

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Año 2016



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

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	3
INTRODUCCIÓN	5
RESUMEN EJECUTIVO	7
A. VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	9
A1. SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS 2015	9
Enfermedades de declaración obligatoria (EDO)	9
Sistema de información microbiológica (SIM)	12
A2. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE LA A A LA Z	15
Campilobacteriosis	15
<i>Chlamydia trachomatis</i> , infección por	15
Difteria	15
Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas	15
Enfermedad gonocócica	16
Fiebre Q	17
Fiebre tifo/paratífica	17
Gripe (influenza)	17
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, enfermedad invasiva por	21
Hepatitis A	22
Hepatitis B	23
Hepatitis C	23
Hidatidosis	23
Legionelosis	24
Lepra	25
Listeriosis	25
Meningocócica, enfermedad	26
Neumocócica, enfermedad invasiva	26
Paludismo / Malaria	27
Parotiditis	28
Poliomielitis y vigilancia de la parálisis flácida aguda	29
Rabia	29
Rotavirus	30
Rubéola y rubéola congénita	30
Salmonelosis	30
Sarampión	31
SIDA y VIH	31

Sífilis	32
Estreptococo grupo A (<i>Streptococcus. pyogenes</i>), enfermedad invasiva por	33
Tétanos	34
Tos ferina	34
Toxiinfecciones de origen alimentario (TIAs)	35
Tuberculosis	36
Varicela	39
Yersiniosis	40
C. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	41
C1. CÁNCER	41
C2. ANOMALÍAS CONGÉNITAS	47
C3. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	52
C4. ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	54
D. MORBILIDAD HOSPITALARIA	56
Casos y tasa de frecuentación hospitalaria	56
Morbilidad hospitalaria por grandes grupos de la CIE-9	57
E. MORTALIDAD	60
Mortalidad proporcional por grandes grupos de enfermedades	60
Mortalidad por casusas específicas por edad	62
Mortalidad por causas específicas por sexo	64
Evolución de algunas casusas de muerte	65
Razón de mortalidad estandarizada (RME)	67
Mortalidad infantil	67
Esperanza de vida al nacimiento	67
Mortalidad prematura. Años potenciales de vida perdidos (APVP)	68

LISTA DE ABREVIATURAS

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

INTRODUCCIÓN

El presente informe recopila, de forma resumida, la información epidemiológica obtenida en el transcurso de las actividades de la Unidad de Epidemiología de Araba/Álava en el año 2016. La información proviene de varios sistemas de información: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), Sistema de Información Microbiológica (SIM), Red de Vigilancia de Médicos Vigía, Registro de Cáncer (RCEME), Registro de Anomalías Congénitas (RACAV), Registro de Mortalidad, Registro de Altas Hospitalarias (CMBD), Registro de Metabolopatías.

Los datos corresponden a diferentes periodos. Los obtenidos del Registro de Cáncer a 2013, los del Registro de Anomalías Congénitas a 2014, los del Registro de Mortalidad y del Registro de Altas Hospitalarias a 2015. La información de la Red de Médicos Vigía de Gripe hace referencia a la temporada 2016-2017. Las poblaciones empleadas son las correspondientes al censo del 2015.

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

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

Inmaculada Sáez
Larraitz Etxebarriarteun
Laura Roth
Patricia Sancho Uriarte
Visi De Castro

RESUMEN EJECUTIVO

La temporada de **gripe** 2016-2017 fue similar, en intensidad, a la temporada anterior. El pico epidémico (390,5/100.000) se alcanzó en la semana 3. El subtipo predominante fue el AH3. Se declararon 229 casos graves hospitalizados con gripe confirmada en los cinco grandes hospitales de la CAPV, 48 de Álava/Araba. Entre los ingresados hubo 32 fallecimientos, 7 de ellos de Álava/Araba.

La incidencia de **tosferina** en 2016, con 49 casos y un tasa de 15,2/100.000, presentó un descenso respecto al año anterior (70 casos declarados).

La **parotiditis vírica**, con 85 casos y una tasa de 26,37/100.000, presentó un valor superior al del año 2015 (40 casos) El grupo de 15 a 19 años fue el más afectado.

La **varicela** con 1040 casos declarados presentó una tasa de 322,65/100.000, algo superior a la del año anterior.

No se declaró ningún caso de **enfermedad meningocócica**.

Se declararon 2 casos de **enfermedad invasiva por estreptococo grupo A**, un caso materno-fetal y otro en un mayor de 65 años, la tasa fue de 0,62/100.000.

Se declararon 35 casos de **enfermedad neumocócica invasiva (ENI)**, 3 eran menores de cinco años. Hubo cuatro fallecidos, todos con factor de riesgo.

Se declararon 7 casos de **listeriosis**, más que en 2015 (2 casos). 5 casos tenían factores de riesgo personales.

La incidencia de **hepatitis A** disminuyó respecto a 2015, con 2 casos y una tasa de 0,62/100.000}. Se declararon dos casos de **hepatitis B** aguda y uno de **hepatitis C** aguda de nuevo diagnóstico (tasa 0,31/100.000).

La tasa de **tuberculosis** fue de 9,62 casos por 100.000 habitantes (33 casos), inferior a 2015 (11,19). El grupo más afectado fue el de 15-24 años

Se declararon 4 casos aislados de **legionelosis** (tasa 1,24/100.000), menos que el año anterior (8 casos).

En 2016 se diagnosticaron 2 EETH, un caso de **ECJ** esporádico y uno de IFF.

Hubo 17 casos de **paludismo**, más que en 2015 (6 casos). De los 17, 14 habían visitado su país natal. Solo uno había tomado quimioprofilaxis.

Se investigaron 4 brotes de **toxiinfecciones de origen alimentario** que afectaron a 63 personas. La etiología fue *Salmonella* en dos, intoxicación por histamina en uno y el cuarto un probable origen viral.

El número de aislamientos de *Salmonella* fue similar al año pasado (106 frente 103 de 2015). Hubo más Typhimurium que Enteritidis. La edad media fue de 27 años.

Se declararon al SIM 272 aislamientos de *Campylobacter*, similar a 2015 (289). El 57% eran menores de 10 años.

Se han registrado 1.939 **tumores malignos** diagnosticados en 2013, 1.149 (59%) en hombres y 790(41%) en mujeres. La incidencia de cáncer en las mujeres mantiene la tendencia ascendente con un incremento de 1,2 a 1,7% anual. Entre los hombre la tendencia permanece estable desde 2004.

Entre 2009 y 2013 se registraron 9.453 **tumores malignos**, el 4% eran segundos o terceros tumores. Descontando los fallecimientos y traslados del paciente a otras comunidades, a finales de 2013, había 3.415 hombres y 2.503 mujeres residentes en Araba con un tumor maligno diagnosticado los últimos cinco años. Los cánceres más prevalentes son el de próstata, colon-recto y vejiga entre los hombres y, el cáncer de mama, colon-recto y útero entre las mujeres,.

La frecuentación hospitalaria, en 2015, por **cardiopatía isquémica** fue de 124,21 y 316,69/100.000 en mujeres y hombres respectivamente. La frecuentación hospitalaria, por **enfermedad cerebro-vascular** fue 269,63/100.000 en mujeres y 345,50/100.000 en hombres

En 2015 la enfermedad cerebrovascular fue la primera causa de muerte en ambos sexos (182 fallecimientos). Fallecieron 163 personas (68 mujeres y 95 hombres) por cardiopatía isquémica.

La **esperanza de vida** en mujeres es de 86,4 años y en hombres de 81 años.

En 2015 se perdieron 8697 **Años Potenciales de Vida hasta los 70 años** (APVP₇₀). Las tres principales causas de APVP fueron entre las mujeres: cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer de colon y recto. Entre los hombres, 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 2011-2016. Para el año 2016 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 2016 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 2016 y la mediana del número de casos anuales del quinquenio anterior (2011-2015).

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

El 9 de marzo de 2015 se aprobó la Orden SSI/445/2015 que modifica los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995. Por ello, hay 60 enfermedades de declaración obligatoria a nivel nacional. En la CAPV también son de declaración obligatoria la enfermedad de Lyme y la enfermedad estreptocócica invasiva.

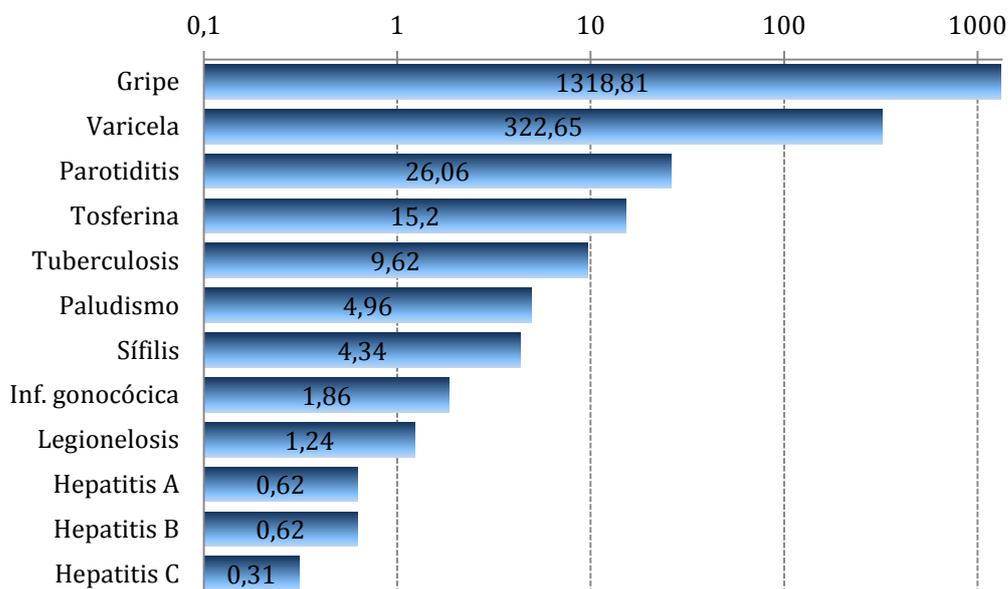
Nº de casos del periodo 2011-2016 y tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) e índices epidémicos 1 (IE1) y 2 (IE2) de 2016. Araba/Álava 2016. EDO

	2011	2012	2013	2014	2015	2016			
	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Casos	Tasa	IE1	IE2
Enfermedades de transmisión alimentaria									
F. tifo- paratífica	2	0	1	0	0	2	0,62	*	2
Shigelosis	2	1	0	1	0	2	0,62	*	2
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Hepatitis víricas									
Hepatitis A	6	2	4	4	7	2	0,62	0,29	0,50
Hepatitis B	2	3	4	4	3	2	0,62	0,67	0,67
Hepatitis C	4	5	4	1	3	1	0,31	0,33	0,25
Enfermedades de transmisión aérea o respiratoria									
Gripe	3793	3076	5155	3404	5670	4251	1318,81	0,75	1,12
Legionelosis	8	4	5	7	8	4	1,24	0,50	0,57
Meningitis tuberculosa	2	0	0	0	0	0	0	*	*
Tuberculosis	59	37	24	38	35	31	9,62	0,86	0,86
Enfermedades de transmisión sexual									
Inf. Gonocócica	3	1	1	1	3	6	1,86	2	6
Sífilis	16	15	18	21	16	14	4,34	0,88	0,88
Enfermedades prevenibles por inmunización									
Enf. Meningocóc.	0	2	3	0	2	0	0	0	0
Parotiditis	204	202	228	44	40	84	26,06	2,10	0,42
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Sarampión	3	0	0	0	0	0	0	*	*
Tétanos	0	1	0	0	0	0	0	*	*
Tosferina	3	15	0	9	70	49	15,20	0,70	5,44
Varicela	971	1400	2274	838	900	1040	322,65	1,15	1,07
Enfermedades importadas									
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Paludismo	6	8	16	10	5	16	4,96	3,20	2
Peste	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Zoonosis									
Brucelosis	0	0	1	0	0	0	0,31	*	*
Rabia	0	0	0	0	0	0	0	*	*
Otras enfermedades infecciosas									
Lepra	1	1	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.

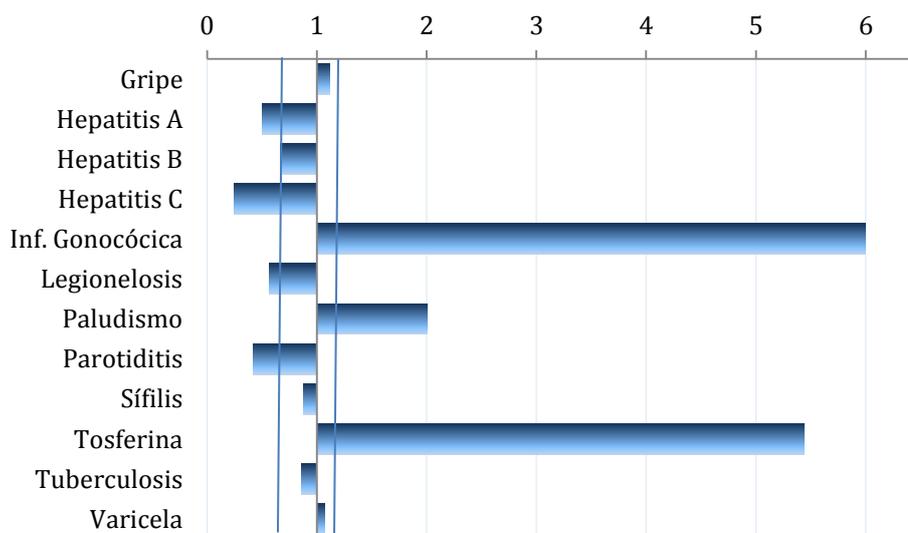
En la siguiente figura se representan las tasas de incidencia por 100.000 habitantes de algunas EDO.

Tasas de incidencia por 100.000 habitantes en base logarítmica. Araba/Álava 2016. EDO



El mayor aumento respecto al año anterior, se ha producido en el paludismo (IE1:3,20) y en la parotiditis (IE1: 2,10) aunque han sido aumentos discretos. Respecto a la mediana de casos del quinquenio anterior, la enfermedad gonocócica (IE2:6), la tosferina (IE2:5,44) y el paludismo (IE2:2) han tenido un aumento significativo de la incidencia. Presentan una disminución de incidencia, hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, legionelosis y parotiditis. Gripe, tuberculosis, sífilis y varicela se mantiene estables respecto al quinquenio anterior.

