguiente gráfico se 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 1999-2018. EDO**



Seis de los siete casos de hepatitis B han sido hombres. El rango de edad ha sido de 20 a 77 años, mediana de 50 años. Cinco de los siete casos han requerido ingreso hospitalario. Ninguno de los casos estaba vacunado frente al virus de la HB. Debido al incremento de casos iniciado en el año 2017, se enviaron a caracterizar al CNM las 7 muestras de suero positivas a IgM anti-HBc correspondientes al año 2018. En la siguiente gráfica se representan los casos por fecha de inicio de síntomas y genotipo:

**Casos de hepatitis B por semana de inicio de síntomas y genotipo identificado.
Araba 2018. EDO**



La siguiente tabla recopila la información microbiológica y epidemiológica del brote de hepatitis B con genotipo F identificados en Araba desde abril del 2017 hasta finales del 2018:

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
13	47	H	F ₁	30/01/2018	HSM-SP	S
14	52	H	F ₁	28/02/2018	HSM-SP	N
15		H	F ₁	17/04/2018	HSM-SP	N
16	70	M	F ₁	19/12/2018	Desconocido	N

*HSH: relaciones sexuales hombre-hombre

*HSM: relaciones sexuales hombre-mujer

*SP: sin protección

*App: aplicación

El genotipado permitió identificar el brote de hepatitis B con afectación importante de HSH, dado que a partir de las encuestas epidemiológicas no se consiguió establecer ningún vínculo entre los afectados. Tras la confirmación del brote, desde la Unidad de Epidemiología se realizaron diferentes actuaciones entre las que destacan la información a las consultas de ITS y organizaciones que realizan campañas de prevención en Álava y envío de 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 4 casos de hepatitis C a lo largo del 2018, uno de infección aguda reciente y 3 de nuevo diagnóstico. Son dos hombres y dos mujeres con edades comprendidas entre 30 y 56 años, mediana de 42 años. Los casos se han diagnosticado mediante la detección de ARN viral. El factor de riesgo identificado en el caso de la adquisición reciente ha sido el uso de drogar por vía parenteral. En relación a los casos de nuevo diagnóstico, uno tiene como antecedente una transfusión en edad infantil y otro refiere haber sido usuario de drogas por vía parenteral (UDVP); en el tercero no se conoce ningún factor de riesgo.

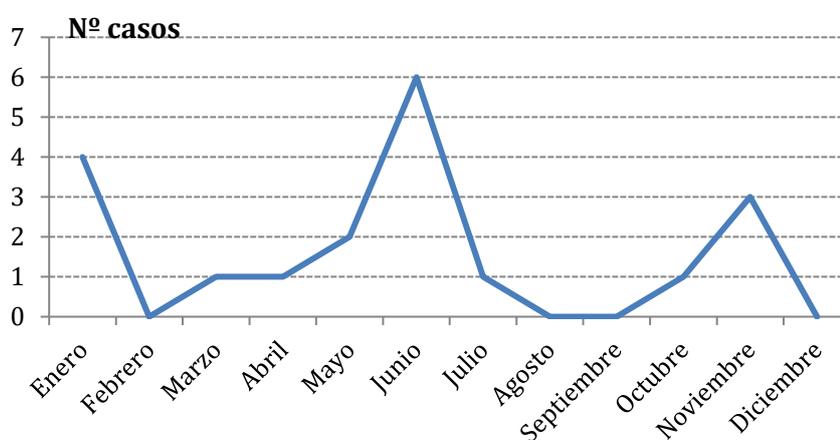
Hidatidosis

Durante 2018 no se han recibido declaraciones de títulos altos de anticuerpos frente a *Echinococcus granulosus*.

Legionelosis

Se declararon 19 casos de legionelosis durante 2018, tasa de incidencia fue de 5,84 casos por 100.000 habitantes. El índice epidémico 2 ha sido de 2,7, lo que significa una incidencia alta respecto al quinquenio anterior. Un caso se ha relacionado con un viaje, siendo la tasa de 5,53 exceptuando este caso. El porcentaje de cambio respecto al año anterior es del +125%.

Casos de legionelosis por mes de inicio de síntomas. Araba 2018. EDO



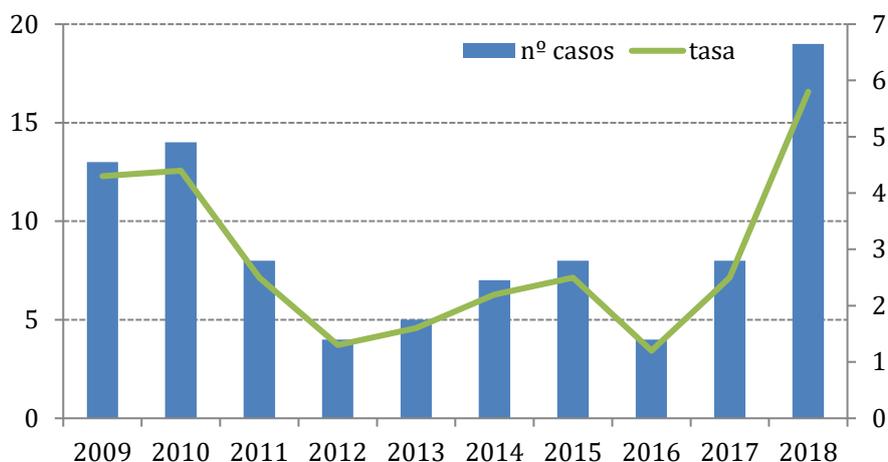
Durante el mes de junio se observó un pico por un brote en un complejo deportivo. Los casos de 2018 han sido 14 hombres y 5 mujeres con un rango de edad de 33 a 80 años, mediana de 60 años. La tasa más alta se ha dado en el grupo de mayores de 64 años (tasa igual a 12).

Doce casos son residentes en Vitoria-Gasteiz. Todos los casos presentaron neumonía a excepción de dos que desarrollaron fiebre de Pontiac. Dos de los casos han sido tratados ambulatoriamente, el resto han requerido ingreso hospitalario. La mediana de la estancia en el hospital ha sido de 7 días.

Entre los factores de riesgo individuales más predominantes, el 31,6% era fumador, el 26,3% bebedor, el 21,1% presentaba diabetes y el 10,5% enfermedad respiratoria crónica. En el 21,1% de los casos no se conoce ningún riesgo personal. Un caso se ha relacionado con una actividad profesional de riesgo, por lo que se transmitió la información a Osalan.

El método de diagnóstico microbiológico fue la antígenuria mediante EIA (enzima-inmunoanálisis) en todos los casos menos en dos donde se pudo aislar la bacteria mediante cultivo. La mediana de los días transcurridos desde el inicio de síntomas hasta la declaración del caso, casi siempre coincidente con el diagnóstico mediante antígenuria, fue de 4 días. El siguiente gráfico refleja la evolución de la legionelosis en Araba en los últimos 10 años; el incremento de casos en 2018 es claro.

Evolución de casos y tasas por 100.000 de legionelosis en Araba EDO. Araba/Álava 2009-2018



Se identificó una agrupación temporo-espacial con 7 casos, que se vinculó a un complejo deportivo situado en Vitoria-Gasteiz. En la investigación ambiental, hubo resultados positivos para *Legionella* en varios puntos de las instalaciones.

Investigación ambiental

Ante la declaración de un caso de legionelosis, se realiza una evaluación de los riesgos ambientales para proceder o no a la toma de muestras, actividad que realiza Sanidad Ambiental, la Comarca de la Subdirección de Salud Pública de Álava/Araba y/o el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Intervenciones y resultados ambientales obtenidos a raíz de los casos de legionelosis. Araba 2018

Caso nº	Factores de riesgo e intervención
1	Muestreo de 5 empresas en LLodio. Recogida de 4 muestras. Resultado: negativas.
2	Lavacoches en Laguardia. Resultado negativo.
3	Muestreo ducha domicilio. Resultado negativo
4	Muestreo nebulizador Simply: Resultado: 350.000 ufc <i>Legionella</i> spp distinta a <i>L.pneumophila</i>
5	Ducha y lavabo trabajo. Detección de <i>Legionella</i> NO pneumophila (OSALAN)
9	Muestreo Simply(Avenida). Resultado negativo
(10-15)	Complejo deportivo*
16	Ducha domicilio. Resultado: 200.000 ufc <i>Legionella</i> serogrupo 2-14

*Se expone a continuación

Brote complejo deportivo BAKH

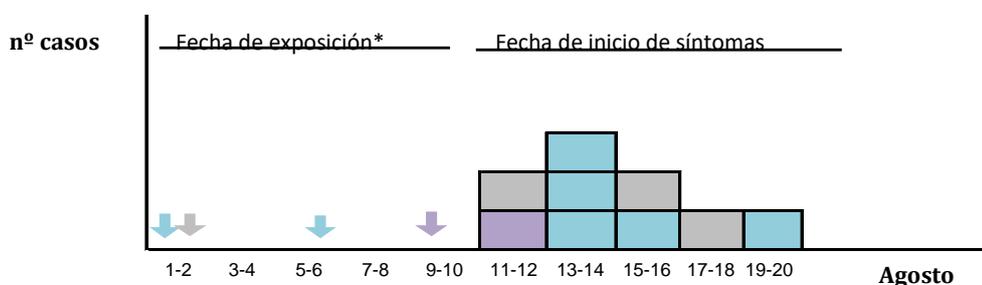
En el mes de junio se declaró en Vitoria-Gasteiz un brote de legionelosis con 7 casos confirmados. Todos tenían como vínculo epidemiológico haber estado en el complejo deportivo BAKH durante el periodo de incubación. En las diferentes muestras de la instalación de agua caliente sanitaria del complejo creció *Legionella* con valores que

alcanzaban los 10^5 UFC/l en varias ubicaciones. Se constató que la captación de agua provenía de un pozo propio en lugar de la red de abastecimiento de la ciudad. El sistema de agua caliente del complejo no alcanzaba la temperatura de 50°C requerida según la normativa vigente. No se pudo genotipar la única cepa humana, por lo que no se pudo comparar con las cepas ambientales. Tras el resultado negativo de las últimas muestras tomadas tras las L+D y subsanación de las deficiencias, no se produjeron más casos.

Leptospirosis

Durante el 2018 se declaró un brote de leptospirosis en el municipio de Okondo (Araba). Se diagnosticaron 9 casos, 7 confirmados microbiológicamente. Todos eran hombres con edades entre 13 y 19 años. En todos ellos hubo fiebre elevada que se acompañó de diferente clínica según el caso, a saber: cefalea, mialgias, meningitis, afectación hepática, pielonefritis, convulsiones y/o miocarditis. Ocho casos requirieron ingreso hospitalario, con una mediana de 3 días de estancia (rango: 1-9) y uno de ellos el ingreso en la UCI.

Curva epidémica del brote de leptospirosis. Okondo, agosto 2018



* Los colores representan las fechas de exposición de los casos

Todos los casos presentaron como antecedente haberse bañado en una poza natural del río *Izalde*. En la inspección ambiental del cauce se identificaron varios factores predisponentes como la existencia de un centro de hípica y varios caseríos con ganado vacuno en las cercanías del río, así como una fuga en el colector de saneamiento a 150 m de la zona de baño. En las muestras de agua recogidas se detectaron valores de *Escherichia coli* y *Enterococcus* superiores a las indicaciones de las zonas de baño. No se pudo determinar la presencia de *Leptospira* por falta de un método validado en la CAPV. Una vez confirmado el brote y conocido el antecedente de exposición, se colocó un cartel en la zona desaconsejando el baño. A partir de ese día no se identificaron nuevos casos.

Lepra

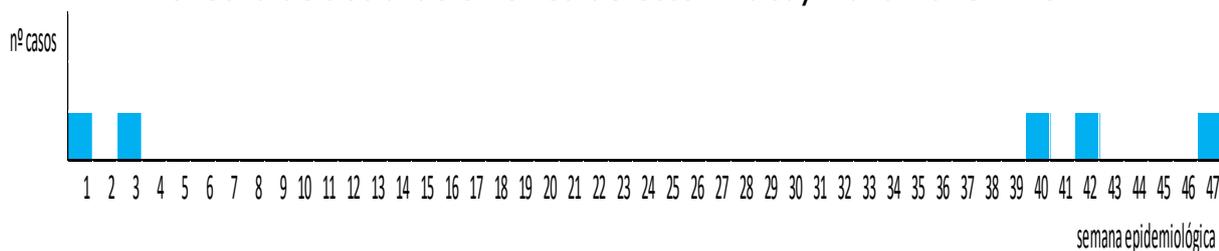
En 2018 no se declaró ningún caso nuevo de lepra; ni se ha realizado el seguimiento de los dos casos en seguimiento en 2017. Uno de ellos no estaba localizable y el otro ha estado ausente hasta finales del 2018; este último tiene cita en dermatología en 2019.

Listeriosis

Durante el año 2018 se han declarado 5 casos de listeriosis en Araba, 3 hombres y 2 mujeres con edades comprendidas entre los 23 y 84 años, mediana de 65 años. Han sido casos aislados y todos corresponden a *otra forma de listeriosis*. Cuatro casos han sido

confirmados por laboratorio. El único caso probable consumió un queso implicado en una alerta sanitaria por contaminación con *Listeria*. Este caso ha sido importado ya que el consumo se produjo en Madrid. La presentación de la enfermedad ha sido: meningoencefalitis y fiebre; fiebre, bacteriemia e infecciones localizadas: fiebre y bacteriemia; y sólo fiebre en dos casos. Todos menos uno ha precisado ingreso hospitalario con una estancia mínima de 10 días, máximo de 57 y mediana de 11 días. Entre los factores de riesgo, dos casos padecen enfermedades crónicas y tres no tienen ningún factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad. 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 2018. EDO**



En tres de los casos se aisló *Listeria* en sangre y en uno en LCR. Las muestras se enviaron al CNM para su genotipado siendo las cuatro cepas del genotipo 4 (serovariedad IV b), el grupo más frecuente en brotes de listeriosis en Europa.

Investigación ambiental

En la investigación ambiental del caso de la semana 1 se obtuvo una muestra de queso del domicilio de la propia afectada, resultando un recuento de $1,9 \cdot 10^4$ ufc/g de *Listeria monocytogenes*. El queso procedía de una quesería ubicada en Araba en cuya investigación ambiental se evidenció la presencia de *Listeria monocytogenes* en varios quesos que fueron confirmados posteriormente en muestreos de control oficial. El análisis genómico de la cepa del caso y de las alimentarias (tanto del queso del domicilio como de los quesos muestreados de la quesería) demostró una estrecha relación en todas ellas, ya que presentaban únicamente entre 0 y 2 diferencias alélicas en el perfil alélico de cgMLST (secuenciación genómica que incluye el estudio de 1701 genes).

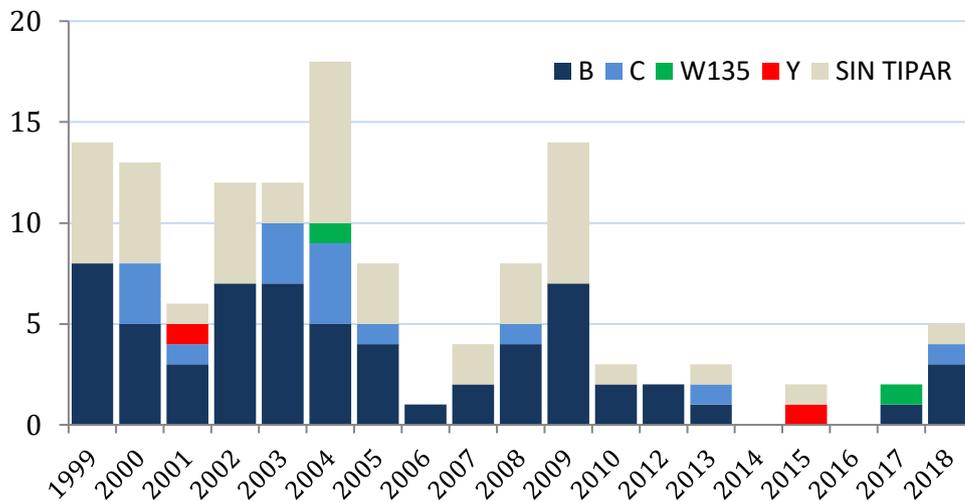
En lo que respecta a la quesería, se establecieron medidas cautelares inmediatas sobre los quesos considerados de riesgo. Se instó a la revisión e implantación del documento de autocontrol, específicamente lo relativo a la vigilancia y medidas correctivas y preventivas a adoptar. Se realizó una revisión documental de pre-auditoría y posteriormente se llevó a cabo una auditoria. Fueron decomisados y destruidos 1.053,76 Kg de queso.

Meningocócica, enfermedad

Durante 2018 se confirmaron en Araba cinco casos de Enfermedad Meningocócica (EM). Tres correspondieron al serotipo B, dos de 6 y 13 meses, vacunados ambos con una dosis frente al meningococo C y uno de ellos también frente al meningococo B, y una mujer de 53 años no vacunada. Otro caso, en una mujer de 54 años no vacunada, fue del serotipo C. El quinto caso, un niño de 4 años vacunado con tres dosis contra C, no se pudo tipar por

deficiencia en la muestra. En los últimos tres años se han declarado siete casos de EMI en Araba, cuatro por el serogrupo B, uno por el C, uno por el W, y un último que no se pudo tipar. La evolución de casos y serotipos se presenta en la siguiente figura.

Número de casos de enfermedad meningocócica invasiva, por serogrupo. EDO. SIM. Araba. 1999-2018.

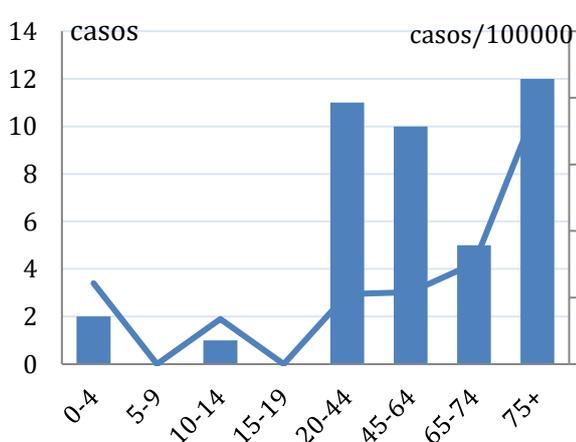


Neumocócica invasiva, enfermedad

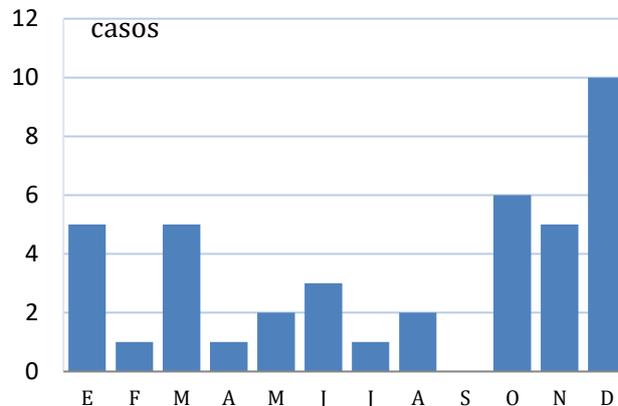
En 2018 se declararon 40 casos de enfermedad neumocócica invasiva en residentes de Araba, un incremento del 11% respecto a 2017. Esta cifra supone una tasa de 12,6 casos/100.000 habitantes, superior a la de 2017 (10,8/100.000). La incidencia más alta se dio en los meses más fríos. El 85% (34) de los 40 afectados fueron hombres y el 14,6% (6) mujeres. La presentación clínica fue: 30 casos (75%) de neumonía, aislada en 18 de ellos. Se produjeron 4 fallecimientos. En las siguientes gráficas se presentan los casos por edad y mes de declaración.

