

Subdirección de Salud Pública de Araba/Álava

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Año 2012



EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

ÍNDICE

Página

INTRODUCCIÓN	2
---------------------------	---

A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

1. Situación General y Tendencias	3
2. Enfermedades de Transmisión Alimentaria e Hídrica	7
3. Hepatitis Víricas	11
4. Enfermedades de Transmisión Aérea o Respiratoria	14
5. Enfermedades de Transmisión Sexual	22
6. Enfermedades Prevenibles por Inmunización	23
7. Enfermedades Importadas	28
8. Zoonosis	29
9. EETH: Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas	31
10. Poliomiелitis y Parálisis Flácida Aguda	32
11. Otras Enfermedades	33

B. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

1. Estudio de Seguimiento de Complicaciones y Riesgo Cardiovascular en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 Recién Diagnosticada en Atención Primaria	34
2. Vigilancia de Accidentes en Mayores de 64 años no Institucionalizados y Residentes en Araba/Álava	40
3. Registro de Cáncer	48

C. VACUNACIONES

1. Primovacunación Infantil	54
2. Otras Vacunaciones	57
3. Gestión de Vacunas	58
4. Otras Actividades	60

INTRODUCCIÓN

En este informe se presenta un resumen de las actividades realizadas por la Unidad de Epidemiología en el año 2012. Se analiza información procedente de los sistemas de información gestionados por la Unidad de Epidemiología (Enfermedades de Declaración Obligatoria, Brotes de Toxi-infección alimentaria, Sistema de Información Microbiológica, Red de Vigilancia de Médicos Vigía, Registro de Cáncer y Registro de Vacunación).

Los datos analizados corresponden al año 2012 para todos los sistemas a excepción del Registro de Cáncer, en el que se analizan datos del año 2010. Respecto a la información de la Red de Médicos Vigía se presenta los datos de la vigilancia de la gripe en la CAPV de la temporada 2012-2013.

Desde esta unidad queremos agradecer a todos los médicos declarantes, y a todos los profesionales de los centros de salud, hospitales y laboratorios clínicos en general, su continua colaboración, esencial para la realización de una adecuada vigilancia epidemiológica.

A. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

A.1.- SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

La **declaración numérica semanal** de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO), medida ésta como el porcentaje de partes de notificación recibidos respecto al número de partes posibles (una declaración semanal por médico), ha sido del 87.08% en el año 2012, porcentaje inferior al del año anterior, que fue del 93.91%. Esto es debido en parte por la falta de declaraciones recibidas desde el C.S. de LLodio. Si sólo tuviésemos en cuenta la Comarca Araba el porcentaje de declaración sería del 93.28%.

En cuanto al número de **hojas de declaración individual** recibidas ha sido de 281, número un tanto inferior a las 300 del año anterior. La procedencia de las hojas de declaración individual recibidas en el 2012 es la siguiente:

Tabla A.1.1- Declaración EDO individual por centros. Araba/Álava 2012

CENTRO	CASOS	%
Hospital Txagorritxu	59	21.00
Hospital Santiago	19	6.76
Centros Salud Vitoria-Gasteiz	157	55.87
Otros Hospitales	8	2.85
Otros centros Álava	38	13.52
TOTAL	281	100,00

SITUACION GENERAL DE LAS E.D.O.

En la tabla 1.2 se presenta el número de casos incidentes de cada una de las enfermedades sujetas a declaración notificadas en el año 2012 así como en los cinco años anteriores. Para el año 2012 se muestran también las tasas de incidencia por 100.000 habitantes así como 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 2012 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 2012 y el número de casos del quinquenio anterior (2007-2011).

Cuando los índices epidémicos resultan en un valor entre 0.76 y 1.24 la incidencia de la enfermedad se considera normal. Si es menor o igual a 0.75 se considera que la incidencia ha sido menor de lo habitual; si es igual o mayor a 1.25, se considera que la incidencia ha sido superior a lo habitual. Es necesario tener en cuenta que, en el caso de las enfermedades de baja incidencia, cuando se producen pequeños cambios en el número de casos se producen grandes variaciones en estos índices, sobre todo, en el IE1.

Para el cálculo de las tasas con base poblacional se han utilizado los datos del censo de 2006.

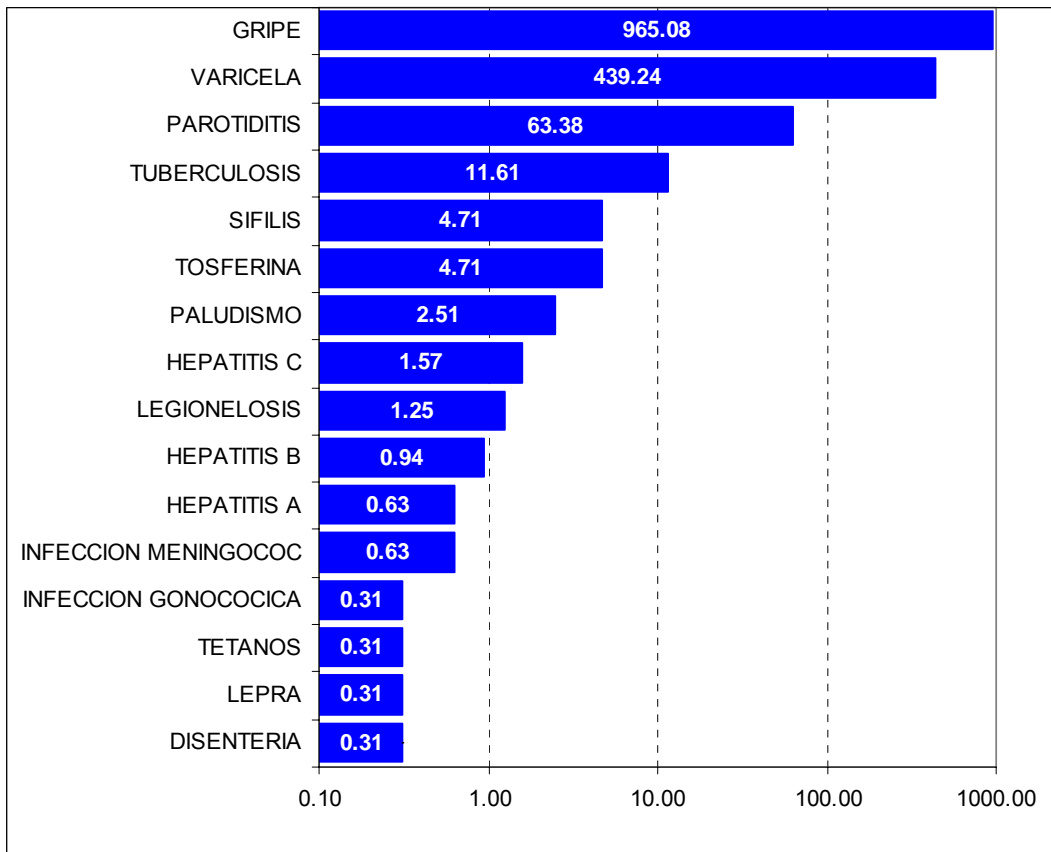
**Tabla A.1.2- Casos 2007-2011 y casos, tasas e índices epidémicos 2012. EDO
Araba/Álava**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012			
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Tasa	IE1	IE2
Enf. transm. alimentaria									
F. Tifo-paratíf.	1	1	0	0	2	0	0.65	*	*
Hepatitis A	6	9	54	12	6	2	0.63	0.33	0.22
Shigelosis	3	2	0	2	2	1	0.65	1.00	1.00
Triquinosis	0	39	0	0	0	0	0	*	*
Enf. transm. parenteral									
Hepatitis B	4	6	4	0	2	3	0.94	1.50	0.75
Enf. transm. respiratoria									
Gripe	4977	8365	7800	1202	3793	3076	1240.26	3.16	0.76
Legionelosis	10	13	9	14	8	4	2.62	0.57	0.62
Meningitis tuberculosa	0	2	0	2	2	0	0.00	0.00	*
Tuberculosis	43	51	30	42	59	37	11.61	0.62	0.84
Enf. transm. sexual									
Inf. Gonocócica	5	2	8	5	3	1	0.31	0.33	0.20
Sífilis	11	21	11	20	16	15	4.71	0.94	0.94
Enf. transm. vectorial									
Paludismo	3	5	4	4	6	8	2.51	1.33	2.00
Enf. prevenibles por vacunación									
Enf. Meningocóc.	4	8	14	3	0	2	0	0.00	0.00
Parotiditis	311	46	11	7	204	202	63.38	0.99	4.39
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Rubéola	1	0	0	0	0	0	0	*	*
Sarampión	0	0	0	0	3	0	0.00	0.00	0.00
Tétanos	1	0	0	2	0	1	0.31	0.00	0.00
Tos ferina	1	2	1	0	3	15	4.71	5.00	15.0
Varicela	2171	1550	2470	909	971	1400	439.24	1.44	0.90
Hepatitis víricas no agrupadas									
Hepatitis C	2	4	1	1	4	5	1.57	1.25	2.50
Otras hepat. vír.	1	0	1	0	0	0	0	0.00	0.00
Zoonosis:									
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Enf. Importadas									
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Peste	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Otras Enf. Infec.									
Lepra	0	0	0	0	1	1	0.31	1.00	*
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 y por lo tanto no se puede hallar el índice epidémico correspondiente.

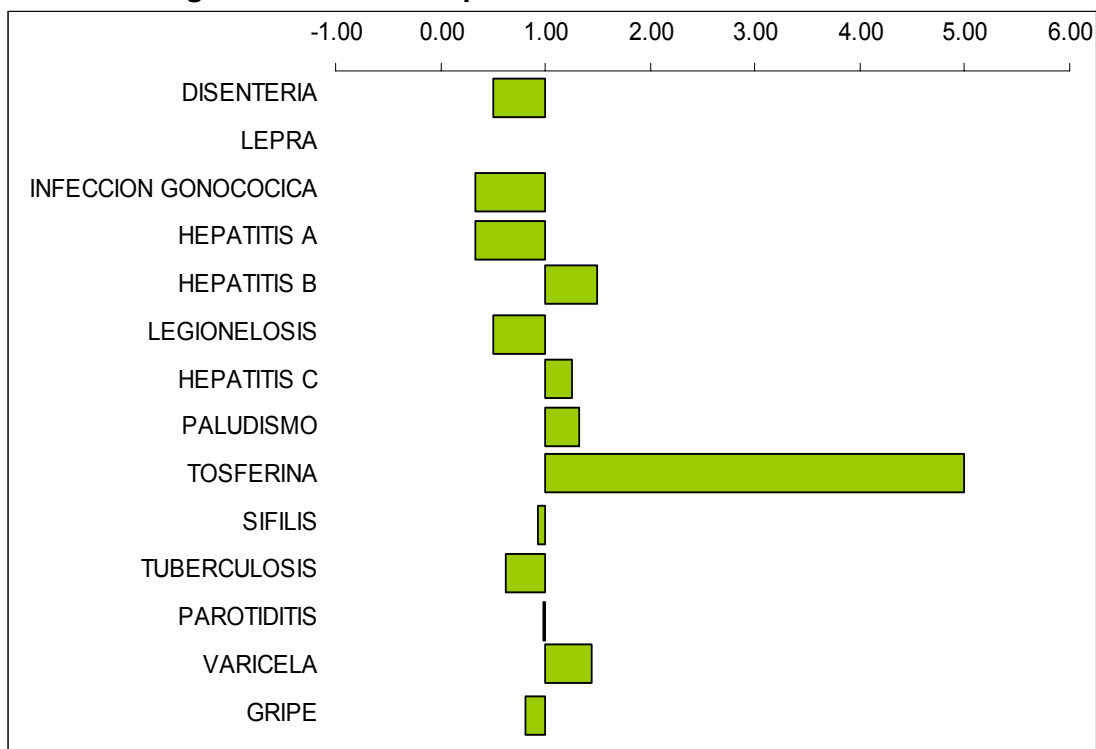
En la figura A.1.1 se representan las tasas de incidencia por 100.000 habitantes usando una escala logarítmica para el eje horizontal a fin de poder presentar en el mismo gráfico las enfermedades de elevada incidencia junto con las de baja incidencia.

Figura A.1.1.- Tasas por 100.000 habitantes en base logarítmica. EDO Araba/Álava 2012



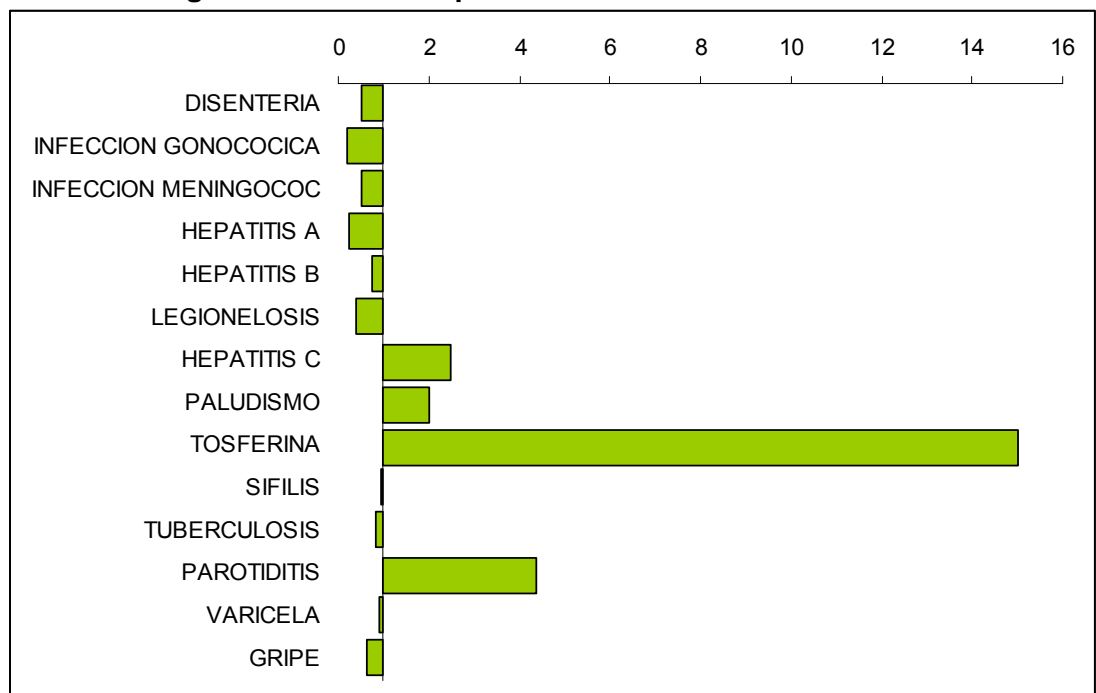
Como se puede observar en la figura A.1.2, el aumento más importante de casos se ha producido en la tos ferina con respecto al año anterior. De mayor a menor la hepatitis B, la varicela, el paludismo y la hepatitis C han presentado un índice epidémico superior a 1.25 lo que indica una alta incidencia de la enfermedad.

Figura A.1.2.- Índice epidémico 1. EDO Araba/Álava 2012



Teniendo en cuenta el índice epidémico 2 (figura A.1.3), la tos ferina, la parotiditis, la hepatitis C y el paludismo superan el índice en 1.25.

Figura A.1.3.-Índice epidémico 2. EDO Araba/ Álava 2012

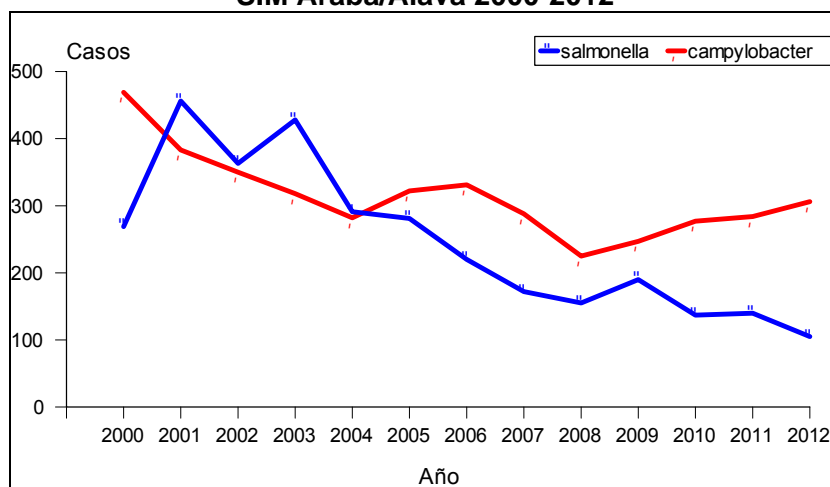


A.2.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA O HÍDRICA

Durante el 2012, los microorganismos agentes de gastroenteritis, *Campylobacter* y *Salmonella* junto a Rotavirus suponen el 93% de los enteropatógenos declarados al Sistema de Información Microbiológica (SIM).

Continúa descendiendo el número de declaraciones de *Salmonella*; en 2012 ha sido 105 (figura A.2.1). Sin embargo, se observa un incremento progresivo de porcentaje de aislamientos del serogrupo B (49%) a expensas del serogrupo D (41%).

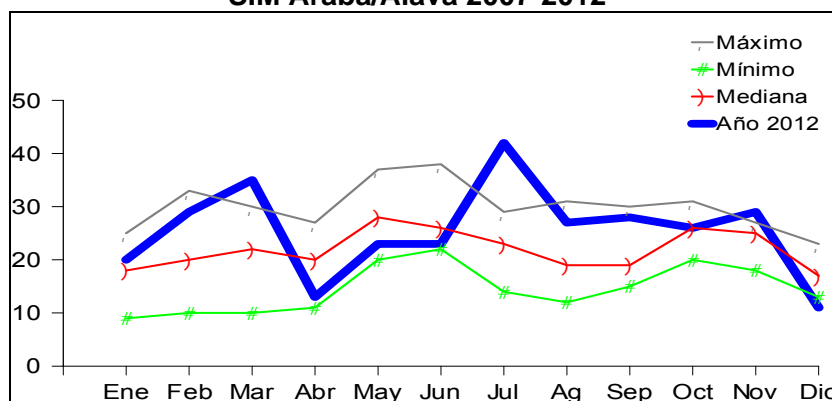
Figura A.2.1- Evolución temporal de *Salmonella* y *Campylobacter*.
SIM Araba/Álava 2000-2012



Campylobacter con 306 casos declarados, continúa siendo la primera causa de gastroenteritis bacteriana. Este año los aislamientos aumentaron ligeramente respecto al año anterior.

Según el mes de declaración, se dieron picos en el número de casos en los meses de marzo y julio (figura A.2.2). Dos de cada tres casos tenían menos de 10 años.

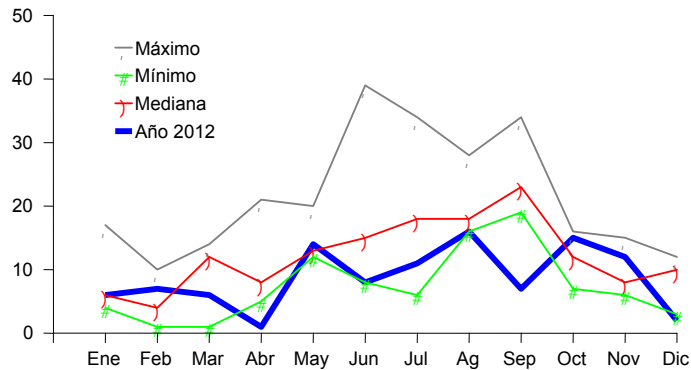
Figura A.2.2- Canal endemoepidémico de *Campylobacter*.
SIM Araba/Álava 2007-2012



En relación al último quinquenio, el número de *Salmonella* por mes se mantuvo la mayor parte del año 2012 por debajo de la mediana (figura A.2.3).

Casi la mitad de los afectados tenían menos de 10 años.

**Figura A.2.3-Canal endemoepidémico de *Salmonella*.
SIM Araba/Álava 2007-2012**



En 2012 el número de **Rotavirus** declarado al SIM ha sido 104, cifra acorde a la mediana del quinquenio anterior (95). Presentaron una clara estacionalidad, el 89% de las declaraciones se efectuaron de enero a marzo. El 42% de los Rotavirus declarados tenían menos de 1 año.

Se han notificado 17 ***Yersinia enterocolitica*** frente a las 27 declaradas en 2011 al SIM. Al igual que el resto de enteropatógenos, la yersiniosis se declara microbiológicamente más en niños.

Se recibió una declaración individual de 1 caso de **shigelosis**. El agente etiológico aislado en coprocultivo fue *Shigella sonnei*. No se pudo encontrar ningún factor de riesgo asociado.

Se notificó un caso de **listeriosis** en una mujer de 46 años que falleció.