Tendencias EDO. Índice epidémico 2. Araba/ Álava 2016. EDO



SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA (SIM)

Microorganismos declarados al SIM. HUA. OSI Araba, OSI Errioxa y OSI Alto Deba

	OSI Araba+Errioxa	OSI Alto Deba	Total
INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL			
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	32	4	36
<i>Chlamydia trachomatis</i>	25	0	25
INFECCIONES GASTROINTESTINALES			
<i>Campylobacter</i>	272	70	342
<i>Entamoeba histolytica</i>	0	0	0
<i>Fasciola hepática</i>	0	0	0
<i>Listeria monocytogenes</i>	6	3	9
<i>S.typhi /paratyphi</i>	2	0	2
Salmonella			
Otras salmonelas	23	2	25
<i>S.Typhimurium</i>	45	7	52
<i>S. Enteritidis</i>	38	7	45
<i>Shigella</i>	2	0	2
<i>Yersinia</i>	19	5	24
<i>Adenovirus</i>	28	6	34
<i>Taenia spp</i>	0	0	0
<i>Rotavirus</i>	63	24	87
<i>E coli enterohemorragico</i>	0	0	0
INFECCIONES DE TRANSMISION AÉREA			
<i>Chlamydia pneumonie</i>	12	3	15
<i>Legionella pneumophila</i>	4	3	7
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	8	2	10
<i>Streptococcus pneumoniae (hemocultivo)</i>	23	13	36
<i>Virus respiratorio sincitial</i>	141	17	158
MICOBACTERIAS			
Micobacterias tuberculosas	25	8	33
Micobacterias atípicas	16	10	26
INFECCIONES SISTEMA NERVIOSO CENTRAL			
Enterovirus (<i>aislamiento en LCR</i>)	0	0	0
<i>Neisseria meningitidis</i>	0	2	2
<i>Streptococcus pneumoniae (aislamiento en LCR)</i>	4	0	4
ENFERMEDADES VACUNABLES			
<i>Bordetella pertussis</i>	38	9	47
<i>Haemophilus influen</i>	2	1	3
Hepatitis B	0	0	0
Hepatitis A	3	1	4
<i>Parotiditis</i>	0	0	0
<i>Rubeola</i>	0	0	0
<i>Sarampión</i>	0	0	0
ZOONOSIS			
<i>Brucella</i>	0	1	1
<i>Coxiella burnetti</i>	16	4	20
<i>Borrelia burgdorferi</i>	2	0	2
<i>Echinococcus granulosus</i>	6	1	7
ENFERMEDADES IMPORTADAS			
<i>Plasmodium</i>	17	1	18
OTRAS INFECCIONES			
<i>Streptococcus pyogenes</i>	1	0	1
<i>Staphylococcus aureus meticilin resistente</i>	303	56	359

Microorganismos declarados al SIM. HUA. OSI Araba y Errioxa. 2011-2016

INFECCIONES TRANSMISIÓN SEXUAL	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	10	13	28	9	25	32
<i>Chlamydia trachomatis</i>	13	16	24	7	0	25
TOTAL	23	29	52	16	25	57
INFECCIONES GASTROINTESTINALES						
<i>Campylobacter</i>						
<i>C. jejuni</i>	140	179	132	210	201	194
<i>C. coli</i>	3	2	0	3	0	1
<i>C. fetus</i>	3	2	0	1	0	0
<i>C. lari</i>	6	5	5	0	0	0
<i>C. sp</i>	132	118	107	31	88	77
TOTAL	284	306	244	245	289	272
<i>Entamoeba histolytica</i>	0	1	0	0	0	0
<i>Fasciola hepática</i>	4	1	1	1	0	0
<i>Listeria monocytogenes</i>	4	3	10	5	2	6
Salmonella						
<i>S. typhi /paratyphi</i>	2	0	1	0	1	2
Otras salmonellas						
<i>S. typhimurium</i>	3	4	10	53	55	45
<i>S. grupo B</i>	36	40	50	9	0	0
<i>S. grupo C</i>	11	12	9	22	16	11
<i>S. grupo D</i>	66	33	43	6	0	0
<i>S. enteritidis</i>	18	4	4	14	27	38
Otras	6	12	11	8	5	12
TOTAL	140	105	127	112	103	106
<i>Sigheila</i>						
<i>S. sonnei</i>	1	1	0	1	0	2
<i>S. flexnerii</i>	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	1	0	1	0	2
<i>Yersinia</i>	27	17	18	14	13	19
<i>Adenovirus</i>	15	19	17	23	50	28
<i>Taenia spp</i>	2	1	0	0	0	0
<i>Rotavirus</i>	95	104	88	61	107	63
<i>E coli enterohemorragico</i>	0	0	0	0	0	0
INFECCIONES DE TRANSMISION RESPIRATORIA						
<i>Chlamydia pneumonie</i>	2	0	8	17	18	12
<i>Legionella pneumophila</i>	7	2	8	5	7	4
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	54	42	31	19	105	8
<i>Streptococcus pneumoniae (hemocultivo)</i>	21	29	6	14	18	23
<i>Virus respiratorio sincitial</i>	33	58	5	62	0	141

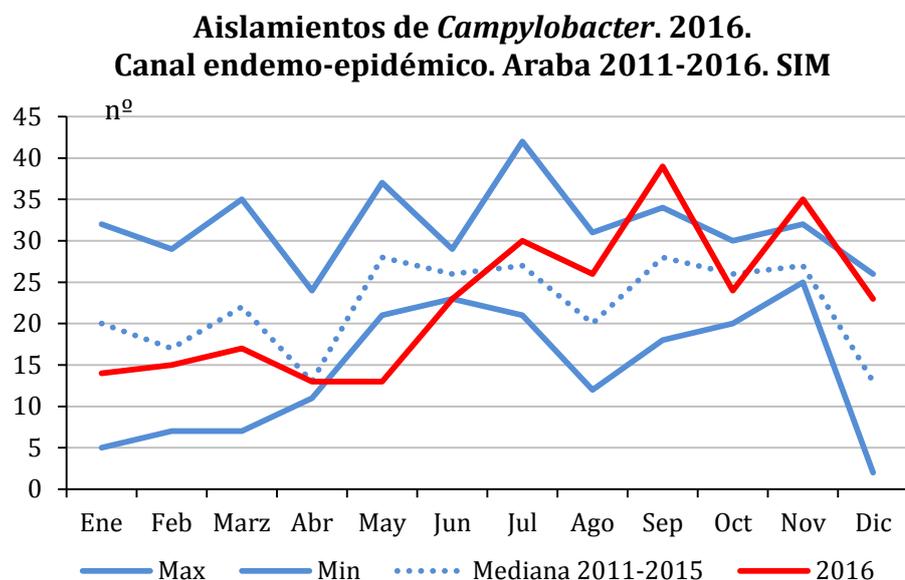
Microorganismos declarados al SIM. HUA. OSI Araba y Errioxa.2011-2016

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

A2.-ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE LA A a la Z

Campilobacteriosis

En 2016 se declararon al SIM 272 aislamientos en Araba, un 6% menos que en 2015 (289). El 57% de los afectados eran menores de 10 años. La incidencia se ha mantenido próxima a la mediana del canal, excepto en los meses de septiembre y de noviembre en los que la incidencia superó el máximo del periodo 2011-2015.



Chlamydia trachomatis, infección por

Se declararon al SIM 25 detecciones de *Chlamydia trachomatis*.

Difteria

En 2016 no se declaró ningún caso de difteria.

Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (EETH)

En 2016 se diagnosticaron 2 casos probables de EETH. Un caso de ECJ esporádico confirmado por autopsia y un IFF (Insomnio Fatal Familiar), con mutación pD178N positiva, que no ha fallecido.

Encefalopatías transmisibles humanas. Registro del País Vasco 1993-2016*

	Araba	Gipuzkoa	Bizkaia	CAPV
ECJe posible	2	2	6	10
ECJe probable	3	6	19	28
ECJe confirmado	8	21	47	76
Total esporádicos*	13	29	72	114
Tasa de ECJe /1.000.000	1,5	1,5	2,3	1,9
ECJ familiar	1	3	0	4
IFF	21	2	8	31
S. Gerstmann-SS	0	2	0	2
Total casos familiares	22	7	8	37

*Incidencia por 1.000.000 (ECJ Def.+Prob)

Presentamos la información actualizada sobre la nueva variante de Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (vECJ) en el mundo.

Casos de nueva variante de Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (vECJ). Mundo.1995-2016

	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	2 (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/sites/default/files/worldfigs.pdf>

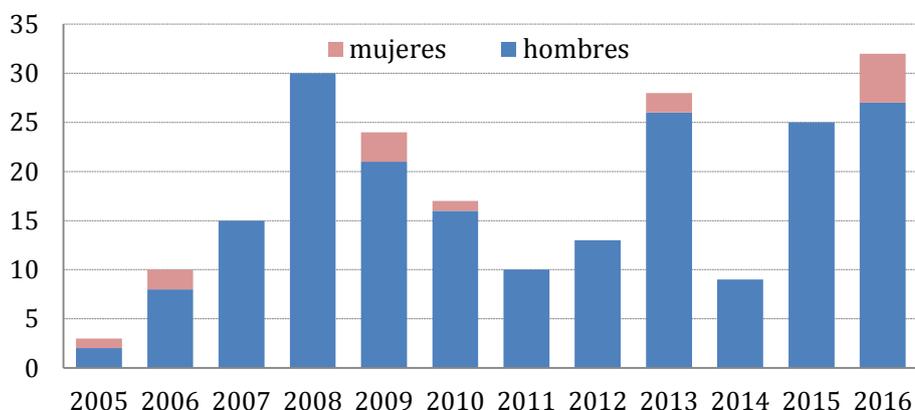
*El tercer caso de USA nació en Arabia Saudí donde probablemente fue infectado antes de residir en USA, a partir de 2005 .. Se confirma que el cuarto caso no había viajado por Europa ni Arabia Saudí antes de vivir en EEUU; había residido en Kubaít, Rusia y Líbano y la infección se produjo antes de vivir en USA.

** 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 codón 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 codón 129 del PRNP. Información sobre el caso está disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc1610003#t=article>

Enfermedad gonocócica

Durante 2016 se declararon al SIM 36 aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae*, 4 de Alto Deba. De los 32 casos de Araba, 27 correspondían a hombres, con una edad media de 31 años (rango: 17 a 59 años) y 5 eran mujeres con edad media de 43 años (rango: 21 a 68 años). Solo se declararon 6 casos a la EDO (19%).

Número de aislamientos. *Neisseria gonorrhoeae*. SIM. Araba. 2005-2016



Fiebre Q

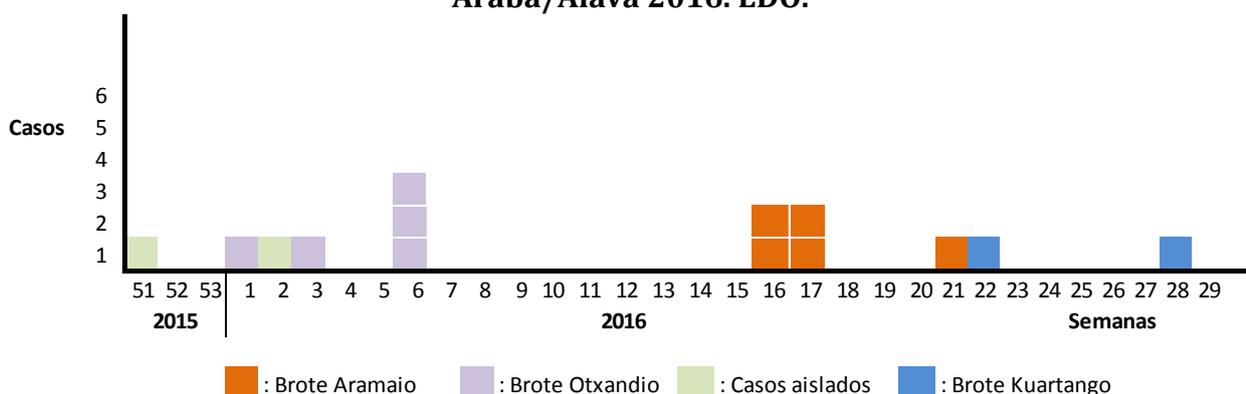
Durante el año 2016 se han declarado 14 casos de fiebre Q en Araba, de éstos 12 están asociados a brote. Se han investigado dos brotes, uno en Aramaio que afectó a cinco personas, y otro en Kuartango con dos personas afectadas, ambos fueron declarados al servicio de ganadería de la Diputación Foral de Álava. El tercer brote, con 5 afectados alaveses, fue investigado por Bizkaia en el contexto de un brote con exposición en Otxandio.

Respecto al brote de Aramaio se muestrearon dos explotaciones de ganado ovino. En una de ellas, tres animales resultaron positivos por ELISA y hubo dos resultados positivos por PCR. También se recogieron muestras ambientales de polvo con dos resultados positivos a *Coxiella*. Ganadería informó al ganadero de medidas higiénico-sanitarias y de bioseguridad.

En el brote de Kuartango se muestrearon cuatro explotaciones, dos de ganado ovino y dos de caprino. Las 20 muestras ambientales analizadas en una de las explotaciones indican presencia de *Coxiella*. Además, las dos muestras vaginales recogidas en esa misma explotación fueron positivas.

Los 5 casos en residentes en Araba asociados al brote declarado en Otxandio han sido investigados desde epidemiología de Bizkaia.

**Casos de fiebre Q por semana de inicio de síntomas.
Araba/Álava 2016. EDO.**



Fiebre tifo paratífica

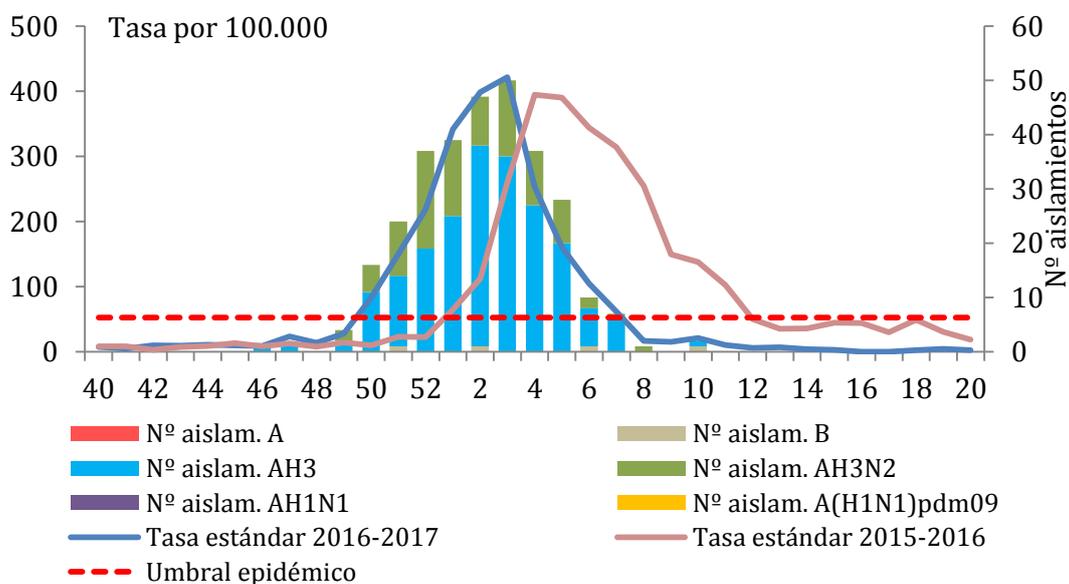
En 2016 se declararon 2 aislamientos de *S typhi*, uno en heces y otro en sangre. Los dos casos importados. El primero era un adulto de 26 años que viajó a Senegal e inició síntomas antes de volver y el segundo había estado en Guatemala y enfermó al día siguiente de llegar a su domicilio en Gasteiz.