Enfermedad neumocócica invasiva. Araba/Alava. 2018. SIM.

a) Casos y tasas por grupo de edad



b) Número de casos por mes



Hubo 3 casos en edad pediátrica (menores de 15 años), sin factores de riesgo. 21 casos pertenecían al grupo de 15 a 64 años, 12 de ellos con algún factor de riesgo. En este grupo, una persona estaba vacunada. Entre los mayores de 64 años hubo 17 casos, de los que 16

presentaban algún factor de riesgo y el 58,8% (10) estaba vacunado con una dosis de la vacuna polisacárida. De los resultados disponibles del tipado, 8 son del serotipo 8, 4 del serotipo 3, 4 del serotipo 19A, 2 del serotipo 12F, y uno de cada uno de los siguientes serotipos (10A/D; 23; 31; 33F/A; 37).

Paludismo/malaria

En el año 2018 se registraron 7 casos de malaria, valor similar a 2017 (8 casos). La tasa fue de 2,15 por 100 000 habitantes. El rango de edad fue de 26 a 46 años. Todos los casos tenían el antecedente de un viaje a su país natal. Los países de origen con más casos fueron Senegal, Nigeria y Guinea Ecuatorial. Ninguno había tomado quimiopprofilaxis. El agente causal fue *Plasmodium falciparum* en todos los afectados.

**Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de paludismo.
Araba/Álava 2007-2018. EDO**



Parotiditis

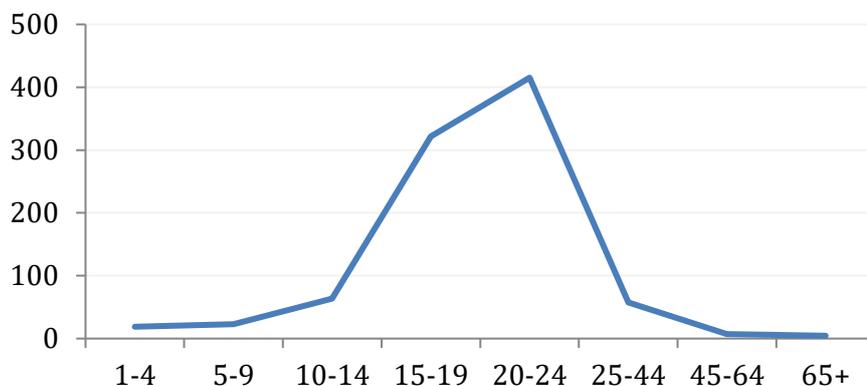
Durante el año 2018 se notificaron 179 casos de parotiditis (tasa de 54,98 casos por 100.000 habitantes), superior a 2017 (31,52 casos por 100.000 habitantes). El índice epidémico 1 es de 1,75. El 67% de los casos fueron menores de 25 años. El 55,3% de los casos fueron hombres y el 44,7% mujeres. Se representa la evolución de las tasas de incidencia de parotiditis en Álava entre 2007 y 2018.

**Tasas de incidencia (por 100.000 hab.) de parotiditis.
Araba/Álava 2007-2018.**



En la siguiente gráfica se pueden observar las tasas de incidencia de parotiditis en 2018 por grupos de edad. El grupo más afectado es el de 20-24 años (tasa de 415,18). No hubo casos en menores de 1 año.

Tasas de incidencia (por 100.000 hab.) de parotiditis por grupo de edad. Araba/Álava. 2018.



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 la poliomiélitis y el diagnóstico final de nueve de ellos fue un Síndrome de Guillain Barré. Durante 2018 no se ha declarado ningún caso; el último, un Guillain Barré, se declaró en 2016.

Rabia

En 2018 no se registró ningún caso de rabia humana. Se han completado 2 pautas post-exposición de rabia a dos viajeros que fueron mordidos por un mono en Tailandia, país

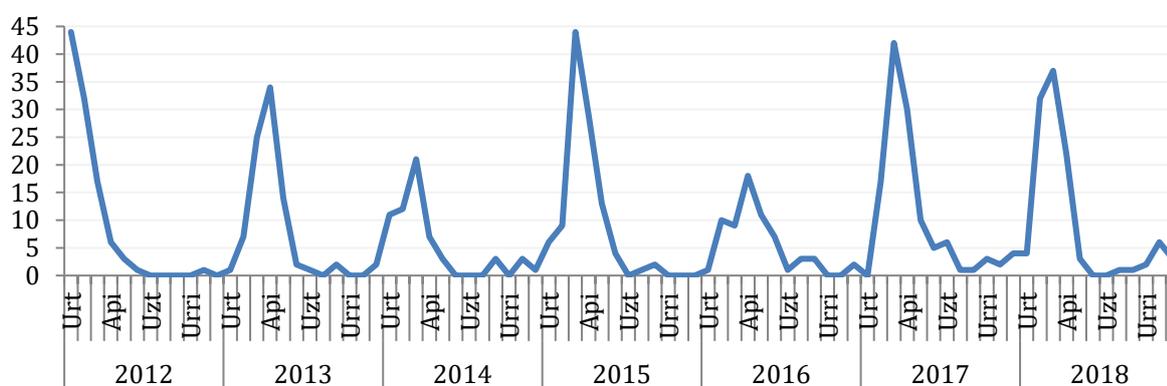
endémico de rabia. En 2018 no se tienen datos de pautas pre-exposición por cambios en la organización de su administración.

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 2018 se recibieron 29 notificaciones de este tipo, todas ellas declaradas por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Rotavirus

Durante 2018 se declararon 85 muestras positivas de Rotavirus (detección del antígeno en heces) de residentes en Araba, menos que en 2017 (112). 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. 2012-2018. SIM.



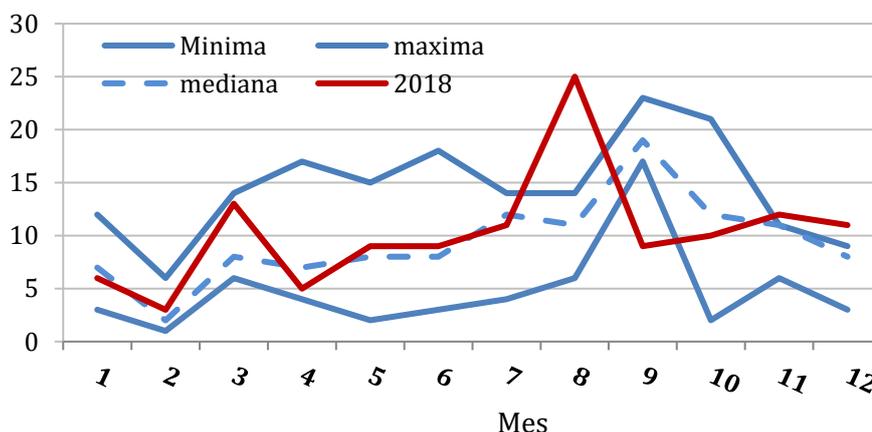
Rubéola y rubéola congénita

Durante 2018 no se ha declarado ningún caso de rubéola ni de rubéola congénita.

Salmonelosis

En 2018 se declararon al SIM 126 aislamientos de *Salmonella* de residentes en Araba, valor similar al del año pasado (121 aislamientos). Como en los últimos años, la cifra de *S. Typhimurium* (72) supera a la de *S. Enteritidis* (18). El canal endemoepidémico refleja un aumento de la incidencia en agosto cuando superó el máximo del quinquenio anterior.

Aislamientos de *Salmonella* por mes. 2018. Canal endemo-epidémico. Araba 2013-2018. SIM



Sarampión

Durante 2018 no se ha declarado en Álava ningún caso de sarampión. En abril se hizo el seguimiento a 17 personas que estuvieron expuestas a un caso confirmado en otro territorio. También en abril se investigó un caso sospechoso, que posteriormente se descartó. Finalmente, en noviembre, se hizo también el seguimiento de cuatro residentes alaveses que compartieron un vuelo con un caso confirmado.

Sarna

En 2018 se produjeron tres brotes de sarna en Araba: uno en una residencia geriátrica, otra en un piso tutelado y otra en un centro de aprendizaje. En la residencia hubo 18 casos en residentes y 5 en trabajadores. En el piso hubo 2 casos en residentes y otros 2 en trabajadores. También se produjo un brote de escabiosis con 5 casos en un centro de aprendizaje. Los dos primeros casos residían en el piso donde previamente se había declarado el brote. Se indicó el tratamiento de los casos, quimioprofilaxis a los contactos, tanto residentes como trabajadores, y medidas de limpieza en los tres brotes.

Sífilis

En 2018 se declararon 17 casos. La sífilis es en la CAPV una enfermedad de declaración numérica, a pesar de las indicaciones del CNE de ser de declaración individual, por lo que no disponemos de información sobre las características de los casos. A pesar de los altibajos que presenta su evolución, 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.

***Streptococcus* grupo A, enfermedad invasiva**

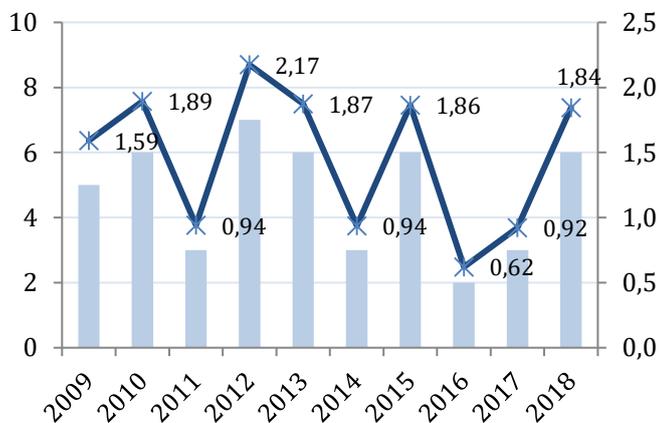
La enfermedad invasiva por estreptococo grupo A (SGAi), se define como una infección asociada al aislamiento del estreptococo grupo A (SGA) en un sitio normalmente estéril. Durante 2018 se declararon 6 aislamientos en sangre en personas residentes en Araba. Los afectados fueron tres hombres (edades: 44, 72, 87 años) y tres mujeres (edades: 45, 68, 83 años). El hombre de más edad fue el único fallecido durante la hospitalización por fallo multiorgánico, presentando bacteriemia, neumonía y shock tóxico, y como factores de riesgo diabetes y enfermedades pulmonar y cardiaca crónicas. El resto de casos fueron dados de alta sin mostrar secuelas debidas a la infección, presentando todos ellos bacteriemia, y celulitis en tres de los casos. Sólo uno de estos cinco pacientes carecía de factores de riesgo, tres estaban inmunodeprimidos por tratamiento médico, y uno (la mujer de más edad) padecía diabetes, enfermedad cardiaca crónica y una lesión cutánea. En dos casos fue necesaria la prevención antibiótica de los contactos estrechos.

En los últimos 10 años, entre 2009 y 2018, se han investigado 47 casos de SGAI, 46 confirmados y uno probable (aislamiento en sitio no estéril con clínica compatible no justificada por otra causa). La tasa acumulada del periodo 2009-2018 fue de 1,48 casos por 100.000. Las tasas por año (por 100.000) han oscilado entre 2,17 en 2012 y 0,62 en 2016. La razón de sexos es 1,88 (30 hombres/17 mujeres). Un 4,25%(2/47) tienen menos de 1 año presentando este grupo de edad la tasa de incidencia acumulada más elevada (6,28/100.000), seguido del grupo de mayores de 65 años (44,68%; 21/47), con una

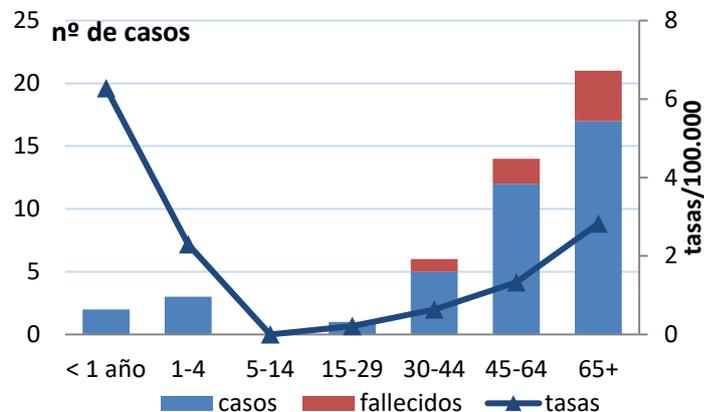
incidencia acumulada de 3,49, y del de 1 a 4 años (6,38%; 3/47) con una tasa de 2,3/100.000.

Nº de casos y tasas de incidencia (por 100.000) de SGAI. Araba/Alava. 2009-2018

Evolución de la Incidencia 2009-2018



Incidencia por grupos de edad.2009-2018



En la última década, con la excepción de un afectado, todos los demás han precisado ingreso hospitalario y 7 fallecieron (letalidad del 14,9%). La edad de los fallecidos osciló entre 39 y 87 años y todos presentaban algún factor de riesgo de adquisición de la enfermedad. El 83%(39) de los aislamientos fueron en sangre, el 6,4%(3) en líquido pleural, el 4%(2) en líquido peritoneal, el 4%(2) en tejidos internos (adenopatía y musculo) y un caso en herida (caso probable). La presentación clínica más frecuente fue la bacteriemia sin foco (36%); un 19% presentaron shock séptico.

Casos de SGAI. Tipo de muestra y presentación clínica. 2009-2018. Araba/Álava

Muestra	Presentación clínica	N	%	Shock toxico
Sangre	Bacteriemia sin foco	17	36,2	2
	Celulitis	11	23,4	1
	Amigdalitis/odinofagia	2	4,2	0
	Neumonía	4	8,5	2
	Erisipela	1	2,1	0
	Bursitis/osteomielitis	3	6,4	0
	Endometriosis puerperal	1	2,1	0
	Líquido pleural	Neumonía / derrame	3	6,4
Líquido peritoneal	Absceso retroperitoneal	2	4,2	1
Músculo	Fascitis necrotizante	1	2,1	1
Adenopatía	Celulitis	1	2,1	0
Herida*	Celulitis	1	2,1	1
Total		47	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 5 casos menores de 5 años, uno tuvo relación con el virus de la varicela; el resto de los niños/as no presentaba factores de riesgo conocidos. Entre los adultos, 11(25,2%) no presentaban ningún factor de riesgo conocido y el resto, 31 casos, presentaban uno o más factores de riesgo: una edad superior a 64 años (67%), diabetes mellitus (32%), tratamiento inmunosupresor (13%), cardiopatía (13%), EPOC (13%), hepatopatía (10%), y cáncer (6%).

Tétanos

Durante 2018 no se declaró ningún caso de tétanos.

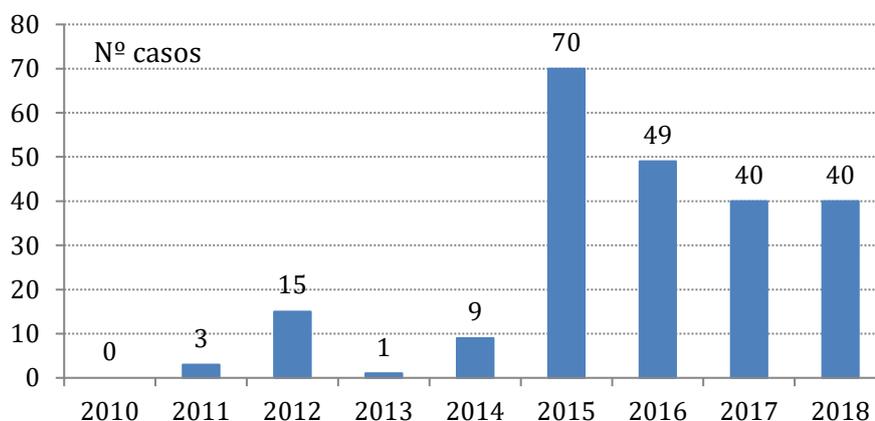
Tiña

Se declararon dos brotes de tiña con 8 casos en 2018. Ambos brotes se dieron en centros escolares, uno de tres casos y otro de cinco. La tiña no es una EDO pero los brotes se declaran a la Unidad de Epidemiología. 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 ni el tratamiento preventivo a los contactos. Se informó a madres/padres y trabajadores de la situación para evitar la alarma injustificada que suele acompañar a este tipo de brotes. En este sentido, las Unidades de Epidemiología de la CAPV hemos elaborado una guía de actuación en caso de brote.

Tosferina

En 2018 se declararon 40 casos de tosferina (tasa de 12,36 casos por 100000 habitantes), cifra idéntica a 2017. Tras el fuerte incremento de 2015, las cifras se han ido estabilizando en los últimos años.

**Número de casos anuales de tosferina. Araba/Álava.
Años 2010-2018. EDO**

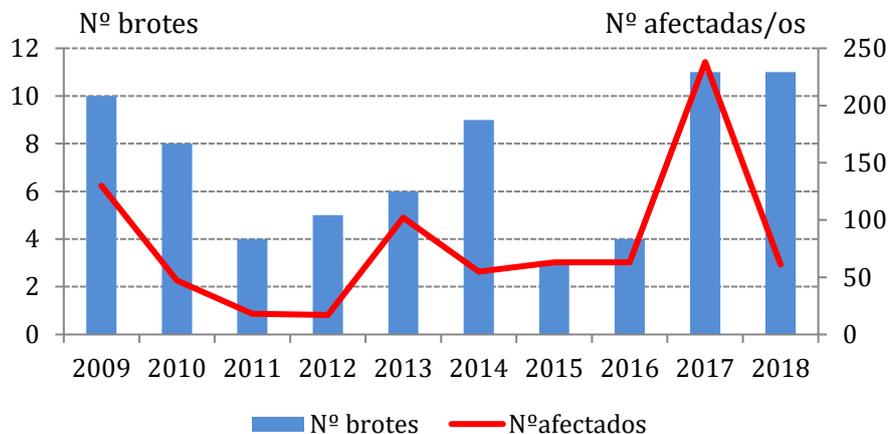


En los menores de un año, grupo en el que la tos ferina puede cursar con mayor gravedad, se han producido dos casos (tasa de 68,52/100.000 habitantes). La mayor tasa ha correspondido a las personas de 5 a 9 años (tasa de 69,14 casos/100 000 habitantes).

Toxiinfecciones alimentarias, brotes

En 2018 se declararon 11 brotes por toxi-infección alimentaria, con un total de 61 afectados/as.

Número brotes y de casos por año. Araba/Álava. Periodo 2009-2018



En la siguiente tabla se detallan los once brotes del 2018.

Brotos de toxi-infección alimentaria. Araba/Álava 2018.