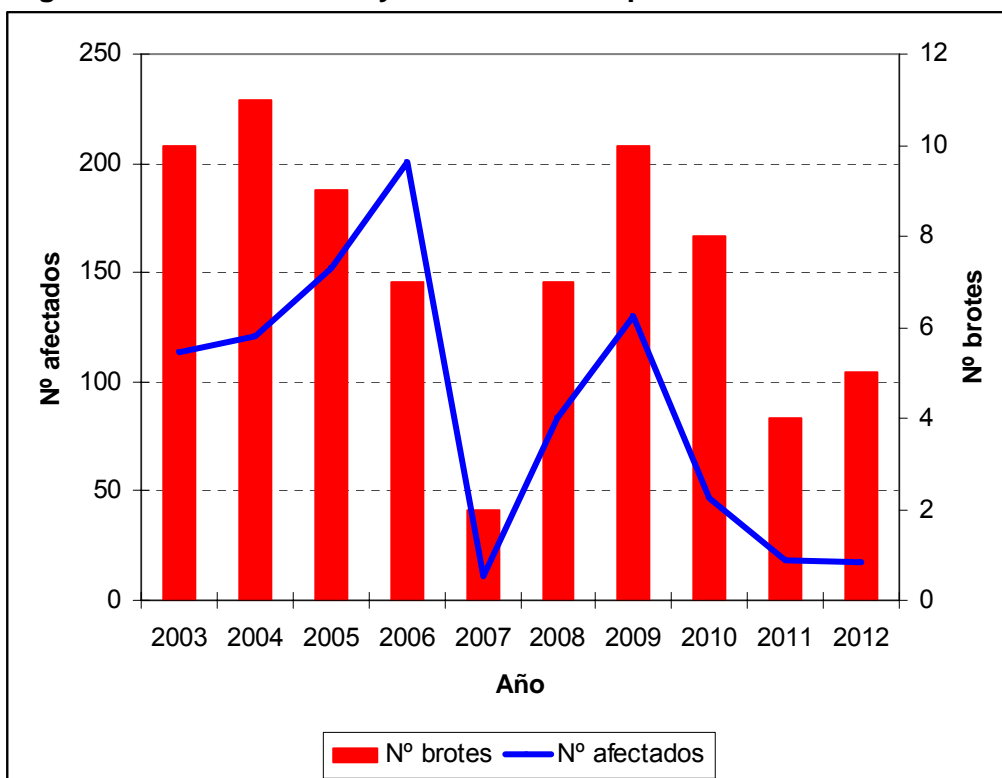
BROTOS DE TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA

Durante el año 2012 se han declarado 5 brotes de toxi-infección alimentaria, con un total de 17 personas afectadas. Ninguna de ellas requirió hospitalización. Aunque el número de brotes haya aumentado el número de afectados y hospitalizados se ha reducido con respecto al año anterior (tabla A.2.1, figura A.2.4).

Tabla A.2.1- Evolución de los brotes de toxi-infección alimentaria. Araba/Álava 2003-2012

Año	Nº Brotes	Nº Afectados	Casos/brote
2003	10	114	11,4
2004	11	121	11
2005	9	152	17
2006	7	201	28,7
2007	2	11	5,5
2008	7	83	12
2009	10	130	13
2010	8	47	5.9
2011	4	18	4.5
2012	5	17	3.4

Figura A.2.4- Nº de brotes y nº de afectados por año. Años 2003-2012



En la tabla A.2.2 se presentan los datos de los brotes ocurridos en el 2012.

Tabla A.2.2- Toxi-infecciones Alimentarias. Araba/Álava 2012

Fecha	Municipio	Lugar	Nº Exp.	Nº Afect.	Vehículo	Detección agente o toxina en	Agente causal
Enero	Vitoria-Gasteiz	Tienda	3	3	Marisco, crustáceos, molusco	Alimento	Desconocido
Julio	Vitoria-Gasteiz	Tienda	6	6	Pescado	Alimento	Anisakis
Agosto	Vitoria-Gasteiz	Hogar privado	2	2	Cereales	Alimento	B.cereus
Agosto	Vitoria-Gasteiz	Cantina/Bar	3	3	Huevo/Ovoproducto	Alimento	Salmonella sp
Septiembre	Vitoria-Gasteiz	Cantina/Bar	3	3	Huevo/Ovoproducto	Alimento	Desconocido

Nota: Nº Exp.: nº de personas expuestas. Nº Afect.: nº de personas afectadas.

En todos los brotes se realizó la inspección del local en el que se elaboraron y vendieron los alimentos excepto en el brote familiar. Se requirió la subsanación de deficiencias en los casos en que se detectó alguna. No se realizó toma de muestras a los manipuladores del establecimiento en los casos en los que no procedía.

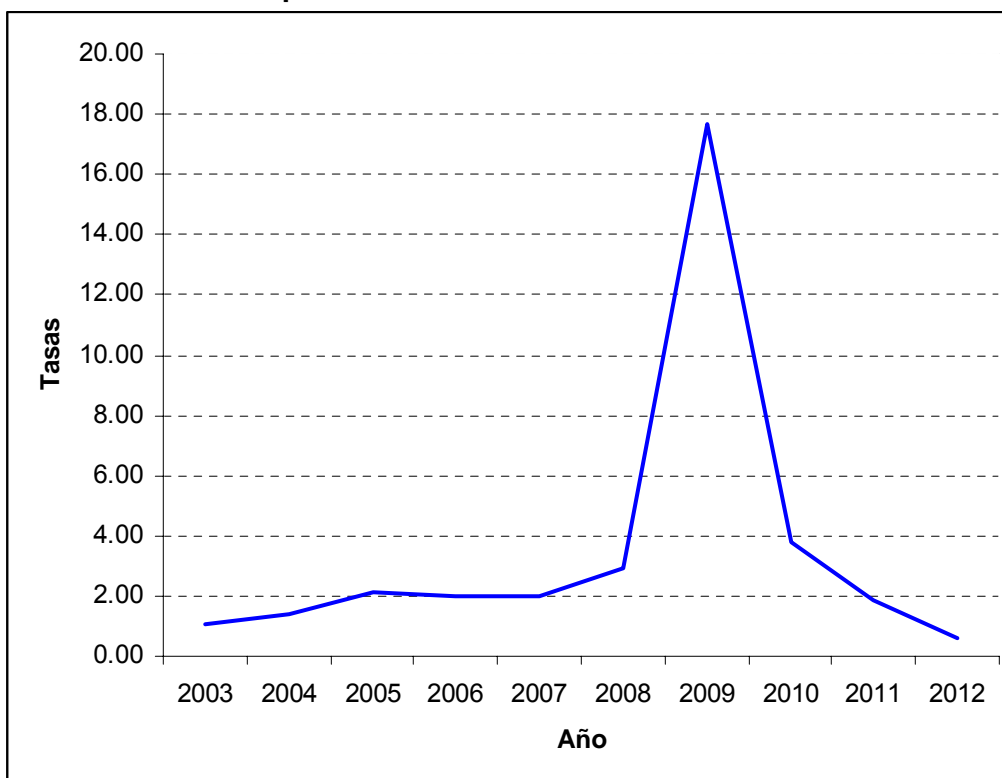
En cuanto a los factores contribuyentes en los brotes investigados, el factor más frecuente (en 3 brotes) fue la inadecuada conservación y manipulación de los alimentos elaborados. En los dos brotes donde los alimentos implicados fueron comprados en una tienda, éstos estaban en mal estado desde origen; aunque el brote causado por anisakis se pudiera haber evitado con un correcto tratamiento antes de su consumo.

A.3.- HEPATITIS VÍRICAS

HEPATITIS A

Se notificaron 2 casos de hepatitis A durante el año 2012, lo que corresponde a una tasa de 0,62 casos por 100.000 habitantes, reduciéndose la tasa de incidencia a cifras menores de las habituales exceptuando el brote producido en el año 2009.

Figura A.3.1 – Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de la Hepatitis A. EDO Araba/Álava 2003-2012

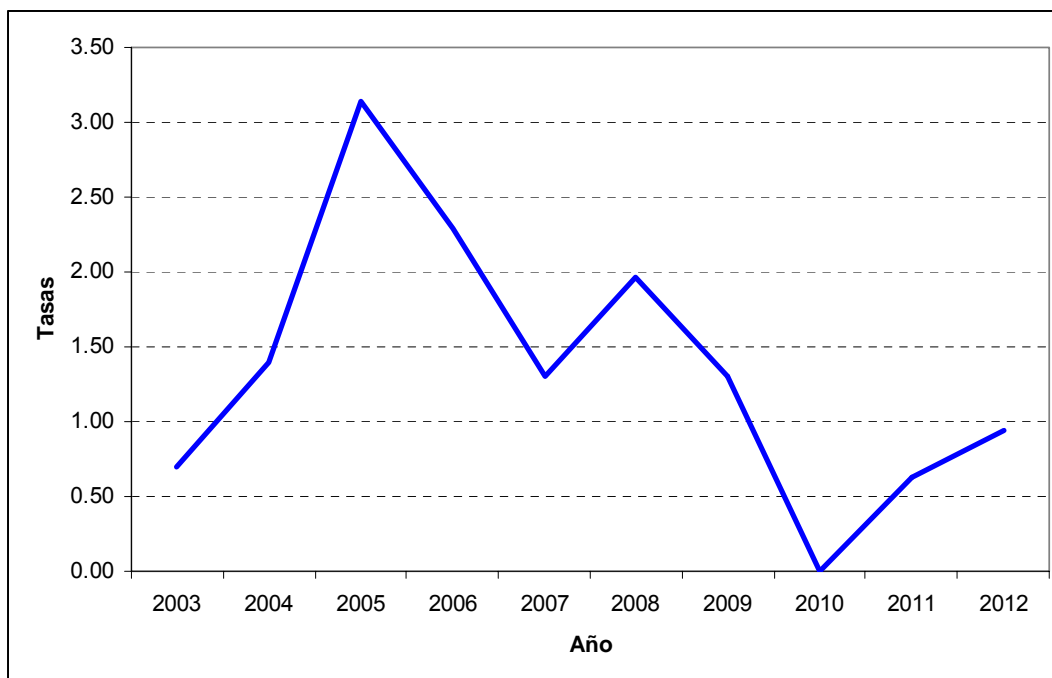


Los 2 casos eran mujeres de 19 y 11 años de edad con antecedente de viaje a zona endémica. Uno de los casos, tuvo contacto en guardería con niños pequeños por lo que se procedió a la vacunación y administración de inmunoglobulina inespecífica a los mismos. También se administró quimioprofilaxis a la madre del caso por estar embarazada.

HEPATITIS B

En el año 2012 se han declarado 3 casos de hepatitis B aguda, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 0,94 casos por 100.000 habitantes. Se trata de 2 mujeres y 1 hombre de 66, 47 y 39 años respectivamente. No se pudieron establecer los factores de riesgo de los casos.

Figura A.3.2 – Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de la Hepatitis B. EDO Araba/Álava 2002-2011

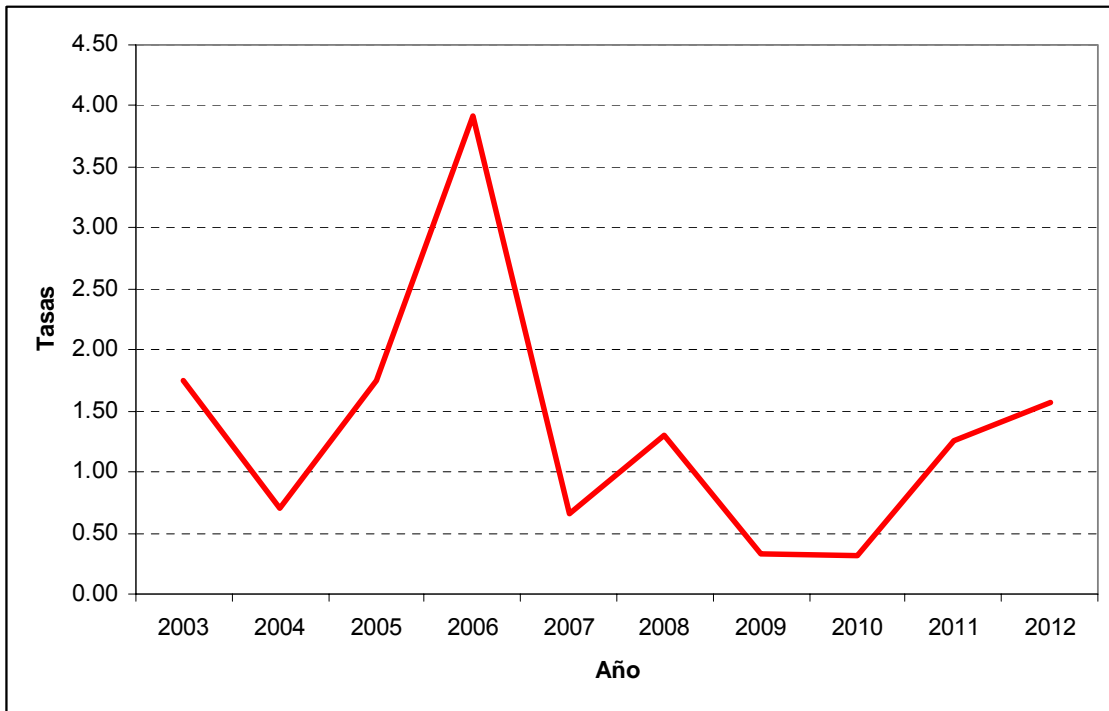


HEPATITIS C

Se declararon 5 casos de hepatitis C aguda durante el 2012, lo que corresponde a una tasa de 1,57 casos por 100.000 habitantes. 2 de los casos han sido declarados por el Centro de Salud Zaballa, del Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca. Los casos tenían edades comprendidas entre 23 y 45 años y 3 de ellos eran hombres.

Como factores de riesgo, 2 eran usuarios de drogas por vía parenteral. En los demás casos se desconoce los factores de riesgo que hubieran podido contribuir a la enfermedad, pero en 1 caso se sospechó de una transfusión, sospecha descartada posteriormente, y en otro, de una posible inoculación percutánea accidental en su entorno laboral.

Figura A.3.3 – Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de Hepatitis C. EDO Araba/Álava 2003-2012



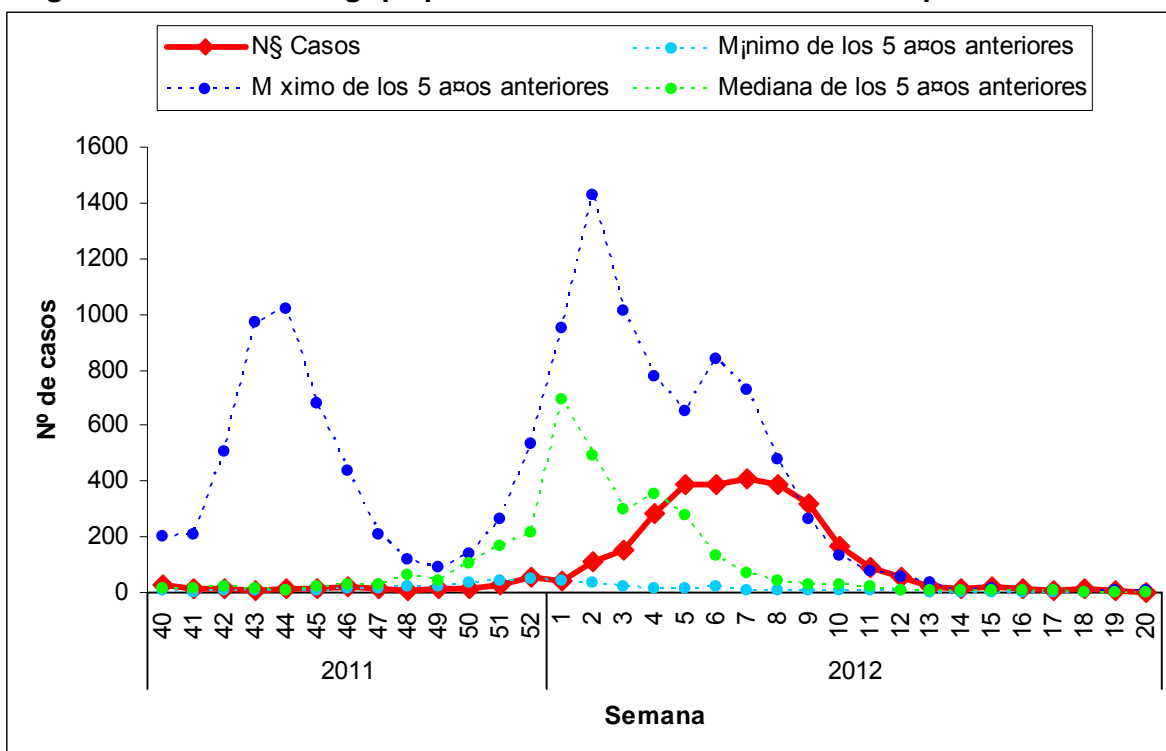
A.4.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN AÉREA O RESPIRATORIA

GRUPE

Es necesario tener en cuenta que los datos de gripe aportados por el sistema EDO se obtienen a partir de las declaraciones numéricas de casos realizadas por los médicos de atención primaria, por lo que no se tiene más información que el número de casos. En las figuras A.4.1 y A.4.2 se presentan los datos del registro EDO para las temporadas gripales 2011-2012 y 2012-2013 (hasta la semana 9/2013).

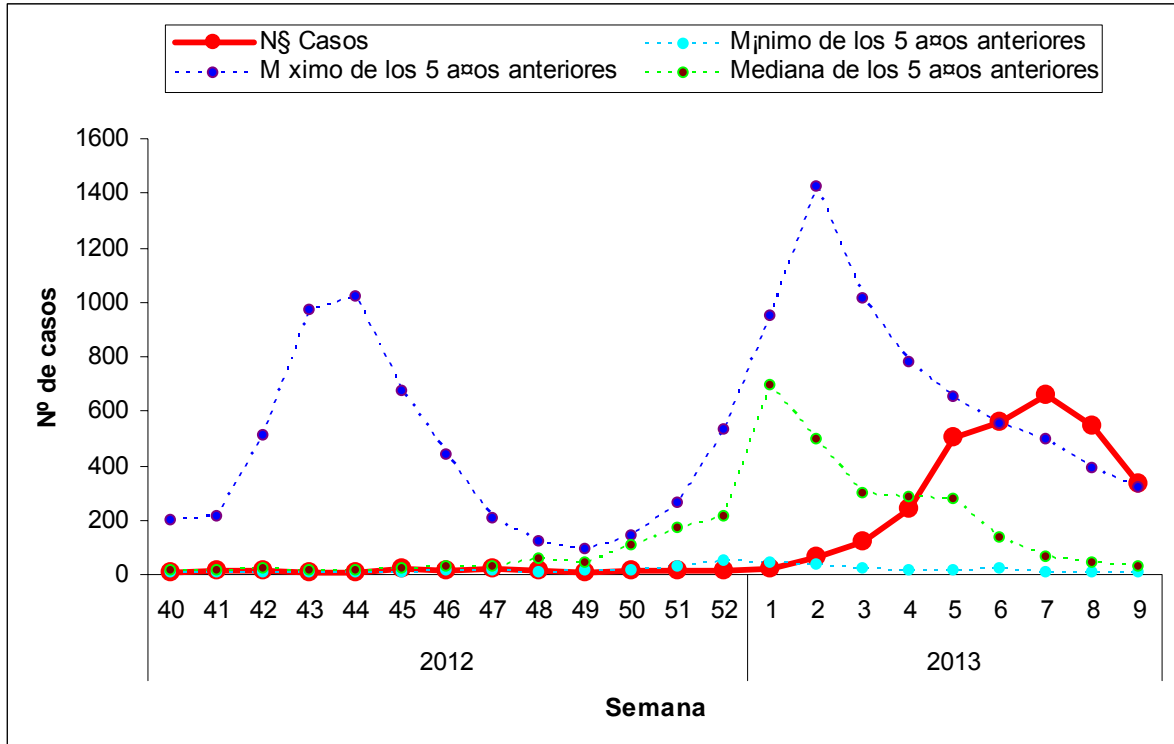
Durante la temporada 2011-2012 (semana 40/2011-semana 20/2012) se declararon un total de 3.144 casos. El pico epidémico de declaraciones al sistema EDO se produjo en la semana 7/2011 coincidiendo con el pico de la temporada actual.

Figura A.4.1- Casos de gripe por semanas. EDO Araba/Álava temporada 2011-2012



El número de casos declarados en la temporada 2012-2013 (semana 40/2012-semana 9/2013, datos disponibles a fecha de realización del informe) han sido 3.197, con un máximo de 661 casos declarados en la semana 7/2013. Durante estas dos últimas temporadas el pico de gripe ha sido más tardío de lo habitual.

Figura A.4.2- Casos de gripe por semanas. EDO Araba/Álava temporada 2012-2013.



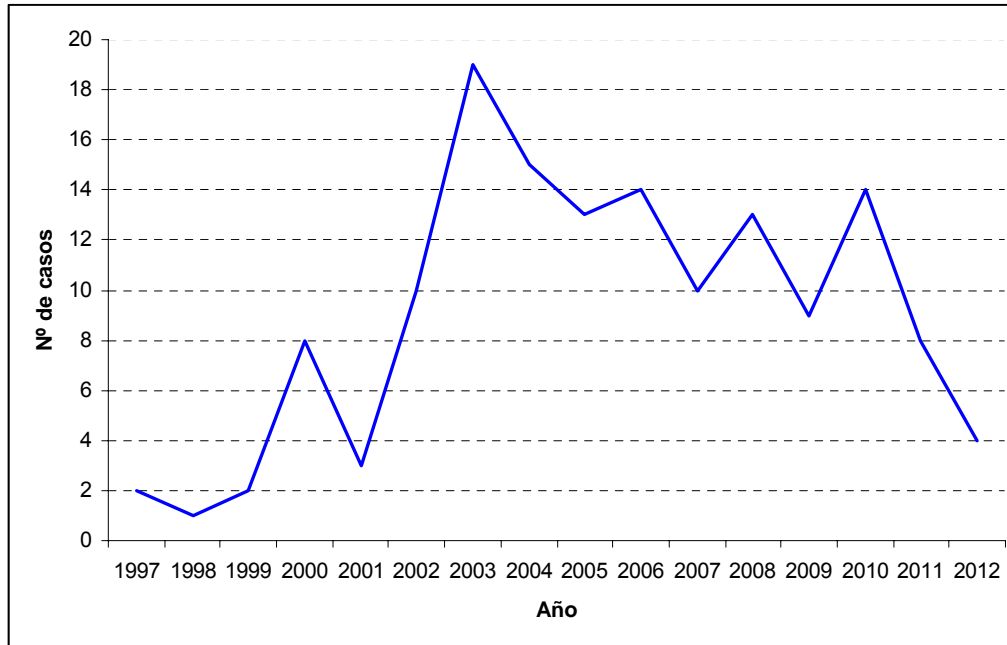
Se ha declarado un brote de gripe en una residencia geriátrica con 25 casos declarados con confirmación virológica en 18 de ellos. El virus predominantemente aislado ha sido el virus influenza tipo B reflejando lo ocurrido en población general. Todos los casos estaban vacunados. El 88% de los casos tenía algún factor de riesgo asociado. Uno de los casos falleció y otro caso requirió hospitalización.