Gripe

Se presentan los datos obtenidos hasta la semana 20 de la Red de Médicos Vigía de gripe de la CAPV, integrada, en la temporada 2016-2017, por 48 médicos/as de Atención Primaria (AP) que cubren a 64.492 habitantes (el 2,87 % 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 2016 hasta la 20 del año 2017.

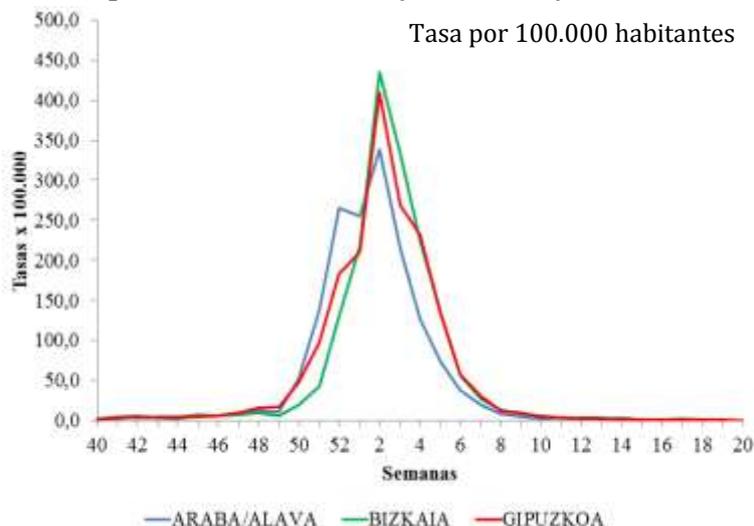
La Red Vigía de gripe de la CAPV, hasta la semana 20 de la temporada 2016-17, ha registrado 1.554 casos de gripe (2409 casos por 100.000 habitantes), alcanzándose el pico epidémico en la semana 3/2016 (390,5 casos por 100.000). El umbral epidémico (52,52 por 100.000) se superó en la semana 50/2015 (78,60 casos por 100.000), descendiendo a niveles basales en la semana 8/2016 (17,2 casos por 100.000), lo que determina un periodo epidémico de 11 semanas; predominó el virus AH3. La onda epidémica en la temporada 2016-17 alcanzó incidencias ligeramente más altas que la temporada previa; sin embargo, ha sido algo menos prolongada en el tiempo, con un descenso más acentuado que las temporadas previas.

**Evolución de la gripe CAPV. Temporadas 2015-2016 y 2016-2017 (hasta s-18).
Red médicos vigía CAPV**



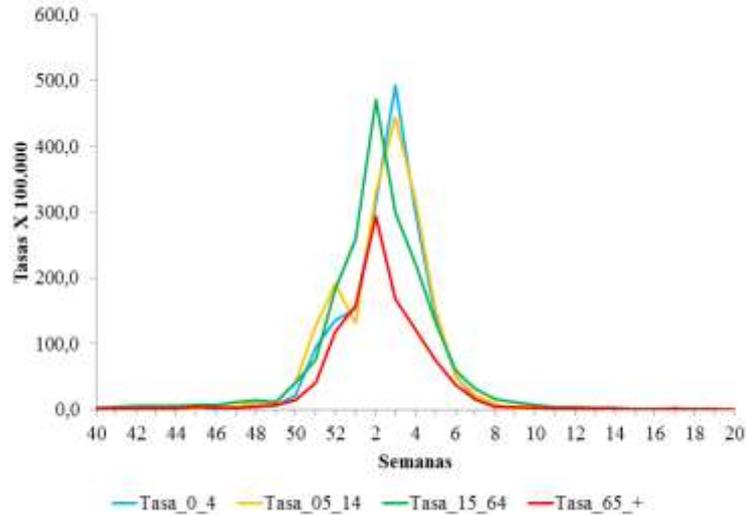
La frecuentación por síndrome gripal en Atención Primaria recoge datos por TH; como se observa en la siguiente figura.

**Consultas (tasas por 100.000) por síndrome gripal en Atención Primaria por TH.
Temporada 2016-2017 (hasta s-11). Osabide**



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

Consultas de síndrome gripal por grupo de edad (tasa por 100.000). Osakidetza. Temporada 2016-17 (hasta s-11). Osabide

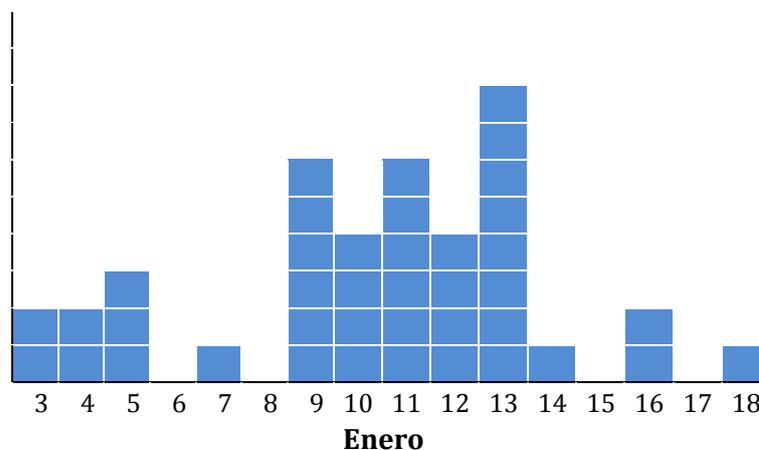


Brotos

Se han declarado tres brotes en tres residencias geriátricas del Territorio.

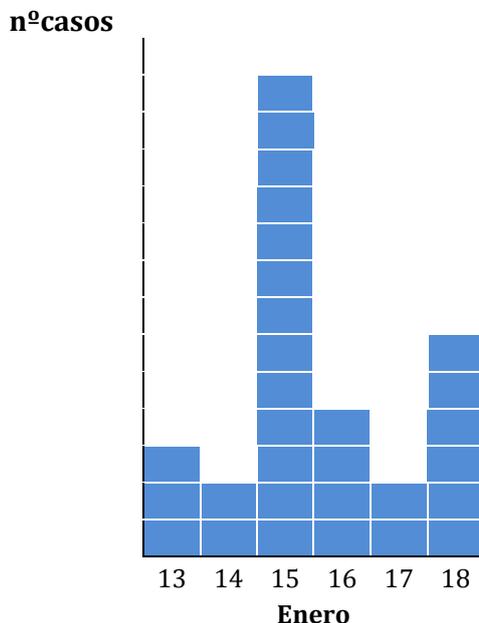
Residencia 1: El primer caso entre residentes inició síntomas el 3 de enero y el último el 18 de enero. El último trabajador afectado inició síntomas el 21 de enero. Hubo un total de 67 casos. La tasa de ataque entre los residentes fue del 37,04% y entre los trabajadores del 20,61%. Entre los residentes la mediana de edad fue de 88 años, siendo el 80% mujeres. La cobertura de vacunación entre los residentes fue del 85,2 %. Uno de los casos fue hospitalizado y dos fallecieron.

Curva epidémica. Casos de gripe entre residentes por día de inicio de síntomas nº casos



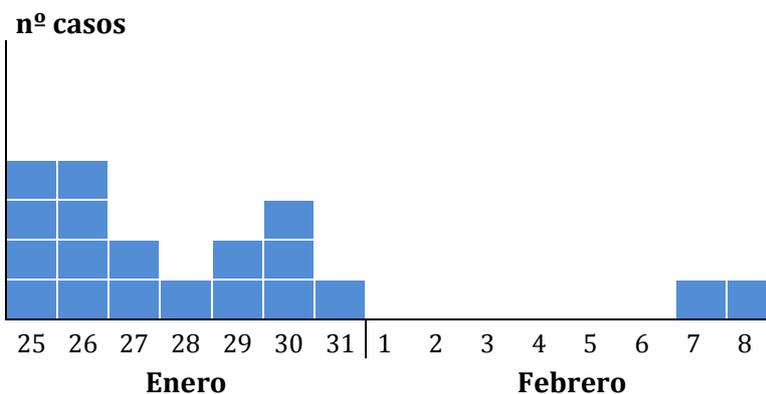
Residencia 2: el primer caso inició síntomas el 13 de enero y el último el día 18. Hubo 32 residentes (tasa de ataque 69,57%) y 3 trabajadores afectados. Entre los residentes, la mediana de edad fue de 85 años. La cobertura de vacunación entre los residentes fue del 91,66 %.

Curva epidémica. Casos de gripe por día de inicio de síntomas



Residencia 3: el primer caso inició síntomas el 25 de enero y el último el 8 de febrero. Hubo un total de 19 casos. La tasa de ataque entre los residentes fue del 14% y entre los trabajadores del 2,79%. Entre los residentes, la mediana de edad fue de 87 años, siendo el 64,29% mujeres. La cobertura de vacunación entre los residentes fue del 85,71%.

Curva epidémica. Casos de gripe por día de inicio de síntomas.



Desde Epidemiología se remitieron a las tres residencias kits para toma de frotis nasofaríngeos para confirmar la etiología del virus influenza. Una vez confirmados los brotes se asesoró respecto a medidas de higiene y respiratorias a adoptar/reforzar. Se les envió la *Guía de manejo de brotes de gripe en residencias de personas mayores de la CAPV*.

Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG)

En la temporada 2016-2017 se registraron en la CAPV 231 CGHCG, 31 casos menos que la temporada previa (262 casos); de ellos, 48 eran de Araba/Álava. De los casos de Araba/Álava, el rango de edad fue de 43 a 97 años y la mediana de 78 años; la mediana de la temporada previa fue de 58 años. El 85,4% eran mayores de 64 años. Comparando con la temporada anterior, en la que el virus A(H1N1)pdm09 fue el predominante, la mediana de edad ha sido más alta y también ha sido mayor la proporción de mayores de 64 años. El 62,5% de los casos fueron mujeres.

El 10,4% de los casos precisó ingreso en UCI y el 20,8 % de los casos falleció (7 casos fallecidos), un porcentaje superior al de la temporada previa (9%). El 83,3% de los casos presentaban factores de riesgo de complicaciones de gripe. En la siguiente tabla se describe la distribución de los factores de riesgo y de las complicaciones.

Factores de riesgo y complicaciones (%).

Casos graves hospitalizados con gripe confirmada. Araba/Álava 2016-17

Factores de riesgo	%
Enfermedad cardiovascular crónica	54,2
Enfermedad respiratoria crónica	18,8
Enfermedades metabólicas	33,3
Inmunodeficiencia	2,1
Enfermedad renal crónica	16,7
Enfermedad hepática crónica	4,2
Enfermedad oncológica	27,1
Obesidad	2,1
Embarazo	0
Otros	29,2
Complicaciones	%
Neumonía	91,7
Coinfección	20,8
Fallo multiorgánico	6,3

Estudio cycEVA

Durante la temporada 2016-2017, como en temporadas anteriores, se participó en el estudio de casos y controles para estimar la efectividad de la vacuna antigripal (cycEVA). 37 médicos vigías de gripe de la CAPV han participado y han aportado 391 casos y controles. Araba/Álava ha aportado 76; el 71,05 % de ellos son casos confirmados.

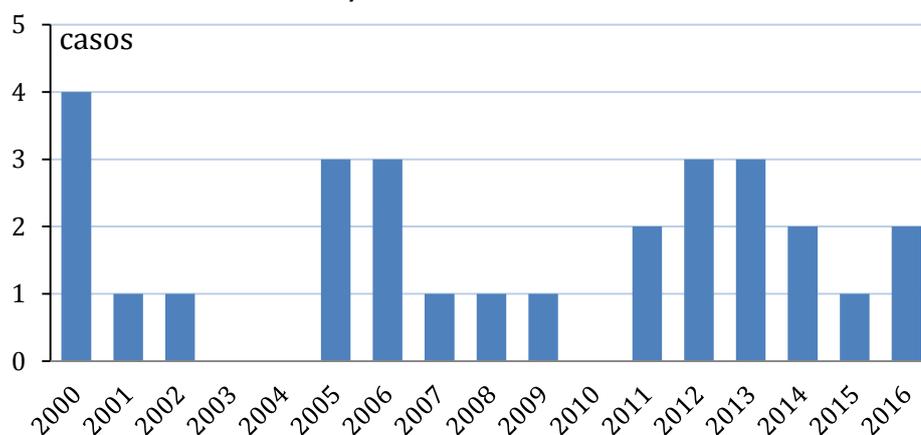
***Haemophilus influenzae*, enfermedad invasiva.**

El SIM ha recibido tres hemocultivos positivos a *Haemophilus influenzae*. Dos casos eran residentes en Araba, mayores de 65 años con inmunosupresión y con un cuadro de neumonía.

Entre 2000 y 2016 los laboratorios de Araba declararon al SIM 28 aislamientos de *Haemophilus influenzae* de residentes en Araba. El rango de casos anuales oscila entre 0 y 4. Se conoce la edad de 22 casos, todos son mayores de 30 años, el 77% 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) salvo en los menores de 5 años, en los que se recomiendan aunque no se disponga del serotipo.

**Número de aislamientos. *Haemophilus influenzae*.
Araba/Alava. 2000-2016. SIM.**

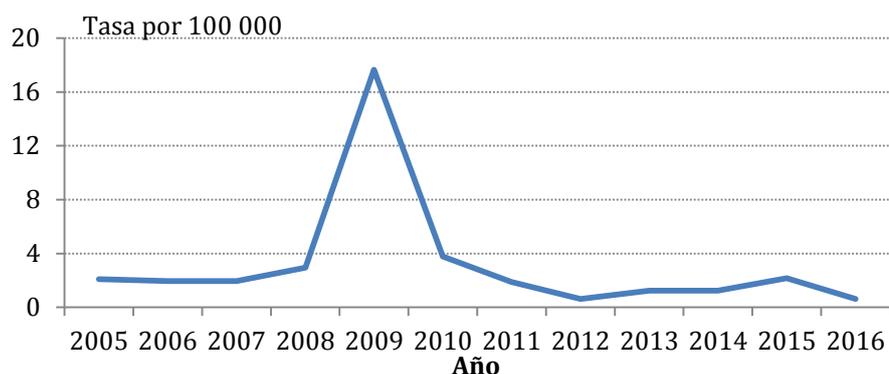


Hepatitis A

Se notificaron 2 casos de hepatitis A durante el año 2016 (tasa de 0,62 casos por 100.000 habitantes). Los casos tenían 5 y 10 años y acudían al mismo centro escolar. El primero inició síntomas el 25 de octubre y el segundo el 15 de noviembre. El caso índice tenía antecedente de un viaje a un país de alta endemia (Pakistán). Aunque no se ha encontrado una relación estrecha entre ambos casos, no se ha identificado ningún otro factor de riesgo en el segundo caso salvo acudir al mismo centro escolar. Debido a la situación de brote declarada durante el año 2017, las cepas se enviaron al Centro Nacional de Microbiología para su secuenciación genómica. El caso índice presentó una infección por el genotipo 3A que no se ha relacionado con el brote actualmente vigor en Europa. El genotipado del segundo caso está pendiente.