Brote nº	Fecha	Municipio	Lugar	Nº expuestos	Nº afectados	Vehículo transmisión	Agente causal
1	Marzo	Vitoria-Gasteiz	Residencia	25	10	Desconocido	<i>Rotavirus</i>
2	Abril	Vitoria-Gasteiz	Residencia	25	8	Desconocido	Desconocido
3	Abril	Vitoria-Gasteiz	Cantina/bar	Desconocido	2	Desconocido	Desconocido
4	Mayo	Vitoria-Gasteiz	Tienda	Desconocido	6	Queso	Toxina <i>S.aureus</i>
5	Julio	Vitoria-Gasteiz	Cantina/bar	110	5	Desconocido	Desconocido
6	Octubre	Vitoria-Gasteiz	Cantina/bar	Desconocido	2	Desconocido	Desconocido
7	Octubre	Vitoria-Gasteiz	Cantina/bar	25	2	Desconocido	Desconocido
8	Octubre	Vitoria-Gasteiz	Cantina/bar	Desconocido	3	Espicias	Desconocido
9	Octubre	Vitoria-Gasteiz	Escuela/guardería	Desconocido	16	Atún	Histamina
10	Diciembre	Vitoria-Gasteiz	Hogar privado	5	4	Queso	Toxina <i>S.aureus</i>
11	Diciembre	Vitoria-Gasteiz	Hogar privado	3	3	Desconocido	Desconocido

Los dos primeros brotes corresponden a una misma residencia de mayores, pero ocurridos en módulos y tiempo diferentes. Por la difusión y la levedad de la enfermedad se sospechó también de un agente viral como causante en el brote ocurrido en abril. La no identificación del agente en la muestra de heces puede deberse a que la detección de antígeno de patógenos virales es menos sensible que la PCR.

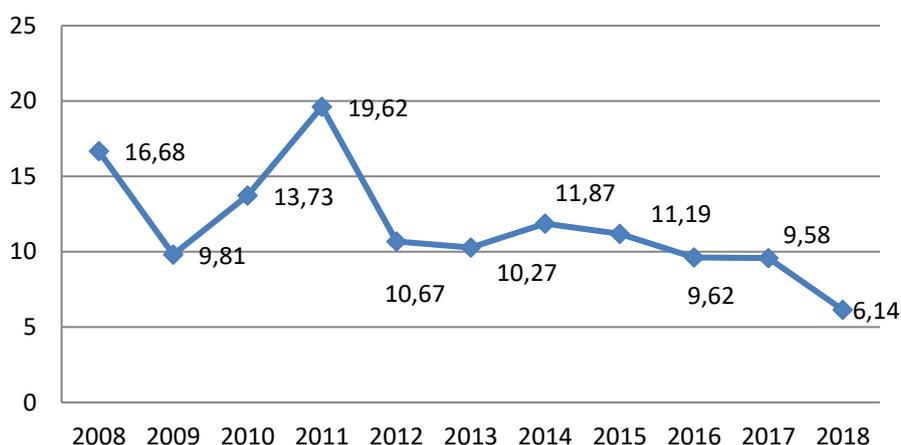
En ocho de los once brotes se llevó a cabo una investigación ambiental con inspección de los establecimientos correspondientes; en los casos en los que se dispuso, se analizaron las muestras alimentarias correspondientes. En la siguiente tabla se refleja el resultado del análisis de aquellas muestras alimentarias en las que se ha obtenido un resultado positivo:

Nº brote	Muestra	Resultado
4	Queso	Toxina estafilocócica en varias muestras obtenidas en el establecimiento de compra y en 5 quesos de la quesería.
8	Salsa curry	<i>Bacillus cereus</i> 1,3*10 ⁴ ufc/g
9	Atún	Histamina 49 mg/kg
10	Queso	Toxina estafilocócica en muestras obtenidas del domicilio de los afectados y de dos lotes de fábrica.

Tuberculosis

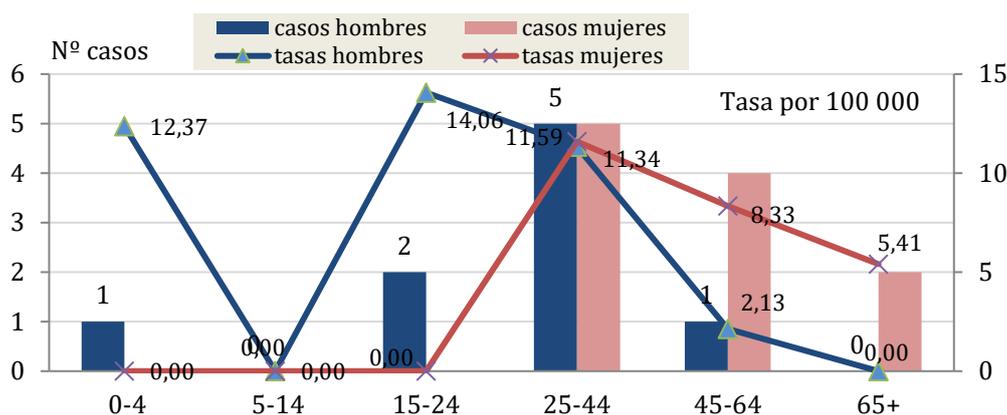
En el año 2018 se han recibido 20 declaraciones individuales de tuberculosis (TBC), 11 mujeres y 9 hombres. La tasa de tuberculosis fue de 6,14 casos por 100.000 habitantes, muy inferior a la de 2017 (9,58 y 32 casos). Se mantiene, por lo tanto, por tercer año consecutivo el objetivo de la OMS de reducir 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).
2008-2018. Araba/Álava. EDO**



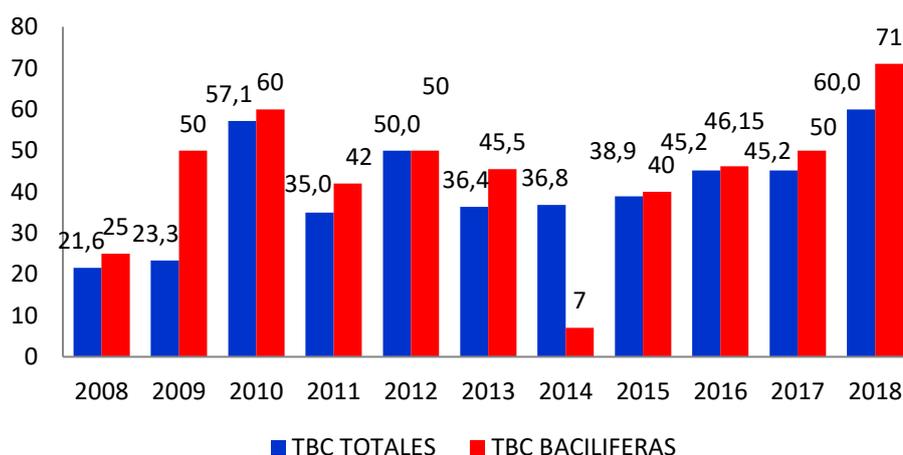
El grupo de edad más afectado es el de 25-44 años, con una tasa de 11,476 casos por 100.000 habitantes (10 casos). Por sexo, en las mujeres el grupo más afectado es el de 25-44 años (5 casos y tasa de 11,59) y en los hombres el de 15-24 años (2 casos; tasa de 14,064).

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



De los 20 casos, 12 (60%) eran inmigrantes. En dicho grupo la razón mujer/hombre es de 1, en las mujeres una edad media de 49 años y en los hombres de 29 años.

Porcentaje de inmigrantes en el total de casos de TBC y en las TBC bacilíferas. Araba/Álava 2008-2018. EDO



En 2018, la proporción de inmigrantes en el total de casos de tuberculosis y de TBC bacilíferas ha aumentado.

Las regiones de procedencia de los casos con TBC son: Marruecos (3), Sahara Occidental (2), Pakistán (2), Guinea Conakri (1), Perú (1), Colombia (1), México (1) y Polonia (1). Si se analiza el año de llegada, el 33% (4/11) llegaron hace más de 5 años, el 8% (1/12) hace 3-5 años, el 42% (5/12) hace entre 1 y 3 años y el 17% (2/12) llegaron hace menos de un año.

Casos de TBC en extranjeros según país de origen. Araba/Álava. 2009-2018. EDO

Año	País de Origen					Total
	Latinoamérica	África Magreb	África Subsahariana	Asia	Europa	
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
2018	3	5	1	2	1	12

Los factores de riesgo de los casos de tbc se recogen en la siguiente tabla.

Casos de tuberculosis según factores de riesgo. Araba/Álava 2018.

Factores de riesgo	Nº	%
Contacto reciente con caso TBC	1	5
Embarazo	2	10
Alcohol y VIH	1	5
Tabaco	3	15
Inmunodepresión	1	5
Diabetes	1	5
Insuficiencia renal crónica	2	10
Trabajador sanitario	1	5
Otros	1	5
No se conoce factor de riesgo	7	35
Total	20	100,00

En relación a la localización anatómica, 10 casos (50%) presentaron localización pulmonar; la tbc meníngea fue de un adulto; el lactante era una persona contacto del caso meníngeo de 5 meses con sospecha de tbc pulmonar congénita por *M. bovis*.

Casos de TBC declarados por localización anatómica. Araba/Álava 2018.

Localización	Nº	%
Pulmonar	9	45
Pulmonar y linfática intratorácica	1	5
Linfática extratorácica	4	20
Genitourinaria y peritoneal	1	5
Meníngea	1	5
Diseminada	1	5
Otra	3	15
Total	20	100

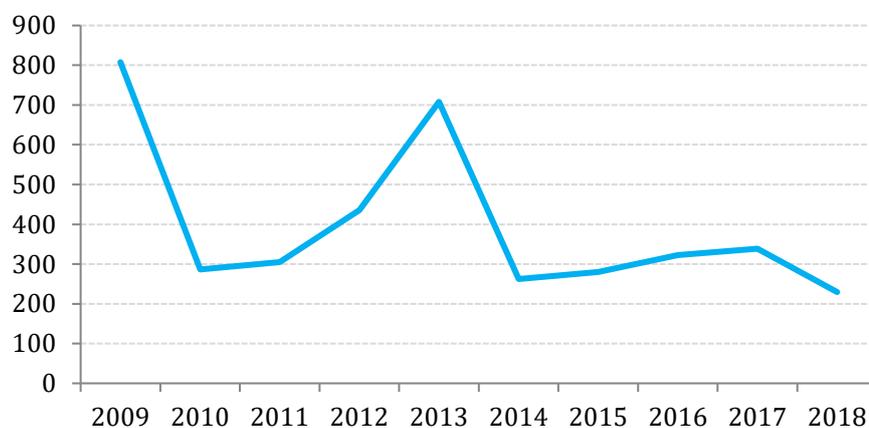
Los casos con baciloscopia de esputo positiva han sido 5 (50% de las TBC pulmonares), lo que supone una tasa de tuberculosis pulmonar bacilífera de 1,54 por 100.000 habitantes, valores inferiores a 2017 (2,13 por 100.000).

Se han realizado pruebas de sensibilidad en el 100% de los cultivos positivos. Se han detectado 5 cepas resistentes. 4 con resistencia a un antibiótico (dos a pirazinamida, una a isoniazida y una a estreptomina) y una cepa con resistencia a dos antibióticos (etambutol y estreptomina).

Varicela

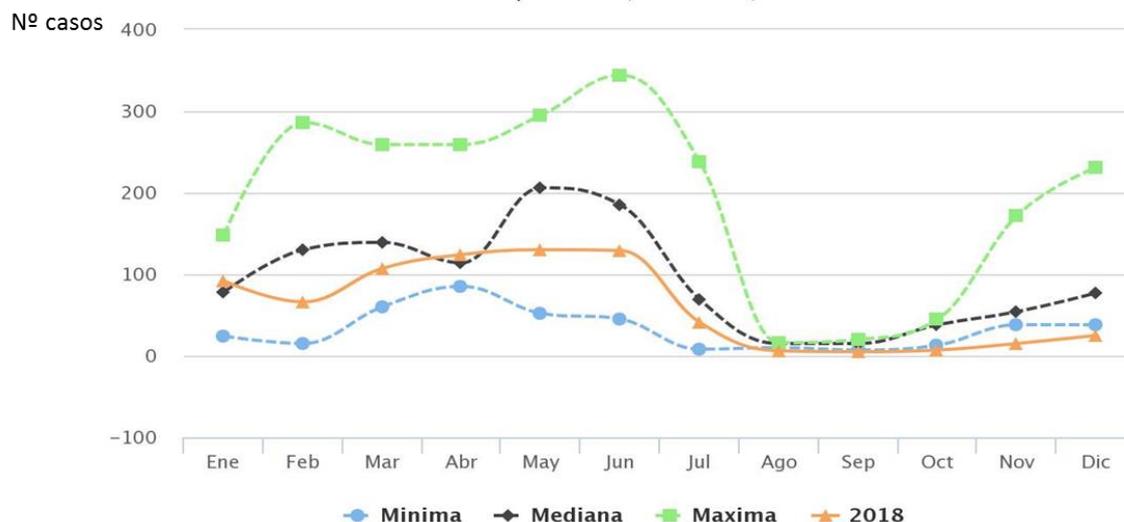
En 2018 se notificaron 747 casos de varicela; la tasa de incidencia fue de 229,48 casos por 100.000 habitantes, inferior al año anterior (IE1:0,72). En la siguiente figura se muestra la evolución desde 2009.

Tasas de incidencia de varicela por 100.000 habitantes. Araba/Álava 2009-2018. EDO



Como puede observarse en la figura siguiente, el número de casos en 2018 se ha mantenido por debajo de la mediana de los últimos 5 años, excepto en el mes de abril.

Varicela 2018. Curva epidémica por meses Araba/Álava EDO

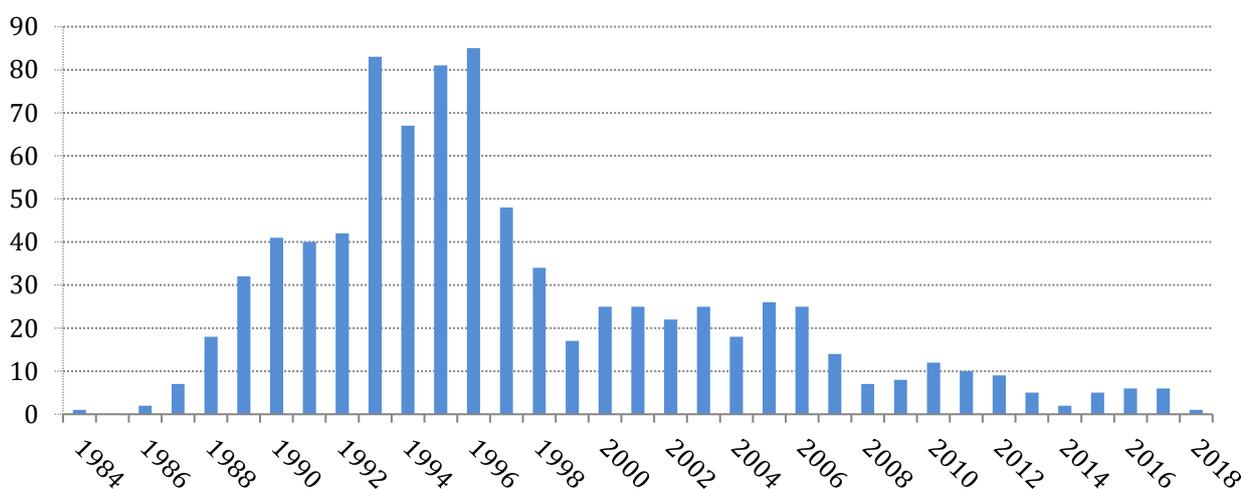


Ha habido 8 ingresos por varicela, cinco hombres y tres mujeres. Un caso era menor de un año; cuatro pertenecían al grupo de edad de 5 a 14 años, 2 casos al de 15 a 44 años y un caso estaba en el grupo de 45 a 64 años. La mediana de la estancia de los casos ha sido de 4 días.

VIH Y SIDA

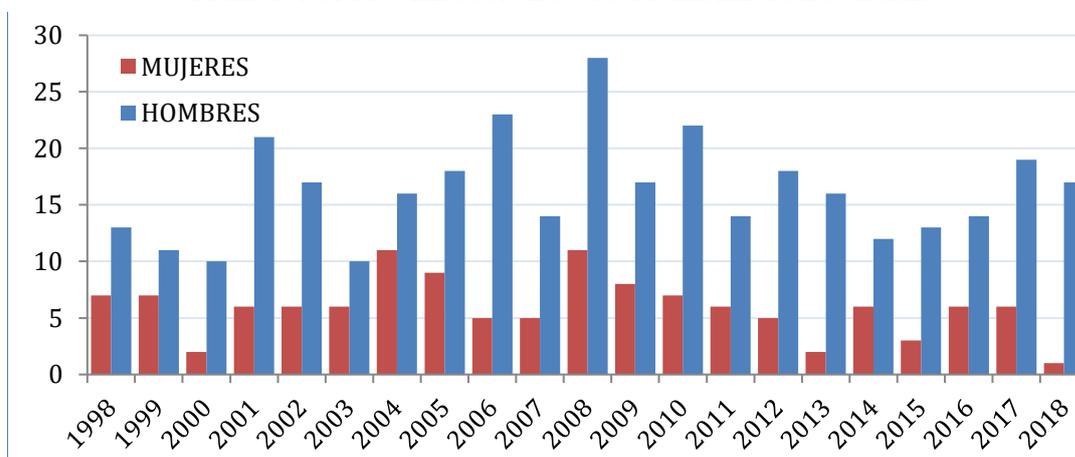
Los datos sobre SIDA y VIH han sido proporcionados por el “Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual”. Desde el 1984 se han diagnosticado 849 casos de SIDA en Araba/Álava con un pico máximo de 85 casos en 1996. Durante el año 2018, en Araba/Álava se diagnosticó un único caso de SIDA.

Casos de SIDA diagnosticados por año. Araba/Álava. 1984-2018
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 2018. En 2018 se diagnosticaron 19 casos, 1 en mujeres y 18 en hombres, 6 menos que en 2017.

Casos de VIH diagnosticados en Araba/Álava 1998-2018
Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual.

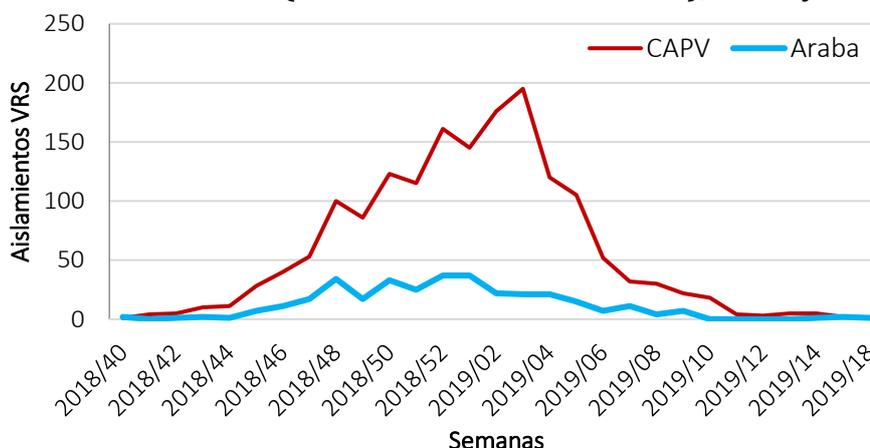


Los mecanismos de transmisión de los nuevos diagnósticos fueron: relaciones homosexuales con hombres 63% (12), relaciones heterosexuales 32% (6), drogas parenterales 5% (1). Para más información sobre la situación epidemiológica del SIDA/VIH en la CAPV, consultad la página web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/sida/>

Virus respiratorio sincitial (VRS)

Durante la temporada de vigilancia de gripe (desde la semana 40 de 2018 a la semana 20 de 2019), los laboratorios de microbiología han declarado 1.652 casos de VRS en toda la CAPV. 336 en Álava. El 29,18% de los casos tienen entre 0 y 2 años., proporción algo mayor en Álava: 33,04%.