Durante la temporada 2011-2012 no se ha participado en el estudio de casos y controles para estimar la efectividad de la vacuna antigripal (cycEVA) como se ha venido haciendo en años anteriores. Durante el año 2012 se decide participar de nuevo y los resultados se obtendrán a lo largo del año 2013.

LEGIONELLA

Se han declarado 4 casos de legionelosis durante el 2012 lo que corresponde con una tasa de incidencia de 1,25 casos por 100.000 habitantes.

Figura A.4.3- Casos de legionella. EDO Araba/Álava años 1997-2012.



En todos los casos la forma clínica fue enfermedad de legionario siendo el método de diagnóstico la detección de antígeno en orina en todos ellos. Tres de los casos fueron hombres y uno, mujer. Exceptuando un caso, todos los demás tenían una edad superior a 75 años. Dos de los afectados no presentaron ningún factor de riesgo individual asociado. En los otros dos, uno era fumador y el otro tenía patología crónica de riesgo.

La distribución de los casos ha sido: 1 en Ayala, 1 en Legutiano, 1 en Llodio y otro en Vitoria-Gasteiz.

OTRAS NEUMONÍAS

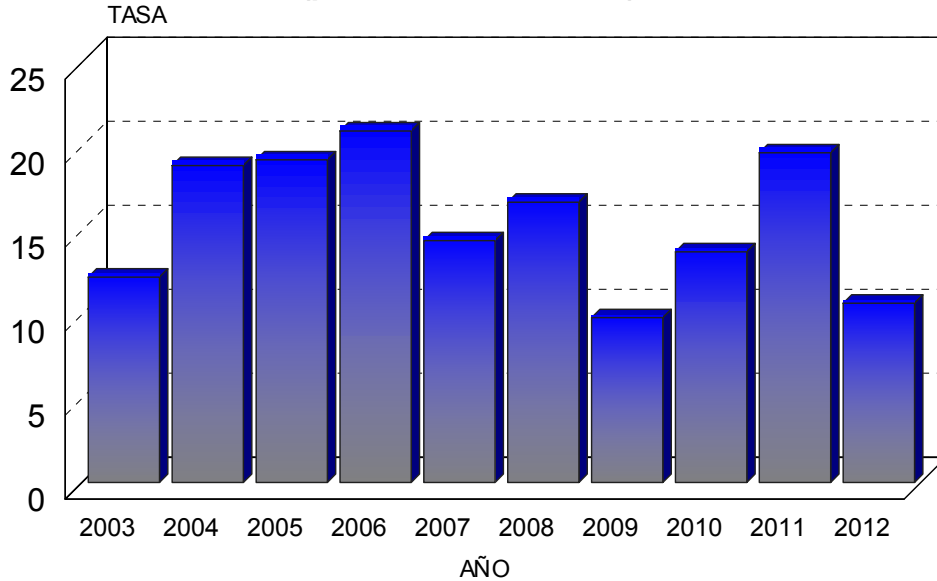
Se han declarado 30 casos *Streptococcus pneumoniae* al SIM, al igual que en 2011. Se aislaron en sangre, excepto uno aislado en líquido cefalorraquídeo.

Se declararon 42 *Mycoplasma pneumoniae* al SIM; en 2011 fueron 54. El 85% de los casos correspondieron a niños menores de 10 años.

TUBERCULOSIS

Durante el año 2012 se ha recibido 39 declaraciones individuales de tuberculosis (TBC), 34 pertenecientes a personas residentes en Álava y 5 con residencia fuera de dicho territorio. La tasa global por 100.000 habitantes es de 10,67, lo que supone un fuerte descenso, casi de 9 puntos con respecto a 2011 (19,62 casos por 100.000 habitantes) aproximándose al objetivo de 10 casos por 100.000 habitantes planteado por el Plan de Salud para el año 2010.

Figura A.4.4- Tasas de TBC (por 100.000 habitantes). EDO Araba/Álava 2003-2012



La razón hombre/mujer es 1,43, con 20 casos en hombres (12,59 casos por 100.000 habitantes) y 14 en mujeres (8,75 casos por 100.000 habitantes)

Figura A.4.5 -Tasas de Tuberculosis por cien mil habitantes según edad y sexo. EDO Araba/Álava 2012.

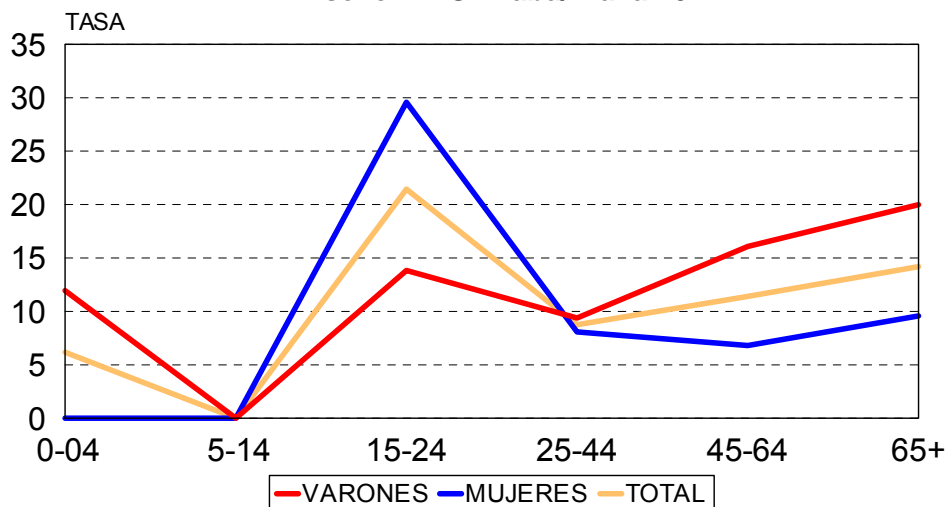


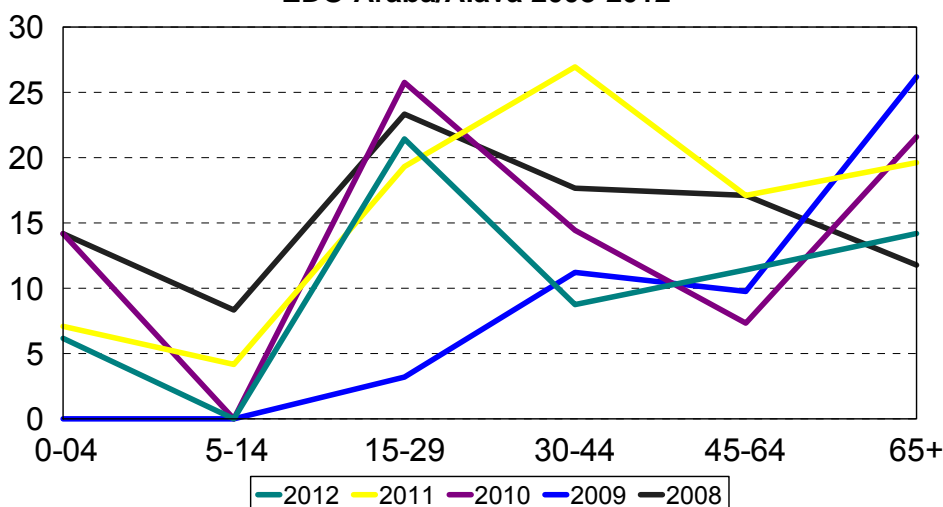
Tabla A.4.1 -Tasas de Tuberculosis por cien mil habitantes según edad y sexo. EDO Araba/Álava 2012

	Hombres		Mujeres		Total	
	casos	tasa	casos	tasa	casos	tasa
0 – 4	1	11,94	0	0	1	6,17
5 – 14	0	0	0	0	0	0
15 – 24	2	13,83	4	29,57	6	21,44
25 – 44	5	9,38	4	8,08	9	8,75
45 – 64	7	16,07	3	6,80	10	11,41
65 +	5	19,99	3	9,57	8	14,19
Total	20	12,59	14	8,76	34	10,67

El grupo de edad más afectado para el conjunto de la población es el de 15-24 años, con una tasa de 21,44 por 100.000 habitantes.

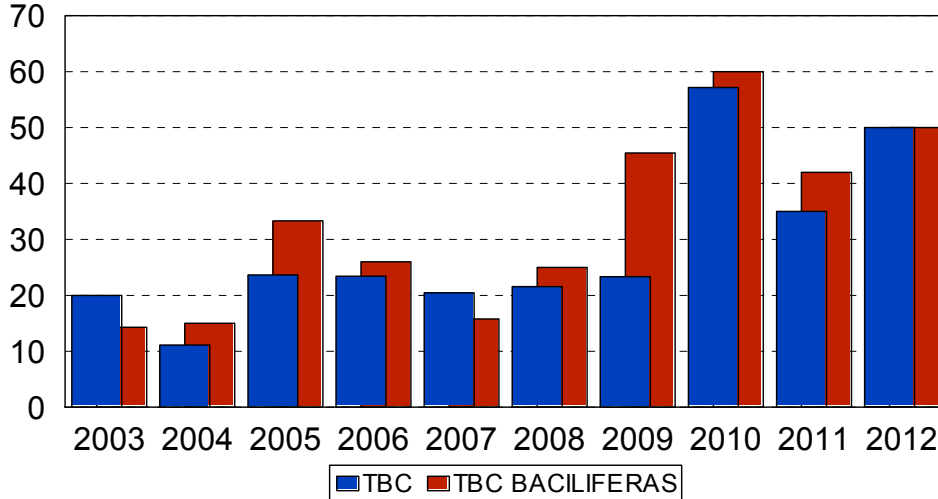
En la figura A.4.6 se observa la distribución de las tasas por grupos de edad en los últimos 5 años.

Figura A.4.6- Tasas TBC por 100.000 habitantes y por grupos de edad. EDO Araba/Álava 2008-2012



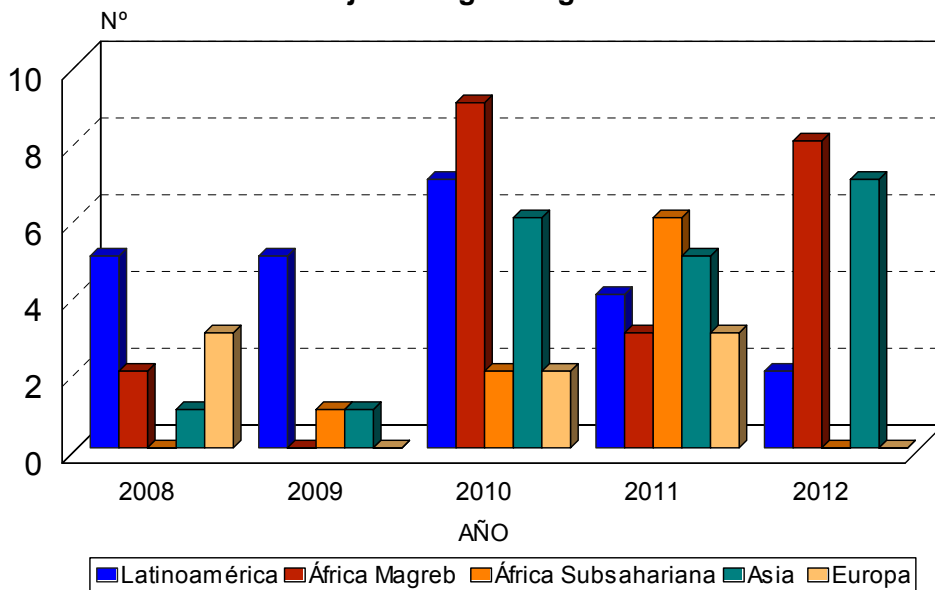
De los 34 casos totales, 17 corresponden a inmigrantes (50% del total de los casos de tuberculosis). Entre los inmigrantes 3 casos presentaron TBC pulmonar bacilífera, representando el 50% de todas las TBC pulmonares bacilíferas. La razón hombre/mujer entre los inmigrantes es de 1,4. El grupo de edad con mayor incidencia en este grupo es el de 15-24 años.

Figura A.4.7- Porcentaje de casos inmigrantes. EDO Araba/Álava 2003-2012



Los países de procedencia son: Pakistán (5), Sahara (4), Marruecos (4), y 1 caso de Afganistán, Indonesia, Paraguay y Perú. Se conoce la fecha de llegada en todos los casos. 3 de ellos llegaron hace menos de un año, 8 llegaron entre 1 y 3 años y el resto hace más de 5 años.

Figura A.4.8- Casos en extranjeros según origen. EDO Araba/Álava 2008-2012



Respecto al método diagnóstico, 20 casos (58,82%) han presentado cultivo positivo en alguna muestra biológica. Los casos con microscopía directa de esputo positiva son 6 (27,27% de las TBC pulmonares) lo que supone una tasa de tuberculosis pulmonar bacilífera de 1,88 por 100.000 habitantes, aproximadamente un tercio de la del año 2011 (5,55 por 100.000).

Se ha realizado estudio de sensibilidad en 19 casos (95%). En cuanto a las resistencias se han detectado 4 cepas resistentes, 3 de ellas (*Mycobacterium Bovis*) resistentes a pirazinamida y un caso con resistencia a isoniacida y etambutol (datos obtenidos del

registro del Programa de prevención y control de la tuberculosis de Osakidetza y del Departamento de Salud).

En relación a la localización anatómica, 21 casos (61,76%) presentan localización pulmonar (15 exclusivamente pulmonar y 6 asociada con otra localización).

Tabla A.4.2- Tuberculosis declaradas según localización. EDO Araba/Álava 2012

LOCALIZACIÓN	Nº	%
Pulmonar	15	44,12
Genitourinaria	3	8,82
Linfática	3	8,82
Pleural	2	5,88
Pulmonar+linfática	2	5,88
Pulmonar+pleural	2	5,88
Becegeitis diseminada	1	2,94
Diseminada	1	2,94
Ósea diseminada	1	2,94
Osteo-articular+TB de partes blandas	1	2,94
Pulmonar+digestiva	1	2,94
Pulmonar+diseminada	1	2,94
Renal	1	2,94
TOTAL	34	100,00

En el 52,94% de los casos (18) no se conocen los factores de riesgo y en 3 casos (8,82%) han sido más de uno los factores de riesgo relacionados (Tabla A.4.3).

Tabla A.4.3- Tuberculosis según factores de riesgo. EDO Araba/Álava 2012

FACTORES DE RIESGO	Nº	%
Contacto reciente con caso TBC	1	2,94
VIH	2	5,88
Silicosis y otras neumoconiosis	1	2,94
Terapia inmunosupresora + otro factor	2	5,88
Alcoholismo	1	2,94
Diabetes	2	5,88
Neoplasia	1	2,94
Tabaco + EPOC	1	2,94
EPOC	1	2,94
Otros	4	11,77
No se conoce factor de riesgo	18	52,94
TOTAL	34	100,00

En la tabla A.4.4 se presenta a fecha de cierre de este informe la situación de los casos registrados en el año 2011. El 88,33% de los casos han finalizado correctamente el tratamiento, el 8,33% ha fallecido (1 caso falleció antes del inicio de tratamiento y 3 en el curso del mismo) y el 1,67% de los casos se ha perdido. Tan sólo 1 caso (1,67%) continúa en tratamiento actualmente.

Tabla A.4.4- Cumplimentación de tratamiento. EDO Araba/Álava 2012

SITUACIÓN FINAL CASO	Nº	%
Tratamiento completado	52	86,66
Curación*	1	1,67
Éxito	5	8,33
Abandono	1	1,67
Continúa en tratamiento	1	1,67
TOTAL	60	100,00

*Curación: Tratamiento completado+microbiología (-)

A.5.- ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se declararon 15 casos de **sífilis** y 1 caso de **enfermedad gonocócica** a través de declaraciones numéricas recibidas durante el año 2012.

A.6.- ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACION

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

Durante el año 2012 se han declarado 2 casos de enfermedad meningocócica con una tasa de 0,63 casos por 100.000 habitantes rompiendo la tendencia descendiente que se había observado desde el año 2009. Se aislaron 2 *Neisseria meningitidis* del serogrupo B en muestra de sangre. Los afectados fueron una mujer de 42 años y una niña de 1 año. En este último caso se administró quimioprofilaxis a los contactos escolares.

Figura A.6.1- Evolución de la tasa de enfermedad meningocócica por 100.000 habitantes. EDO Araba/Álava 2001-2012

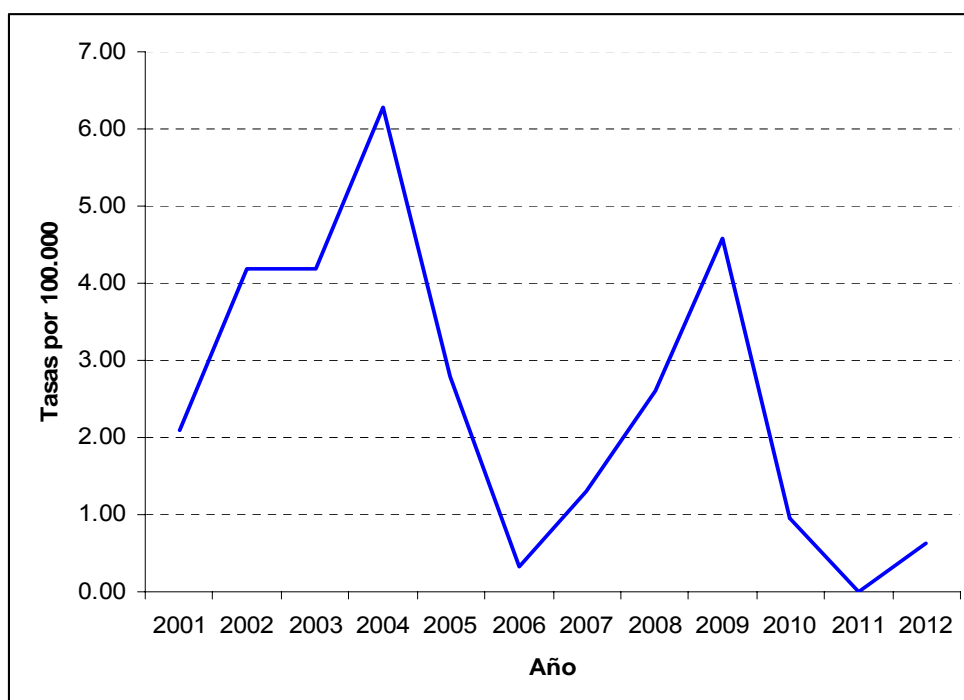
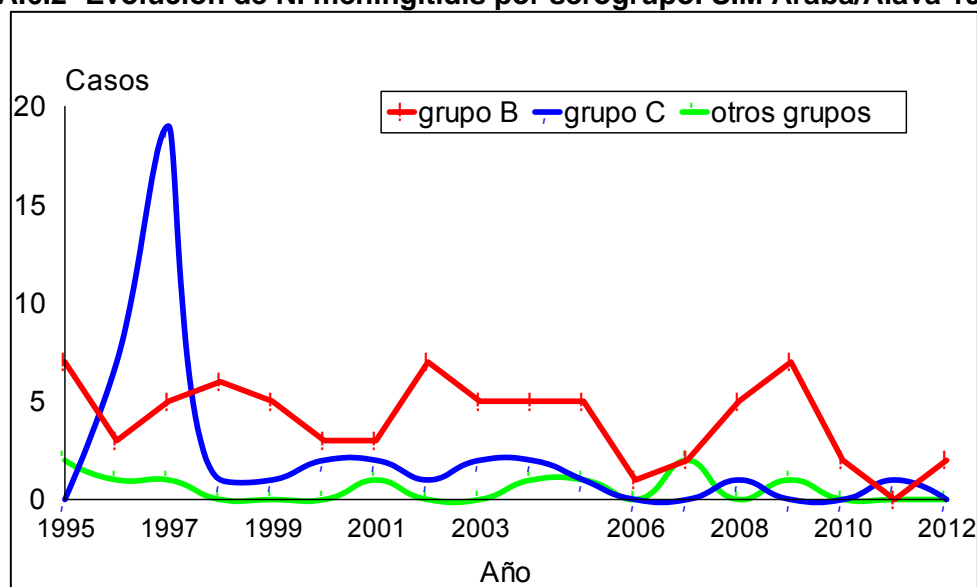


Figura A.6.2- Evolución de N. meningitidis por serogrupo. SIM Araba/Álava 1995-2012



Se han declarado a través del sistema EDO una meningitis por *Streptococcus pneumoniae* y otra meningitis linfocitaria con probable origen viral. El primer caso tenía 12 años y no estaba vacunado frente al neumococo.

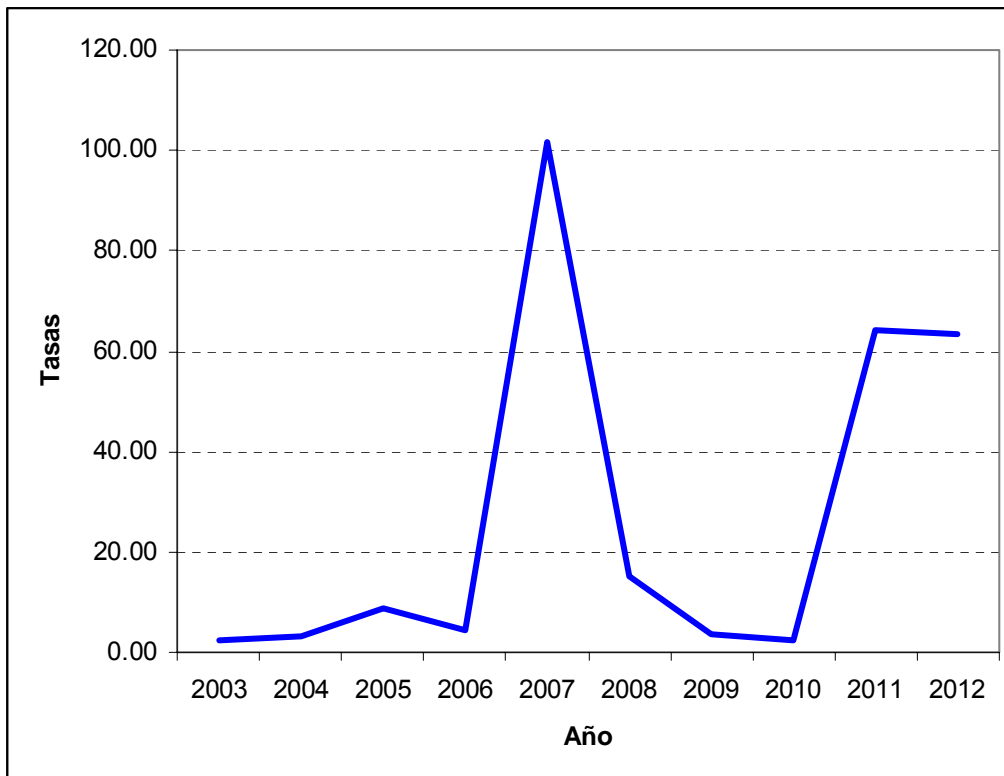
PAROTIDITIS

Durante el año 2012 se han notificado 202 casos de parotiditis, lo que supone una tasa de 63,06 casos por 100.000 habitantes, muy similar a la del año 2011. Es precisamente desde el 2011 que estamos ante un brote poblacional en los 3 territorios que forman CAPV. A pesar de todo, no se han alcanzado los valores obtenidos en la anterior onda epidémica ocurrida en 2007, con una tasa de 101,7 casos por 100.000 habitantes.