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). Se identificaron tres brotes: uno de 17 casos asociados a un restaurante; un brote de 8 casos con el antecedente de prácticas sexuales de riesgo, y un tercer brote de 4 casos declarado en un colegio.

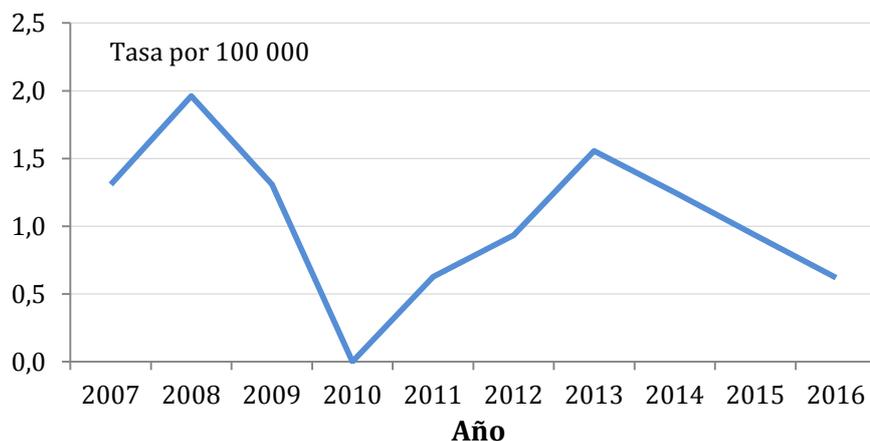
**Tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) de hepatitis A.
Araba/Álava 2007-2016. EDO**



Hepatitis B

En 2016 se declararon 2 casos, de 42 y 70 años, de hepatitis B aguda (tasa de incidencia de 0,62 casos por 100.000 habitantes). Como factores de riesgo se identificaron el contacto sexual con un portador y el compartir, en el domicilio particular, con un portador la aguja para la administración de insulina.

Tasa de incidencia (por 100.000 habitantes) de hepatitis B aguda. Araba/Álava 2007-2016. EDO



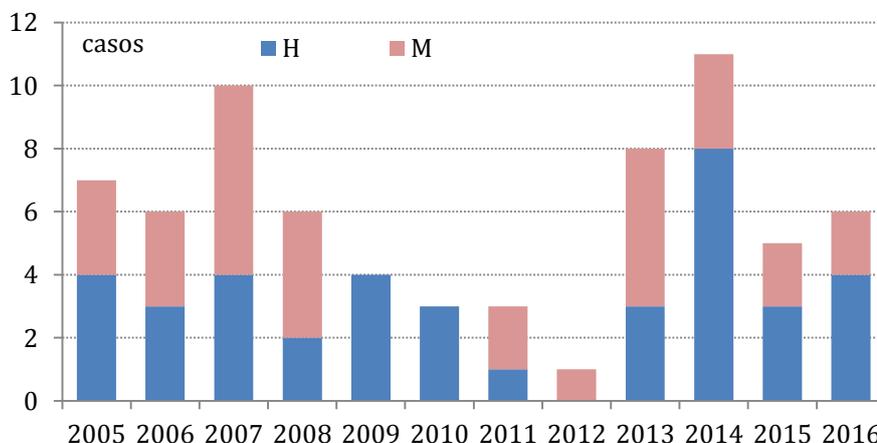
Hepatitis C

Se declaró un caso de hepatitis C de nuevo diagnóstico a lo largo de 2016, lo que corresponde a una tasa de 0,31 casos por 100.000 habitantes. Se trata de una mujer de 49 años con antecedentes de pinchazo fuera del ámbito ocupacional.

Hidatidosis

Durante 2016 se han recibido del SIM 7 declaraciones de títulos altos de anticuerpos frente a *Echinococcus granulosus*, uno de ellos de Alto Deba. Los casos de Araba eran 2 mujeres y 4 hombres con edades comprendidas entre 35 y 87 años (media: 63 años).

Casos de hidatidosis. 2005-2016. SIM. OSI Araba, OSI Errioxa

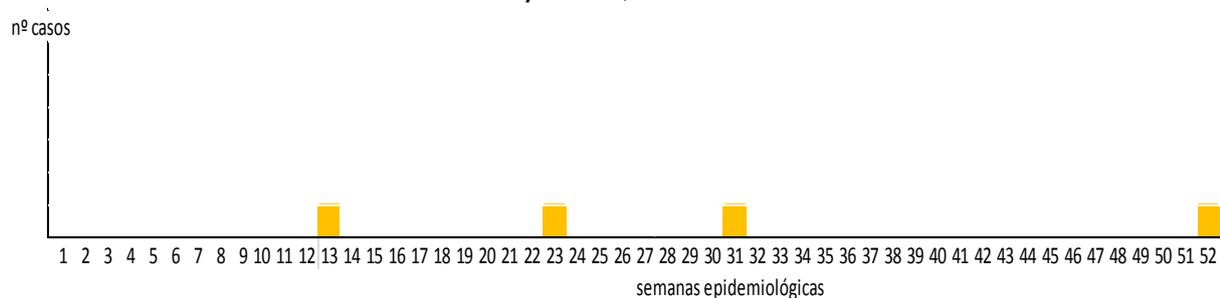


Legionelosis

Se declararon 4 casos aislados de legionelosis durante 2016, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 1,24 casos por 100.000 habitantes. Todos los casos fueron hombres. El rango de edad fue de 45 a 74 años y la mediana de 57,5 años. Todos los casos presentaron neumonía. Entre los factores de riesgo individuales, 3 casos eran fumadores, 2 tenían diabetes, 2 eran bebedores y uno tenía EPOC. Todos precisaron ingreso hospitalario, con una mediana de días de estancia de 8,5 días.

El método diagnóstico fue la antigenuria mediante EIA (enzima-inmuno-análisis). Se recogió esputo para cultivo en uno de los casos, con resultado negativo. En otro caso también se empleó la inmunofluorescencia indirecta. La mediana de los días transcurridos desde el inicio de síntomas hasta la declaración del caso, casi siempre coincidente con el diagnóstico mediante antigenuria, fue de 3 días.

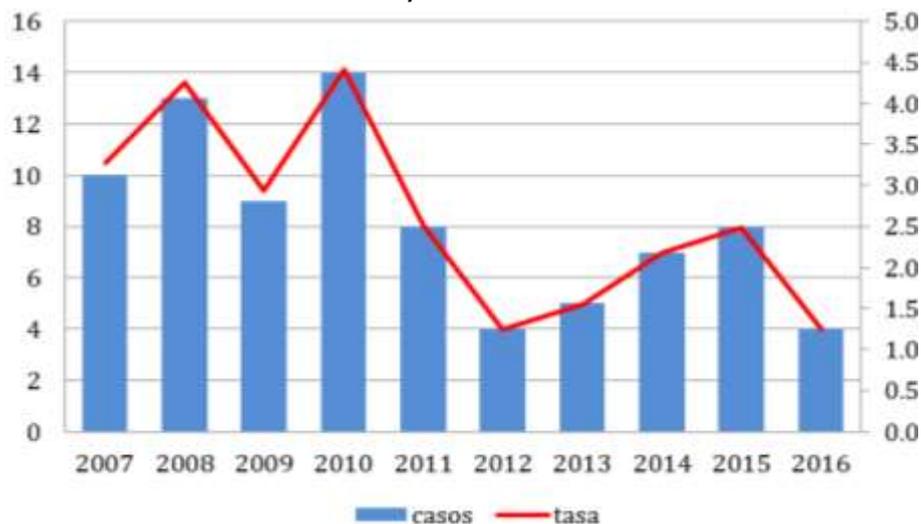
Número de casos de legionelosis por semana de inicio de síntomas. Araba/Álava, 2016. EDO



De los cuatro casos, tres tenían un antecedente de viaje (uno a país europeo y 3 a otra CCAA) durante el periodo de incubación. Además, se declaró otro caso que se consideró y contabilizó en la Comunidad Foral de Navarra, puesto que presentaba como antecedente de la estancia en un establecimiento hostelero con antecedente de brote en dicha Comunidad. Por otro lado, se notificó desde la Comunidad Valenciana el caso de un residente de allí que tenía como factor de riesgo haber pernoctado durante varios días en un hotel de Araba-Álava.

La investigación ambiental la llevó a cabo Sanidad Ambiental y la Comarca de la Subdirección de Salud Pública de Álava/Araba y el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. En dos casos, no se detectaron elementos de riesgo y no se realizó investigación ambiental. En la inspección ambiental de un tercer caso se detectaron recuentos altos de *Legionella pneumophila* en un establecimiento hotelero cercano a la vivienda y en la piscina del gimnasio al que acudía. En lo que respecta al cuarto caso, no se identificó *Legionella* en los elementos de riesgo ambientales. Respecto al residente de la Comunidad Valenciana, hubo recuentos de *Legionella pneumophila* en varios puntos de la instalación de ACS del establecimiento donde pernoctó.

**Casos y tasas por 100 000 hab. de legionelosis.
EDO. Araba/Álava 2007-2016.**



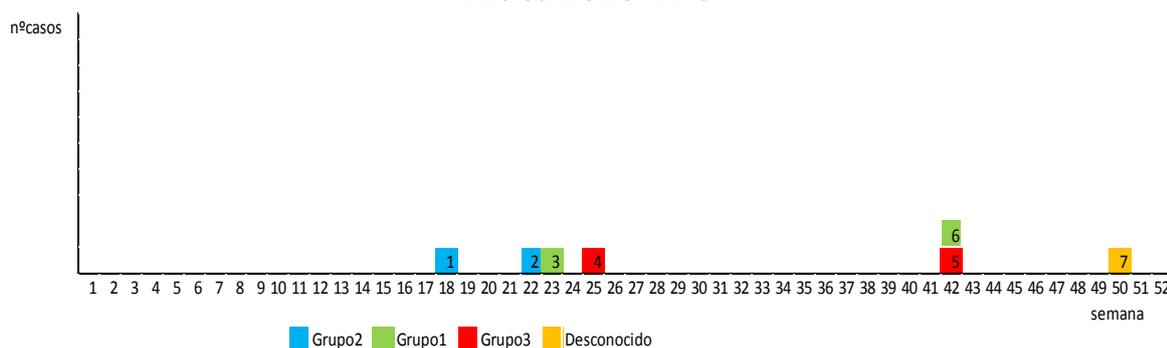
Lepra

En 2016 no se declaró ningún caso nuevo de lepra y se ha realizado el seguimiento de dos casos antiguos, uno diagnosticado en 2012 y otro en 2015. Al de 2012 le hacen el seguimiento en Neurología y Dermatología. El de 2015 no ha podido ser localizado.

Listeriosis

Durante el año 2016 se han declarado 7 casos de listeriosis en Araba, 5 mujeres y 2 hombres. El rango de edad oscila entre 54 a 84 años, mediana de 72. Seis casos residen en Vitoria-Gasteiz y uno en el valle de Ayala. Todos han precisado ingreso hospitalario, con una estancia mínima de 4 días, máximo de 32, mediana de 12 días. Entre los factores de riesgo, cuatro casos son oncológicos, un paciente padece enfermedades crónicas y en dos casos no se han encontrado factores de riesgo personales. Cuatro de estos casos fueron declarados en un periodo inferior a un mes (casos 1-4), por lo que se decidió solicitar un número de brote al CNM para ver la posible relación entre los casos. La agrupación, coincidió en el tiempo con la presencia de listeria en una muestra de pechuga de pavo recogida en el transcurso del muestreo realizado en junio por parte de Seguridad alimentaria del Departamento de Salud. En la siguiente gráfica se reflejan los casos de listeriosis por semana de inicio de síntomas y grupo PCR.

**Casos de listeriosis por semana de inicio de síntomas.
Araba 2016. EDO**



Investigación ambiental

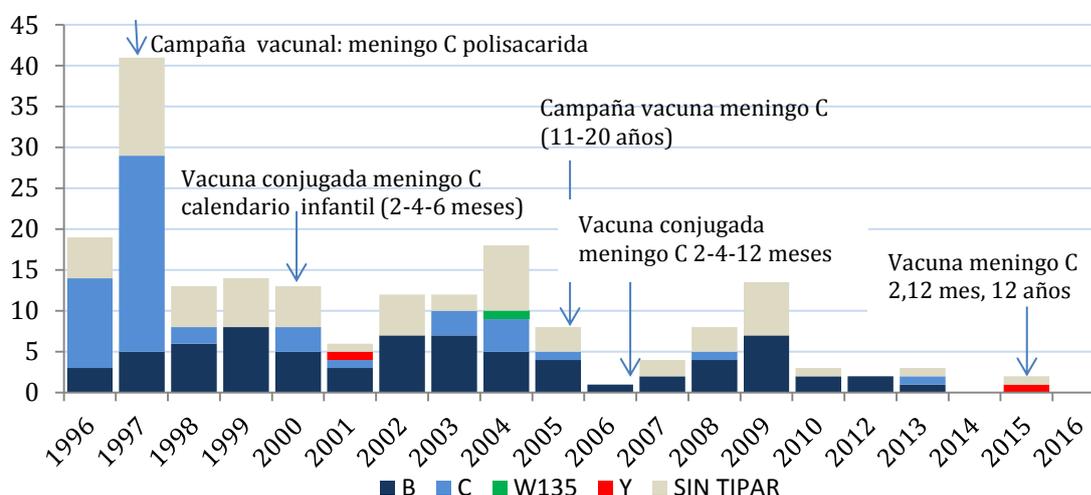
En la investigación de la agrupación de casos se tomaron muestras en el domicilio de uno de los casos y en dos establecimientos donde compraban alimentos. Se concluyó que la muestra recogida en el muestreo por parte de Seguridad alimentaria y dos muestras de superficies correspondientes a la máquina cortadora de uno de los establecimientos estaban muy relacionados, ya que presentan patrones muy similares mediante la técnica de electroforesis en campo pulsado. Sin embargo no se encontró relación entre las cepas humanas entre sí. Asimismo, también se recogieron muestras en los domicilios de los casos 6 y 7 con resultados negativos en ambos casos.

Meningocócica, enfermedad

La incidencia de la Enfermedad Meningocócica Invasiva (EMI) mantiene una tendencia descendente, al igual que en los otros territorios de la CAPV y en el resto del Estado. Disminuyen tanto el serogrupo C como el B. En los últimos tres años se han declarado dos casos de EMI en Araba, uno del serogrupo Y y otro que no se tipó, ambos en 2015. En 2016 se declararon dos hemocultivos positivos de *Neisseria meningitidis*, uno de serogrupo C y otro del Y. Ambos eran residentes de Gipuzkoa.

La gráfica siguiente representa el número de casos de EMI en residentes en Araba, por serogrupo. Se apuntan las diversas intervenciones de Salud Pública que se han tomado desde el pico epidémico de 1997.