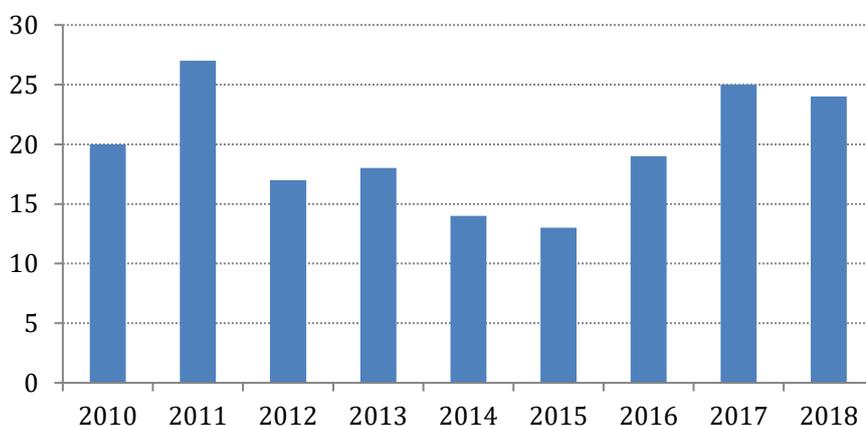
Detecciones de VRS (S40 de 2018 a s20 de 2019), CAPV y Araba



Yersiniosis

Yersinia enterocolitica es un patógeno de transmisión fecal-oral. El cerdo es el principal reservorio, por lo que se aconseja no consumir carne de cerdo poco cocinada. En 2018 se declararon al SIM 24 aislamientos de *Yersinia enterocolitica*, cifra cercana a los 25 aislamientos de 2017. El 54% se ha producido en personas en edad pediátrica. A continuación se presenta la evolución de los aislamientos.

Aislamientos de *Yersinia enterocolitica*. SIM. 2010-2018. Araba-Álava.



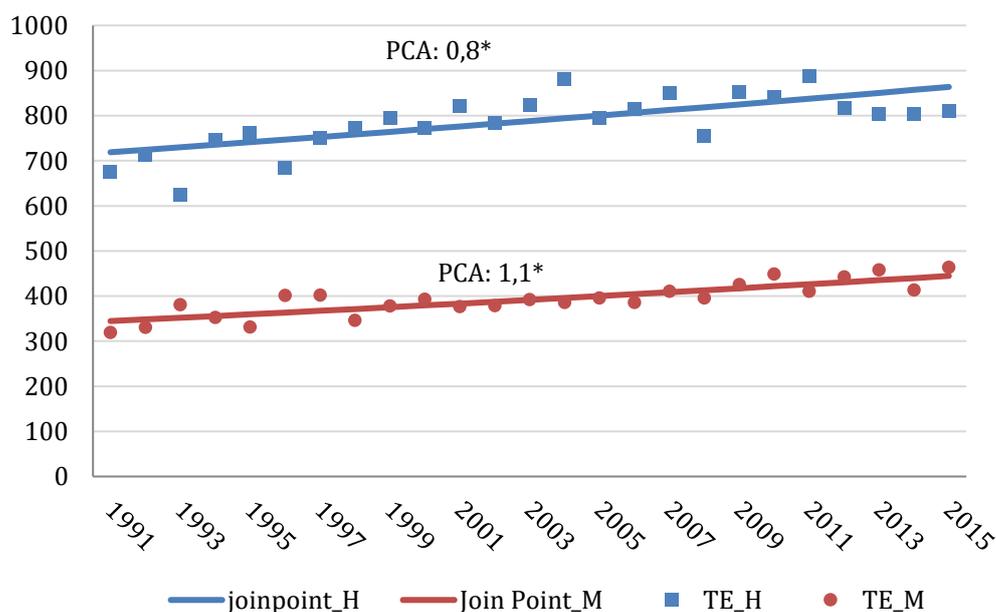
C.-ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

C1. CÁNCER

En el RCEME (Registro de Cáncer de Euskadi/ Minbiziaren Erregistroa), a 31 de mayo de 2019, se han registrado 2.424 tumores diagnosticados en el año 2015 en residentes en Araba, 1.387 (57,2%) en hombres, y 1037 (42,8%) en mujeres. De todos ellos, 2.044 fueron tumores malignos: 1.218 (59,6%) en hombres y 826 (40,4%) en mujeres. Estas cifras suponen una tasa de incidencia cruda de tumores malignos de 765,34 y 507,90 por 100.000 en hombres y mujeres respectivamente. La tasa estandarizada es de 810,40 en hombres y 463,59 en mujeres.

Entre 1991 y 2015 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 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 aparece nivelado. En el de las mujeres, el incremento ha sido sostenido, pero también es menos marcado (media 1986-2003: 1,5%) a partir de 2004.

Tasa de incidencia estandarizada de cáncer (tumores malignos, todas las localizaciones*), por sexo. RCEME. Araba/Álava. 1991-2015

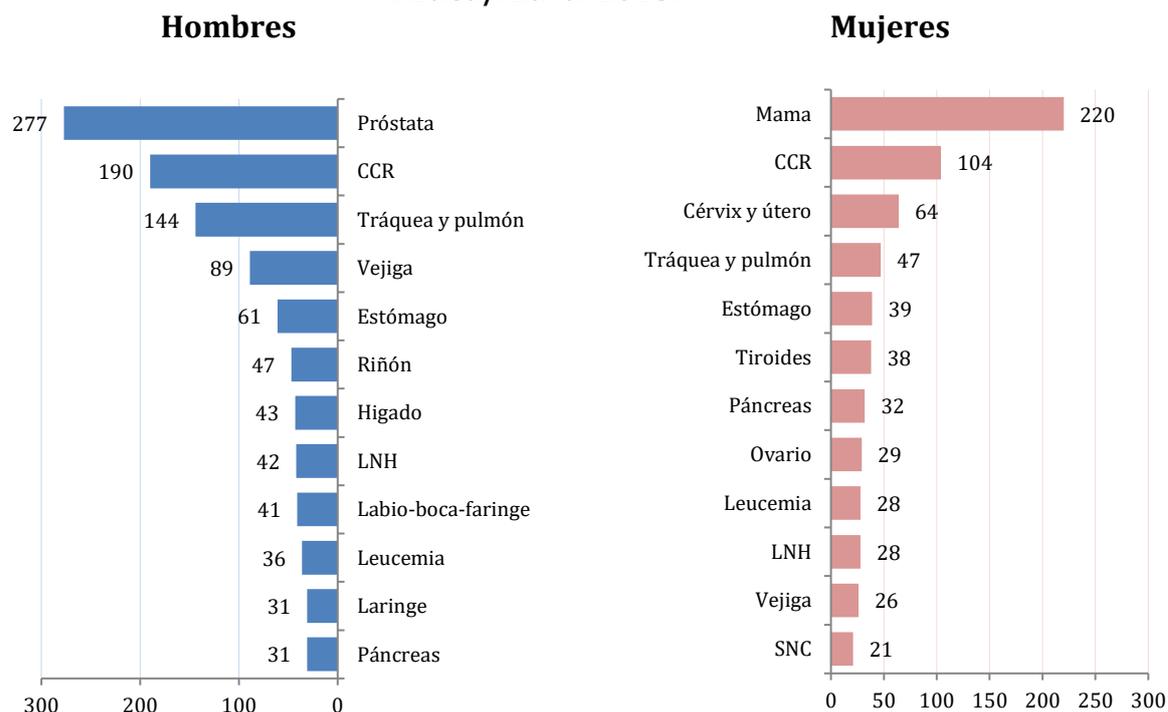


Población de referencia: Población europea. Actualización: 31/05/2018

* Excepto piel no melanoma

El tumor maligno más frecuente en hombres es el de próstata (22,7% del total) y en la mujer, el de mama (26,6%). La segunda localización más frecuente es, para ambos sexos, el cáncer de colon y recto. El tercer lugar lo ocupa en el hombre, el cáncer de 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. 2015.



Datos a: 31/05/2019

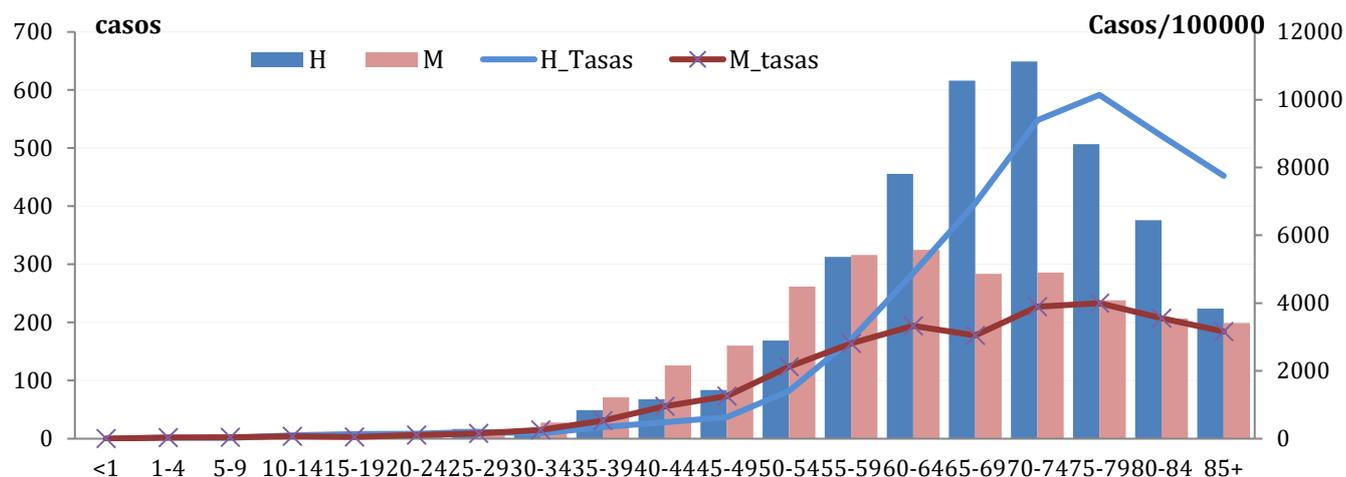
Localizacion CIE-O III. Labio-boca-faringe: C00-14; Estómago C16; Colon y recto (CCR): C18-21; Higado: C22; Páncreas: C25; Laringe: C32; Traquea y pulmón: C33-34; Mama: C50; Cérvix y útero: C53-55; Ovario: C56; Próstata: C61; Riñon: C64; Vejiga: C67; SNC (Sistema Nervioso Central): C70-72; Tiroides: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

Prevalencia de cáncer

Presentamos la prevalencia o número de personas diagnosticadas de cáncer en el periodo 2011-2015 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. No se han contabilizado pacientes que fueron diagnosticados con anterioridad a 2011 y seguían vivos al finalizar 2015. Por lo tanto, los números son una aproximación y el número de casos real es superior al presentado. 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 2011 y 2015, a 31 de mayo de 2019, se han registrado 9.890 tumores malignos en 9.475 personas. Del total de pacientes, se sabe que 6.111 seguían vivos y residiendo en la CAV al finalizar 2015, de ellos 3.576 eran hombres y 2.535 mujeres lo que supone una tasa cruda de 2.247,00/100.000 hombres y 1.558,73/100.000 mujeres.

Prevalencia de diagnósticos de tumores malignos (todas las localizaciones*). Período 2011-2015, por sexo y grupo de edad. RCEME. Alava/Araba.



* Excepto piel no melanoma

Número de tumores malignos por sexo y grupo de edad. RCEME. Araba/Álava. 2015

Grupo de edad	Mujeres	Hombres
<1	0	0
1-4	2	2
5-9	3	2
10-14	5	7
15-19	3	9
20-24	7	10
25-29	13	17
30-34	28	18
35-39	71	49
40-44	126	68
45-49	160	84
50-54	262	169
55-59	316	313
60-64	325	456
65-69	284	616
70-74	286	649
75-79	238	507
80-84	207	376
85+	199	224
TOTAL	2535	3576

La prevalencia para ambos sexos, al igual que la incidencia, aumenta con la edad. En los casos prevalentes al finalizar 2015, la edad media de los hombres es de 68,4 años y la de las mujeres 64,2 años. En general, la prevalencia es superior en las mujeres hasta los 55-59 años y posteriormente es superior en los hombres. Tienen menos de 55 años el 27% (680) de las mujeres y el 12% (435) de los hombres. Representamos en la tabla y el gráfico

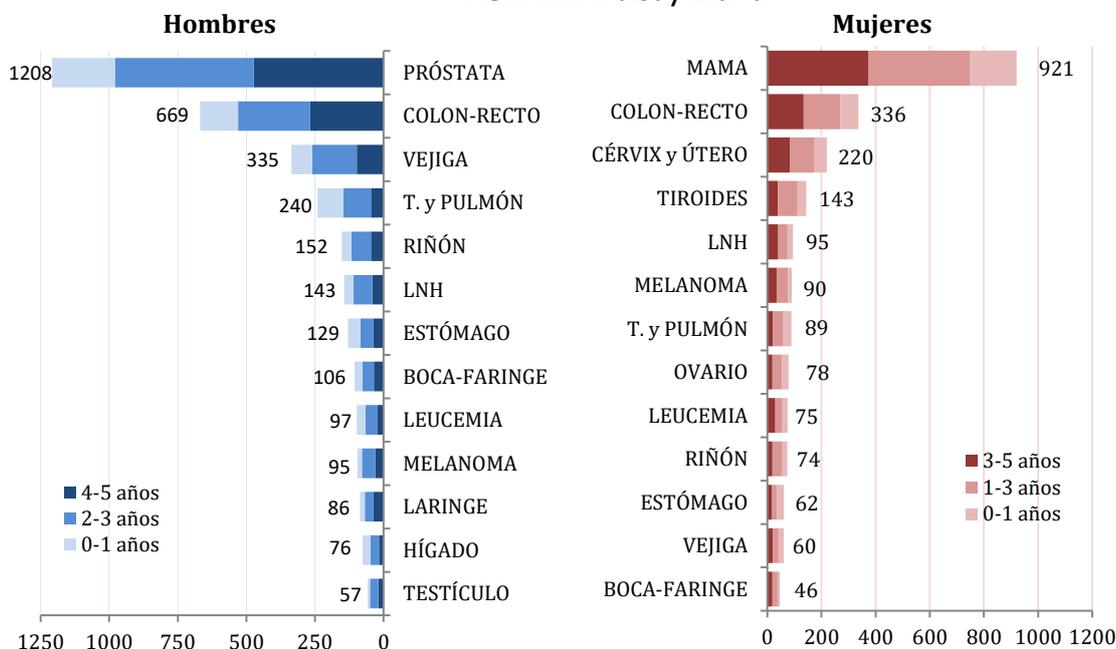
siguientes las prevalencias más altas en ambos sexos al finalizar 2015 por año de diagnóstico.

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

	Hombres					Mujeres			
	2011-12	2013-14	2015	Total		2011-12	2013-14	2015	Total
Próstata	473	507	228	1208	Mama	374	373	174	921
CCR	268	262	139	669	CCR	134	135	67	336
Vejiga	98	163	74	335	Cérvix útero	84	90	46	220
T. y pulmón	46	101	93	240	Tiroides	39	73	31	143
Riñón	46	71	35	152	LNH	40	35	20	95
LNH	41	68	34	143	Melanoma	34	43	13	90
Estómago	37	48	44	129	T. y pulmón	21	38	30	89
Boca-faringe	35	41	30	106	Ovario	19	36	23	78
Melanoma	31	48	16	95	Riñón	19	37	18	74
Laringe	37	31	18	86	Leucemia	29	27	19	75
Leucemia	23	43	31	97	Boca-faringe	19	19	8	46
Hígado	17	31	28	76	Vejiga	20	21	19	60
Testículo	19	30	8	57	Estómago	18	18	26	62

Localización CIE-O III. Labio-boca-faringe: C00-14; Estómago C16; Colon y recto (CCR): C18-21; Hígado: C22; Laringe: C32; Traquea y pulmón: C33-34; Melanoma: C44; Mama: C50; Cérvix y útero: C53-55; Ovario: C56; Próstata: C61; Testículo: C62; Riñón: C64; Vejiga: C67; Tiroides: C73; Linfomas no Hodgkin (LNH): M95903-M95913 y M96703-97293; Leucemia: M98003-99483

Prevalencias de los principales tumores malignos diagnosticados en 2011-2015. RCEME. Araba/Álava*



*Prevalencia de cancer, pacientes vivos a 31/12/2015, diagnosticados en 2015 (0-1 año), en 2013-2014 (1-3 años) y en 2011-2012 (3-5 años).

Se presenta a continuación la incidencia y prevalencia de los tumores indicados arriba, que incluyen los más frecuentes en 2015, 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. Para los doce cánceres con mayor incidencia en 2015 para cada sexo, entre los hombres, la prevalencia más alta se da siempre en los mayores de 65 años. Entre las mujeres, el grupo de 45-64 años presenta tasas de prevalencia similares al grupo de mayores de 64 en cáncer de mama, y superiores en los cánceres de traquea y pulmón, de tiroides y de ovario.

Incidencia* y prevalencia* de los tumores malignos más frecuentes en 2015. Hombres. RCEME. Araba/Álava.

HOMBRES	INCIDENCIA 2015			PREVALENCIA (diagnósticos en 2011-2015)							
	Localización	N	TC	Edad media	Total		0-44 años		45-64 años		65+ años
	N	TC	Edad media	N	TC	N	TC	N	TC	N	TC
Próstata	277	174,05	67,5	1208	759,06	0	0,00	290	641,55	918	3293,63
Colon y recto	184	115,62	70,3	667	419,11	7	8,13	207	457,93	453	1625,29
T. y pulmón	144	90,48	68,3	240	150,80	6	6,97	89	196,89	145	520,23
Vejiga	89	55,92	70,9	335	210,50	3	3,48	81	179,19	251	900,54
Estómago	60	37,70	68,1	129	81,06	5	5,81	33	73,00	91	326,49
Riñón	47	29,53	63,5	152	95,51	8	9,29	68	150,43	76	272,67
Hígado	43	27,02	65,2	76	47,75	2	2,32	34	75,22	40	143,51
LNH	42	26,39	64,9	143	89,85	15	17,43	41	90,70	87	312,14
L.-boca-faringe	41	25,76	65,2	106	66,60	8	9,29	42	92,91	56	200,92
Leucemia	36	22,62	63,6	97	60,95	17	19,75	16	35,39	64	229,62
Laringe	31	19,48	68,0	86	54,04	2	2,32	31	68,58	53	190,15
Páncreas	31	19,48	69,7	28	17,59	4	4,65	8	17,70	16	57,40

Localización 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; Próstata: C61; Riñón: C64; Vejiga: C67; Linfomas no Hodgkin (LNH): M95903-M95913 y M96703-97293; Leucemias: M98003-99483

(*) Por número de pacientes

Incidencia* y prevalencia* de los tumores malignos más frecuentes en 2015. Mujeres. RCEME. Araba/Álava.