Durante el 2012 se han detectado pequeñas asociaciones de casos a nivel familiar y en centros de enseñanza. El grupo de edad más afectado ha sido el de los 15 a 19 años. El 62,50% de los casos están por debajo de los 25 años. El 57% son hombres y el 43% mujeres. El 83,58% de los casos se han concentrado en Vitoria-Gasteiz.

Aunque se desconozca el antecedente vacunal en la mayoría de los casos, las cohortes más afectadas tienen coberturas vacunales de hasta el 95% con 2 dosis de Triple Vírica correspondientes al calendario vigente.

Figura A.6.3 – Tasas de incidencia de parotiditis por 100.000 habitantes. EDO Araba/Álava 2003-2012



SARAMPIÓN

No se declaró ningún caso de sarampión durante el año 2012.

Desde la Unidad de Epidemiología de Bizkaia llegó la notificación de que un caso confirmado de sarampión había tenido contacto con un caso que estuvo ingresado en un hospital de Araba/Álava con un cuadro similar al de sarampión, pero no fue diagnosticado del mismo.

También llegó la alerta de búsqueda de un contacto de un caso confirmado de Barcelona con residencia en el territorio. No se pudo establecer contacto con el mismo.

Se descartó, mediante pruebas serológicas, 1 caso de sarampión en un paciente que fue tratado como tal.

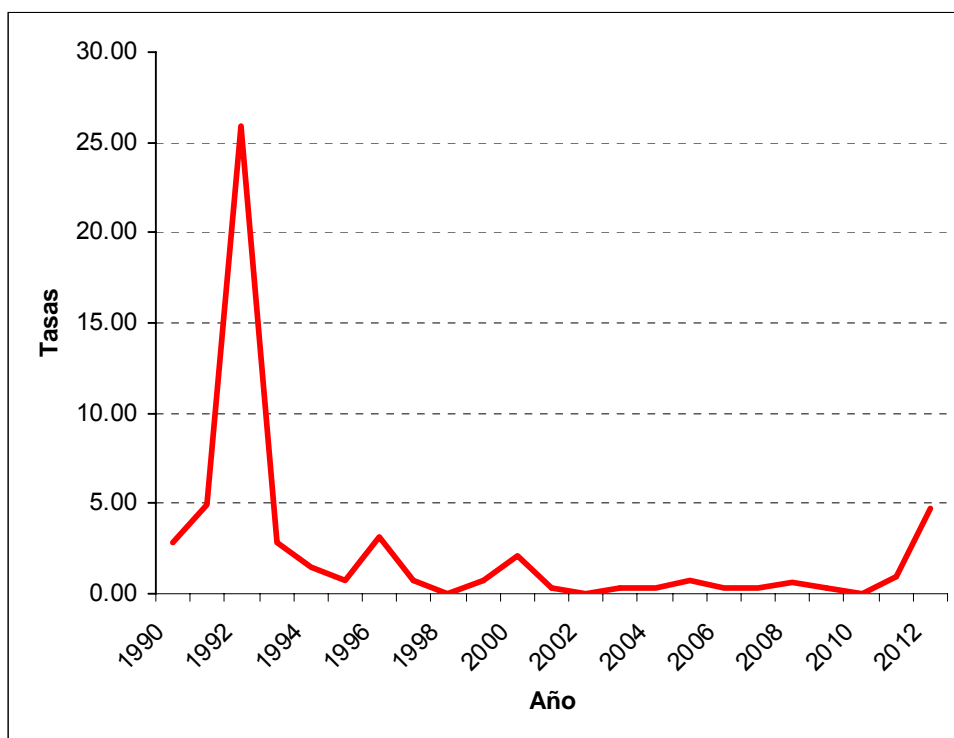
TÉTANOS

Durante el año 2012 se notificó 1 caso de tétanos en una mujer de 90 años que falleció a los 10 días del inicio de síntomas. La presentación clínica fue generalizada y el método diagnóstico fue clínico. Se tiene constancia que tenía 2 dosis de vacuna administrada. En los últimos años se han declarado casos en 2010 (2), 2007 (1) y 2006 (1).

TOS FERINA

Se declararon 15 casos de tos ferina durante el 2012 lo que representa una tasa de 4,71 casos por 100.000 habitantes. No se había alcanzado una tasa tan alta desde el año 1992 (IE2 =15).

Figura A.6.4- Tasas de incidencia de tos ferina por 100.000 habitantes. EDO Araba/Álava 1990-2012



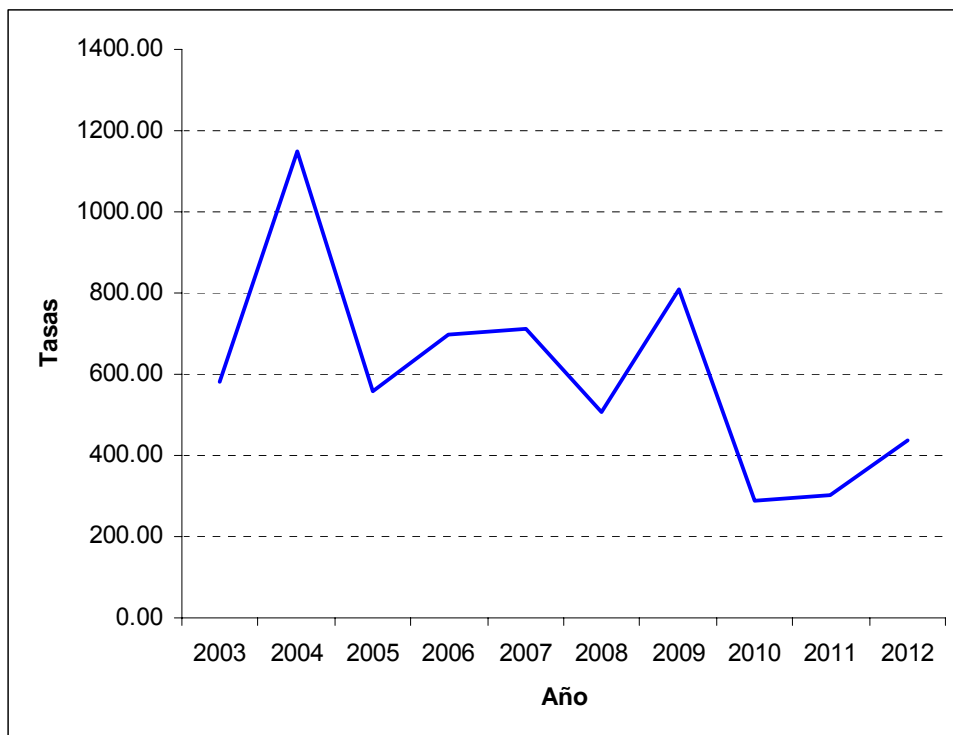
La mediana de edad de los casos fue 29 años (rango de edad 1-60 años). El ratio hombre/mujer fue 0.5.

Se identificaron 2 brotes entre los declarados con agrupaciones de 3 casos en cada una de ellas. El caso índice de uno de los brotes tuvo origen en la unidad de partos de un hospital con lo que se administró quimioprofilaxis a toda la unidad.

VARICELA

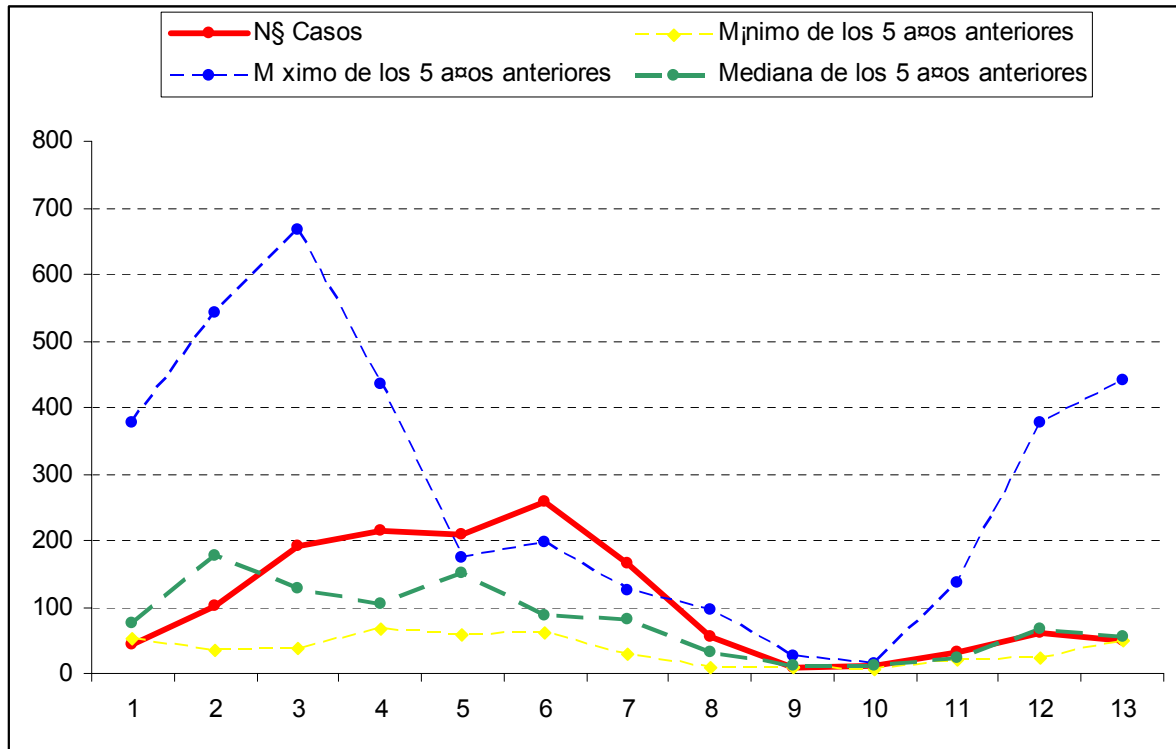
Durante el año 2012 se han declarado 1.400 casos de varicela, lo que corresponde con una tasa de incidencia 434,29 casos por 100.000 habitantes, siguiendo con la tendencia ascendente de los 2 últimos años.

Figura A.6.5- Tasas de incidencia de varicela por 100.000 habitantes. EDO Araba/Álava 2003-2012



Como puede observarse en el siguiente gráfico (figura A.6.6), a partir de la cuatrisesmana 3 el número de casos superó la mediana del quinquenio anterior. Durante más de 2 cuatrisesmanas estuvo incluso por encima del máximo (cuatrisesmana 5 a cuatrisesmana 7). En la última etapa del año el número de casos coincide con la mediana del quinquenio anterior.

Figura A.6.6- Canal endemo-epidémico por cuatrisesmanas. EDO Araba/Álava 2012



A.7.- ENFERMEDADES IMPORTADAS

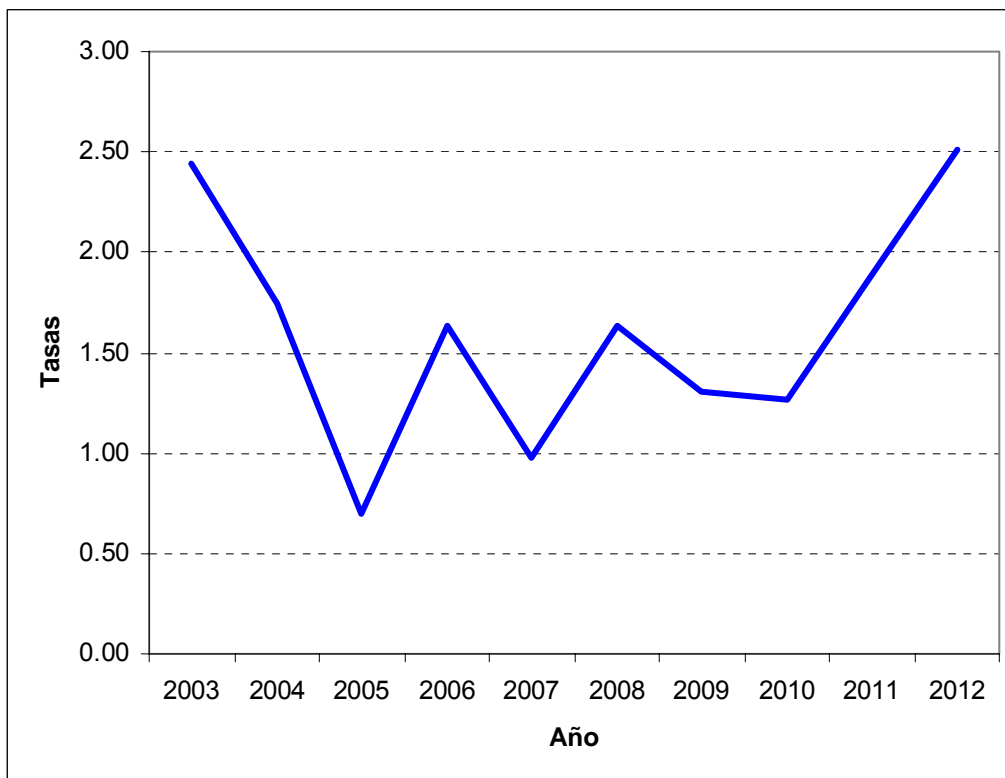
PALUDISMO

En el año 2012 se declararon 8 casos de paludismo, lo que representa una tasa de 2,51 casos por 100.000 habitantes. Los casos tenían edades comprendidas entre 16 y 72 años, mediana de 34 años. El ratio hombre/mujer fue de 7.

En todos los casos el agente causal fue *Plasmodium falciparum* y todos ellos fueron importados de diversos países: Nigeria (3), Guinea (2), Guinea Ecuatorial, Malí, Benín, Ghana. Sólo 2 de los casos tomaron quimiopprofilaxis. Excepto un caso que viajó por turismo el resto de los casos eran inmigrantes que viajaron a su país de origen

6 casos requirieron ingreso hospitalario.

Figura A.7.1- Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de paludismo. EDO Araba/Álava 2003-2012



A.8.- ZONOSIS

RABIA

No se ha registrado ningún caso de rabia humana.

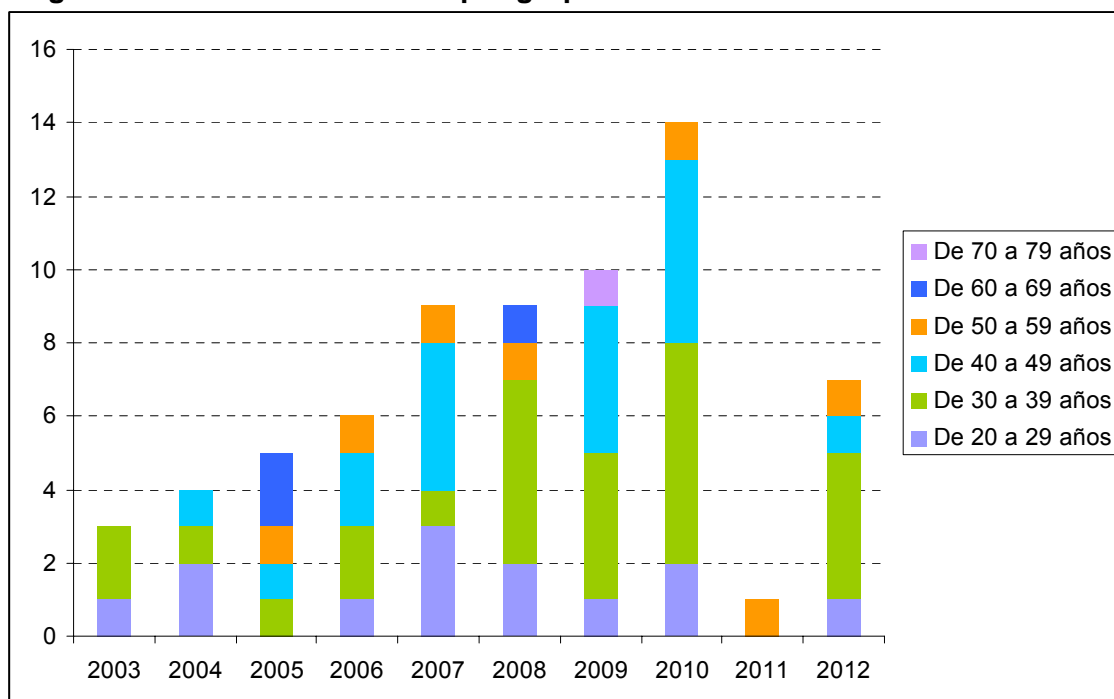
El Decreto 101/2004, de 1 de junio, sobre tenencia de animales de la especie canina en la Comunidad Autónoma del País Vasco obliga a declarar a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica todas las mordeduras de perros que lleven aparejada alguna lesión. En el año 2012 se recibieron 25 notificaciones de este tipo, el 96% fueron declaradas por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

FIEBRE Q

En el año 2012 se recibieron 3 declaraciones de casos de fiebre Q. Un caso era de Llodio y los otros 2 de Vitoria.

El SIM ha recibido 7 declaraciones de de casos de fiebre Q en 2012. En la siguiente figura (A.8.1) se presentan los casos de los años 2003-2012 por grupos de edad.

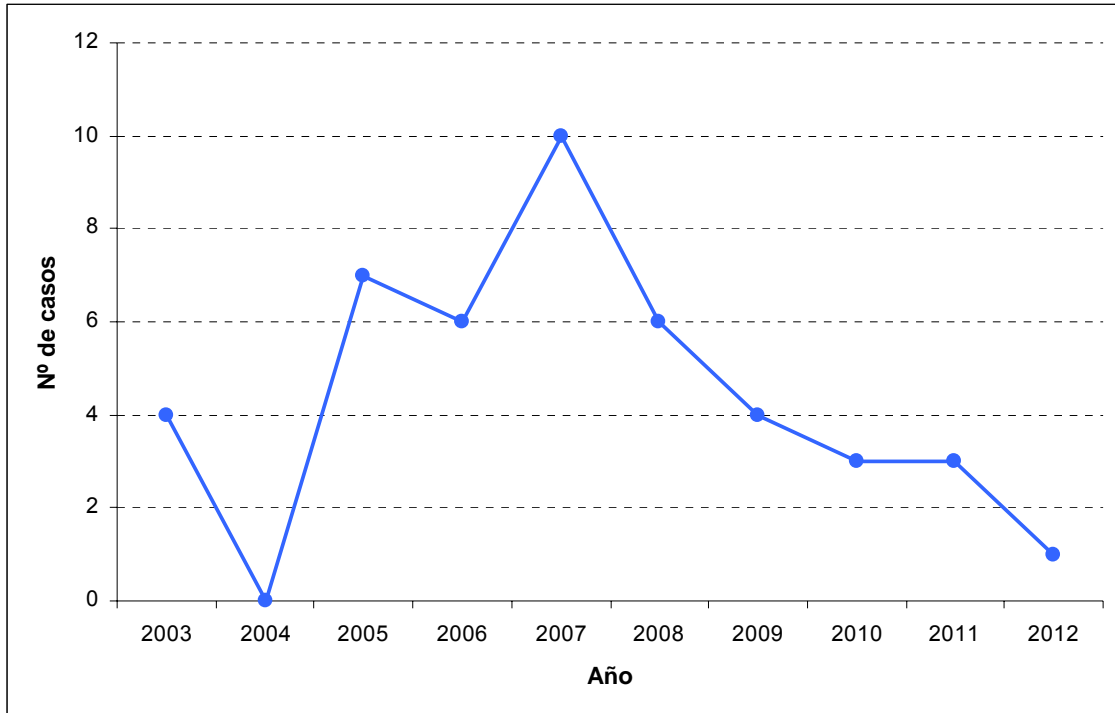
Figura A.8.1- Número de casos por grupo de edad. SIM Araba/Álava 2003-2012



HIDATIDOSIS

La vigilancia de la hidatidosis se realiza mediante el SIM. En el año 2012 se ha declarado un caso de hidatidosis por el laboratorio del Hospital de Txagorritxu. En la figura A.8.2 se presenta la evolución de casos declarados al SIM en los años 2003-2012.

Figura A.8.2- Número de casos de hidatidosis. SIM Araba/ Álava 2003-2012



A.9.- ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS (EETH)

Las encefalopatías espongiformes o enfermedades por priones constituyen un grupo de enfermedades transmisibles caracterizadas por desórdenes degenerativos del sistema nervioso con depósito en los tejidos de una forma anormal de la proteína priónica. La mayoría de las veces ocurren de forma esporádica, aunque un grupo de ellas son familiares estando producidas por distintas mutaciones en el gen de la proteína priónica. La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es la más frecuente; además entre las enfermedades genéticas están el Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker y el Insomnio Familiar Letal.

Aunque desde el año 1995 existe un registro de EETH de ámbito nacional, fue durante el año 2001 cuando pasaron a ser enfermedades de declaración obligatoria (EDO). La sospecha de estas enfermedades surge a partir de las manifestaciones clínicas pero el diagnóstico definitivo se realiza mediante estudio anatomopatológico del tejido cerebral, por lo que es fundamental realizar la necropsia en aquellos casos en los que se sospecha enfermedad por priones.