Número de casos de enfermedad meningocócica invasiva, por serogrupo. EDO. SIM. Araba. 1996-2016.



Neumocócica invasiva, enfermedad

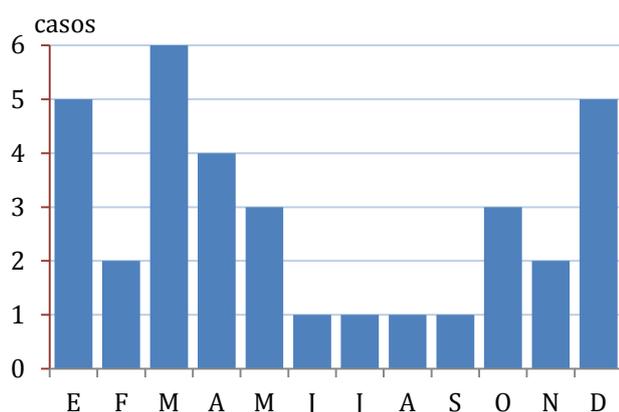
En 2016 se declararon 35 casos de enfermedad neumocócica invasiva en residentes en Araba. 3 fueron declarados por la Rioja, 9 por laboratorios de Bizkaia y el resto por el HUA. Esta cifra supone una tasa de 10,55 casos /100.000 habitantes, superior a la de 2015 (7,45; 22 casos). Uno de los afectados presentó dos episodios de bacteriemia por dos serotipos diferentes. El aislamiento de *Streptococcus pneumoniae* fue en sangre (29), en LCR (2), en líquido pleural (2) y en sangre y LCR (2 casos). La incidencia más alta se da en los meses fríos y bajó a un caso por mes en el periodo de julio a septiembre.

EL 59% (20) de los afectados son hombres con una edad media de 52 años (rango: 1-79) y el 41% (12) son mujeres con una edad media ligeramente superior, 57 años (rango: 5-77). La presentación clínica de los casos fue: 22 casos (63%) de neumonía, dos con sepsis asociada; 7 bacteriemias (18%), 5 meningitis (15%) y una sepsis. Durante el ingreso hospitalario hubo 4 fallecimientos.

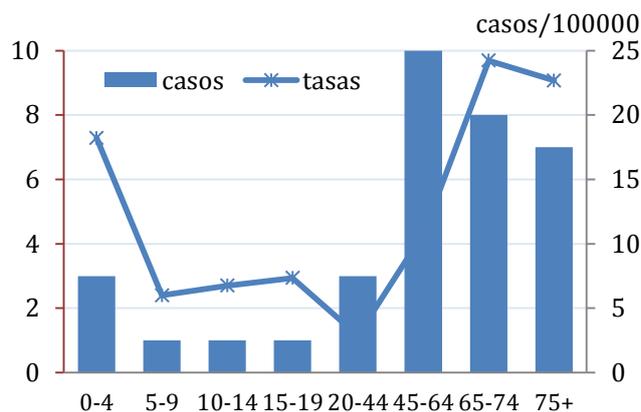
Como se representa en el gráfico siguiente, las tasas de incidencia más alta han correspondido a los menores de 5 años y a los mayores de 64 años.

Enfermedad neumocócica invasiva. Araba/Alava. 2016. SIM.

a) Número de aislamientos por mes



b) Casos y tasas por grupo de edad.



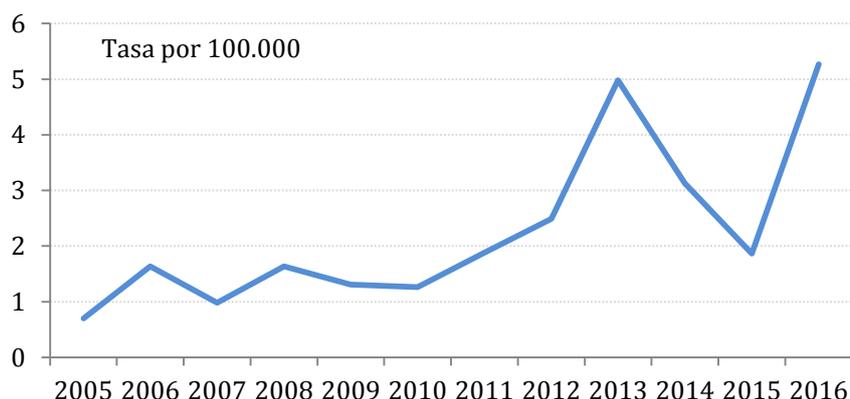
Hubo cinco casos de edad pediátrica (menores de 15 años). Cuatro de ellos no presentaban factores de riesgo y habían recibido la vacuna conjugada; la presentación clínica fue: bacteriemia, sepsis, meningitis y neumonía con derrame. No obstante, al no disponer del serotipado de las cepas no podemos hablar de fallo vacunal. Se da la circunstancia de que el único caso que no estaba vacunado, de 5 años, presentaba además, como factor de riesgo añadido filtraciones de LCR por reservorio para el tratamiento de la hidrocefalia.

Hay 14 casos en el grupo de 15 a 64 años, de los que la mitad, presenta algún factor de riesgo (DM, inmunosupresión, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar o renal crónicas). En este grupo, solo una persona estaba vacunada con la vacuna polisacárida. Entre los mayores de 64 años, 13 de 15 presentaban algún factor de riesgo como los señalados; en este grupo, solo el 50% estaba vacunado con una dosis de la vacuna polisacárida.

Paludismo/malaria

En el año 2016 se registraron 17 casos de malaria, más que en 2015 (6 casos). La tasa es de 5,27 por 100 000 habitantes. El rango de edad fue de 1 a 58 años y la edad media 33 años. 14 eran personas nacidas en el extranjero que volvían de un viaje a su país natal; los países con más casos eran Nigeria con 7 y Guinea Ecuatorial con 5. Dieciseis de los 17 casos no habían tomado quimioprofilaxis. En un caso el agente causal fue *Plasmodium vivax*, en los demás fue *Plasmodium falciparum*. Todos estaban asociados a viajes a zonas endémicas.

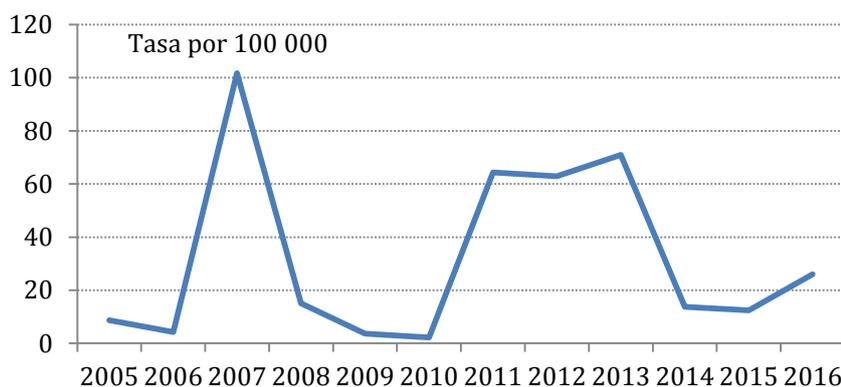
**Tasa de incidencia por 100.000 habitantes de paludismo.
Araba/Álava 2006-2016. EDO**



Parotiditis

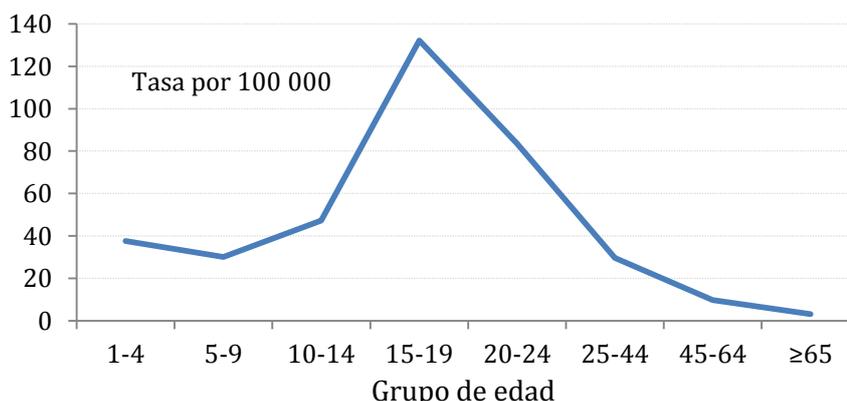
Durante el año 2016 se notificaron 85 casos de parotiditis (tasa de 26,37 casos por 100.000 habitantes), superior a 2015 (12,43 casos por 100.000 habitantes). El índice epidémico 1 es de 2,10. El 65% de los casos fueron menores de 25 años. La edad media de 26 años; mismo número de casos en mujeres y hombres.

**Tasas de incidencia (por 100.000 hab.) de parotiditis.
Araba/Álava 2006-2016. EDO**



En la siguiente gráfica se pueden observar las tasas de incidencia de parotiditis por grupos de edad. El grupo de edad más afectado es el de 15-19 años (tasa de 132,19).

**Tasas de incidencia (por 100.000 hab.) de parotiditis por grupo de edad.
Araba/Álava. 2016. EDO**



Poliomielitis y vigilancia de la parálisis flácida aguda

El plan de erradicación para mantener la Región Europea de la OMS libre de Polio incluye tres áreas prioritarias de intervención: el Sistema de Vigilancia de la Parálisis Flácida Aguda (PFA), los programas de vacunación y el plan de respuesta rápida ante la importación de un Poliovirus salvaje o Poliovirus derivados 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 poliomielitis se hace bajo sospecha clínica y el circuito se inicia en el hospital donde se detecta el caso.

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

Desde la implantación del sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda en menores de 15 años (1998), se han declarado en Araba/Álava 12 casos de PFA, uno en 2016. En todos los casos se descartó poliomielitis y el diagnóstico final de nueve de ellos, también el de 2016, fue un Síndrome de Guillain Barré.

Rabia

En 2016 no se registró ningún caso de rabia humana. Se han completado 2 pautas post-exposición de rabia a viajeros que fueron mordidos en países endémicos de rabia.

Profilaxis post-exposición de rabia por animal mordedor Araba/Álava 2016

Animal mordedor	Nº	Destino de viaje
Mono	1	Tailandia
Murciélago	1	Araba

Además, se han iniciado por indicación de Sanidad Exterior 32 pautas pre-exposición, 36% menos que el año pasado (50). El resumen de las características de viaje que han ocasionado la recomendación, se detalla en las siguientes dos tablas.

Profilaxis pre-exposición de rabia según motivo/tipo de viaje. Araba/Álava 2016

Motivo	Nº	%
ONG	6	18,9
Trabajo s/p	4	12,5
Trabajo con animales	2	6,2
Turismo mochilero	15	46,8
Sin especificar	5	15,6

Profilaxis pre-exposición de rabia según destino de viaje.

Araba/Álava 2016

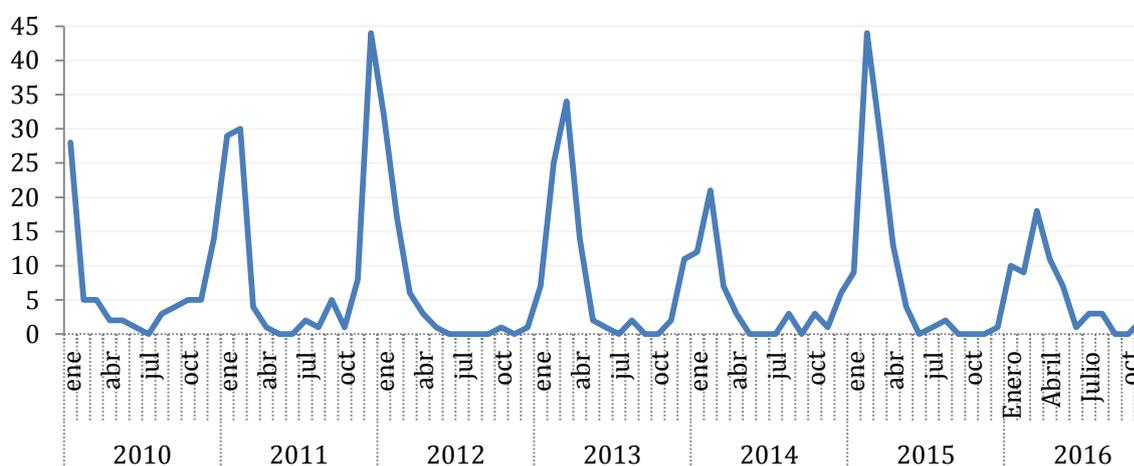
Destino de viaje	Nº	%
África	6	18,8
América (centro y sur)	8	25,0
Asia	13	40,6
Asia-América-África-Oceanía	3	9,3
Sin especificar	2	6,2

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 2016 se recibieron 34 notificaciones de este tipo, 31 de ellas declaradas por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Rotavirus

Durante 2016 se declararon 65 determinaciones de Rotavirus (detección del antígeno en heces) de residentes en Araba. El pico de incidencia fue inferior al de 2015, y se mantuvo el carácter estacional, con el pico de máxima incidencia en abril, 18 determinaciones, muy inferior al presentado en 2015 (44).

Determinaciones de Rotavirus por mes. Araba/Álava. 2010-2016. SIM.



Rubéola y rubéola congénita

Durante 2016 no se ha declarado ningún caso de rubéola ni de rubéola congénita.

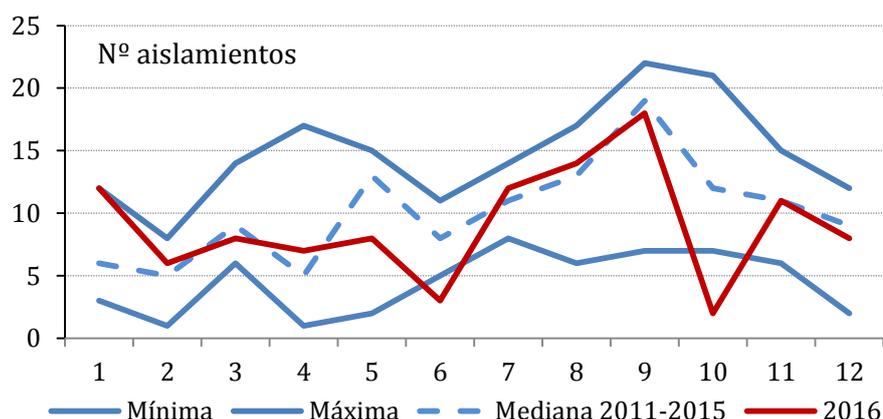
Salmonelosis

En 2016 se declararon al SIM 106 aislamientos de *Salmonella* de residentes en Araba, valor similar al año pasado (103 aislamientos). Por cuarto año consecutivo, el número de S.

Typhimurium (45) supera al de *S. Enteritidis* (38 aislamientos). El canal endemoepidémico refleja un aumento de la incidencia en verano y que no se ha superado el máximo del quinquenio anterior.

El 37% de los aislamientos provienen de menores de 10 años, el rango de edad de los afectados fue de 0 a 92 años y la media de edad de 27 años.