MUJERES	INCIDENCIA 2015			PREVALENCIA (diagnósticos en 2011-2015)							
	Localización	N	TC	Edad media	Total		0-44 años		45-64 años		65+ años
	N	TC	Edad media	N	TC	N	TC	N	TC	N	TC
Mama	219	134,66	61,8	921	566,31	94	114,84	454	986,12	373	1073,72
Colon y recto	102	62,72	72,2	335	205,98	13	15,88	116	251,96	206	592,99
Cérvix y Útero	62	38,12	63,4	220	135,27	12	14,66	105	228,07	103	296,50
T. y pulmón	47	28,90	65,2	89	54,72	1	1,22	52	112,95	36	103,63
Estómago	39	23,98	73,4	62	38,12	5	6,11	14	30,41	43	123,78
Tiroides	36	22,13	56,3	143	87,93	42	51,31	61	132,50	40	115,14
Páncreas	32	19,68	77,0	34	20,91	3	3,66	14	30,41	17	48,94
Ovario	29	17,83	61,8	78	47,96	12	14,66	39	84,71	27	77,72
LNH	28	17,22	65,0	95	58,41	10	12,22	35	76,02	50	143,93
Leucemia	28	17,22	63,8	75	46,12	9	10,99	20	43,44	46	132,42
Vejiga	26	15,99	71,7	60	36,89	0	0,00	20	43,44	40	115,14
SNC	21	12,91	66,3	19	11,68	9	10,99	5	10,86	5	14,39

Localización CIE-O III: Estómago C16; Colon y recto (CCR): C18-21; Páncreas: C25; Traquea y pulmón: C33-34; Mama: C50; Ovario: C56; Cérvix y Cuerpo uterino: C53-C55; Vejiga: C67; Sistema Nervioso Central (SNC): C70-C72; Tiroides: C73; Linfomas no Hodgkin (LNH): M95903-M95913 y M96703-97293; Leucemias: M98003-99483

(*) Por número de pacientes

C2.-ANOMALIAS CONGÉNITAS

El Registro de Anomalías Congénitas de la Comunidad Autónoma Vasca (RACAV) se creó en 1989 y desde septiembre de 1990 pertenece a la red EUROCAT (*European Concerted Action on Congenital Anomalies and Twins*). Es un registro de ámbito poblacional, que incluye 43 registros de 23 países europeos con una cobertura del 29% del total de nacimientos europeos. La coordinación es responsabilidad del European Commission's Joint Research Centre (JRC) situado en Ispra, Italia.

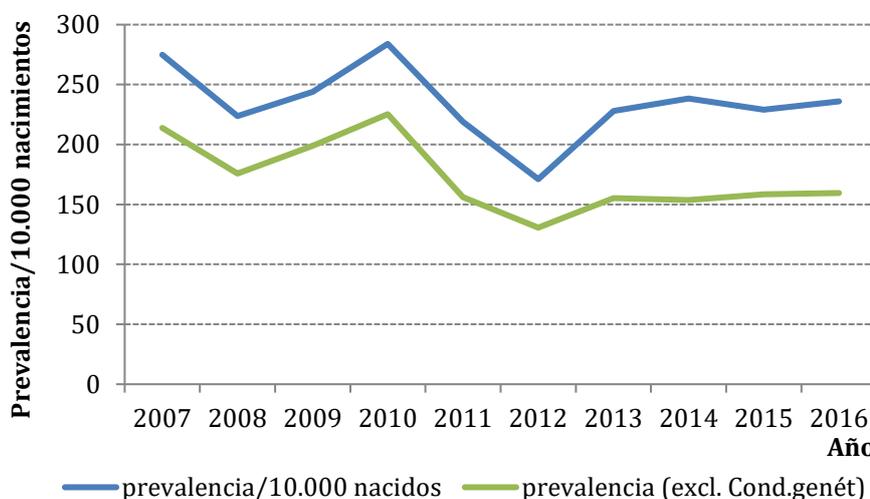
Los objetivos del RACAV son los siguientes:

- Conocer la frecuencia real de anomalías congénitas en la CAPV.
- Proporcionar información epidemiológica sobre las anomalías congénitas en nuestra Comunidad.
- Facilitar el planteamiento de estudios etiológicos.
- Disponer información para planificar las necesidades asistenciales.
- Posibilitar la evaluación de diversas medidas preventivas.

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 año 2016 se registraron 71 casos de anomalías congénitas en Araba/Álava, lo que supone una prevalencia de 236 casos por 10.000 nacimientos, levemente superior a la prevalencia registrada en el año 2015 (229 casos por 10.000). En el siguiente gráfico se puede ver la evolución de la prevalencia de las anomalías registradas en Araba.

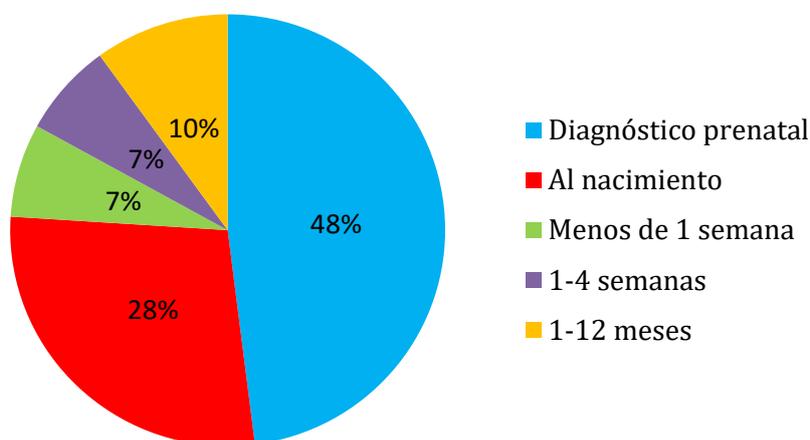
Evolución de la prevalencia de casos en Araba. Año 2007-2016



El 68 % de los casos fueron anomalías registradas en recién nacidos (RN) vivos y el 32% corresponden a IVEs. No se registró ningún mortinato. El 49% de los casos fueron

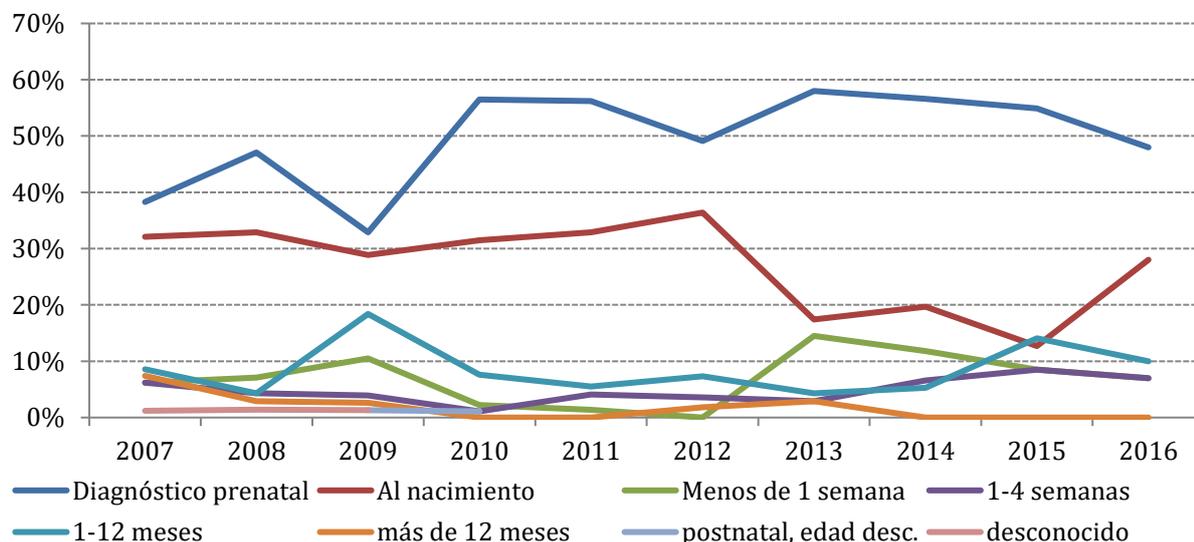
hombres, el 45% mujeres y en el 6 % no se conoce el sexo. Entre los recién nacidos vivos, diez de los embarazos fueron múltiples, todos gemelares excepto uno que fue de trillizos. La IVE más tardía duró 22 semanas. En el siguiente gráfico se representan las anomalías según el momento de su detección.

Momento de detección de la anomalía. Araba. 2016



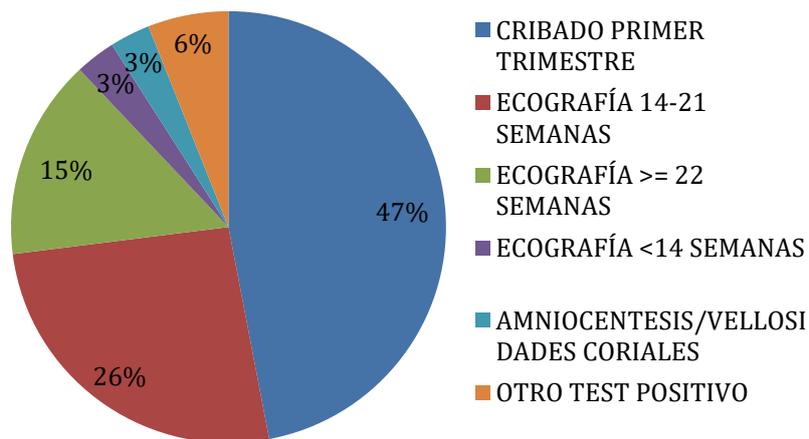
El 48% de los casos tuvieron un diagnóstico prenatal y el 28% se diagnosticó al nacimiento. En el siguiente gráfico se presenta la evolución del momento del diagnóstico de la/s anomalía/s:

Evolución del momento del diagnóstico de la/s anomalía/s. Araba 2007-2016



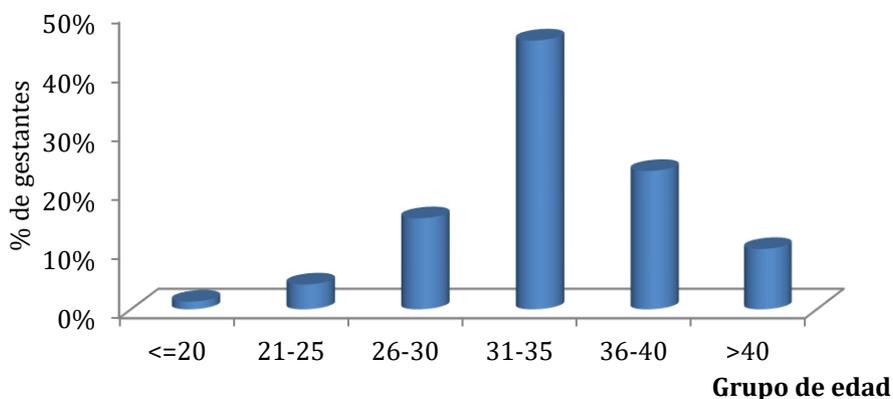
En la siguiente gráfica se presenta el primer test prenatal positivo en los casos con diagnóstico prenatal. El 47% de los casos fueron detectados mediante el cribado del primer trimestre. En el 44% de los casos la anomalía fue detectada mediante ecografía, correspondiendo el mayor porcentaje a la realizada en el segundo trimestre (26%).

Primer test prenatal positivo en diagnósticos prenatales. Araba 2016



La edad materna mínima fue de 18 años, la máxima de 56 años y la mediana de 33 años. El 8,5% de los embarazos fueron por reproducción asistida. En el siguiente gráfico se refleja la proporción de gestantes grupo de edad con alguna anomalía diagnosticada:

Proporción de gestantes por grupo de edad con algún diagnóstico de anomalía. Araba 2016



Respecto a la toma de ácido fólico, se dispone del dato de 56 mujeres: el 64% lo tomó en el periodo postconcepcional, el 32% lo inició en el periodo preconcepcional y en el 4% de las gestantes no se sabe cuándo se inició, aunque se sabe que sí se tomó.

En la siguiente tabla se reflejan los casos de Araba por tipo de anomalía. De cada caso se pueden registrar hasta 8 anomalías por lo que un caso puede estar representado en más de un grupo. El tipo de anomalía más frecuentemente registrado han sido los defectos cardíacos congénitos (30% de los casos) seguido de las anomalías cromosómicas (28%).

Distribución de casos por tipo de anomalía. Araba 2016

TIPO DE ANOMALÍA	Nº
Defectos cardíacos congénitos	21
Anomalías cromosómicas	20
Aparato urinario	9
Aparato genital	4
Síndromes genéticos+ microdelecciones	3
Sistema nervioso	2
Aparato digestivo	2
Hendiduras oro-faciales	2
Otras anomalías congénitas	1
Aparato respiratorio	1
Displasias esqueléticas	1
Extremidades	1
Defectos de pared abdominal	1
Craniosinostosis	1
Otras anomalías de las faneras	1
Otras anomalías de la piel	1
Total anomalías	71

En el 100% de las anomalías del sistema nervioso y displasia esquelética el diagnóstico fue prenatal. El 95 % de las anomalías cromosómicas fueron detectadas prenatalmente. Tuvieron un diagnóstico prenatal el 67% de las anomalías del aparato urinario y el 33% de las anomalías correspondientes al aparato genital y a síndromes genéticos y microdelecciones. Sin embargo, sólo el 10% de los defectos cardíacos congénitos fueron detectados prenatalmente.

De las 20 anomalías cromosómicas 18 corresponden a IVEs y 2 a nacidos vivos. El 65% corresponden a la trisomía 21 (síndrome de Down), y hay un caso correspondiente a la trisomía 13 y otro correspondiente a la trisomía 18. Estas tres afecciones son las que se incluyen en el programa de cribado prenatal de anomalías cromosómicas.

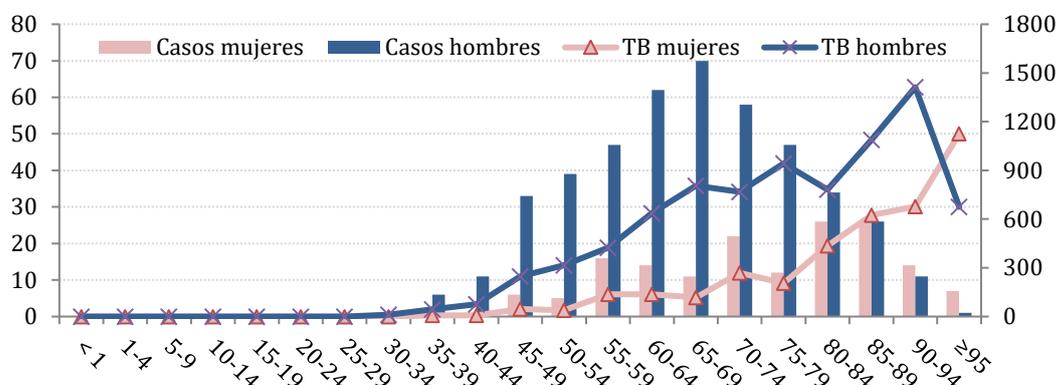
C3.-CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Se recogen datos de morbilidad y mortalidad por cardiopatía isquémica (CI). La morbilidad hospitalaria a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de altas hospitalarias y la mortalidad a partir del registro de mortalidad (ambos: CIE-10; I20-I25). Los datos presentados son, para ambos sistemas, de 2017.

Morbilidad hospitalaria

En 2017 hubo 608 ingresos (en 2016 626) por cardiopatía isquémica, 162 mujeres y 446 hombres. La tasa de frecuentación hospitalaria fue de 98,11 por 100.000 en mujeres y en los hombres de 279,63/100.000. La tasa estandarizada ha sido, también, muy superior en los hombres (283,28 por 100.000 vs 80,40 en mujeres).

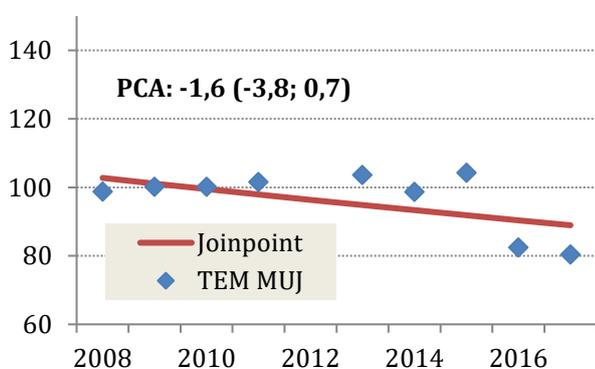
Nº de ingresos hospitalarios y tasa bruta (por 100.000) por cardiopatía isquémica por sexo y grupo de edad. CMBD. Araba/Álava 2017



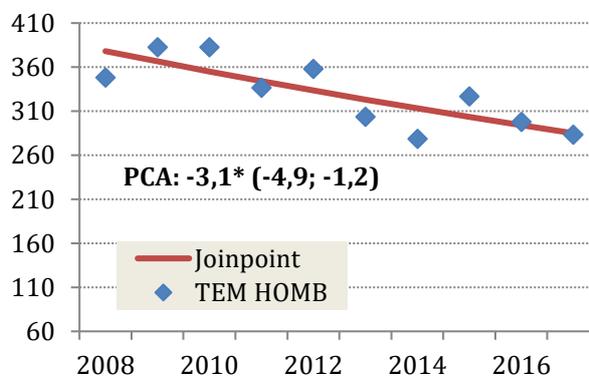
La tendencia de las tasas estandarizadas entre 2008-2017 ha sido descendente en ambos sexos; un descenso estadísticamente significativo en los hombres.

Evolución de la tasa estandarizada de morbilidad hospitalaria por sexo y recta de regresión. Periodo 2008-2017. CMBD. Araba/Álava

Mujeres



Hombres

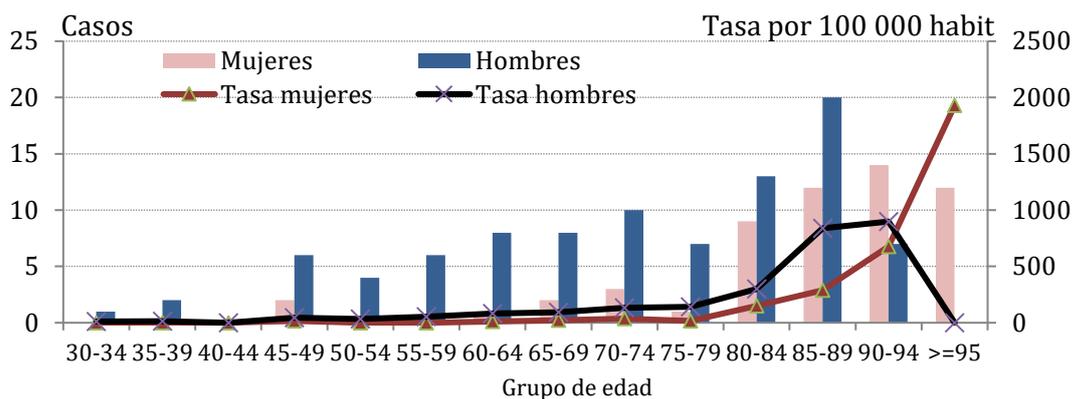


*Estadísticamente significativo.
PCA: porcentaje de cambio anual

Mortalidad

En 2017, 148 personas (56 mujeres 92 hombres) fallecieron por CI. Las tasas estandarizadas fueron superiores en los hombres (60,11 por 100.000; mujeres 22,76/100.000). La edad media de las fallecidas por CI en las mujeres es de 86 años (rango 46-100), y en los hombres menor (73 años; rango de 31 a 92 años). En 2017, la CI fue la décima causa de años potenciales de vida perdidos hasta los 70 años (APVP₇₀) en las mujeres (58) y la segunda en hombres (473).