En Álava, hasta 2012, se han registrado 26 casos. De ellos, 8 son Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica y 18 son casos familiares, presentando la mayoría de éstos la mutación específica de la forma clínica denominada Insomnio Familiar Fatal. Esto representa una de las tasas más altas descritas de Insomnio Familiar Fatal a nivel mundial.

A.10.- POLIOMIELITIS Y PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

La Organización Mundial de la Salud emitió la certificación en la cual se establece la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje en la Región Europea en junio de 2002. Esto, junto a la sustitución de la administración de la vacuna oral atenuada de la polio por la vacuna inyectable inactivada, reduce la posible circulación del virus de la poliomielitis a su importación. Tras obtener la certificación de Región Libre de Polio, ésta se vio amenazada en 2010 cuando se presentó un brote de poliomielitis en Tayikistán con 458 casos. En la actualidad persisten zonas de transmisión endémica en Afganistán, Pakistán y norte de Nigeria.

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

Desde la implantación del sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda en menores de 15 años, en 1998, se han declarado en Álava 7 casos sospechosos. Los siete casos se han descartado de poliomielitis y el diagnóstico final de cinco de ellos ha sido Síndrome de Guillain Barré.

A.11.- OTRAS ENFERMEDADES

Durante el 2012 se declaró 1 caso de **lepra** paucibacilar diagnosticado por frotis cutáneo con inicio de síntomas el año 2009. También se ha hecho seguimiento de otros 3 casos diagnosticados anteriormente.

B. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

B.1.- ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE COMPLICACIONES Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 RECIÉN DIAGNOSTICADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se diseñó un estudio prospectivo de 10 años de seguimiento para toda la CAPV. Se seleccionó una cohorte compuesta por 777 pacientes con diabetes mellitus (DM) tipo 2 de reciente diagnóstico (diagnosticados entre 1998 y 2000). En total fueron 367 mujeres (47,2%) y 410 hombres (52,8%), para los cuales, al inicio del seguimiento, en el año 2000, se recopilaron los datos de la diabetes y sus principales factores de riesgo.

Posteriormente se repitió la recogida de datos en los años 2002, 2003, 2004, 2005, 2007 y 2010 con el objetivo de conocer la incidencia de las complicaciones (primeros eventos), los factores de riesgo cardiovascular (RCV) asociados, estimación de riesgo cardiovascular y cumplimiento de los objetivos de control de la enfermedad.

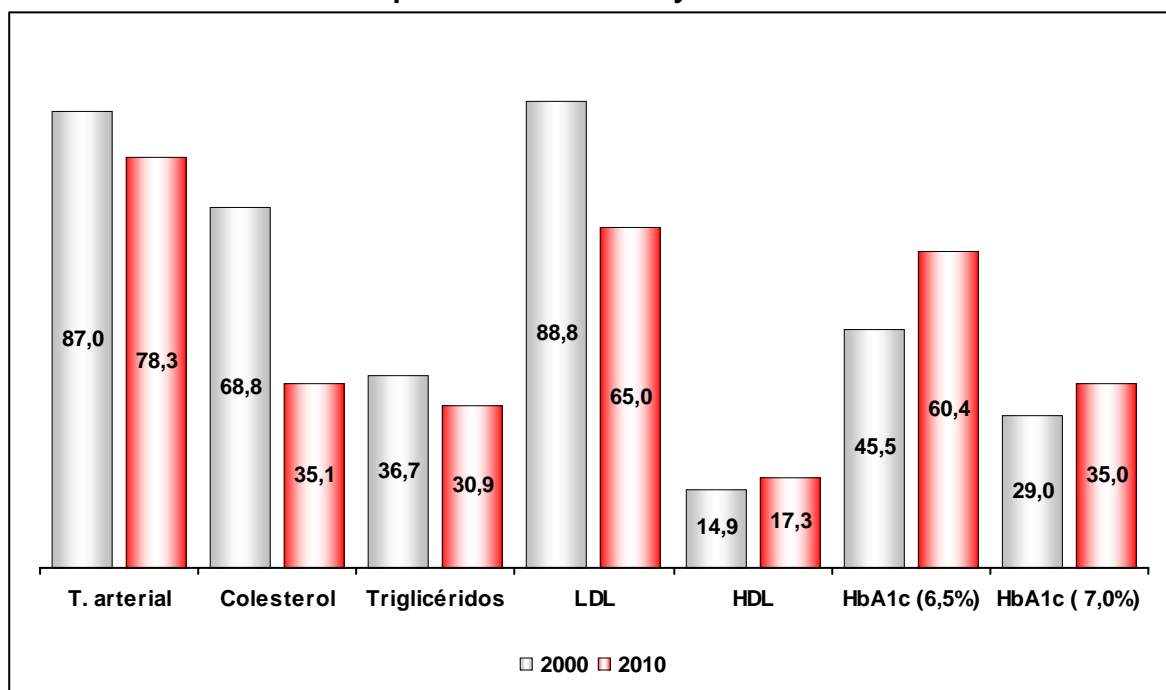
A la hora de analizar las complicaciones, se recogió información sobre incidencia y evolución de macroangiopatías, microangiopatías, retinopatía, neuropatía y nefropatía. Los factores de riesgo cardiovascular asociados que se analizaron fueron la obesidad, hábito tabáquico, ausencia de ejercicio físico, valores analíticos de glucemia, de perfil lipídico, hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) y tensión arterial (TA). Se recogió información sobre el tratamiento que tomaban y su seguimiento, así como las consultas de atención primaria, relacionadas con diabetes, a las que acudían.

La mayor parte de la información se recogió a través de la Red de Médicos Vigía de la CAPV compuesta por médicos de Atención Primaria de Osakidetza. Para la recogida de datos clínicos y analíticos se utilizó una ficha estandarizada. En Araba/Álava participaron alrededor de 50 vigías y los pacientes reclutados fueron entorno a 150. La información fue completada con el CMBD y el registro de mortalidad.

Resultados

En la figura B.1.1 puede observarse la evolución de los porcentajes de diabéticos que tenían los principales factores de riesgo cardiovascular fuera de los objetivos de control al inicio (año 2000) y al final del estudio (año 2010). Se han considerado fuera de objetivos de control los siguientes valores: colesterol ≥ 200 mg/dl, HDL < 45 mg/dl en mujeres y < 35 mg/dl en hombres, triglicéridos ≥ 150 mg/dl, LDL ≥ 100 mg/dl, hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) $\geq 6,5$, TAS ≥ 130 mmHg y TAD ≥ 80 mmHg. En el caso de la HbA_{1c} se ha calculado además el valor $\geq 7\%$ dado que es el nivel a partir del cual se optimiza el tratamiento de la diabetes.

Figura B.1.1-Diabetes. Valores fuera de objetivos de control (%). Comparación años 2000 y 2010. CAPV



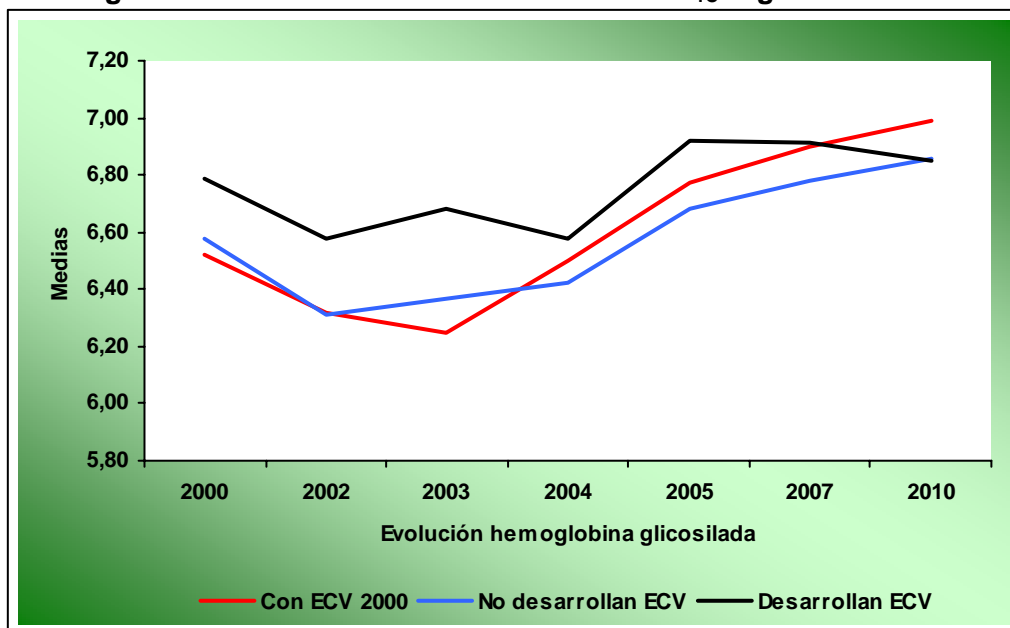
Se observa significación estadística ($p < 0,05$), en la proporción de pacientes que mejoran los valores fuera de control en todos los factores de riesgo, excepto en el HDL que empeora pero no significativamente ($p = 0,258$). Asimismo, empeoran significativamente el nivel de HbA_{1c} $\geq 6,5\%$ ($p = 0,001$) y de HbA_{1c} $\geq 7,0\%$ ($p = 0,028$).

El análisis por sexos (no representado en gráfico), revela las mismas conclusiones que el análisis conjunto, excepto en la variable triglicéridos que desciende en mujeres y aumenta en hombres, aunque en ambos sexos no se aprecia significación estadística ($p > 0,05$). La HbA_{1c} $\geq 7,0\%$ empeora en ambos sexos, pero de forma significativa sólo en hombres ($p = 0,005$).

El control óptimo de la diabetes y de sus factores de riesgo cardiovascular (RCV) asociado, es importante para prevenir complicaciones micro y macrovasculares y neuropáticas, reduciendo así la elevada morbilidad asociada a esta enfermedad.

En la figura B.1.2 se observa que existe un mejor control de la diabetes en los pacientes que no desarrollaron eventos cardiovasculares durante todo el seguimiento (línea azul) que entre aquellos que padecieron algún evento a lo largo del estudio (línea negra). Aunque sólo existen diferencias significativas ($p < 0,05$) en los valores medios de HbA_{1c} del año 2003.

Figura B.1.2- Evolución valores medios HbA_{1c} según ECV. CAPV



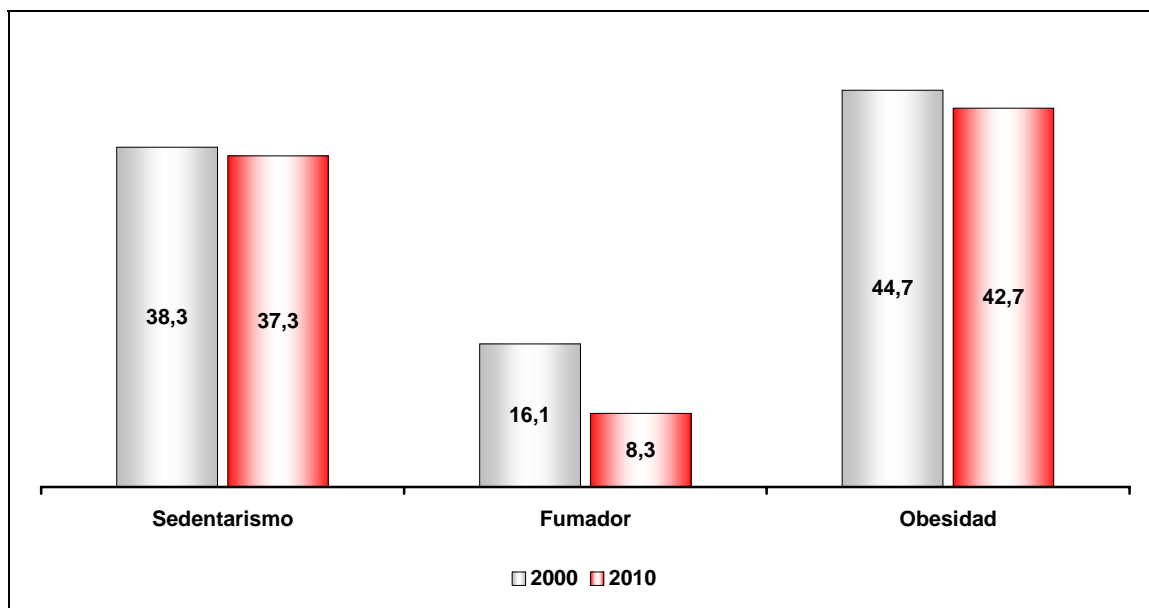
En cuanto a los factores de riesgo asociados al hábito se aprecia un descenso significativo del hábito tabáquico. La diferencia de fumadores entre el año 2000 y 2010 se reduce un 7,8% (IC 95%: 4,1 a 11,3) ($p=0,001$). Si analizamos por año y sexo, en el 2000 podemos ver que el 16,1% de los pacientes eran fumadores y que por sexos el 28,1% de los hombres fumaban frente al 3,3% de las mujeres, lo que representa una diferencia del 24,8% (IC 95%: 19,9 a 29,6) ($p=0,001$). En el año 2010 el porcentaje de fumadores era del 8,3% y por sexos, el 2,2% de las mujeres fumaban frente al 14,0% de los hombres. Una diferencia entre sexos de 11,8% (IC 95%: 7,0 a 16,6) ($p=0,001$).

Claramente el tabaquismo es mucho más frecuente en los hombres diabéticos de nuestro estudio, aunque en ellos se consiguió reducir este hábito.

La mejoría en los datos de obesidad del año 2010 con respecto al año 2000 no muestra una diferencia significativa ($p=0,484$), aunque existe una disminución del 2,0% (IC 95%: -3,6 a 7,8) de pacientes obesos. El análisis por sexo y año, nos indica que en el 2000 el 55,6% de las mujeres eran obesas frente al 35,0% de los hombres, una diferencia del 20% (IC 95%: 13,6 a 27,5) ($p=0,001$). En el año 2010, el 48% de las mujeres son obesas en comparación al 37,0% de los hombres, diferencia del 11,6% (IC 95%: 2,6 a 20,7) ($p=0,012$). Se registró mayor prevalencia de obesidad en las mujeres diabéticas que en los hombres diabéticos.

Otro de los hábitos estudiados fue la actividad física. Interpretando el sedentarismo como factor de riesgo, este disminuye ligeramente en el año 2010, siendo el 37,3% de los pacientes sedentarios frente al 38,3% en el año 2000. Sin embargo esta diferencia del 1,0% (IC 95%: -4,7 a 6,7) no es significativa ($p=0,733$). Por sexo y año, en el 2000 el 47,6% de las mujeres eran sedentarias frente al 30,2% de los hombres, con una diferencia del 17,4% (IC 95%: 10,1 a 24,7) ($P=0,000$). En el año 2010 no realizaban ejercicio el 47,8% de las mujeres ni el 27,5% de los hombres. Una diferencia del 20,3% (IC 95%: 11,6 a 28,9) ($p=0,000$). Las mujeres diabéticas de nuestro estudio tenían hábitos más sedentarios que los hombres.

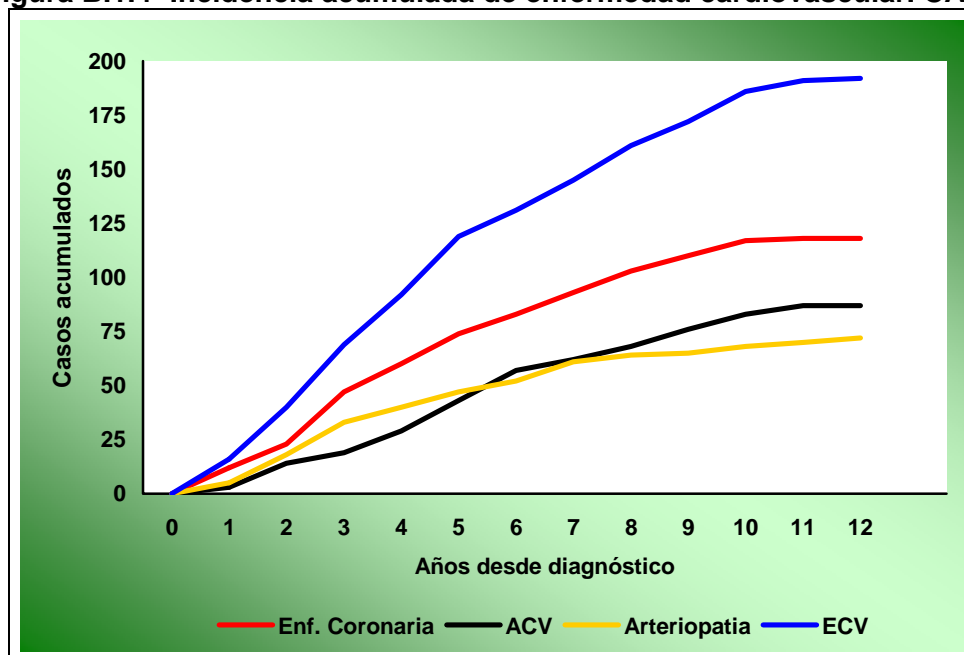
Figura B.1.3- Factores de riesgo/hábitos. 2000-2010 (frecuencias %).CAPV



Respecto a la figura b.1.4 la *mediana* de años hasta el episodio cardiovascular correspondiente, se sitúa en 4 años para la enfermedad coronaria y la enfermedad arterial periférica y 6 años para el ACV. Para la enfermedad cardiovascular en general (ECV) se observó una media y mediana de 5 años.

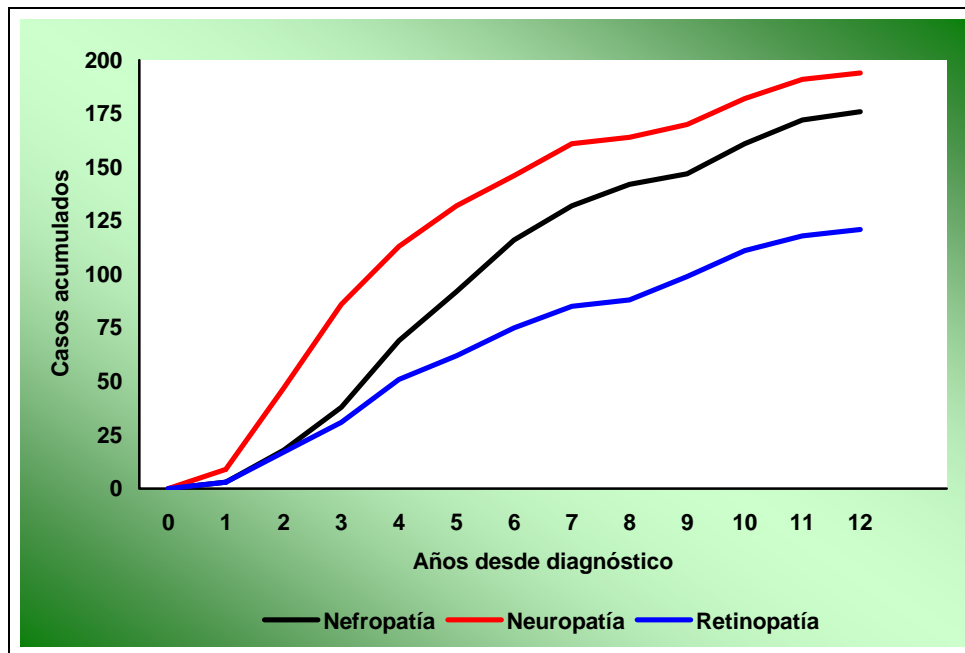
Por sexos, las tasas de incidencia observadas en la macroangiopatía son más altas en hombres, excepto con la enfermedad coronaria que es mayor en mujeres, aunque no se observa una diferencia estadísticamente significativa.

Figura B.1.4- Incidencia acumulada de enfermedad cardiovascular. CAPV



La mediana de años hasta el primer evento de retinopatía y nefropatía se sitúa en 5 años y en 4 años para la neuropatía (figura B.1.5)

Figura B.1.5- Evolución neuropatía, nefropatía y retinopatía. CAPV.