Aislamientos de *Salmonella* por mes. 2016.
Canal endemo-epidémico. Araba 2010-2016. SIM



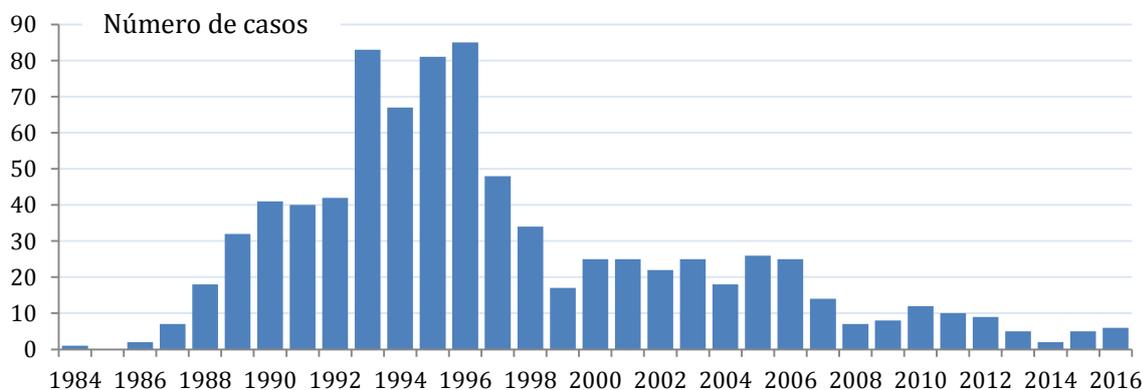
Sarampión

Durante 2016 no se ha declarado ningún caso de sarampión.

SIDA y VIH

Los datos sobre SIDA y VIH han sido proporcionados por el “Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual”. Desde el 1984 se han diagnosticado 842 casos de SIDA en Araba/Álava con un pico máximo de 85 casos en 1996. Durante el año 2016, en Araba/Álava se diagnosticaron 6 casos de SIDA.

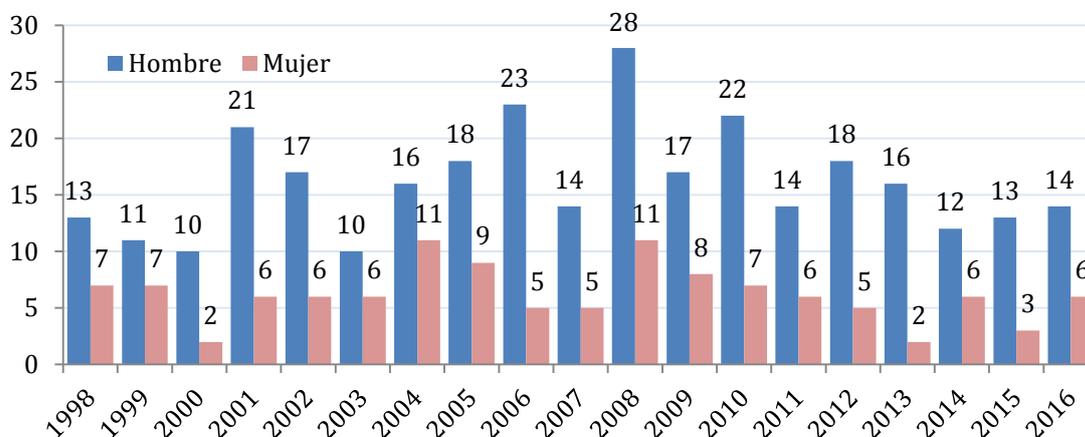
Casos de SIDA diagnosticados. Araba/Álava. 1984-2016
Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual.



Desde enero de 2002 existe un “Sistema de Vigilancia de Nuevas Infecciones por VIH” que registra los nuevos diagnósticos de infección por este virus. El gráfico presentado a continuación representa la evolución del número de casos nuevos desde 1998 hasta 2015.

Desde 2008, el número de casos ha disminuido de forma ininterrumpida desde 39 a 16 casos. En 2016 se diagnosticaron 20 casos, 6 en mujeres y 14 en hombres.

Casos de VIH diagnosticados en la CAPV y Araba/Álava 2006-2016 Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual.

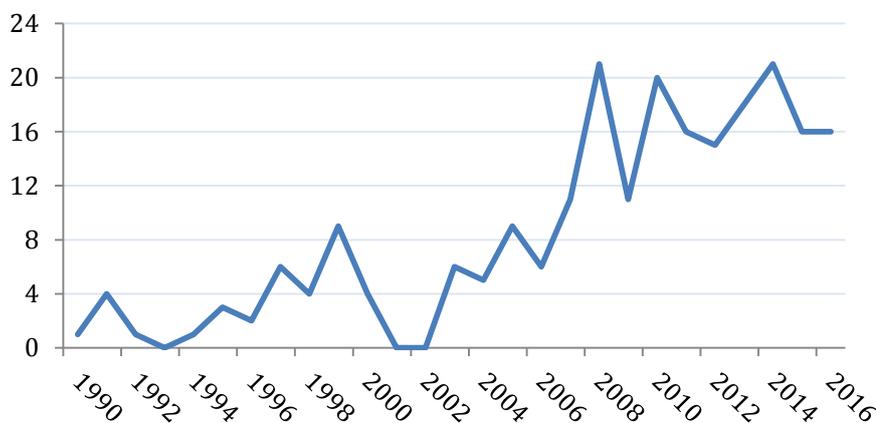


Los mecanismos de transmisión de los nuevos diagnósticos fueron: relaciones homosexuales con hombres 25% (5), relaciones heterosexuales sin riesgo conocido 70% (14) y uso de drogas por vía parenteral 5% (1). Para más información sobre la situación epidemiológica del SIDA/VIH en la CAPV, consultad la página web: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/sida/>

Sífilis

Únicamente se presentan los casos declarados al sistema EDO. En 2016 se declararon 14 casos. La sífilis es en la CAPV una enfermedad de declaración numérica, por lo que no disponemos de información sobre sexo y la edad. La evolución de esta enfermedad desde el año 1990 ha sido ascendente.

Casos de sífilis de Araba/Álava. Periodo 1990-2016. EDO



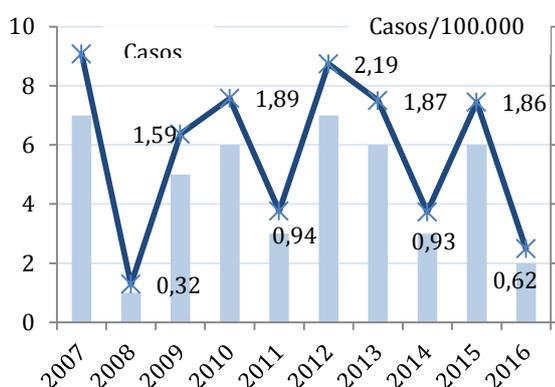
Streptococcus grupo A, enfermedad invasiva

La enfermedad invasiva por estreptococo grupo A (SGAi), se define como una infección asociada al aislamiento del estreptococo grupo A (SGA) en un sitio normalmente estéril. Esta enfermedad es de declaración obligatoria en la CAPV desde 2016. Ese mismo año se declararon 2 aislamientos en sangre en dos personas residentes en Araba. El primero correspondía a una mujer que presentó endometriosis puerperal por EGA, precisando ingreso dos días después del alta por el parto. La recuperación fue buena, sin secuelas. El segundo caso se trató de un shock séptico secundario a celulitis en una persona mayor de 65 años con diabetes mellitus, ambos factores son considerados de riesgo de SGAi.

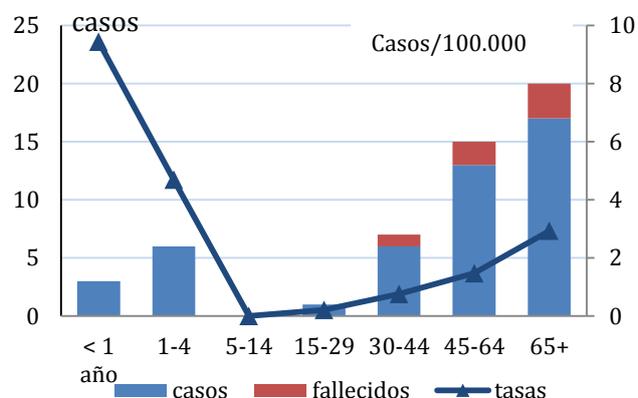
Entre 2007 y 2016 se han investigado 46 casos de SGAi, 45 confirmados y uno probable (aislamiento en sitio no estéril con clínica compatible no justificada por otra causa). La tasa acumulada del periodo 2007-2016 fue de 1,45 casos por 100.000. Las tasas por año (por 100.000) han oscilado entre 2,27 en 2007 y 0,32 en 2008. La razón de sexos es 1,6 (30 hombres/16 mujeres). Un 20%(9/46) tienen menos de 5 años presentando este grupo de edad la tasa de incidencia acumulada más elevada (9,44/100.000). Le sigue en frecuencia el grupo de mayores de 65 años que suponen el 40%(17/46) de los casos con una tasa de 2,93/100.000.

Tasas de incidencia (por 100.000) de SGAi. Araba/Alava. 2007-2016

Evolución de la Incidencia 2007-2016



Incidenia por grupos de edad.2007-2016



Con la excepción de cuatro afectados/as, todos los demás precisaron ingreso hospitalario y 7 fallecieron, lo que supone una letalidad del 15%. La edad de los fallecidos osciló entre 39 y 82 años y todos presentaban algún factor de riesgo de adquisición de la enfermedad. El 76%(35) de los aislamientos fueron en sangre, 13%(6) en líquido pleural, 4%(2) en líquido peritoneal, 4%(2) en tejidos internos(adenopatía y musculo) y en un caso en herida (caso probable). La presentación clínica de los casos más frecuente fue la bacteriemia sin foco (30%); un 17% presentaron shock séptico.

**Casos de SGAI. Tipo de muestra y presentación clínica.
2007-2016. Araba/Álava**

Muestra	Presentación clínica	N	%	Shock toxico
Sangre	Bacteriemia sin foco	14	30,4	2
	Celulitis	10	21,7	1
	Amigdalitis/odinofagia	3	6,5	0
	Neumonía	2	4,3	1
	Erisipela	2	4,3	0
	Bursitis/osteomielitis	3	6,5	0
	Endometriosis puerperal	1	2,2	0
Líquido pleural	Neumonía / derrame	6	13,0	1
Líquido peritoneal	Absceso retroperitoneal	2	4,3	1
Músculo	Fascitis necrotizante	1	2,2	1
Adenopatía	Celulitis	1	2,2	0
Herida*	Celulitis	1	2,2	1
Total		46	100	8

*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 VIH, la diabetes, la enfermedad cardíaca, la enfermedad pulmonar crónica, el cáncer, el tratamiento con altas dosis de esteroides y el uso de drogas por vía parenteral.

En nuestra serie, entre los 9 menores de 5 años, cuatro presentaron varicela en el momento del diagnóstico en las semanas próximas o en un contacto cercano; el resto de los niños/as no presentaba factores de riesgo conocidos. Entre los adultos, 12(32%) no presentaban ningún factor de riesgo conocido y resto, 25 casos, presentaban uno o más factores de riesgo: una edad superior a 64 años (68%), diabetes mellitus (28%), tratamiento inmunosupresor (8%), cardiopatía (8%), hepatopatía (8%), EPOC (4%) y cáncer (4%).

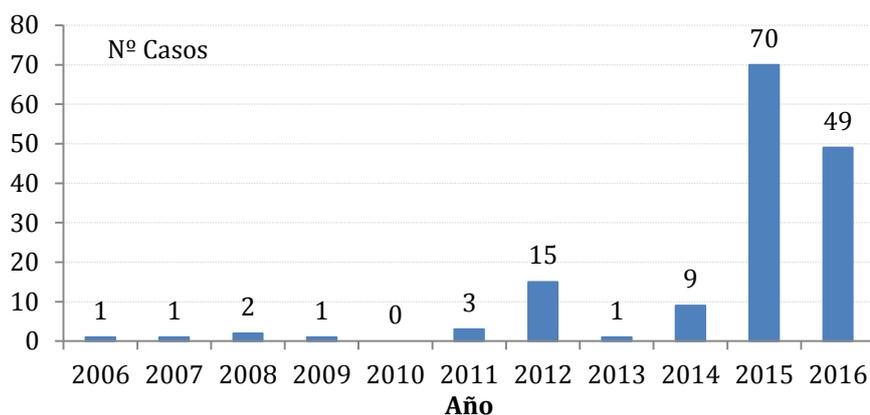
Tétanos

Durante 2016 no se declaró ningún caso de tétanos.

Tosferina

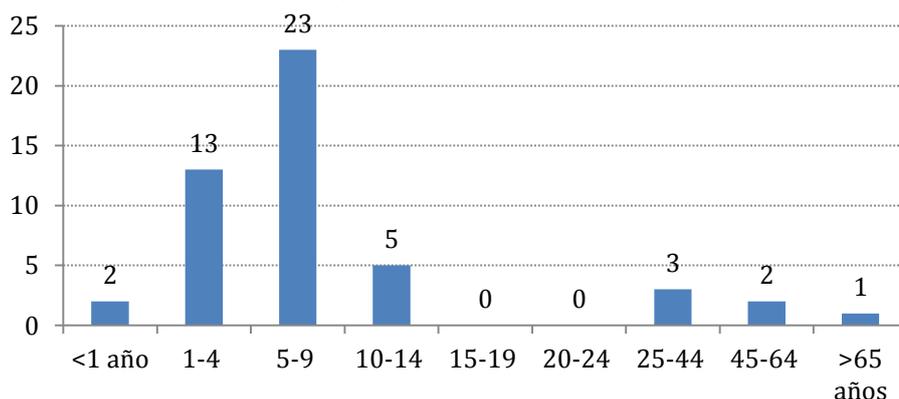
En 2016 se declararon 49 casos de tosferina (tasa de 15,2 casos por 100 000 habitantes), lo que supone un descenso respecto a 2015, año en que se registraron 70 casos (tasa de 21,75 casos por 100.000 hab.). En 2016 hubo dos casos en menores de un año, dos lactantes de 5 y de 10 meses.

**Número de casos anuales de tosferina. Araba/Álava.
Años 2006-2016. EDO**



El rango de edad es de 5 meses a 68 años. Los grupos con mayor incidencia fueron los de 5 a 9 años: 138,01 casos /100.000 y los de 1 a 4 años con 97,85 casos/100.000. Entre los menores de un año la tasa fue de 62,85 por 100.000.