Cardiopatía isquémica. Número de fallecidos y tasa de mortalidad por grupos de edad y por sexo. Registro de mortalidad. Araba-Álava 2017

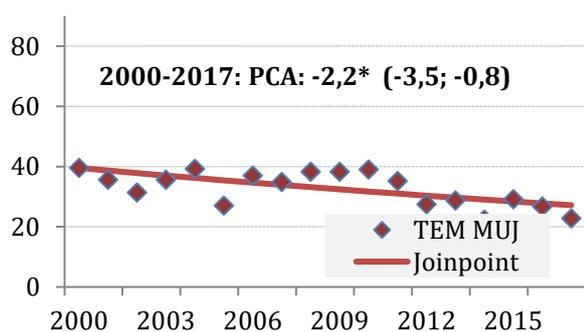


En el periodo 2000-2017 la tendencia de la tasa estandarizada de mortalidad por CI es descendente en ambos sexos. Más acentuada en las mujeres, en las que el descenso es estadísticamente significativo.

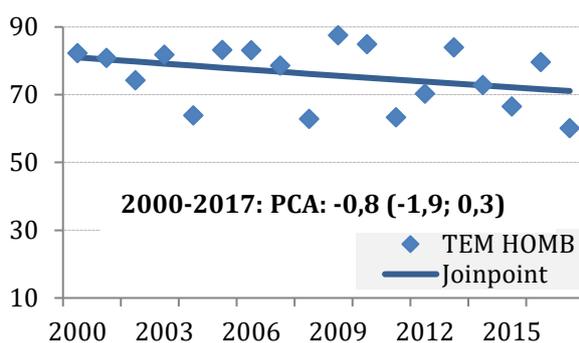
Evolución de las TEM en el periodo 2000-2017.

Registro de mortalidad. Araba/Álava

Mujeres



Hombres



PCA: porcentaje de cambio anual

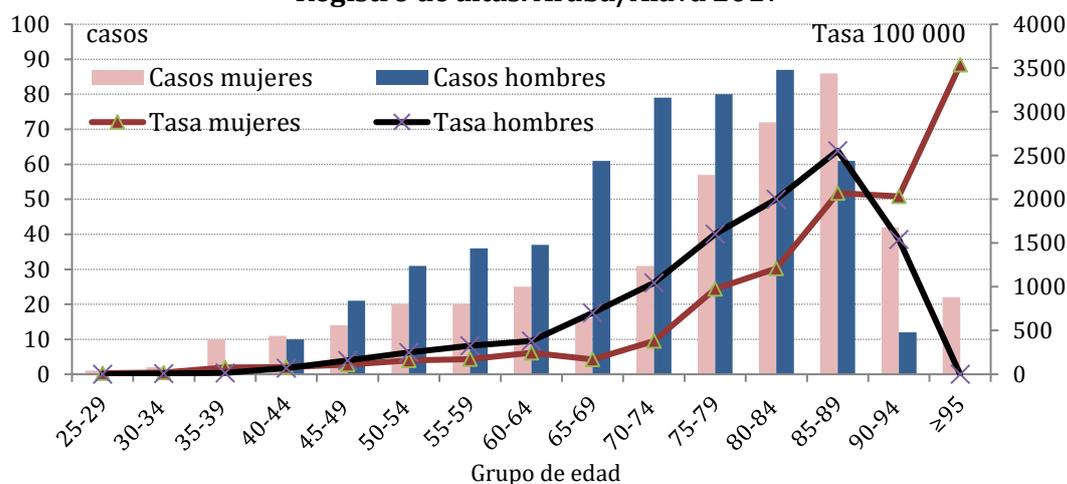
C4.-ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR (ECV)

Las fuentes de información son las mismas que las de la cardiopatía isquémica.

Morbilidad

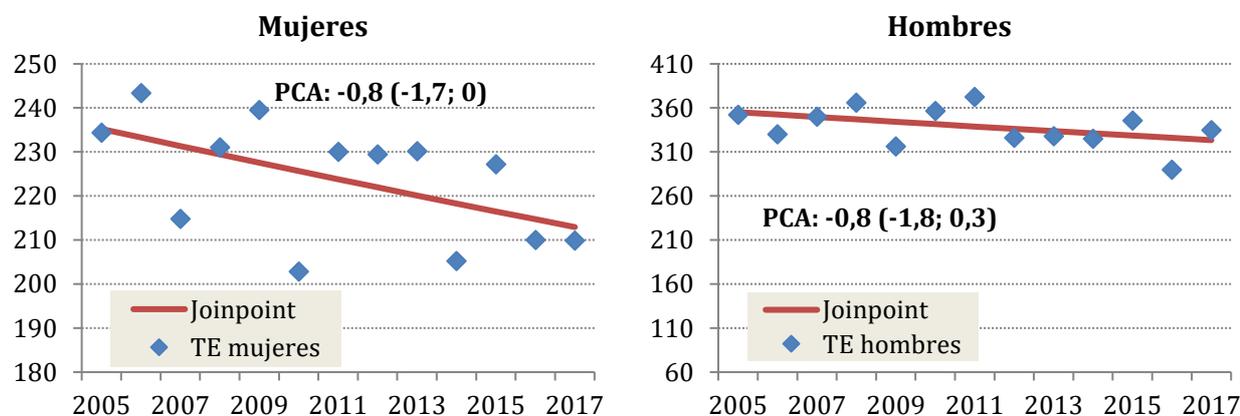
En 2017 se produjeron 947 ingresos (429 mujeres y 518 hombres) por ECV (CIE-10; I60-I69). La tasa bruta de frecuentación en las mujeres (261,43 por 100.000 habitantes) fue menor que en los hombres (324,77 por 100.000 habitantes), al igual que las estandarizadas (209,90 por 100.000 en mujeres y 334,80 por 100.000 en hombres). La edad media de los pacientes fue de 76 años en las mujeres y 71 años en los hombres.

Nº de ingresos hospitalarios y tasa bruta (por 100000) por ECV según sexo y grupo de edad. Registro de altas. Araba/Álava 2017



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

Tasas estandarizadas (por 100.000) de frecuentación hospitalaria por ECV. Ambos sexos. Periodo 2005-2017. Registro de Altas Hospitalarias. Araba/Álava

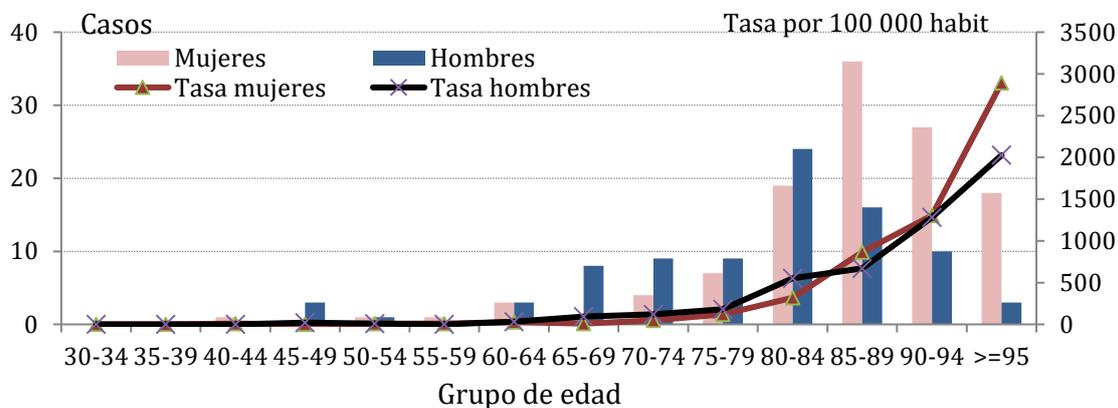


Mortalidad

En 2017 en Araba fallecieron por ECV (CIE-10; I60-I69) 118 mujeres y 86 hombres. Las tasas crudas son mayores en las mujeres (71,91 frente a 53,92 por 100000), esta relación

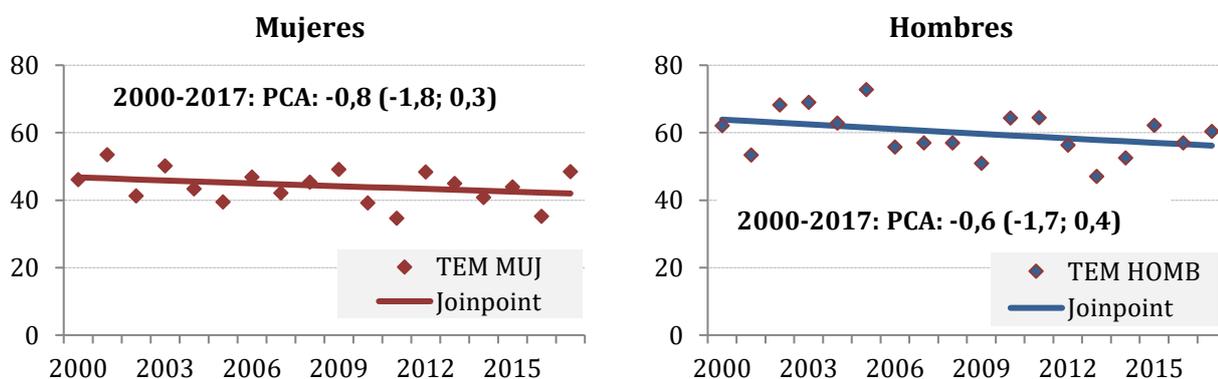
se invierte al controlar el efecto de la edad con la estandarización de tasas que son inferiores en las mujeres (48,43 vs 60,40 por 100.000). La distribución por sexo y edad se muestra en la siguiente figura. Como es lógico, la tasa de mortalidad aumenta con la edad. En 2017 fue en mujeres y hombres la sexta causa de APVP₇₀ (91 y 132 respectivamente).

Nº de fallecidos y tasa de mortalidad por ECV según sexo y grupo de edad. Registro de mortalidad. Araba/Álava 2017



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 2000-2017. Registro de mortalidad. Araba



D.-MORBILIDAD HOSPITALARIA

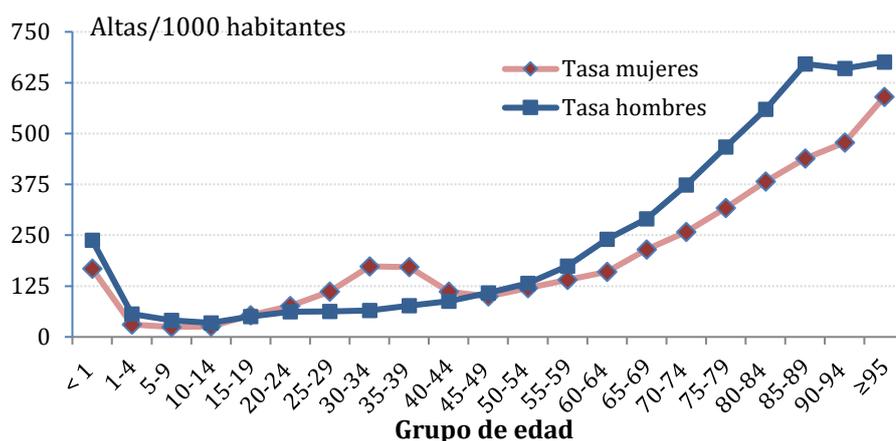
La siguiente información proviene del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Registro de Altas Hospitalarias de la CAPV. Se considera únicamente la causa principal del ingreso hospitalario. Para la estandarización se ha empleado la nueva población europea (EU-2013).

Casos y tasa de frecuentación hospitalaria

En 2016 se registraron 50.692 altas hospitalarias de residentes de Araba/Álava; la tasa de frecuentación fue de 156,65 altas por 1.000 habitantes. La estancia media fue de 6 días. El 27% fueron estancias inferiores a un día.

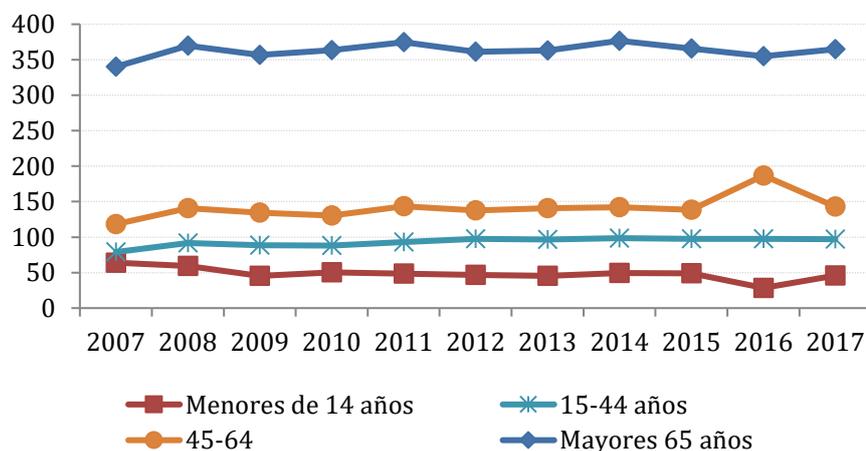
El 4,4% eran personas de 14 o menos años; el 48,7% de 15-64 años (grupo en el que contribuyen de forma importante los ingresos derivados del embarazo) y el 46,9% de 65 o más años. Los hombres ingresaron más que las mujeres con excepción del grupo de 20 a 44 años, en el que las mujeres superan a los hombres 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 2017



En la siguiente gráfica se muestra la evolución de la frecuentación hospitalaria en los últimos 10 años.

Tasa de frecuentación hospitalaria (por 1000 hab.) por grupos de edad. 2007-2017. Registro de altas hospitalarias. Araba/Álava



Morbilidad hospitalaria por clasificación de la CIE-10

Los tres grandes grupos de enfermedades causa de ingreso hospitalario con mayor frecuencia fueron: las enfermedades del aparato digestivo, las del aparato circulatorio y las del aparato respiratorio.

Morbilidad hospitalaria, absoluta y relativa, por grandes grupos de causas y por sexo. CMBD. Araba/Álava 2017.

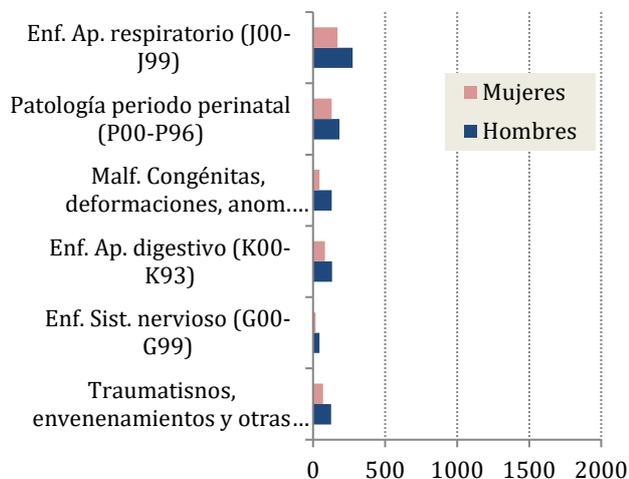
CIE-10- MC	Diagnósticos	Total		Mujeres		Hombres	
		N	%	N	%	N	%
A00-B99	Enf. Infecciosas y parasitarias	766	1,52	304	1,20	462	1,84
C00-D48	Neoplasias	4053	8,03	1952	7,70	2100	8,36
D50-D89	Enf. Sangre, órg. hematopoyéticos, inmunid	485	0,96	244	0,96	241	0,96
E00-E90	Enf. Endocrinas, nutricional., metabólicas.	629	1,25	323	1,27	306	1,22
F00-F99	Trastornos mentales y comportamiento	1007	1,99	515	2,03	492	1,96
G00-G99	Enf. Sist. nervioso	1378	2,73	714	2,82	664	2,64
H00-H59	Enf. ojo y anexos	4185	8,29	2316	9,13	1869	7,44
H60-H95	Enf. del oído y apóf. mastoides	323	0,64	170	0,67	153	0,61
I00-I99	Enf. Aparato circulatorio	5246	10,39	2347	9,25	2899	11,54
J00-J99	Enf. Aparato respiratorio	5222	10,34	2215	8,73	3007	11,97
K00-K93	Enf. Aparato digestivo	7341	14,54	3069	12,10	4272	17,01
L00-L99	Enf. Piel y tejido subcutáneo	1055	2,09	496	1,96	559	2,23
M00-M99	Enf. Osteo-muscular y conjuntivo	4782	9,47	2380	9,38	2402	9,56
N00-N99	Enf. Aparato genito-urinario	3490	6,91	1767	6,97	1723	6,86
O00-O99	Embarazo, parto, puerperio	3046	6,03	3046	12,01	-	0,00
P00-P96	Patología periodo perinatal	313	0,62	130	0,51	183	0,73
Q00-Q99	Malf. Congén. deform., anom. cromosómica	319	0,63	124	0,49	195	0,78
R00-R99	Sínt., signos y hallazgos anormales	1858	3,68	808	3,19	1050	4,18
S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y otras	3879	7,68	1864	7,35	2015	8,02
V01-Y98	Causas externas morbilidad y mortalidad	-	0,00	-	0,00	-	0,00
Z00-Z99	Fcrs influyen en salud y contacto	1104	2,19	578	2,28	526	2,09
Total (se excluye el código V)		50481	100	25362	100	25118	100

Código V: Factores que influyen en el estado de salud

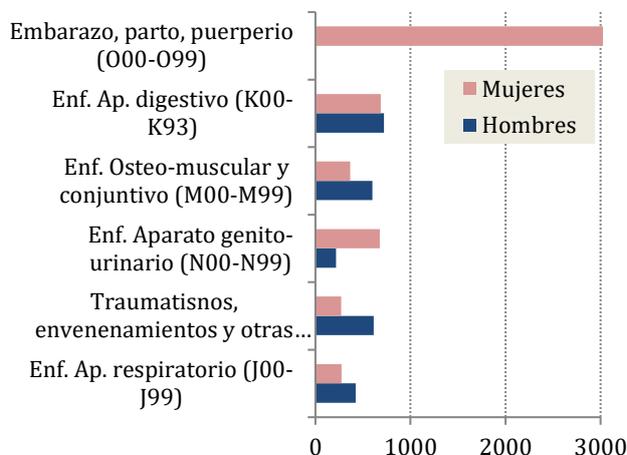
En las mujeres, las tres causas más habituales de ingreso fueron, por orden de frecuencia, patologías del ap. Digestivo, el embarazo, parto y puerperio y las enfermedades del aparato osteomuscular. En hombres lo fueron las enfermedades del aparato digestivo, las enf. del aparato respiratorio y las enf.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

Altas (valor absoluto) por grandes grupos de causas, sexo y edad. Registro de altas hospitalarias. Araba/Álava 2017

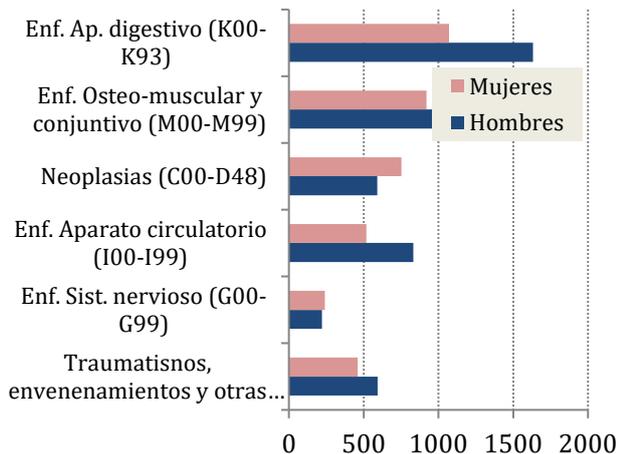
≤14 años



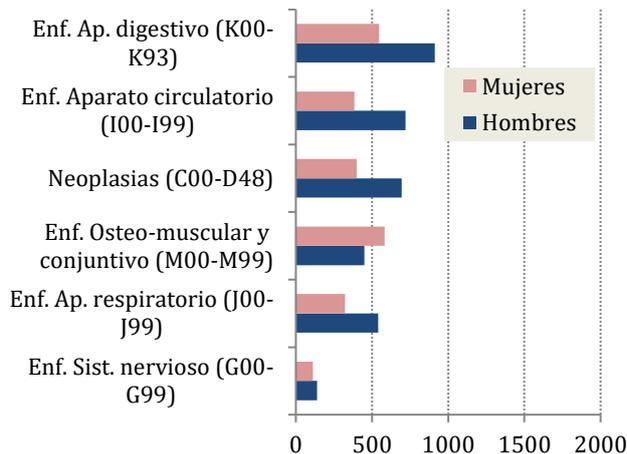
15-44 años



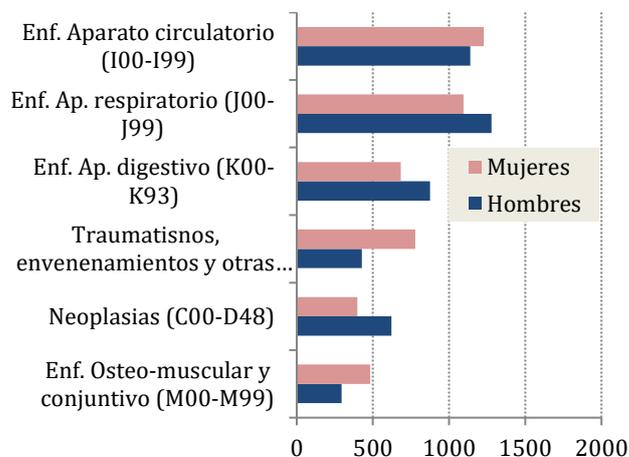
45-64 años



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 44% de los ingresos. Entre las enf. del aparato respiratorio, la enfermedad crónica de amígdalas y adenoides (17%), insuficiencia respiratoria (J96) (15%) y las bronquiolitis (15%) 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 (22%). Entre las enf. digestivas destacan la apendicitis (supone el 34% de las digestivas) y las hernias (26%).