Conclusiones:

- El control de la diabetes y de los principales factores de RCV, excepto HbA1c y HDL, evolucionan favorablemente a lo largo del estudio si bien son susceptibles de mejora.
- Los pacientes con enfermedad cardiovascular al inicio del estudio tienen un control glucémico y de los factores de riesgo asociados a la diabetes (perfil lipídico y TA) muy similar al de los pacientes con DM tipo 2 sin ECV.
- Las mujeres tienen mayor prevalencia de obesidad y sedentarismo y los hombres mayor prevalencia de tabaquismo que las mujeres con DM tipo 2 de reciente comienzo.
- Los pacientes DM tipo 2 de nuestro estudio presentan una alta *prevalencia* de complicaciones crónicas en el momento del diagnóstico, siendo mayor en hombres.
- Las tasas de incidencia de ECV se equiparan entre hombres y mujeres con DM tipo 2. Las mujeres desarrollan ECV a edades más avanzadas.
- La enfermedad coronaria es la complicación cardiovascular con mayor incidencia observada en los pacientes diabéticos de nuestro estudio.
- En cuanto a las complicaciones microangiopáticas y neuropáticas, las tasas de incidencia de retinopatía fueron iguales en ambos sexos mientras que la nefropatía fue

mayor en hombres y la neuropatía mayor en mujeres. Las mujeres también desarrollaron estas complicaciones a edades más avanzadas

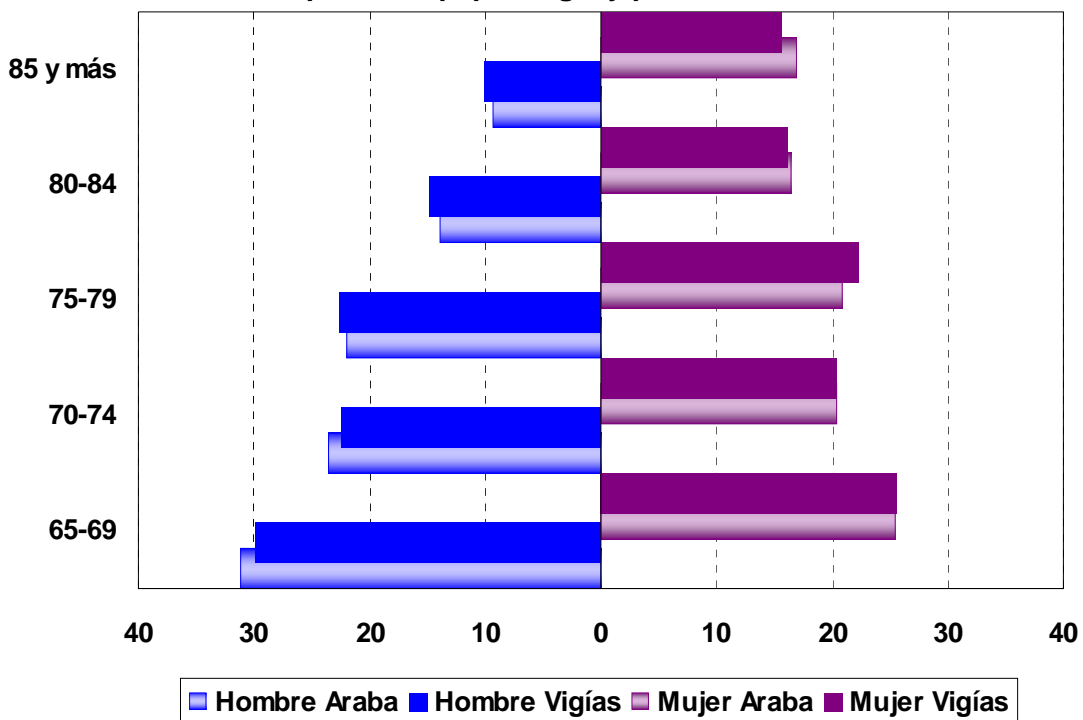
- El control intensivo de la enfermedad es esencial durante los 5 primeros años ya que el 50% de las complicaciones se desarrollan durante ese periodo.
- Con los años de evolución aumenta el uso de antidiabéticos orales, estatinas y fármacos antihipertensivos, así como la necesidad de emplear combinaciones de varios fármacos.
- El número de consultas por año, por diabetes o sus complicaciones, se acerca a 6 visitas de media y el 50% de los pacientes acude como mínimo 4 veces al año. El 63% de los pacientes al final del estudio declaraba percibir su salud como excelente, buena o muy buena.
- A lo hora de predecir el riesgo coronario se utilizaron 3 diferentes métodos de estimación basados en estudios poblacionales: a) *The United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS)* b) *Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention* y c) *Framingham Calibrado-Estudio Regicor*. Los métodos de cálculo de riesgo coronario a 10 años que hemos explorado con estos modelos desarrollados en otras poblaciones no se adaptan bien a nuestra cohorte de estudio.
- De los eventos incidentes de enfermedad coronaria en mujeres, el 70% fue en aquellas pacientes que tenían al inicio (cuando no tenían ECV) una estimación de riesgo bajo o medio (<20) con *UKPDS*. Este porcentaje era del 100% y 39% si la estimación se hacía con *Regicor* y *European Task Force* respectivamente. En hombres, el 35% de los eventos coronarios observados ocurrieron en aquellos pacientes que *UKPDS* les había estimado un riesgo bajo o medio (<20) al inicio del estudio y este porcentaje era del 93% según estimación *Regicor* y del 49% por *European Task Force*.
- Durante el tiempo de seguimiento, se registró el ingreso hospitalario en el 56% (433) de los pacientes. En total fueron 1.280 ingresos.
- Falleció el 28,3% (220) de los pacientes pertenecientes a la cohorte de estudio. Las causa básica de defunción en el 41,2% fue circulatoria, enfermedades vasculares en otros grupos o por diabetes.
- Las tasas brutas por mortalidad cardiovascular son más de 2 veces superiores en la población con DM tipo 2 de nuestro estudio respecto a la población general del País Vasco mayor de 24 años.

B.2.-VIGILANCIA DE ACCIDENTES EN MAYORES DE 64 AÑOS NO INSTITUCIONALIZADOS Y RESIDENTES EN ARABA/ÁLAVA

Descripción de la red

La red de Vigías de Accidentes en mayores de 64 años de Araba está integrada por 7 equipos formados por médico/a y enfermero/a. La población sometida a vigilancia activa es de 2.218, que son los mayores de 64 años del cupo del médico o de la médica del equipo vigía. En la figura B.2.1 se puede observar la comparación de los porcentajes que corresponden a cada grupo de edad en la población de Araba y la población del cupo de los vigías participantes.

Figura B.2.1- Mayores de 64 años, por grupos de edad y sexo. Población atendida por los equipos vigía y población de Araba/Álava



Análisis de resultados

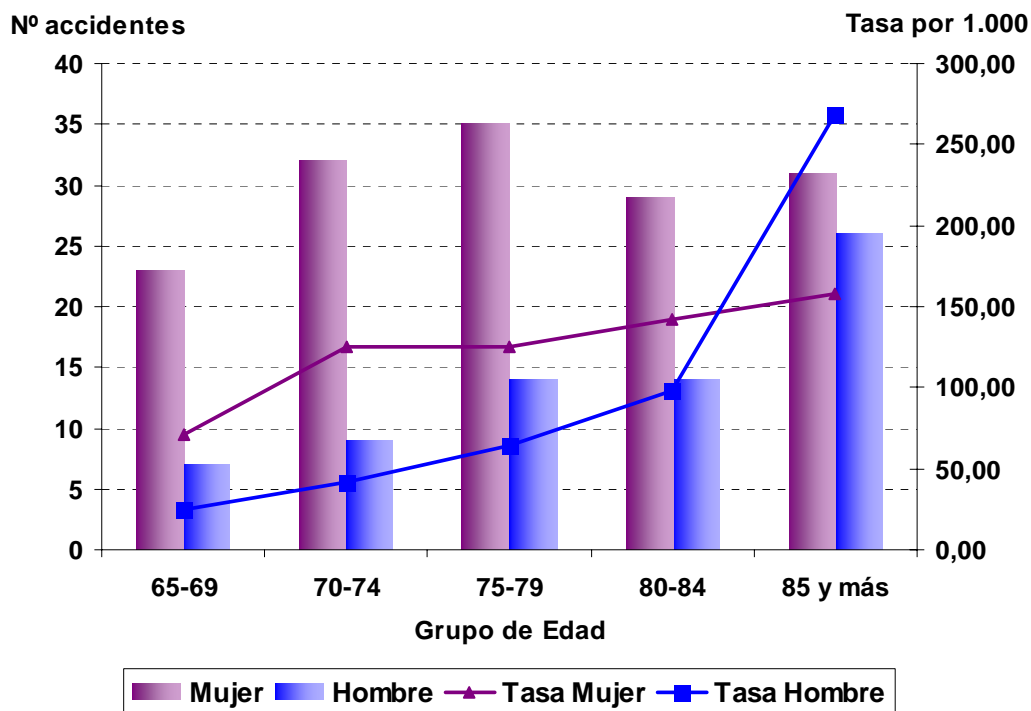
La vigilancia de accidentes comenzó el 15 de febrero de 2012 y se recogieron accidentes ocurridos entre dicho día y el 14 de febrero de 2013. Durante el periodo de estudio se han producido 220 accidentes que han afectado a 200 personas.

1. Características de los mayores:

a. Datos demográficos:

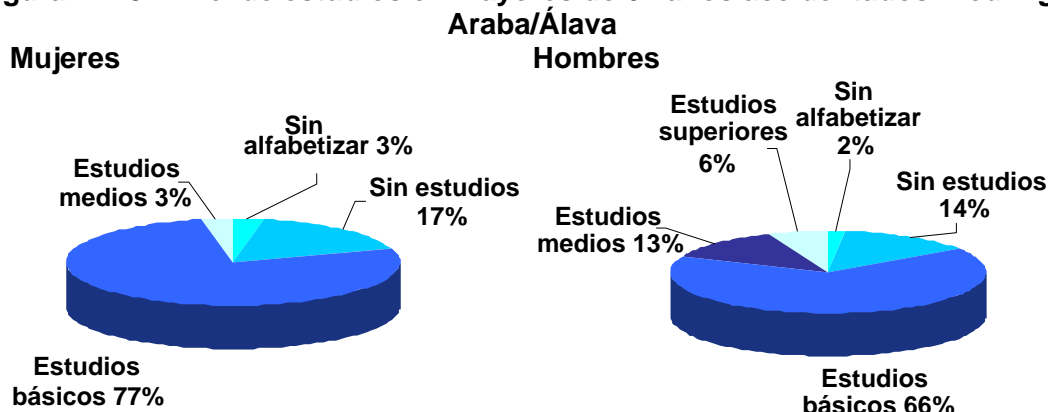
Edad y sexo de los accidentados: el 68% de los accidentados fueron mujeres (ratio hombre: mujer 0,5). La mediana de edad de los afectados es de 78,5 años (rango de 65 a 101 años).

Figura B.2.2- Número y tasa por 1.000 de accidentes declarados por edad y sexo. Red Vigía. Araba/Álava.



Nivel de estudios: Como se observa en el gráfico siguiente, el porcentaje de mujeres sin alfabetizar (3%) es superior al de los hombres (2%) y el porcentaje de hombres con estudios superiores (6%), sin embargo, no hay ninguna mujer que declare tener estudios superiores.

Figura B.2.3- Nivel de estudios en mayores de 64 años accidentados. Red Vigía.

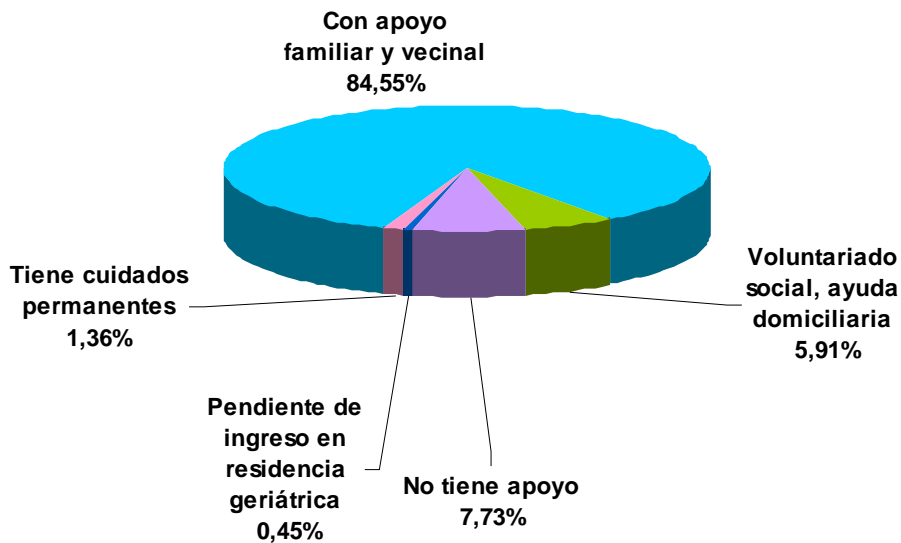


Situación familiar y apoyo de la red social: se han tenido en cuenta todos los accidentes, no las personas accidentadas, ya que de un accidente a otro la situación familiar o de apoyo de la red social cambió en algunos casos. En un 8 % de los accidentes se produjeron en mujeres que viven solas y carecen de hijos o viven alejados; entre los accidentes que afectaron a hombres, un 7 % estaban en esta situación. Hay mayor porcentaje de mujeres que viven solas (30%) que de hombres en la misma situación (10%). De los accidentados que viven solos en el momento del accidente, el 11,5% no tiene ningún apoyo de la red social. Del total de los accidentes, se han producido en personas que refieren falta de apoyo de la red social el 7,7%.

Tabla B.2.2-Situación familiar de los mayores de 64 años accidentados. Red Vigía. Araba/Álava

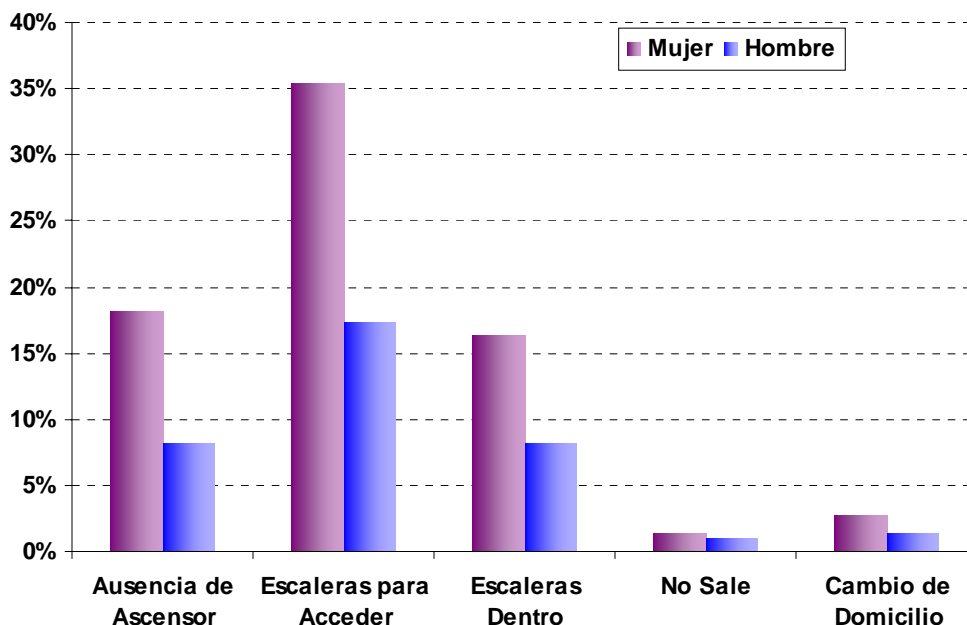
Situación familiar	Mujeres	Hombres
	N (%)	N (%)
Vive con familia sin dependencia físico/ psíquica	30 (20%)	13 (19%)
Vive con cónyuge de similar edad	61(41%)	29 (41%)
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	14 (9%)	21 (30%)
Vive solo y tiene hijos próximos	33 (22%)	2 (3%)
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	12(8%)	5 (7%)
Total	150	70

Figura B.2.4- Apoyo de la red social recibido por los mayores de 64 años accidentados. Red de Vigía. Araba/Álava



Tipo de vivienda: un 26% de los accidentes se produjeron en personas que no tienen ascensor, el 53% tienen escaleras para acceder a la vivienda y un 25 % tienen escaleras dentro de la propia vivienda. El 2% se produjeron en personas que no salen de casa y el 4% en personas que habían cambiado de domicilio en el último año.

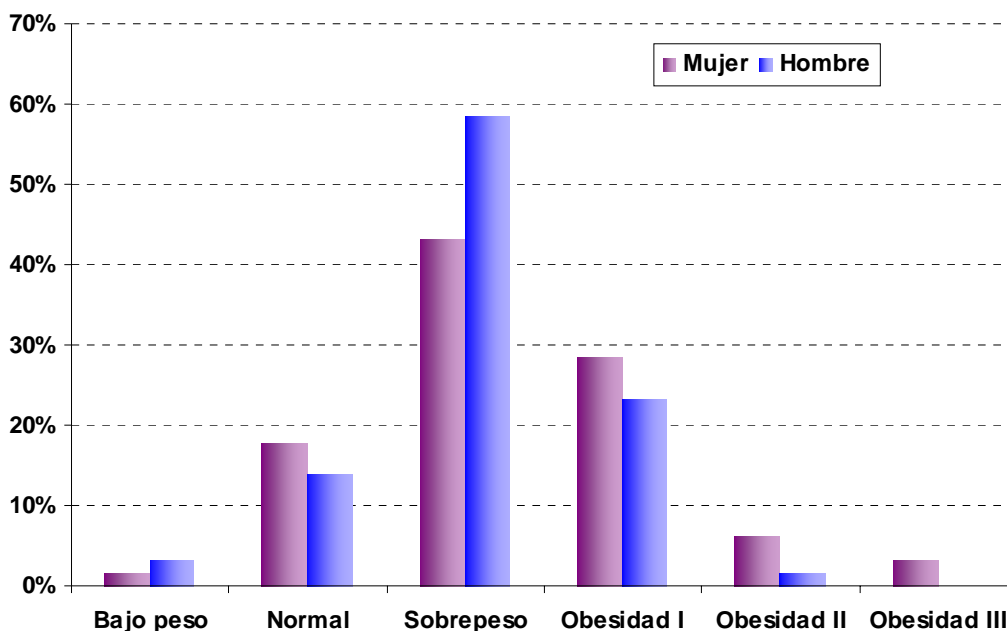
Figura B.2.5- Tipo de vivienda de los mayores de 64 años accidentados. Red Vigías: Araba/Álava.



b. Antecedentes médicos

La media de **peso** de los hombres accidentados fue de 74 kilos (rango: 45-100) y de 66 kilos en las mujeres (rango: 39-113). Se ha podido estimar el Índice de masa corporal (IMC) del 97,5% de los accidentados. Según el IMC son obesos el 33% de los accidentados.

Figura B.2.6- Porcentaje de accidentados según el IMC. Red de Vigía. Araba/Álava.



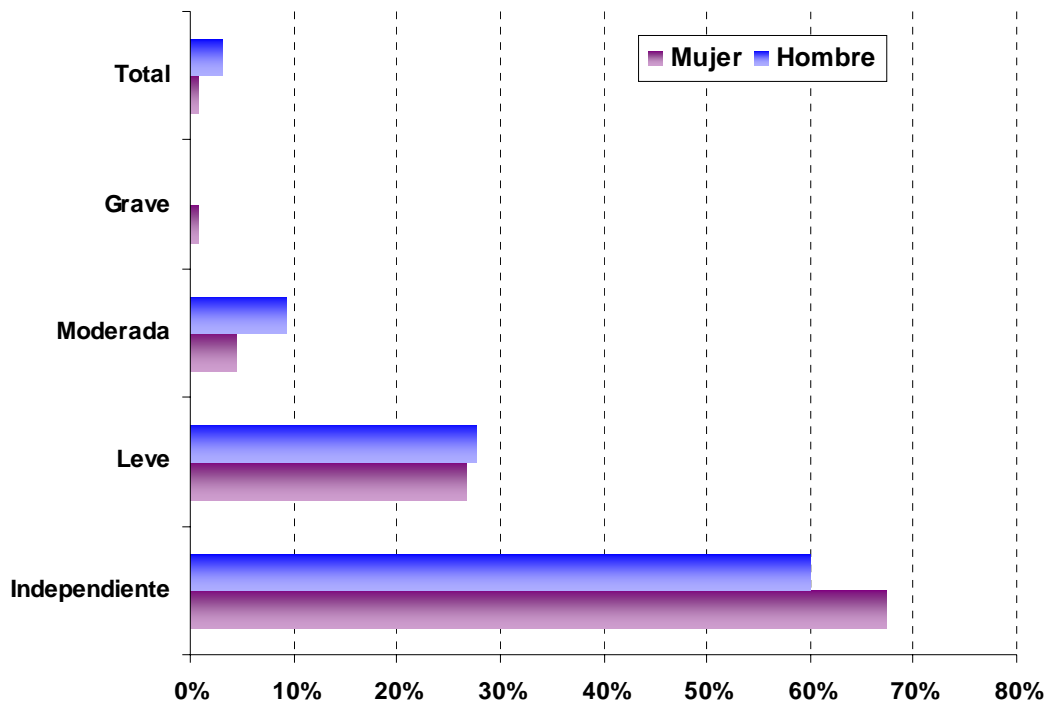
El 75 % de las personas accidentadas son activas y 25% sedentarias.

Se dispone de información sobre el **número de ingresos durante el año anterior** en el 95,5% de los accidentados; entre éstos el 24% había ingresado al menos una vez.

Respecto al **consumo de fármacos durante las 6 semanas previas al accidente** el 72% (158/218) había consumido “3 ó más fármacos”, el 20% (44/2018) “menos de 3” y el 7% (16/218) no tomaba ningún fármaco. Un 40% de los accidentados consumía psicofármacos cuando tuvieron el accidente; 43% de las mujeres y 33% de los hombres.

La **valoración de dependencia** según la escala de Barthel, se representa en la gráfica siguiente. El porcentaje de mujeres independientes en el momento del accidente es superior al de hombres (61% frente a 55%). Sin embargo, la dependencia severa es más frecuente entre las mujeres.