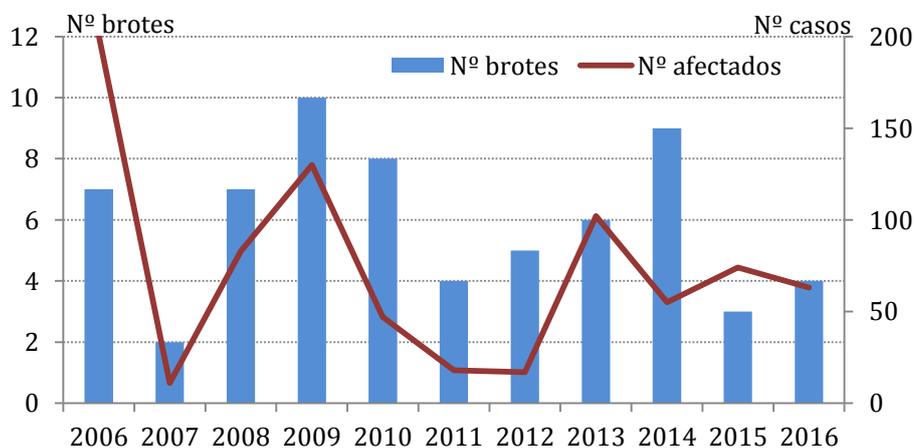
**Número de casos de tosferina por grupo de edad.
Araba/Álava. Año 2016. EDO**



Toxiinfecciones alimentarias, brotes

En 2016 se declararon 4 brotes de toxi-infección alimentaria, con un total de 63 afectados/as.

Número brotes y de casos por año. Araba/Álava. Periodo 2006-2016



En la siguiente tabla se detallan los cuatro brotes del 2016.

Brotos de toxi-infección alimentaria. Araba/Álava 2016.

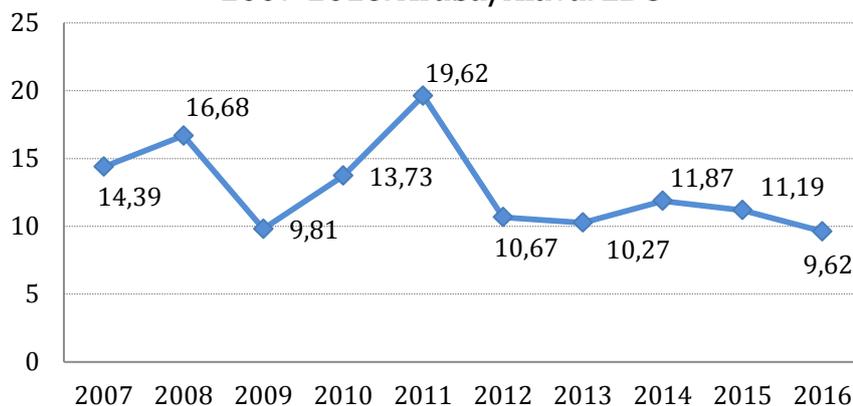
Fecha	Municipio	Lugar	Nº Expuertos.	Nº afectados	Vehículo transmisión	Agente causal
Enero	Vitoria-Gasteiz	Guardería	desconocido	7	Desconocido	<i>Salmonella spp.</i>
Julio	Vitoria-Gasteiz	Cafetería	desconocido	4	Tortilla	S. Enteritidis
Julio	Vitoria-Gasteiz	Restaurante	3	2	Atún	Histamina
Julio	Vitoria-Gasteiz	Restaurante	93	50	Desconocido	Sospecha Norovirus.

El brote con mayor número de afectados fue el de producido tras un banquete en un restaurante de Vitoria-Gasteiz, con una tasa de ataque del 54%. La curva epidémica sugería transmisión por alimentos y la exposición a una fuente común. Las analíticas de las muestras de los alimentos y de los coprocultivos de los manipuladores resultaron negativas. Se sospechó que el agente etiológico era un virus como el Norovirus por la gran difusión, el periodo de incubación, la levedad de la clínica y la mayor dificultad de su aislamiento en alimentos.

Tuberculosis

En el año 2016 se han recibido 33 declaraciones individuales de tuberculosis (TBC), 31 de residentes en Araba/Álava. La tasa es de 9,62 por 100.000 habitantes, inferior a la de 2015 (11,19 casos por 100.000 habitantes). Se alcanza así la meta propuesta por la OMS en su propuesta “Estrategia y metas mundiales para la prevención de la tuberculosis y su atención y control después de 2015” cuyo objetivo es acabar con la epidemia mundial de tuberculosis; las metas son reducir las muertes en un 95% y reducir la tasa de incidencia en un 90% (menos de 10 casos por 100 000 habitantes) entre 2015 y 2035.

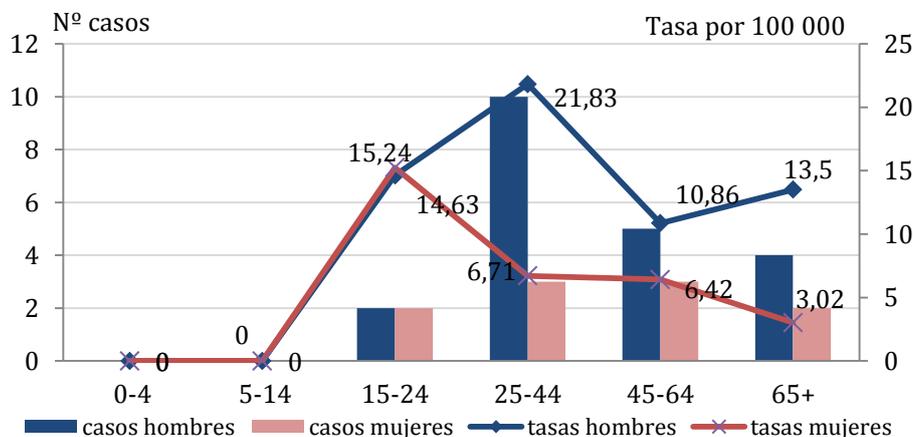
**Tasas de incidencia de TBC (por 100.000 habitantes).
2007-2016. Araba/Álava. EDO**



La razón hombre/mujer es 2,1, con 21 casos en hombres (13,20 casos por 100.000 habitantes) y 10 en mujeres (6,13 casos por 100.000 habitantes).

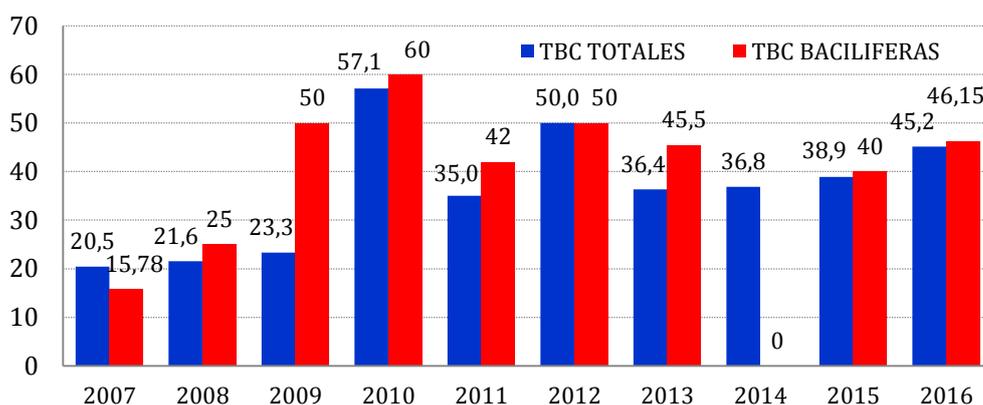
El grupo de edad más afectado es el de 15-24 años, con una tasa de 14,93 por 100.000 habitantes. Entre los hombres, el grupo de edad con la tasa más alta es el de 25-44 años (21,83 casos por 100.000) y entre las mujeres, el grupo de 15 a 24 años (15,24 casos por 100.000).

Nº de casos y tasas (por 100.000 habitantes) de TBC, por sexo y por edad. Araba/Álava. 2016. EDO



De los 31 casos, 14(45,16%) eran inmigrantes. En ellos, la razón hombre/mujer es de 1,33 y el grupo de edad con mayor incidencia es el de 25 a 44 años. De los 14 casos, se diagnosticaron 6 TBC pulmonares bacilíferas, el 42,86%. En el 2015 fue de 29% y en 2014 no se detectó ninguna TBC bacilífera en la población inmigrante, Es decir, el porcentaje de bacilíferos en los inmigrantes ha aumentado los tres últimos años.

Porcentaje de inmigrantes en el total de casos de TBC y en las TBC bacilíferas. Araba/Álava 2007-2016. EDO



En 2016, la proporción de inmigrantes entre los casos de tuberculosis se ha elevado con respecto al año anterior (45,16% vs 38,9%) tras mantenerse constante en los tres años anteriores. De igual manera, ha ascendido la proporción de inmigrantes en los casos bacilíferos (46,15% vs 40%).

Los países de procedencia de los casos con TBC son: Pakistán (4), Marruecos (2), Mauritania (2), Rumanía (2), Burkina Faso (1), Camerún (1) Perú (1) y Senegal (1). Si se analiza el año de llegada, más de la mitad de los casos (8/14) llegaron hace más de 5 años,

el 14,29% (2/14) para cada uno de los otros tres intervalos: hace 3-5 años, hace 1-3 años y hace menos de un año.

Casos de TBC en extranjeros según país de origen. Araba/Álava. 2008-2016. EDO

Año	País de Origen					Total
	Latinoamérica	África Magreb	África Subsahariana	Asia	Europa	
2008	5	2	0	1	3	11
2009	5	0	1	1	0	7
2010	7	9	2	6	2	26
2011	4	3	6	5	3	21
2012	2	8	0	7	0	17
2013	2	3	2	3	2	12
2014	2	5	1	4	2	14
2015	6	6	0	2	0	14
2016	1	4	3	4	2	14

Respecto al método diagnóstico, 24 casos (77,42%) presentaron un cultivo positivo en alguna muestra biológica. Los casos con microscopía directa de esputo positiva son 13 (68,42% de las TBC pulmonares), lo que supone una tasa de tuberculosis pulmonar bacilífera de 4,03 por 100.000 habitantes, valores superiores a los de 2015 (3,11 por 100.000).

Se han realizado pruebas de sensibilidad antibiótica al 100% de las muestras con cultivo positivo. Se han detectado cuatro cepas resistentes a un fármaco: isoniácida (1), estreptomycin(1) y etambutol (2) y una cepa resistente a 5 fármacos: isoniácida, estreptomycin, pirazinamida, rifampizina 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, 19 casos (61,29%) presentaron localización pulmonar (18 exclusivamente pulmonar y 1 asociada a otra localización).

Casos de TBC declarados por localización anatómica. Araba/Álava 2016.

Localización	Nº	%
Pulmonar	18	58,1
Pulmonar y miliar	1	3,2
Pleural	1	3,2
Pleural y linfática	1	3,2
Linfática intratorácica	3	9,6
Osteoarticular	2	6,5
Genitourinaria	2	6,5
Uveítis TBC	1	3,2
Otra	2	6,5
Total	31	100

15 casos (48,4%) no presentan factores de riesgo conocidos; en 6 casos (37,5%) han sido más de uno los factores de riesgo identificados (ver tabla).

Casos de TBC según factores de riesgo. Araba/Álava 2016.

Factores de riesgo	Nº	%
Contacto reciente con caso TBC	2	6,45
Contacto reciente con caso TBC y diabetes	1	3,23
Contacto reciente con caso TBC y tabaco	1	3,23
Contacto reciente con caso TBC, tabaco y alcohol	2	6,45
Tabaco	2	6,45
TBC antigua no tratada y otro	3	9,67
Tabaco y trabajo en industria amianto	1	3,23
Inmunosupresión	1	3,23
Otro	2	6,45
No se conoce factor de riesgo	15	48,38
No consta	1	3,23
Total	31	100,00

En la siguiente tabla se presenta la situación relativa a la cumplimentación de tratamiento de los casos registrados en 2015. El 94,44% de los casos han finalizado correctamente el tratamiento. Un caso ha fallecido por otras causas y otro continúa en tratamiento.

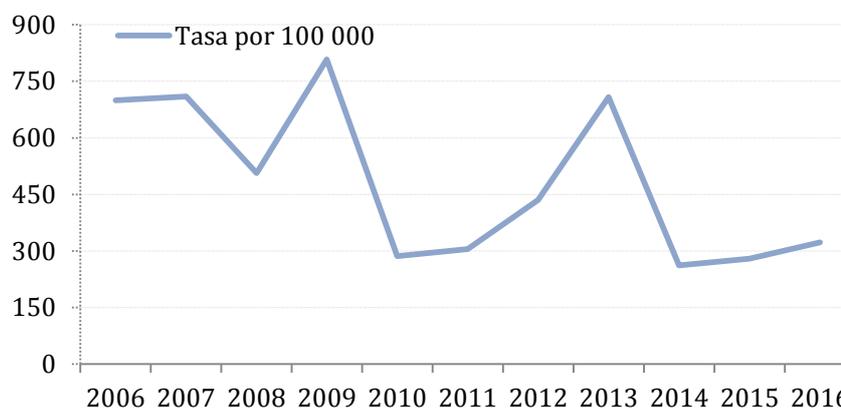
Cumplimentación del tratamiento. Casos TBC. Araba/Álava 2015

Situación final del caso	Nº	%
Tratamiento completado	34	94,44
Fallecimiento por otras causas	1	2,78
Continúa en tratamiento	1	2,78
Total	36	100,00

Varicela

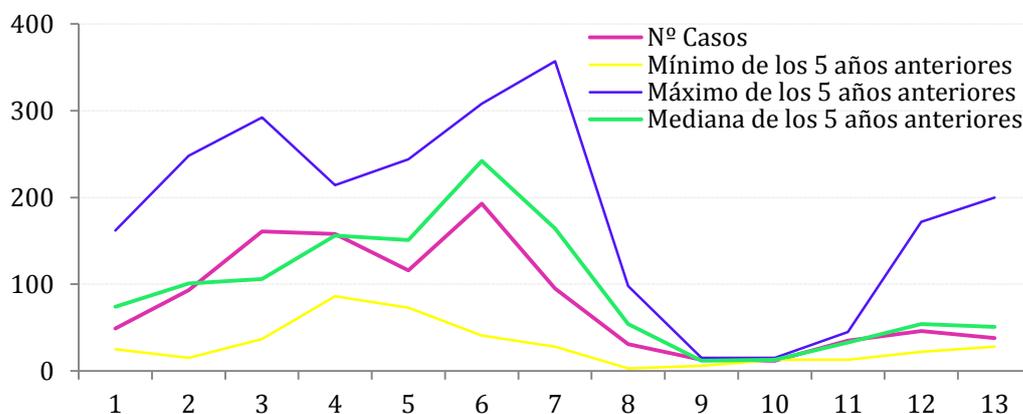
En noviembre del 2005 se incluye la vacuna frente a varicela en el calendario infantil de la CAPV a los 10 años de edad y en el 2015 a los 15 meses (1ª dosis) y a los 4 años (2ª dosis) En 2016 se notificaron 1040 casos de varicela (tasa de incidencia de 322,65 casos por 100.000 habitantes). En la siguiente figura se muestra la evolución desde el año 2006.

Tasas de incidencia de varicela por 100.000 habitantes. Araba/Álava 2000-2016. EDO



Como puede observarse en la figura siguiente, el número de casos en 2016 se ha mantenido por debajo del máximo de los últimos 5 años. Sin embargo, sí que ha superado la mediana de casos de los últimos 5 años en las cuatrisesmanas 3, 4, 9 y 11.