En el grupo de 15 a 44 años, en las mujeres, el 42% de los ingresos corresponden al embarazo, parto y puerperio; entre los trastornos digestivos, el 11% son apendicitis aguda y el 10% colelitiasis. Entre las patologías genitourinarias, el 29% son ingresos por problemas de infertilidad femenina; el 25% de los trastornos del aparato musculoesquelético son trastornos internos de la rodilla, correspondiendo el 15% a lesiones de menisco.

En las mujeres de 45 a 64 años, la colelitiasis supone el 12% de los ingresos por el apto. digestivo; el 20% de los ingresos por tumores son por cáncer de mama y el 45% de los ingresos por el aparato circulatorio son venas varicosas de las extremidades inferiores; un 12% de las debidas a enfermedades osteomusculares son los juanetes y el 10% por dorsalgia. Entre los hombres, el 20% de los ingresos por enfermedades digestivas son por hernia inguinal y el 8% por pólipos del colon; el 11% de los ingresos por tumores son por un cáncer de próstata y otro 11% por cáncer de pulmón y bronquios. El 17% de los ingresos por patología osteomuscular es por trastorno del menisco y el 14% por artrosis de cadera. El 22% de los ingresos por patologías del aparato circulatorio se deben a la cardiopatía isquémica, el 17% a varices en las piernas.

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 26% lo son por venas varicosas de las extremidades inferiores y el 12% por enfermedad cerebrovascular. En los hombres, el 16% de los ingresos por tumores son por cáncer de próstata y el 9% por cáncer de vejiga. El 22% de los debidos a enfermedades digestivas son por hernia inguinal y el 8% por colelitiasis. En lo que respecta a las altas por enfermedades del aparato circulatorio, el 18% se debe a la cardiopatía isquémica y otro 19% a la enfermedad cerebrovascular.

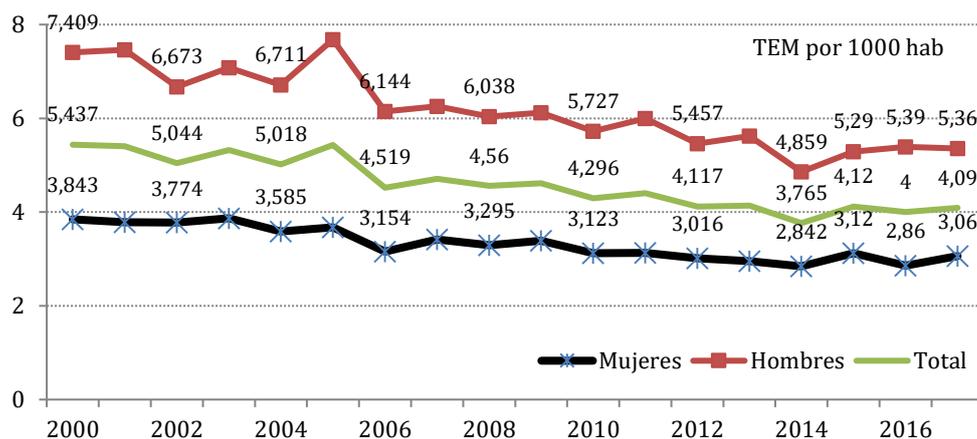
En las mujeres mayores de 74 años, el 28% de los ingresos por enf. del aparato circulatorio son por insuficiencia cardíaca y el 23% por enfermedad cerebrovascular. Entre las enf. del aparato respiratorio, el 28% lo es por gripe y neumonía y el 15% por insuficiencia respiratoria. Entre los hombres, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad cerebrovascular son el 28% y 21%, respectivamente. Entre las patologías del aparato respiratorio, el 36% fueron ingresos por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y el 25% por neumonía y gripe.

E. MORTALIDAD

Se describe la mortalidad en residentes del TH de Araba/Álava en 2017. 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 2000-2017) y de la esperanza de vida (periodo 1999-2017) se ha obtenido del Informe de Mortalidad de la CAPV elaborado por el Servicio de Registros e Información Sanitaria del Departamento de Salud.

En 2017 fallecieron 2.828 alaveses/as, 48% mujeres y 52% hombres. La tasa bruta de mortalidad fue 8,73 por 1000 habitantes; en mujeres: 8,25 (estandarizada: 5,87) y en hombres: 9,24 (estandarizada: 10,04). La evolución general de las tasas de mortalidad estandarizadas en los últimos 15 años es descendente con cierta tendencia a estabilizarse en los últimos años (ver figura).

Tasa (por 1000 hab.) estandarizada de mortalidad (TEM) a la población europea de 1976. Periodo 2000-2017. Araba/Álava.



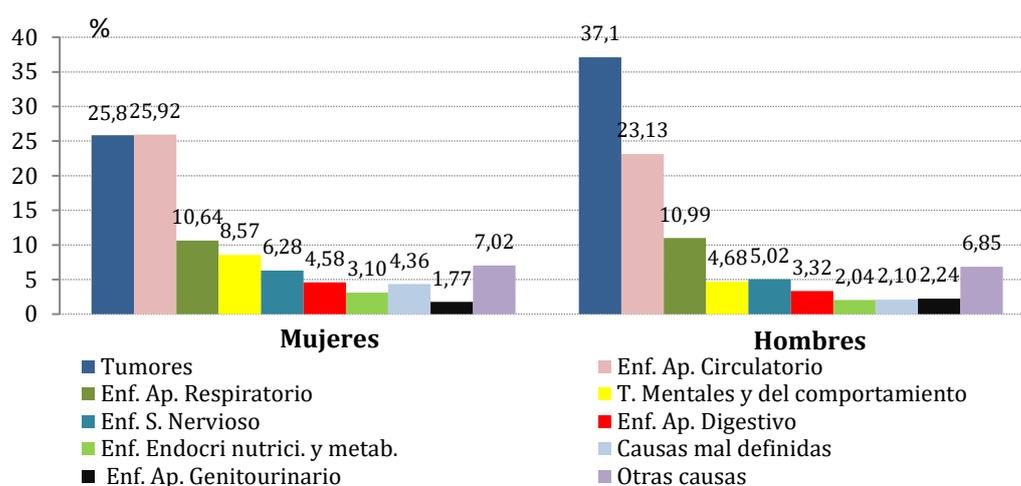
Fuente: Registro de Mortalidad de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 2017.

<https://www.euskadi.eus/informacion/registro-de-mortalidad/web01-a3regepi/es/>

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 (26%), los tumores (26%), las enf. respiratorias (11%), las enf. mentales (9%) y las enf. del sistema nervioso (6%). En los hombres, lo son los tumores (37%), las enf. del aparato circulatorio (23%), las enf. respiratorias (11%), las enf. del sist. nervioso (5%) y las enf. por causas externas (5%). Las tres primeras causas son coincidentes en ambos sexos y suponen casi el 62% (en mujeres) y 71% (en hombres) del total de fallecimientos.

**Mortalidad proporcional por grandes grupos de causas, según sexo.
Registro de mortalidad. Araba/Álava 2017**



Las tasas de las tres principales causas de mortalidad por grandes grupos controlando el efecto de la edad son inferiores en las mujeres que en los hombres: tumores (173,72 vs. 183,94), enf. circulatorias (138,57 vs. 159,41), y enf. respiratorias (54,99 vs. 70,99).

Mortalidad por grandes grupos de causas, valores absolutos y tasas estandarizadas (pob. Europea 2013) por 100.000 hab. Araba/Álava 2017.

Grupo de causas	Mujeres		Hombres	
	N	Tasa	N	Tasa
(I) Enf. Infecciosas y parasitarias	25	9,86	27	12,66
(II) Tumores	350	173,72	347	183,94
(III) Enf. Sangre y órg. Hematopoyéticos	4	2,01	9	4,73
(IV) Enf. Endocrinas nutri. y metabólicas	42	16,68	30	14,88
(V) T. Mentales y del comportamiento	116	42,43	69	28,62
(VI) Enf. S. Nervioso	85	34,57	74	35,85
(VII) Enf. Ojo y anexos	0	-	0	-
(VIII) Enf. Oído y apóf. Mastoides	0	-	0	-
(IX) Enf. Ap. Circulatorio	351	138,57	341	159,41
(X) Enf. Ap. Respiratorio	144	54,92	162	70,99
(XI) Enf. Ap. Digestivo	62	24,53	49	24,31
(XII) Enf. piel y subcutáneo	3	1,1	3	-
(XIII) Enf. Osteomusculares y tej. Conectivo	24	10,20	17	7,29
(XIV) Enf. Ap. Genitourinario	24	8,71	33	14,46
(XV) Embarazo, parto, puerperio	0	-	0	-
(XVI) Afec. Perinatales	10	7,06	7	4,79
(XVII) Malf. Congénitas. Cromosómicas	5	2,89	5	3,25
(XVIII) Causas mal definidas	59	22,07	31	12,51
(XIX) Traumatismos, envenenamientos...	0	-	0	-
(XX) Causas externas	50	23,02	70	33,39
TOTAL	1354	571,83	1474	712,39

Mortalidad por causas específicas por edad

En 2017 se registraron 24 defunciones de menores de 15 años (el 50% mujeres); el 67% por afecciones durante el periodo perinatal (desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana de vida).

Se produjeron 15 defunciones de personas de 15-34 años; un 20% (tres personas) por suicidio y otro 20% por cáncer de encéfalo.

En el grupo de 35-64 años hubo 361 fallecidos, 148 (41%) mujeres y 213 (59%) hombres. Entre las mujeres, el 19% falleció por cáncer de mama, el 18% por cáncer de pulmón, un 4% por ACV y otro 4% por lesiones autoinflingidas intencionalmente. En los hombres, el 19% falleció por un cáncer de pulmón, el 12% por infarto agudo de miocardio y el 8% por cáncer de colon y recto.

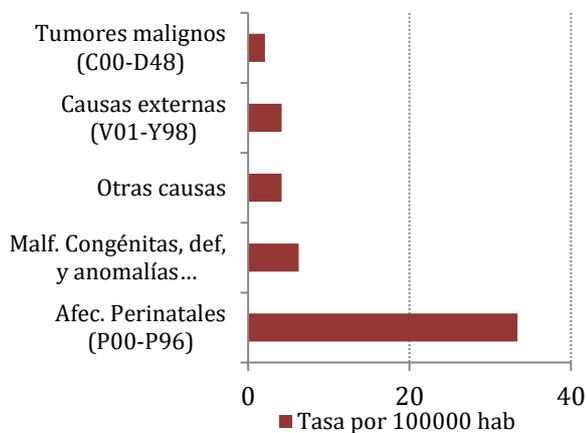
En el grupo de 65 a 79 años fallecieron 656 personas, el 29% mujeres. Entre las 192 fallecidas, el 54% lo hizo por un cáncer y el 19% por enfermedades del circulatorio; más concretamente, un 8% falleció por cáncer de mama y otro tanto por cáncer de colon y recto. El 6% lo hizo por un accidente cerebrovascular. En lo que respecta a los hombres, hubo 464 fallecidos, de ellos el 14% por cáncer de pulmón, un 6% por infarto agudo de miocardio y otro 6% por ACV, un 5% lo hizo por un cáncer de páncreas.

En el grupo de 80-89 años se registraron 1069 fallecimientos; el 48% mujeres. Entre las 510 fallecidas, el 30% fue por causas circulatorias (11% ACV y 4% infarto agudo de miocardio) y el 21% por cáncer (4% cáncer de colon y recto) un 9% falleció por demencia. Entre los 559 hombres fallecidos, el 29% lo hizo por una enfermedad circulatoria (7% ACV), el 26% por un cáncer (el 5% por un cáncer de pulmón) y el 7% por demencia.

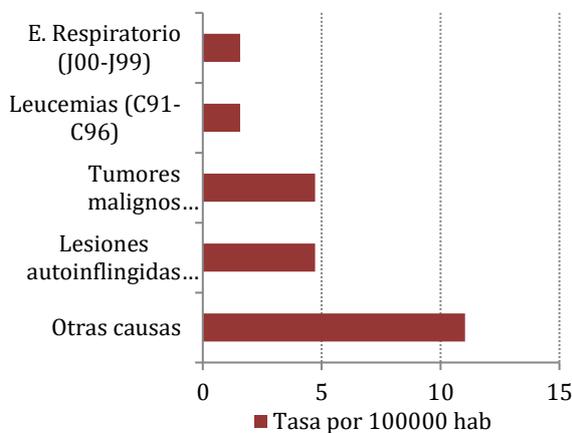
Fallecieron 703 personas de 90 y más años, el 70% mujeres. De las 489 mujeres fallecidas, el 31% fue por una enfermedad circulatoria (9% por ACV), un 13% por demencia y un 7% por senilidad. En los 214 hombres fallecidos, el 20% falleció por cáncer (4% por cáncer de vejiga) y otro tanto por una enfermedad circulatoria (6% ACV). Un 6% murió por demencia y otro tanto por senilidad.

Tasas brutas (por 100.000 habitantes) de las principales causas de muerte por grupo de edad. Araba/Álava 2017

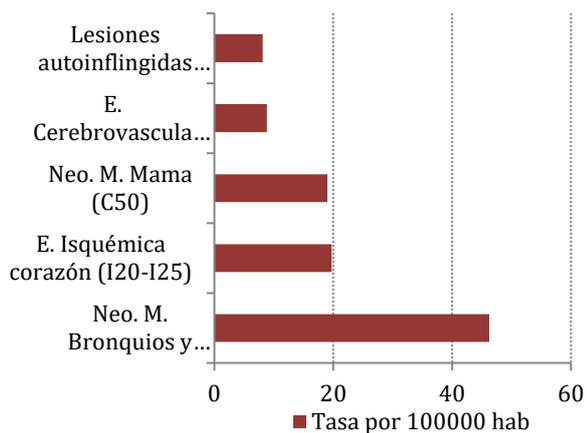
0-14 años. TM: 50,06/100000 hab
N= 24



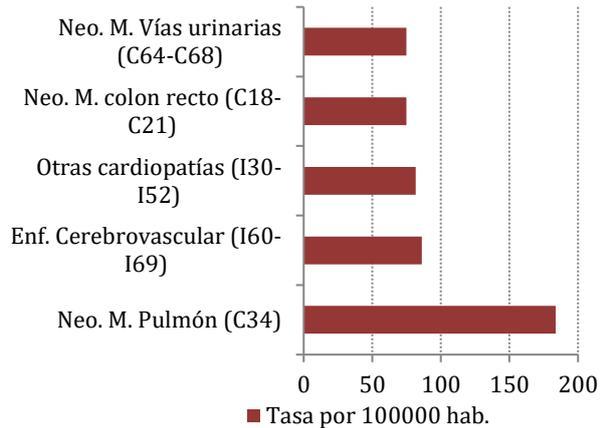
15-34 años. TM: 23,64/100000 hab
N= 15



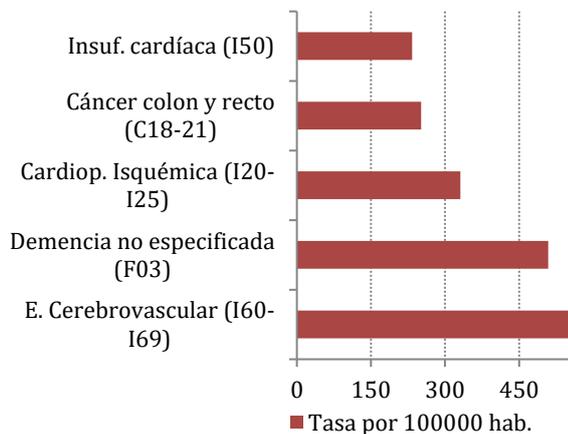
35-64 años. TM: 245,47/100000 hab
N= 361



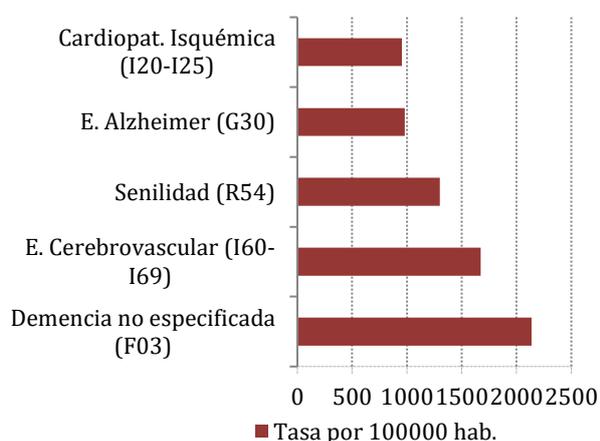
65-79 años. TM: 1486,98/100000 hab
N= 656