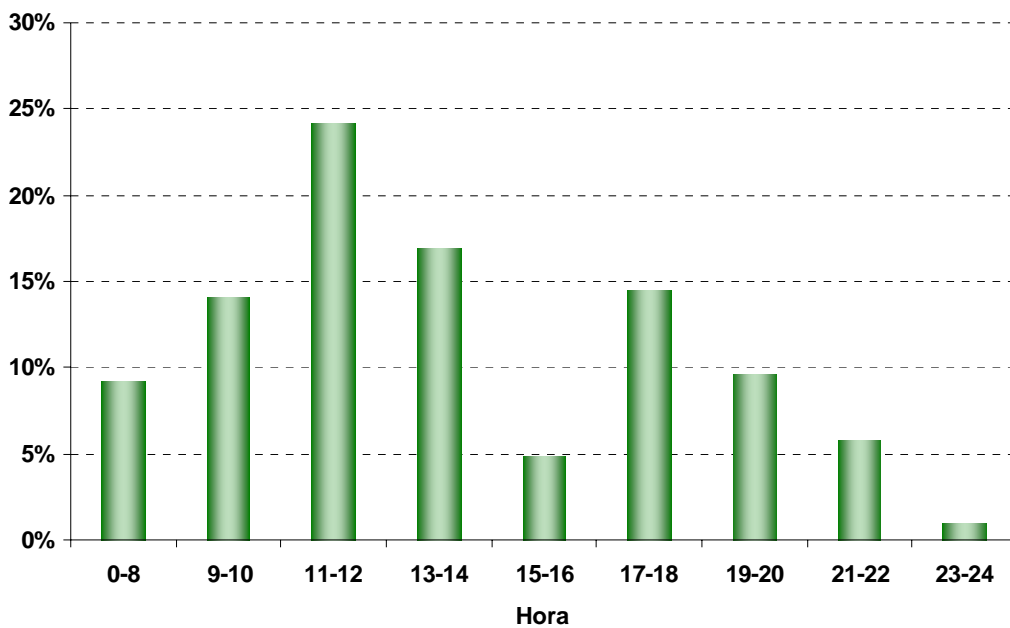
Figura B.2.7- Escala de Barthel. Grados de dependencia según el sexo. Red de Vigía. Araba/Álava



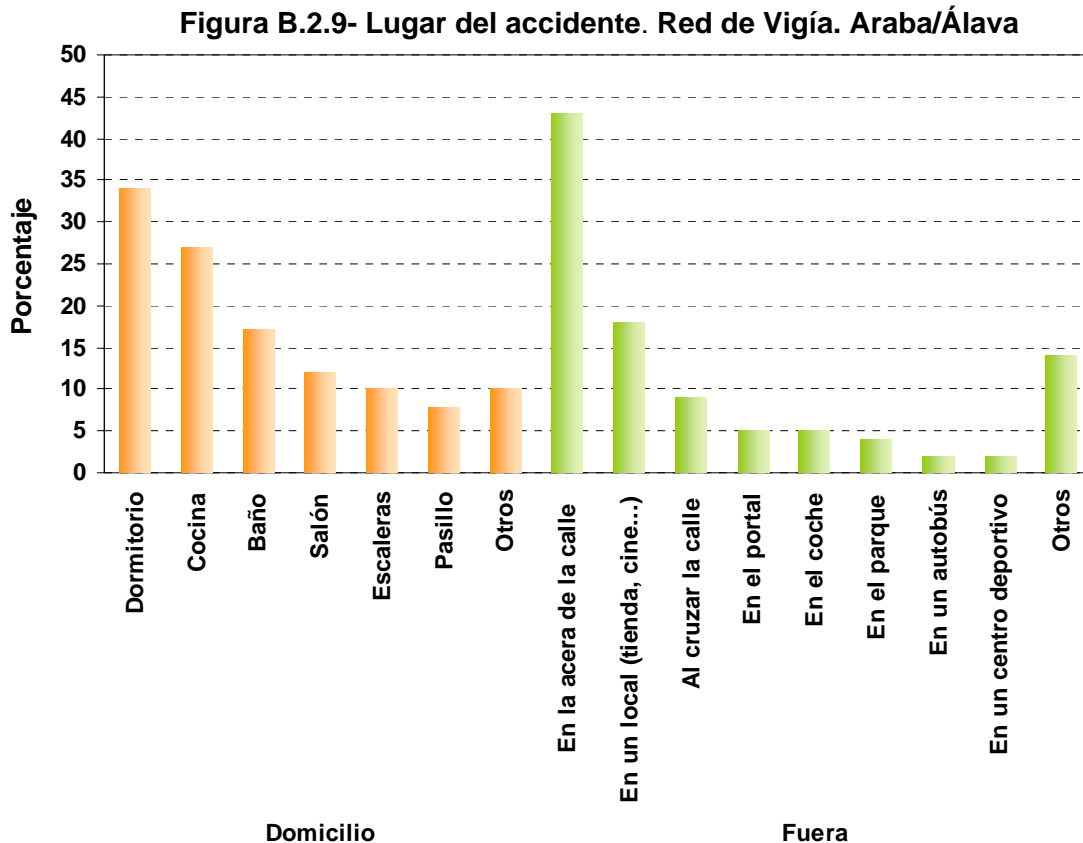
2. Datos relativos al accidente:

Tiempo. Se conoce la hora del accidente en 207 casos. La distribución de los accidentes a lo largo del día se puede ver en la figura B.2.8. Entre las 10 de la noche y las 10 de la mañana se han producido el 24% de los accidentes. Las horas con mayor número de accidentes son entre las 11 y las 12:59 de la mañana (24%). Entre las 11 y las 14 horas se registraron el 41% de los accidentes.

Figura B.2.8- Hora del día en que se produce el accidente. Red de Vigía. Araba/Álava.



Lugar del accidente: el 54% de los accidentes se produjeron en el domicilio, por orden de frecuencia: dormitorio (29%), cocina (23%), baño (14%), salón (10%), escaleras (8%) y el resto en otros lugares (16%). Entre los accidentes ocurridos fuera del domicilio el 42% se producen en la acera, el 18% en un local o tienda, el 9% al cruzar la calle y el resto en otros lugares.



Tipo de accidente: 188 (85,4%) fueron caídas, 12 (5,4%) golpes, 6 (2,7%) quemaduras, 5 (2,3%) cortes, 4 (1,8%) accidentes de tráfico, 3 (1,4%) tropiezos, 1 (0,4%) atragantamiento y 1 (0,4%) aplastamiento.

Motivo del accidente: entre los motivos intrínsecos el más frecuente el déficit de la marcha por déficit de equilibrio (11%), seguido de mareo o vértigo (7,7%) y alteración de la marcha por déficit muscular (4,5%). Entre los motivos extrínsecos, el más frecuente fueron las superficies irregulares (18,2%), seguido de los obstáculos (17,7%), los suelos resbaladizos (11,8%) y mala iluminación (6,4%)

Tipo de lesión: el tipo de lesión más frecuente fue la contusión (78,2%), después las fracturas (12,7%) y las heridas (5,4%).

Localizaciones anatómicas: un 39% de los accidentes ha provocado algún tipo de lesión en las extremidades inferiores, un 36% en extremidades superiores, un 30% tronco y un 26% en la cabeza.

Tipo de asistencia: 46 (21%%) accidentes no requirieron ningún tipo de asistencia en el momento del accidente, 17 (8,5%) requirieron asistencia domiciliaria, 88 (44%) asistencia en consulta, 65 (29%) asistencia en el hospital y 7 (3%) requirieron ingreso hospitalario.

Antecedente de accidente en el año anterior: un 30% declararon haber tenido al menos un accidente en el año anterior. 2 personas presentaron 3 accidentes en el periodo de estudio y 16 personas presentaron 2 accidentes.

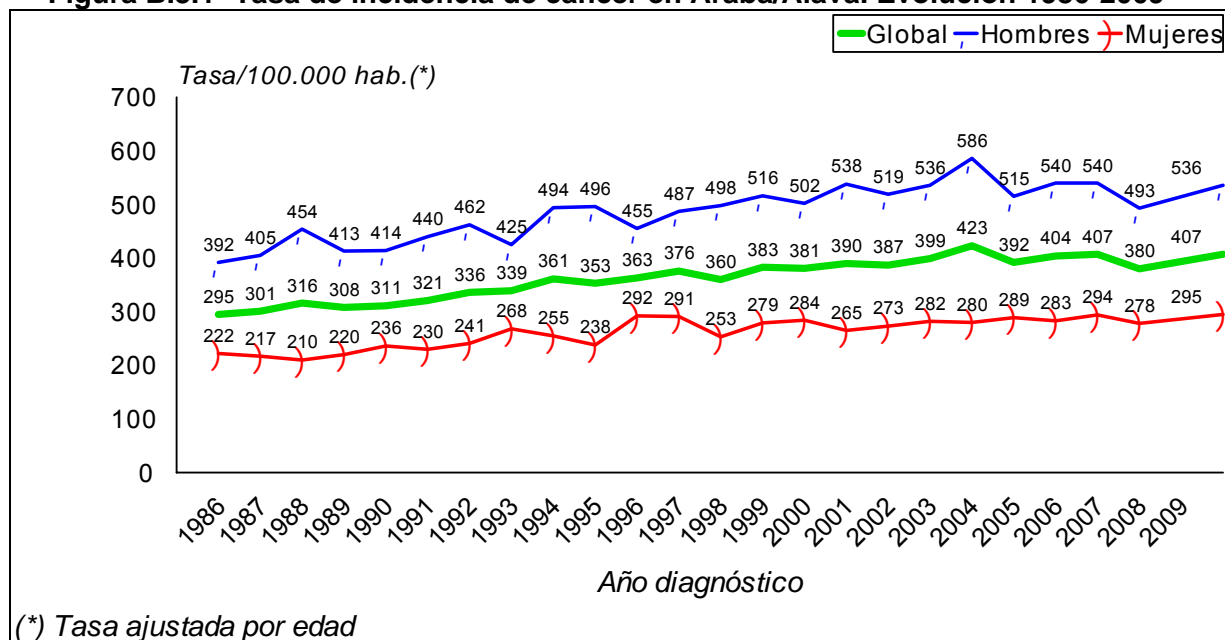
B.3.- REGISTRO DE CÁNCER

Entre los sistemas de vigilancia de las enfermedades no transmisibles figura el Registro de Cáncer Poblacional. Este Registro recoge información de todos los casos nuevos de cáncer que se diagnostican en personas residentes en Álava desde 1986. Actualmente la principal fuente de información son los Registros de Tumores del Hospital Universitario Araba Txagorritxu y Santiago, completándose con los casos procedentes de centros sanitarios privados y otras fuentes de información como hospitales de nuestro entorno de otras comunidades o los boletines estadísticos de defunción.

Se analiza la incidencia de cáncer correspondiente a 2009, último año con información disponible, asimismo se describe la evolución de las tasas de incidencia de 1986 a 2009. Para el análisis de la calidad de los datos de 2009 se han obtenido los siguientes indicadores: el porcentaje de casos confirmados microscópicamente alcanzó el 90,4%, la proporción de casos con localización primaria desconocida fue del 2,2%, el tanto por ciento de casos de cáncer conocidos únicamente por los certificados de defunción supuso el 1,6%, no existen casos con edad desconocida.

Durante 2009 se diagnosticaron 1.743 nuevos tumores malignos. De ellos, 1.073 (62%) correspondieron a hombres, mientras que 670 fueron en mujeres (38%). Esto representa una tasa de incidencia, ajustada por edad de la población europea, de 536 y 295 tumores por 100.000 habitantes en hombres y mujeres respectivamente. La evolución de estas tasas desde 1986 es ascendente (figura B.3.1). Estas cifras excluyen el cáncer de piel no melanoma.

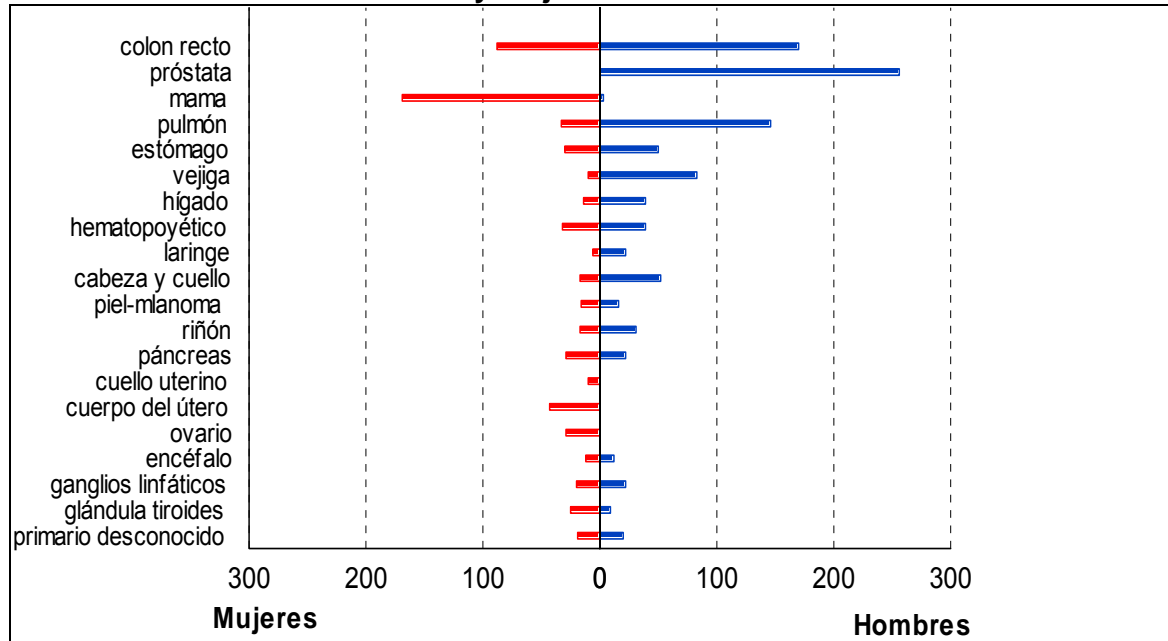
Figura B.3.1- Tasa de incidencia de cáncer en Araba/Álava. Evolución 1986-2009



Entre las localizaciones tumorales más frecuentes en 2009 en hombres, figura en primer lugar el cáncer de próstata con un 24% del total de casos incidentes. El cáncer colorrectal, junto al cáncer de pulmón también ocupa un lugar destacado, representando el 16% y 14% del total respectivamente. Los tumores del aparato digestivo y del aparato respiratorio en su conjunto, representan casi la mitad (46%) de los tumores en los hombres.

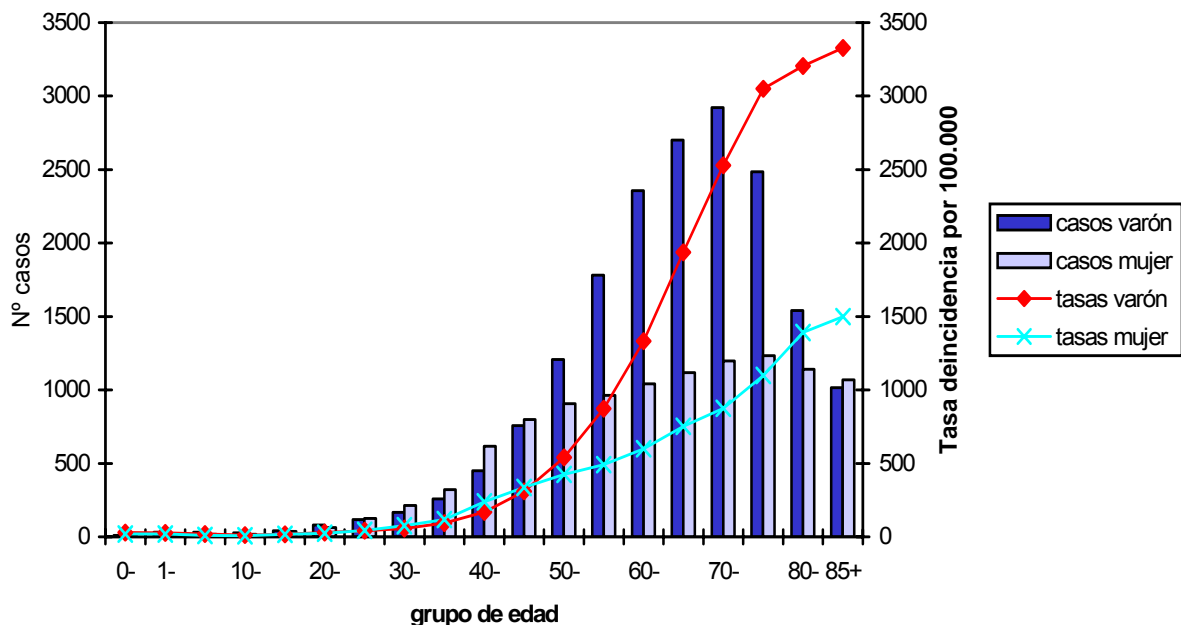
En cuanto a las mujeres, continúa ocupando un lugar destacado el cáncer de mama, alcanzando el 25% del total de tumores. Al igual que en los hombres el cáncer de colon, unión rectosigmoidea y recto es el segundo tumor en frecuencia, con un 13% de los casos incidentes. Los tumores del aparato genital femenino junto con el cáncer de mama suponen el 39% de todos los tumores.

Figura B.3.2- Casos nuevos de cáncer en las localizaciones más frecuentes en hombres y mujeres. Araba/Álava 2009



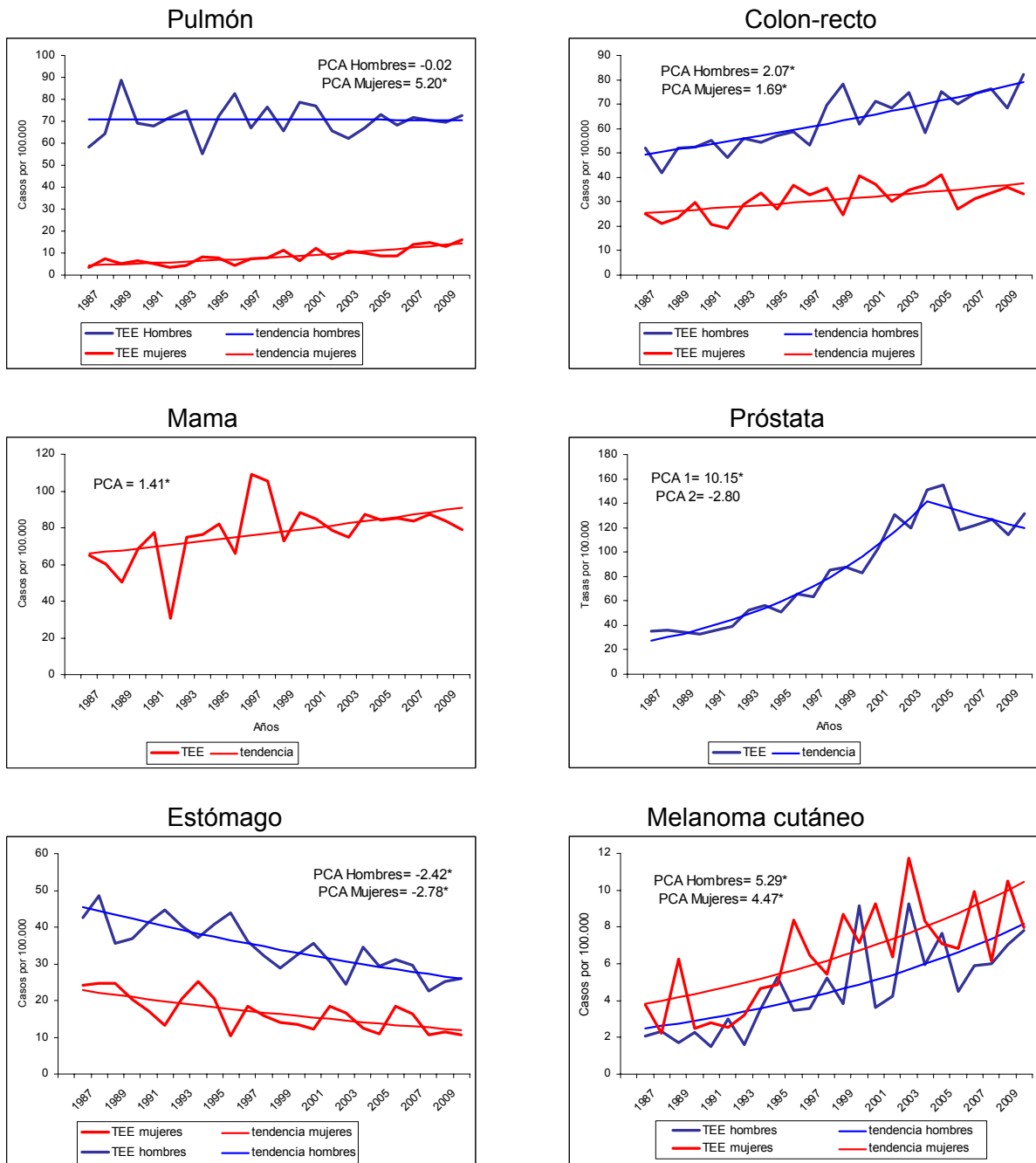
La distribución de casos de cáncer por edad y sexo en el momento del diagnóstico, para el periodo 1986 – 2009 y para el total de localizaciones, muestra que aunque la tasa de incidencia es ligeramente mayor en las mujeres jóvenes la situación cambia a partir de los 50 años. El mayor incremento se produce en los hombres de 50 a 74 años (figura B.3.3).

Figura B.3.3- Casos y tasas de incidencia de cáncer específicas por edad y sexo. Araba/Álava 1986-2009



La edad media en el momento del diagnóstico, para todas las localizaciones, de los tumores de 2009 fue de 67,5 años para los hombres y 65,8 años para las mujeres. El 58% de los cánceres se diagnosticaron a partir de los 65 años. Nueve casos se produjeron en menores de 15 años.

Figura B.3.4- Evolución de la incidencia de cáncer. Tasas estandarizadas por edad (TEE) y tendencia. Localizaciones tumorales seleccionadas. Araba/Álava 1986 – 2009



Como medida resumen de la evolución de las tasas de incidencia observada a lo largo del tiempo se ha utilizado el porcentaje de cambio anual (PCA) calculado a partir del modelo de regresión de Joinpoint (figura B.5.4). Estos modelos identifican el momento en el que se producen cambios significativos en la tendencia y la proporción de incremento o decremento de las tasas.

El cáncer de pulmón muestra una tendencia constante ligeramente negativa en los hombres, porcentaje de cambio anual no significativo de 0,02. Sin embargo en las mujeres, aunque con tasas más bajas, la tendencia es ascendente con un PCA significativo de 5,20.

El cáncer de colon, recto y unión rectosigmoidea, que es el tumor maligno más frecuente en el total de la población (14,8%) en 2009, sigue un patrón ascendente tanto en hombres (PCA=2,07) como en mujeres (PCA=1,69).

En las mujeres, la evolución ascendente de la incidencia del cáncer de mama presenta un incremento medio desde 1986 de 1,41% al año.

El aumento más importante del cáncer de próstata se observó entre 1986 y 2003, produciéndose a partir de este año un cambio en la tendencia que pasó de ser ascendente (PCA= 10,15) a descendente (PCA= -2,80 no significativo)

La evolución de la incidencia del cáncer de estómago es a la baja. En los hombres descendió como media un 2,42% anual y en las mujeres un 2,78%.

Aunque son tasas más bajas, otro tumor que ha aumentado ha sido el melanoma cutáneo, el 5,29% y 4,47% al año en hombres y mujeres respectivamente (figura B.3.4).