80-89 años. TM: 6556,27/100000 hab
N= 1069



90 y más años. TM: 20288,60/100000 hab
N= 703

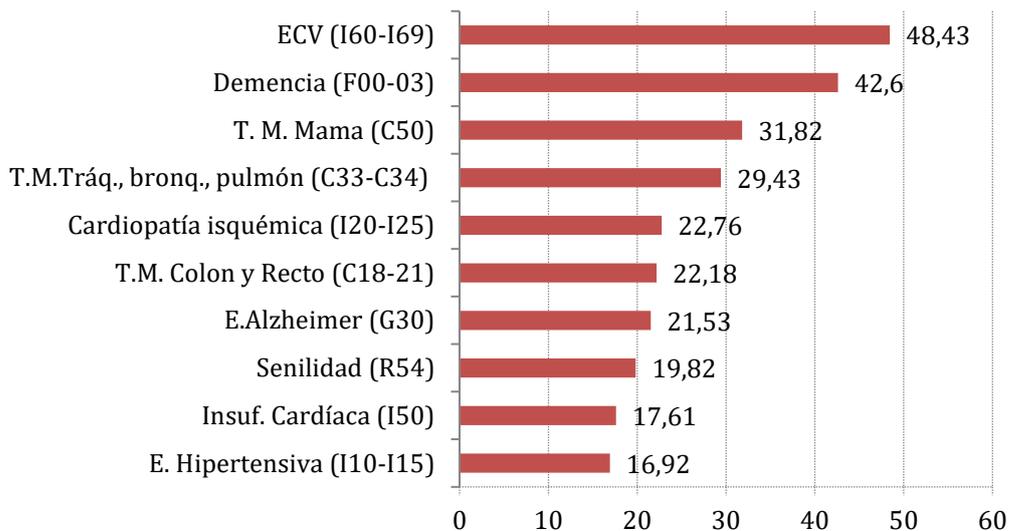


Mortalidad por causas específicas por sexo

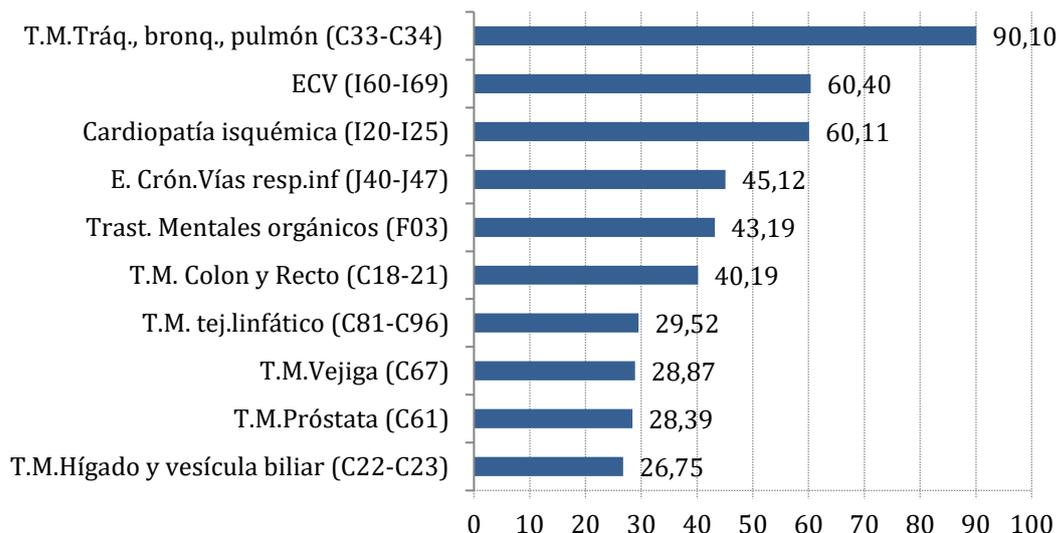
Entre las mujeres, las tres primeras causas de muerte fueron la enfermedad cerebrovascular (48,43/100.000), la demencia (42,6/100.000), y el cáncer de mama (31,8/100.000). Entre los hombres, las primeras causas fueron el cáncer de pulmón (90,10/100.000), la enfermedad cerebrovascular (60,40/100.000) y la cardiopatía isquémica (60,11/100.000).

Tasas de mortalidad estandarizada, por 100.000 habitantes. Araba/Álava 2017

a) MUJERES



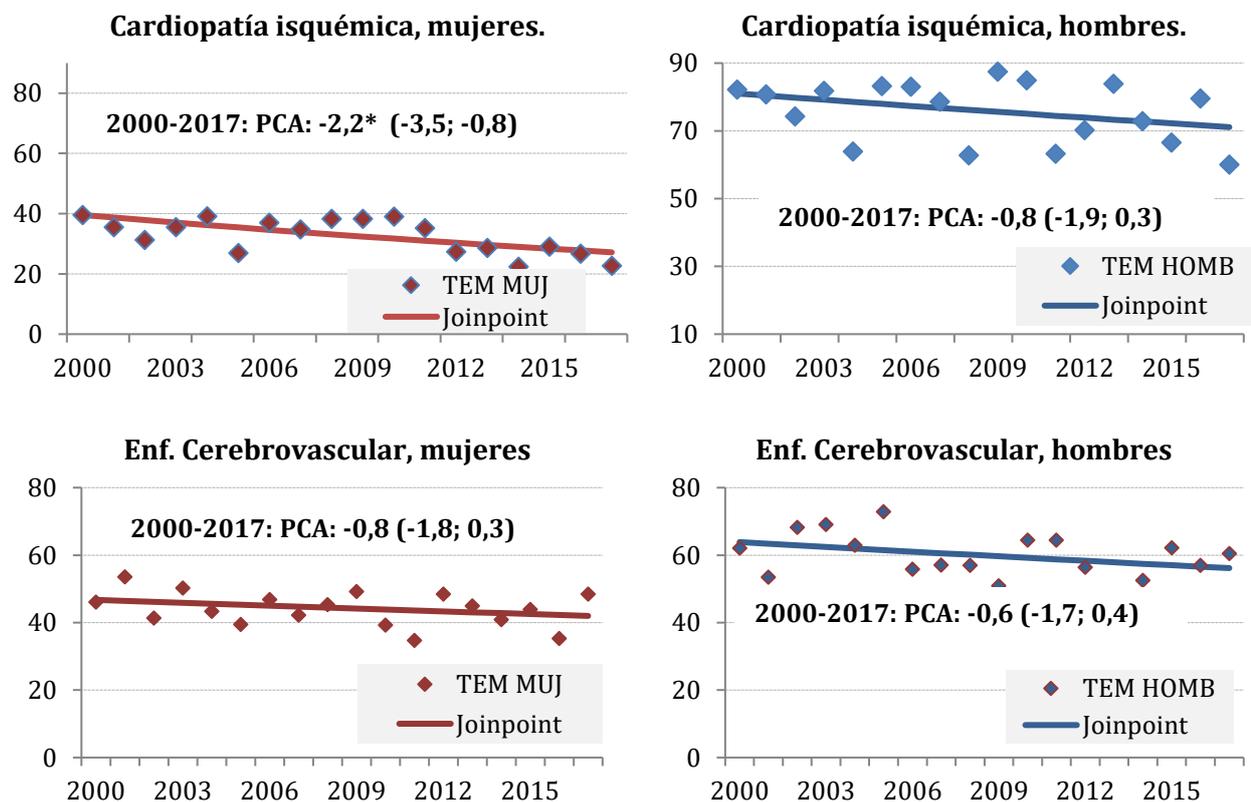
b) HOMBRES



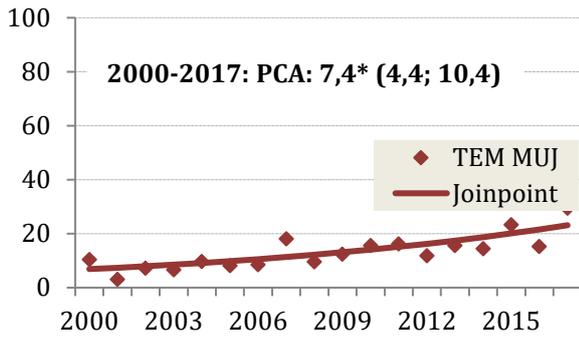
Evolución de algunas causas de muerte, periodo 2000-2015

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 ligeramente ascendente pero no es estadísticamente significativa. La mortalidad por cáncer de estómago varía en ambos sexos, es descendente en las mujeres (un 1,7% anual) y ligeramente ascendente en los hombres (un 0,6% anual). 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.

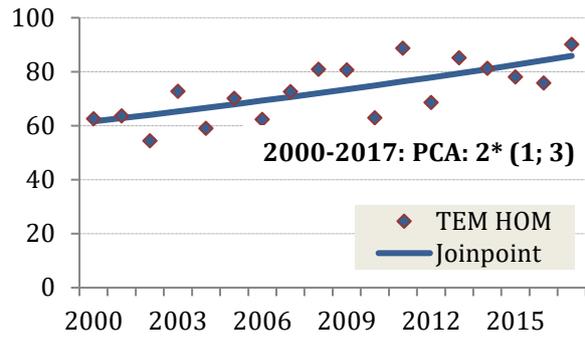
Evolución de las principales causas de muerte, por sexo. Araba/Álava 2000-2017. Tasas estandarizadas de mortalidad (TEM) por 100.000 habitantes.



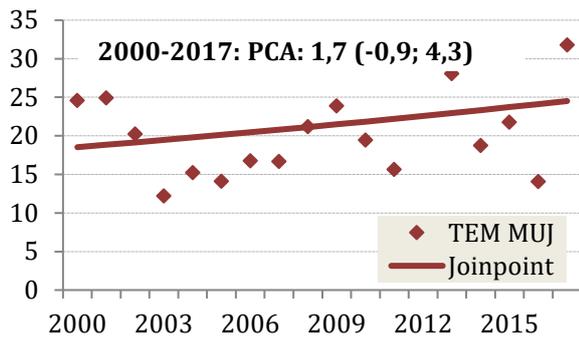
Cáncer de pulmón, mujeres.



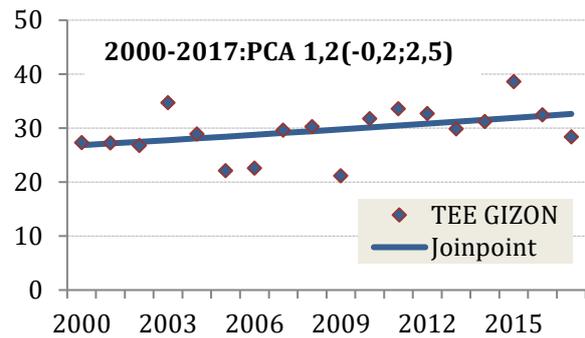
Cáncer de pulmón, hombres.



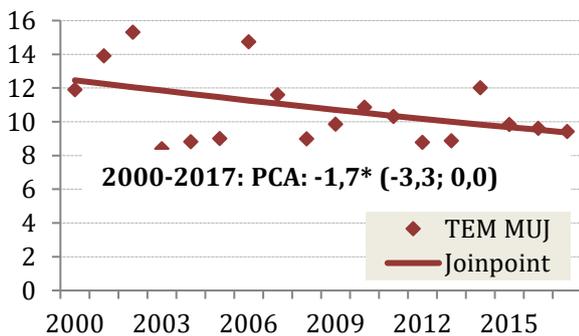
Cáncer de mama



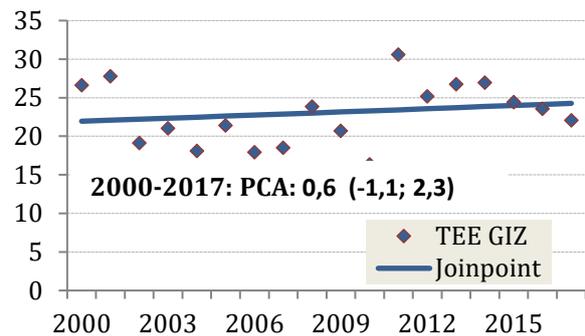
Cáncer de próstata



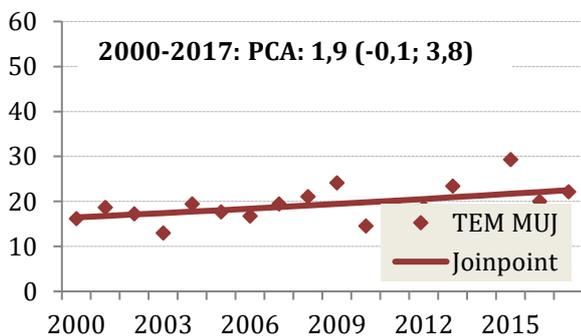
Cáncer de estómago, mujeres.



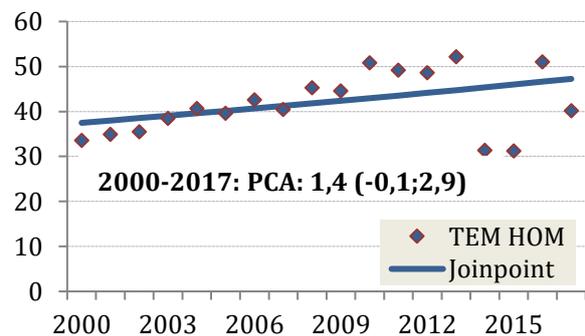
Cáncer de estómago, hombres.



Cáncer de colon y recto, mujeres.



Cáncer de colon y recto, hombres.

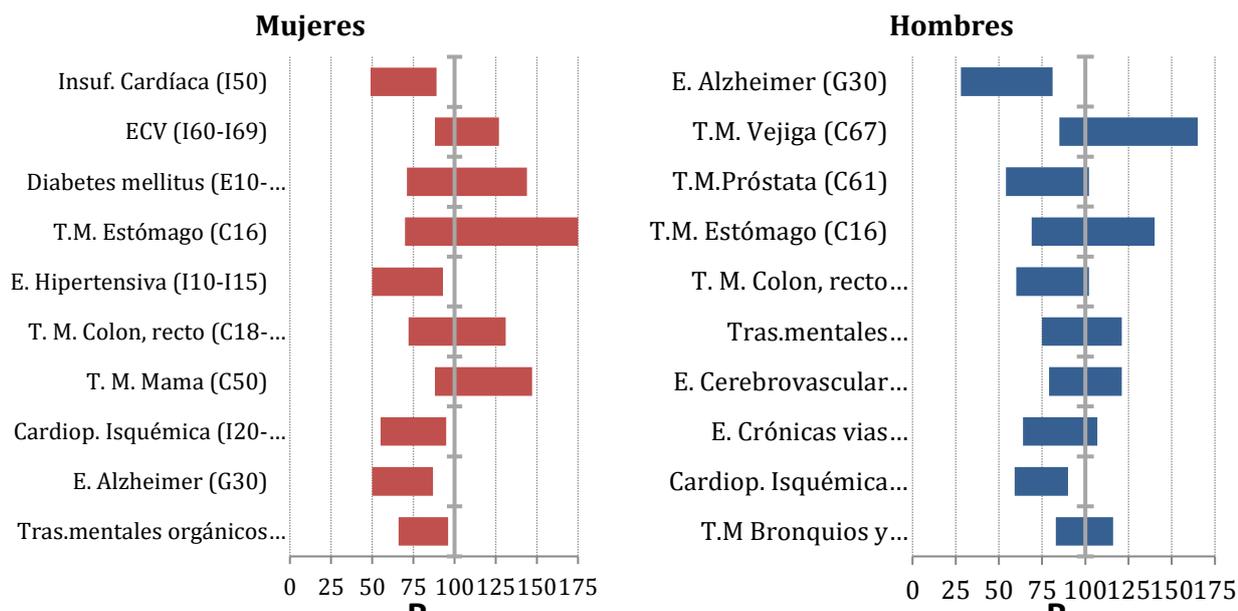


Razón de mortalidad estandarizada (RME)

En 2017, la mortalidad por todas las causas en Araba/Álava fue inferior a la de la CAPV en mujeres (RME=84,06 IC95% 79,59-88,54) y hombres (RME=88,10; IC95% 83,60-92,60).

En mujeres, la mortalidad por Insuf. cardíaca, ECV, enf. hipertensiva, cardiopatía isquémica, enf. de Alzheimer y trastornos mentales orgánicos son significativamente menores en Araba/Álava que en la CAPV. En los hombres, ocurre lo mismo con la cardiopatía isquémica y la enf. de Alzheimer. 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 2017



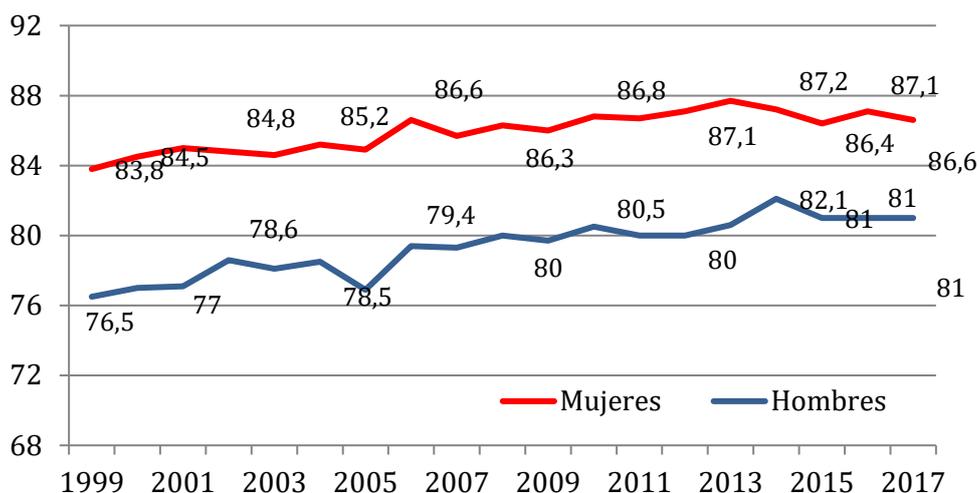
Mortalidad infantil

Se registraron 7 fallecidos menores de un año nacidos vivos (tasa de 2,3 por 1000 nacidos vivos). Se produjeron 2 fallecidos durante el periodo perinatal, que comprende desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana de vida. La tasa resultante es de 0,65 fallecidos por 1.000 nacidos vivos.

Esperanza de vida al nacimiento

En 2017, la esperanza de vida al nacer en Araba/Álava, fue de 86,6 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 5,6 años en el 2017.

**Esperanza de vida al nacimiento según sexo.
Araba/Álava. Periodo 1999-2017**



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 2017 los APVP₇₀ fueron 8479. Las diferencias por sexo son claras en el valor total (3548 APVP₇₀ mujeres; 4931 APVP₇₀ hombres).

Las principales causas en mujeres fueron: los tumores malignos: cáncer de mama (558 APVP₇₀); el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (409 APVP₇₀) y el suicidio (149 APVP₇₀). En los hombres, fueron el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (574 APVP₇₀), cardiopatía isquémica (473 APVP₇₀) y las enf. congénitas (213 APVP₇₀).

Años Potenciales de Vida Perdidos hasta los 70 años (APVP₇₀) y tasa estandarizada por 100.000 habitantes. Primeras causas. Araba 2017. Registro de mortalidad

Causa	Mujeres		Hombres	
	APVP ₇₀	Tasa	APVP ₇₀	Tasa
T.M. Mama (C50)	558	304,5	0	0
T. M. Colon, recto (C18-C21)	89	50,91	201	117,68
T.M.Tráq., bronq, pulmón (C33-C34)	409	228,36	574	334,52
T. M. Páncreas (C25)	89	49,64	90	53,21
E. Del hígado (K70-K77)	37	19,27	90	53,90
ECV (I60-I69)	91	50,59	132	74,45
Suicidio (X60-X84)	149	85,26	209	128,43
E. Congénitas (Q00-Q99)	107	66,6	213	146,98
Cardiopatía isquémica (I20-I25)	58	32,29	473	269,57
Envenenamientos (X40-X49)	79	42,73	55	30,26
Accid. Tráfico (V01-V99)	135	81,51	91	44,67