Según las tasas que se exponen en las siguientes tablas, en 2009 se diagnosticó algún tipo de cáncer aproximadamente a uno de cada 150 hombres y a una de cada 235 mujeres. La mayoría de los tumores son más frecuentes en hombres, únicamente los tumores localizados en tiroides, además de la mama, presentan mayores tasas en mujeres.

La tasa acumulada de 0 a 74 años supone que, si la tendencia no se modifica, aproximadamente 4 de cada 9 hombres y 2 de cada 9 mujeres residentes en Álava serán diagnosticados de cáncer antes de los 75 años.

Si se compara la tasa de incidencia de cáncer estandarizada por edad, en 2009, con la de la CAPV, son similares para la mayoría de localizaciones individuales. Sin embargo, Álava presenta una ligera mayor incidencia en el cáncer de próstata y algo menor en el de mama.

Tabla B.3.1- Incidencia de tumores malignos en varones. Araba/Álava 2009.

CIE O III LOCALIZACIÓN	Nº casos	Tasa bruta	T. acumulada (0-74 años)	Tasa estandarizada	
				Álava	CAPV
C00 Labio	10	6,31	356,87	5,03	1,99
C01 Lengua	7	4,42	370,19	3,81	4,28
C03 Encías	3	1,89	191,19	1,44	0,84
C04 Suelo de la boca	4	2,52	216,39	2,53	2,56
C05 Paladar	5	3,16	203,86	2,65	1,47
C07 Glándula parótida	1	0,63	0,00	0,37	0,87
C09 Amígdala	2	1,26	71,35	0,91	2,17
C10 Orofaringe	2	1,26	94,63	1,23	1,81
C12 Seno piriforme	7	4,42	358,41	4,20	3,59
C13 Hipofaringe	2	1,26	46,14	1,01	1,36
C14 Otras localizaciones de boca y faringe	9	5,68	455,62	4,65	4,05
C15 Esófago	17	10,73	607,46	8,46	10,21
C16 Estómago	50	31,55	2292,18	25,92	23,95
C17 Intestino Delgado	3	1,89	124,11	1,60	1,68
C18 Colon	108	68,16	3920,59	51,86	52,89
C19 Unión rectosigmoidea	15	9,47	401,75	6,93	8,89
C20 Recto	47	29,66	2021,51	23,42	24,15
C21 Ano y conducto anal	1	0,63	71,35	0,43	0,46
C22 Hígado y conductos biliares intrahepáticos	39	24,61	1750,89	19,37	17,93
C23 Vesícula biliar	3	1,89	168,33	1,59	1,40
C24 Partes no especificadas del tracto biliar	11	6,94	360,99	4,94	4,11
C25 Páncreas	22	13,88	786,42	10,47	11,47
C26 Otros sitios mal definidos de org digestivos	2	1,26	120,95	0,92	1,14
C30 Cavidad nasal y oído medio	3	1,89	40,09	1,41	0,33
C31 Senos paranasales	1	0,63	48,49	0,58	0,88
C32 Laringe	22	13,88	764,94	10,67	15,51
C33 Traquea	1	0,63	0,00	0,48	0,17
C34 Bronquios y Pulmón	146	92,14	5714,43	70,98	72,45
C38 Corazón mediastino y pleura	5	3,16	204,74	2,53	3,41
C41 Huesos, articulaciones y cartílagos articular	1	0,63	0,00	0,58	0,17
C42 Sistema hematopoyético y reticuloendotelial	39	24,61	1303,94	19,29	27,82
C44 Piel	19	11,99	814,19	9,45	10,26
C48 Peritoneo y retroperitoneo	1	0,63	48,49	0,58	0,74
C49 Tejido conjuntivo, subcutáneo y tejidos blandos	7	4,42	256,75	3,65	4,49
C50 Mama	3	1,89	138,19	1,64	1,61
C60 Pene	2	1,26	84,02	1,16	0,91
C61 Glándula prostática	253	159,67	13255,20	130,25	110,84
C62 Testículo	8	5,05	294,08	4,55	5,21
C63 Otros órganos genitales no especificados	2	1,26	0,00	0,79	0,24
C64 Riñón	31	19,56	1229,03	14,69	18,66
C65 Pelvis renal	2	1,26	98,10	1,08	1,68
C66 Uréter	1	0,63	46,14	0,65	0,68
C67 Vejiga urinaria	84	52,98	3230,23	40,76	42,12
C69 Ojo y anejos	4	2,52	94,63	1,84	0,74
C71 Encéfalo	12	7,57	395,10	6,01	8,10
C72 Médula espinal, nervios craneal y otro SNC	2	1,26	89,70	1,06	0,23
C73 Glándula tiroides	9	5,68	464,32	5,00	3,69
C75 Otras glándulas endocrinas	1	0,63	63,86	1,02	0,23
C77 Ganglios linfáticos	22	13,88	836,01	11,19	11,54
C80 Sitio primario desconocido	21	13,25	648,85	9,41	9,91
TODAS LAS LOCALIZACIONES	1073	677,17	45273,22	535,62	540,53

Tabla B.3.2- Incidencia de tumores malignos en mujeres. Araba/Álava 2009

CIE O III LOCALIZACIÓN	Nº casos	Tasa bruta	T.acumulada (0-74 años)	Tasa estandarizada	
				Álava	CAPV
C00 Labio	2	1,26	0,00	0,51	0,19
C01 Lengua	3	1,89	162,69	1,55	1,54
C04 Suelo de la boca	2	1,26	96,22	1,14	0,37
C05 Paladar	1	0,63	47,47	0,57	0,46
C06 Otras partes y las no especificadas de boca	2	1,26	91,05	1,27	0,76
	2	1,26	42,93	0,90	0,36
C07 Glándula parótida	1	0,63	0,00	0,30	0,47
C09 Amígdala	3	1,89	86,58	1,30	0,95
C11 Nasofaringe	1	0,63	47,47	0,57	0,36
C12 Seno piriforme					
C15 Esófago	4	2,52	81,50	1,55	1,87
C16 Estómago	30	18,86	754,63	10,64	10,03
C17 Intestino Delgado	3	1,89	134,85	1,39	0,92
C18 Colon	65	40,87	1858,69	23,99	27,07
C19 Unión rectosigmoidea	6	3,77	167,86	2,11	3,84
C20 Recto	17	10,69	712,37	7,22	8,05
C21 Ano y conducto anal	1	0,63	39,11	0,55	0,71
C22 Hígado y conductos biliares intrahepáticos	14	8,80	330,98	5,02	3,62
	5	3,14	150,61	1,63	1,76
C23 Vesícula biliar	2	1,26	0,00	0,37	1,43
C24 Otras partes no especificadas del tracto biliar	29	18,24	711,86	10,71	8,23
	1	0,63	0,00	0,19	0,67
C25 Páncreas					
C26 Otras localizaciones no definidas del ap. digestivo					
C30 Cavidad nasal y oído medio	1	0,63	0,00	0,21	0,03
C31 Senos paranasales	2	1,26	127,08	1,27	0,22
C32 Laringe	6	3,77	302,49	3,53	1,68
C34 Bronquios y pulmón	33	20,57	1346,32	16,00	18,92
C37 Timo	1	0,63	0,00	0,19	0,06
C38 Corazón, mediastino y pleura	1	0,63	50,70	0,51	0,57
C41 Huesos, articulaciones, cartílagos articulares	2	1,26	93,63	1,11	1,22
C42 Sistemas hematopoyético y reticuloendotelial	33	20,75	572,27	11,17	15,37
C44 Piel	20	12,58	691,30	9,78	10,21
C48 Retroperitoneo y peritoneo	1	0,63	0,00	0,21	0,93
C49 Tejido conjuntivo, subcutáneo tejidos blandos	3	1,89	130,08	1,72	2,13
C50 Mama	167	105,01	6156,81	78,86	88,13
C51 Vulva	4	2,52	0,00	0,77	2,35
C52 Vagina	1	0,63	38,72	0,54	0,44
C53 Cuello uterino	10	6,29	389,17	4,93	6,63
C54 Cuerpo del útero	43	27,04	1847,67	21,26	19,58
C55 Útero, sai	6	3,77	280,28	2,89	0,93
C56 Ovario	29	18,24	1396,36	15,30	10,76
C64 Riñón	17	10,69	675,50	8,56	6,96
C65 Pelvis renal	4	2,52	0,00	1,02	0,40
C66 Uréter	1	0,63	47,47	0,57	0,14
C67 Vejiga urinaria	11	6,92	300,40	4,61	6,62
C71 Encéfalo	14	8,81	474,08	6,46	6,29
C73 Glándula tiroides	25	15,72	1138,74	14,02	14,80
C76 Localizaciones mal definidas	2	1,26	0,00	0,41	0,18
C77 Ganglios linfáticos	20	12,58	726,24	9,55	10,18
C80 Sitio primario desconocido	19	11,95	349,67	6,29	4,83
TODAS LAS LOCALIZACIONES	670	421,31	22651,84	295,24	306,20

C. VACUNACIONES

C.1.- PRIMOVACUNACIÓN INFANTIL

La estimación de coberturas se ha realizado teniendo en cuenta las dosis registradas por los centros sanitarios durante el año 2012 y por los equipos de salud escolar en el curso 2011/2012. Los denominadores corresponden a la población de niños susceptibles de vacunación para cada dosis según su fecha de nacimiento y según el calendario de vacunación vigente, dato que ha sido obtenido del registro de metabopatías para las dosis que se administran desde el periodo de recién nacido hasta los 6 años. El denominador para las coberturas de las vacunas de hepatitis B y papilomavirus correspondiente a la edad de 13 años y la vacuna Td de los 16 años se han obtenido de los datos depurados de los listados actualizados aportados por todos los centros escolares del territorio histórico.

C.1.1.- B.C.G.

Se alcanzó una cobertura del 99,07%, aplicándose 3185 dosis de vacuna en una población de 3.215 nacidos.

C.1.2.- D.T.Pa. - Hepatitis B - Polio + Hib

En la tabla C.1.1 pueden observarse las dosis aplicadas en los centros de vacunación del Territorio Histórico y las coberturas de las tres primeras dosis de vacunación infantil.

Tabla C.1.1 .- Cobertura de DTPa - HB - Polio + Hib (3 dosis). Araba/Álava 2012

	1ª DOSIS	2ª DOSIS	3ª DOSIS
PROGRAMADAS	3.252	3.307	3.370
APLICADAS	3.023	3.105	3.030
COBERTURA	92,96%	93,89%	89,91%

C.1.3.-Triple vírica

En la tabla C.1.2 se detallan las vacunas programadas, aplicadas y cobertura de Triple Vírica a los 12 meses.

Tabla C.1.2.- Vacunación de triple vírica a los 12 meses. Araba/Álava 2012

PROGRAMADAS	3.316
APLICADAS	3.334
COBERTURA	99,46%

C.1.4.- D.T.Pa - Polio + Hib

En la tabla C.1.3 se detallan las vacunas programadas, aplicadas y cobertura de D.T.Pa. - Polio + Hib a los 18 meses.

Tabla C.1.3. Vacunación 4ª dosis de D.T.Pa - Polio + Hib. Araba/Álava 2012.

PROGRAMADAS	3.204
APLICADAS	2805
COBERTURA	87,54%

C.1.5.- Triple vírica (4 años)

Durante el año 2012 la vacunación de triple vírica a la edad de 4 años se ha llevado a cabo mayoritariamente por los equipos de salud escolar. Los niños no vacunados en el centro escolar fueron derivados a los centros de atención primaria por ello, las coberturas de la vacuna triple vírica de los 4 años que se presentan a continuación son las de los niños que cursaron 2º de educación infantil (curso 2011/12). Los datos corresponden a Comarca Araba ya que no disponemos datos de los centros de salud alaveses correspondientes a Comarca Interior de Bizkaia.

Tabla C.1.4.- Vacunación de triple vírica a los 4 años. Comarca Araba

PROGRAMADAS	2.743
SALUD ESCOLAR	2.167
CENTROS DE SALUD	218
VACUNADOS ANTERIORMENTE	156
NO VACUNADOS	202
COBERTURA	92,64%

C.1.6.- Tétanos-Difteria-Pertussis acelular (6 años)

El total de población de 6 años vacunados es de 2.593 niños y niñas alcanzando una cobertura del 95,33%. Los datos corresponden a Comarca Araba ya que no disponemos datos de los centros de salud alaveses correspondientes a Comarca Interior de Bizkaia.

Tabla C.1.5.- Revacunación (6 años). Comarca Araba

PROGRAMADAS	2.720
SAULD ESCOLAR	2.321
CENTROS DE SALUD	129
VACUNADOS ANTERIORMENTE	143
NO VACUNADOS	158
COBERTURA	94,62%

C.1.7.- Hepatitis B de adolescentes

Los datos que a continuación se exponen son los datos definitivos de la campaña de vacunación frente a hepatitis B iniciada en octubre de 2011 para las personas matriculadas en el curso 2011/12. Este curso será el último en el que se vacunará de hepatitis B en el ámbito escolar ya que en el curso próximo accederán a 1º de E.S.O. adolescentes nacidos en 2.000, año que se inició la vacunación de hepatitis B en recién nacidos en la CAPV.

El total del alumnado fue de 2.951, de los cuales completaron la vacunación 2.316 (78,48%), habiendo 13 abandonos entre la 1ª y 2ª dosis y 52 entre la 2ª y 3ª dosis.

De los 482 que no iniciaron la vacunación, 444 estaban anteriormente vacunados. Por lo tanto el total de estudiantes correctamente vacunados al finalizar el curso fue de 2.825 con una cobertura del 93,53%.

C.1.8.- Papilomavirus

El total de niñas matriculadas en el curso 2011/12 fue de 1.424, de las cuales completaron la vacunación 1.223 (85,89%), habiendo 4 abandonos entre la 1ª y 2ª dosis y 21 entre la 2ª y 3ª dosis.

De las 99 niñas que no iniciaron la vacunación, 90 estaban anteriormente vacunadas. Por lo tanto el total de vacunadas correctamente al finalizar el curso fue de 1.322 con una cobertura del 92,84%.

C.1.9.- Td (16 años)

Para esta vacuna los datos corresponden a los centros de Comarca Araba y el centro de salud de Llodio de Comarca Interior de Bizkaia.

Tabla C.1.6.- Tétanos-difteria

Tétanos-difteria recuerdo	DOSIS
PROGRAMADAS	2.289
SALUD ESCOLAR	1.654
VACUNADOS ANTERIORMENTE	181
CENTROS DE SALUD	137
NO VACUNADOS	317
COBERTURA	86,15%

C.2.- OTRAS VACUNACIONES

C.2.1.- Tétanos-difteria (adultos)

La indicación de la vacunación frente a tétanos es universal, es decir toda persona en edad adulta debería tener administradas al menos 5 dosis de tétanos según la recomendación de la Ponencia de Vacunas del Ministerio de Sanidad y del Comité Asesor de Vacunaciones de Euskadi del año 2009.

En 2012 se han distribuido 10.558 dosis de vacuna Td para primovacunación y 3.675 para cuartas y quintas dosis.

C.2.2.- Rabia

En 2012 se ha completado 1 pauta post-exposición de rabia a un viajero que fue mordido en el brazo por un macacus rhesus en su viaje a India.

Se han iniciado por indicación de Sanidad exterior 24 pautas pre-exposición. El resumen de las características de viaje que han ocasionado la recomendación se detalla en la tabla C.2.1

Tabla C.2.1-Profilaxis pre-exposición de rabia según motivo y destino de viaje. Araba/Álava 2012

Motivo de viaje	Nº	%	Destino de viaje	Nº	%
Estudio	1	4,17	Africa	3	12,50
ONG	7	29,17	Asia	15	62,50
Trabajo s/p	1	4,17	Sudamérica	5	20,83
Trabajo con animales	2	8,33	Vuelta al mundo	1	4,17
Turismo s/p	2	8,33			
Turismo en bicicleta	7	29,17			
Turismo mochilero	4	16,67			

C.2.3.- Vacunación en grupos de riesgo

En el Año 2012 desde la Dirección de Salud Pública y la Dirección de Farmacia se elaboró un documento en el que se establecían los grupos de riesgo para la prescripción de vacunas no sometidas a programas de vacunación sistemática para su administración en el ámbito de la Atención Primaria de la CAPV, dejando de ser necesaria su tramitación a través de visado en inspección de farmacia para su dispensación.

Las vacunas para las que se establecieron estos criterios fueron: varicela, neumococo conjugada, neumococo polisacarida 23-valente, haemophilus influenzae tipo b, meningococo conjugada serogrupo C, meningococo polisacárida/conjugada serogrupos A-C-W₁₃₅-Y, hepatitis A, hepatitis B, tétanos-difteria-pertussis acelular de baja carga (dtpa).

C.3.- GESTIÓN DE VACUNAS

En 2012, se han distribuido un total de 66.388 vacunas. Los datos de la distribución se reflejan en la tabla C.3.1.

Tabla C.3.1-Distribución de vacunas. Araba/Álava 2012

CENTRO / VACUNA	B.C.G.	D.T.P.a	D.T.P.a-VPI+Hib	D.T.P.a-VPI-HB+Hib
C.SALUD	5890	2566	3444	10115
HOSPITALES	0	8	0	32
OTROS	0	1	0	0
TOTAL	5890	2575	3444	10147
CENTRO / VACUNA	Hepatitis A	Hepatitis A+B adulto	Hepatitis A+B infantil	Hepatitis B Adulto
C.SALUD	1495	664	41	1210
HOSPITALES	18	6	0	0
OTROS	15	2	0	54
TOTAL	1528	672	41	1264
CENTRO / VACUNA	Hib	Hepatitis B Infantil	Meningococo C	Neumococo 13v
C.SALUD	42	3471	10436	14
HOSPITALES	8	2	21	0
OTROS	0	0	0	0
TOTAL	50	3473	10457	14
CENTRO / VACUNA	Papiloma	Polio Salk	Neumococo 23v	Rabia
C.SALUD	3899	428	3079	72
HOSPITALES	10	17	12	0
OTROS	3	5	47	0
TOTAL	3912	450	3138	72
CENTRO / VACUNA	Td	Triple Vírica	Varicela	TOTAL
C.SALUD	11077	6516	725	65184
HOSPITALES	78	28	24	264
OTROS	761	32	20	940
TOTAL	11916	6576	769	66388

En 2012 se han notificado un total de 29 incidencias en el mantenimiento de las vacunas habiéndose perdido 812 vacunas, lo que supone un 1,22% de las vacunas distribuidas. Los motivos de las incidencias y el número de vacunas perdidas se detallan en la tabla C.3.2.

Tabla C.3.2.- Motivos de pérdida de las vacunas. Álava 2012.

	ROTA CADENA DE FRÍO		VACUNA CADUCADA		VIAL ESTROPEADO		OTRO		TOTAL	
	12 incidencias		9 incidencias		6 incidencias		2 incidencias		29 incidencias	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DTPa-VPI-HB+Hib	36	4,43	15	1,85	2	0,25	-	-	53	6,53
DTPa-VPI+Hib	42	5,17	15	1,85	-	-	-	-	57	7,02
DTPa	4	0,49	-	-	-	-	-	-	4	0,49
Hepatitis A	4	0,49	-	-	-	-	-	-	4	0,49
Hepatitis B	5	0,62	-	-	-	-	-	-	5	0,62
Hepatitis A-B	1	0,12	-	-	-	-	-	-	1	0,12
Hib	2	0,25	-	-	-	-	-	-	2	0,25
Meningococo C	64	7,51	-	-	3	0,37	-	-	64	7,88
Neumococo 23v	41	5,05	32	3,94	-	-	-	-	73	8,99
Papiloma	5	0,62	-	-	-	-	-	-	5	0,62
Polio	4	0,49	4	0,49	-	-	-	-	8	0,99
Td	455	56,03	45	5,54	-	-	-	-	500	61,58
TV	24	2,96	-	-	2	0,25	-	-	26	3,20
Varicela	10	1,23	-	-	-	-	-	-	10	1,23
TOTAL	694	85,47	111	13,67	7	0,86	0	0,00	812	100,00

C.4.- OTRAS ACTIVIDADES

A lo largo de 2012 se ha realizado la búsqueda de datos de las vacunas administradas desde recién nacido hasta la actualidad a 132 personas que solicitaron duplicado de su carné vacunal o certificado de vacunas administradas para viajar al extranjero.

Por otro lado se hizo la adaptación de un total de 166 calendarios infantiles de niños y niñas llegados a nuestra comunidad procedentes de diferentes lugares del mundo (tabla C.4.1)

Tabla C.4.1.- Adaptación calendario según lugar de procedencia. Araba/Álava 2012

EUROPA	Nº	%	ASIA	Nº	%
ESPAÑA	3	1,81	CHINA	6	3,61
FRANCIA	1	0,60	INDIA	1	0,60
MOLDAVIA	1	0,60	PAKISTÁN	28	16,87
PORTUGAL	1	0,60			
RUMANÍA	9	5,42			
RUSIA	9	5,42			
UKRANIA	5	3,01			
TOTAL	29	17,47	TOTAL	35	21,08
AFRICA	Nº	%	AMÉRICA	Nº	%
ANGOLA	1	0,60	ARGENTINA	1	0,60
ARGELIA	16	9,64	BOLIVIA	3	1,81
BURKINA FASO	3	1,81	BRASIL	2	1,20
CAMERÚN	3	1,81	CHILE	1	0,60
COSTA DE MARFIL	1	0,60	COLOMBIA	12	7,23
GAMBIA	3	1,81	ECUADOR	5	3,01
GHANA	12	7,23	MÉJICO	1	0,60
GUINEA ECUATORIAL	1	0,60	PARAGUAY	4	2,41
GUINEA CONAKRI	1	0,60	REP. DOMINICANA	9	5,42
KENIA	2	1,20			
MALI	1	0,60			
MARRUECOS	9	5,42			
MAURITANIA	4	2,41			
SAHARA	5	3,01			
SENEGAL	1	0,60			
TOGO	1	0,60			
TOTAL	64	38,55	TOTAL	38	22,89