Varicela 2016. Canal endemo-epidémico por cuatrisesmanas. Araba/Álava 2011-2016. EDO

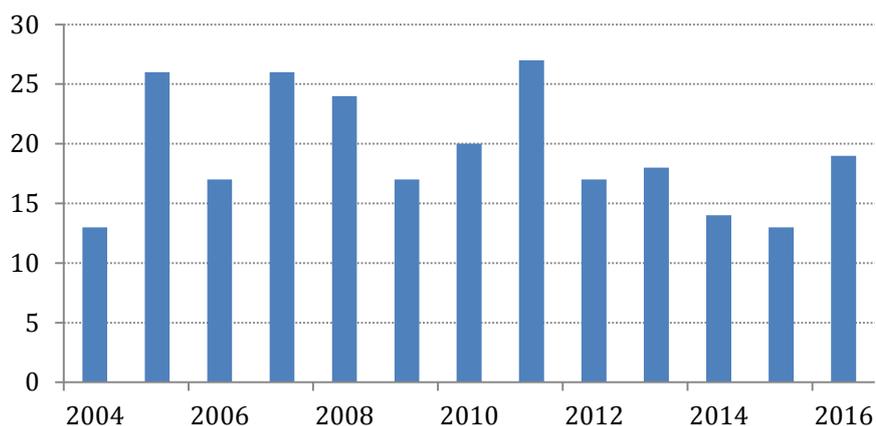


Yersiniosis

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

En 2016 se declararon al SIM 19 aislamientos de *Yersinia enterocolítica*, más que en 2015 (13). El rango de edad de los casos de este año es de 18 meses a 54 años.

Aislamientos de *Yersinia enterocolítica*. SIM. 2004-2016. Araba/Álava.



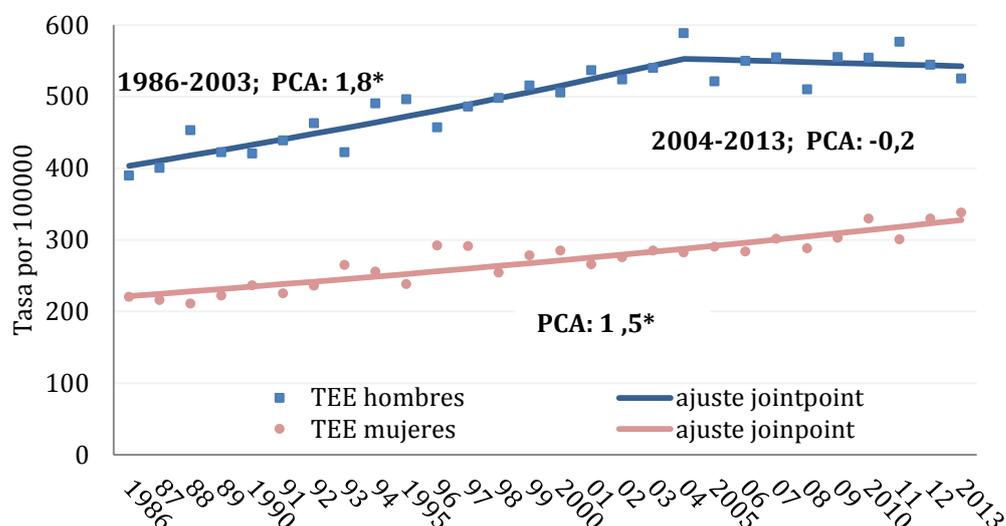
C.-ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

C1. CÁNCER

En el RCEME (Registro de Cáncer de Euskadi/ Minbiziaren Erregistroa), a 31 de mayo de 2017, se han registrado 1.939 tumores malignos diagnosticados en el año 2013 en residentes en Araba, 1.149(59,3%) en hombres, y 790 (40,7%) en mujeres. Estas cifras suponen una tasa de incidencia cruda de 703,46 y 479,83 cánceres por 100.000 hombres y mujeres respectivamente.

Entre las mujeres la incidencia de cáncer aumenta un 1,5 % anual (entre 1,2 y 1,7%) de forma ininterrumpida. Entre los hombres, la incidencia se ha estabilizado desde 2004.

**Tasa de incidencia estandarizada de cáncer (todas las localizaciones*), por sexo.
RCEME. Araba/Álava. 1986-2013**



Población de referencia: Población europea. Actualización: 31/05/2017

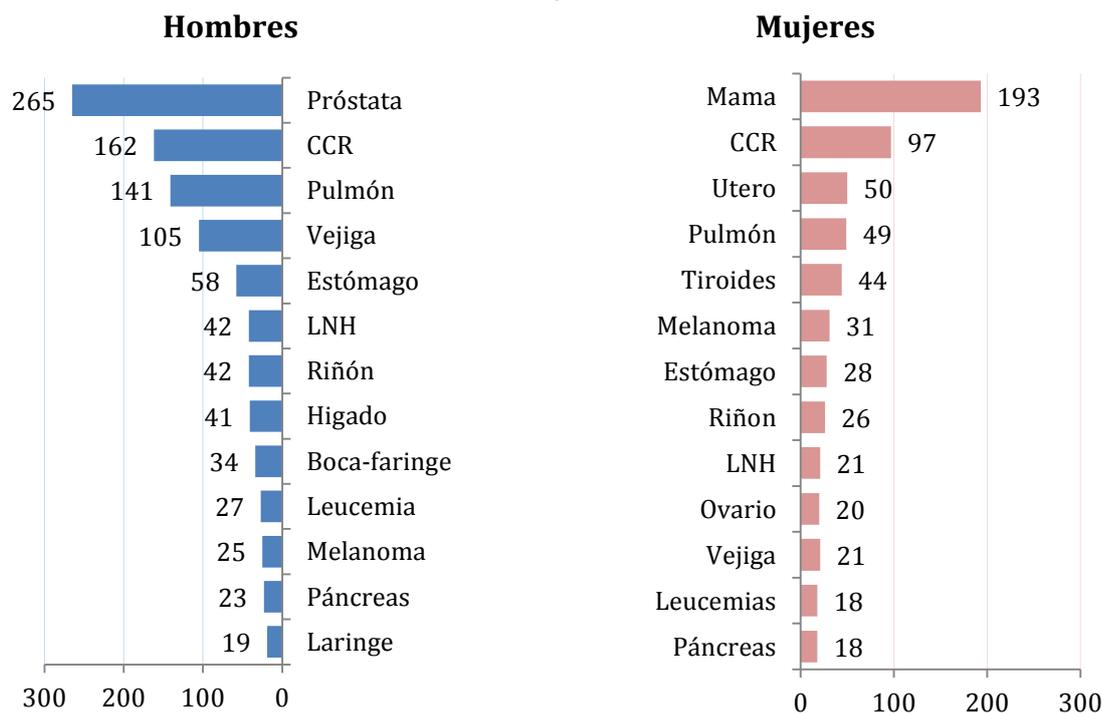
* Excepto piel no melanoma

El tumor maligno más frecuente en hombres es la próstata (23%) y en la mujer, la mama (24,4%). La segunda localización más frecuente es, para ambos sexos, el cáncer de colon y recto. El tercer lugar lo ocupa en el hombre, el cáncer de pulmón y en la mujer el de cuerpo de útero.

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

http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkvigi05/es/contenidos/informacion/memorias_epidemiologica/es_def/index.shtml

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



Datos a: 31/5/2017

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

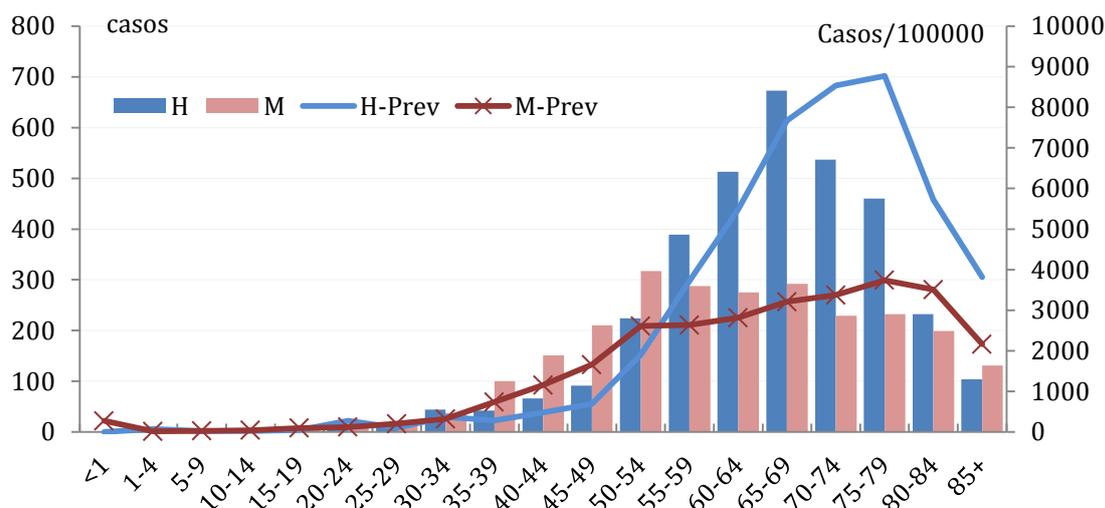
Prevalencia de cáncer

Presentamos la prevalencia o número de personas diagnosticadas de cáncer en el periodo 2009-2013 y que continúan vivas al año, a los 2-3 años y a los 5 años del diagnóstico, para los tumores más frecuentes en la población. La prevalencia depende de la incidencia y de la supervivencia y es un indicador de la carga que supone la enfermedad para el sistema sanitario. Descartamos los casos declarados solo a través del boletín estadístico de defunción (BED), los diagnosticados en la autopsia y los correspondientes a pacientes que cambian su residencia a otra comunidad autónoma.

Entre 2009 y 2013, a 31 de mayo de 2017, se han registrado 9.453 tumores malignos en 9.085 personas. Un 4% de los tumores registrados son segundos o terceros tumores. No se han contabilizado pacientes que fueron diagnosticados con anterioridad al 2009 y siguen vivos en 2013, ni las recidivas del mismo tumor. Por lo tanto, los números son una estimación y el número de casos real es superior al presentado.

Del total de pacientes, 9.085, tras descartar los traslados y diagnósticos por BED y autopsia, en 2013 siguen vivos 3.415 hombres y 2.503 mujeres lo que supone una tasa cruda de 2155,78/100.000 hombres y 1548,68/100.000 mujeres.

Prevalencia de pacientes con cancer, por sexo y grupos de edad. Tumores diagnosticados entre 2009-2013. RCEME. Alava/Araba.

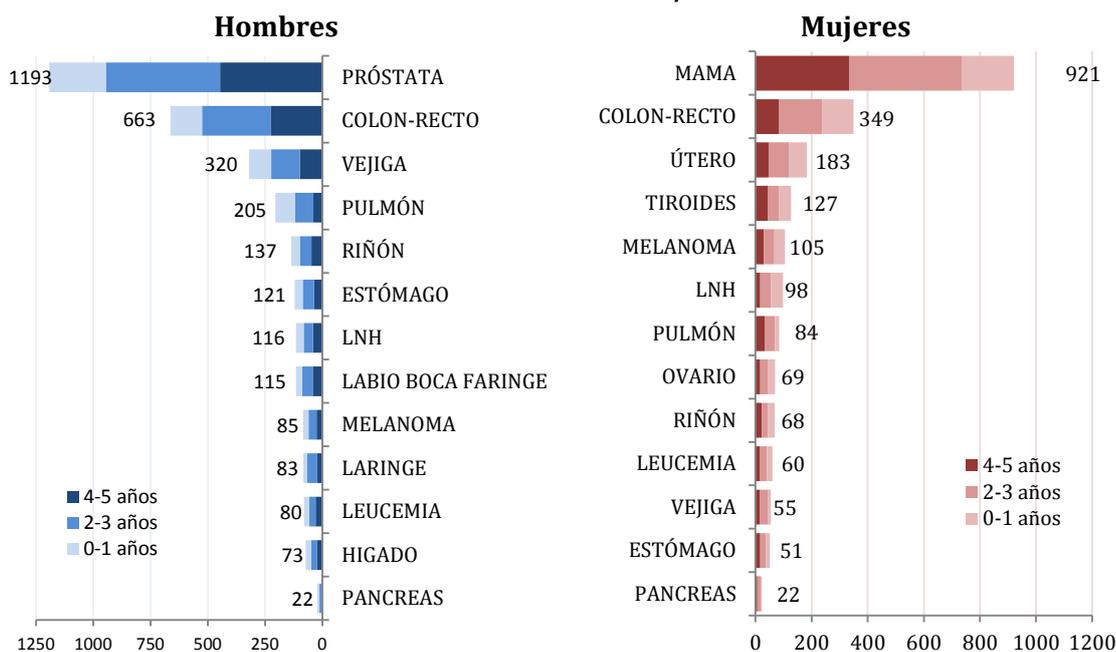


La prevalencia para ambos sexos, al igual que la incidencia, aumenta con la edad. La edad media de los hombres es 67,8 años y la de las mujeres 64,9 años. La prevalencia es superior entre las mujeres hasta los 55 años y posteriormente es superior en los hombres. Tienen menos de 55 años el 25%(991) de las mujeres y el 21%(716) de los hombres. Esta distribución se debe a los tipos de cáncer que afectan a ambos sexos. Así, los afectados por cáncer de próstata tienen una edad media de 70 años, mientras que la edad media de las mujeres con cáncer de mama es de 61 años. Otros cánceres que afectan a ambos sexos también afectan a mujeres a edad más temprana, como el cáncer de CR y el de pulmón.

Representamos en el gráfico siguiente la prevalencia de los tumores más frecuentes en ambos sexos diferenciando por año de diagnóstico.

En las tablas se presenta la incidencia de algunos tumores en 2013 con la tasa cruda y la edad media de los pacientes. La prevalencia se presenta para todas las edades y por grupos de edad. Entre los hombres, la prevalencia más alta se da siempre en los mayores de 65 años. Entre las mujeres, el grupo de 45-64 presenta tasas de prevalencia similares al grupo de mayores de 64 en el cáncer de mama y útero superiores en los tumores de tiroides y ovario.

**Prevalencia (2009-2013) de los cánceres más frecuentes en 2013.
RCEME. Araba/ Álava.**



Prevalencia de cancer, pacientes vivos a 31/12/2013, diagnosticados en 2013 (0-1 año), en 2011-2012 (2-3 años) o en 2009-2010 (4-5 años).

**Incidencia 2013 y prevalencia (2009-2013) de los tumores mas frecuentes en
hombres. RCEME. Araba/Álava/.**

HOMBRES	INCIDENCIA 2013			PREVALENCIA (2009-2013)							
				Total		0-44 años		45-64 años		65+ años	
	Localización	N	TC	Edad media	N	TC	N	TC	N	TC	N
Próstata	265	167,29	70,4	1193	753,10	2	2,31	403	901,12	788	2909,79
CCR	162	102,27	70,4	663	418,53	17	19,63	240	536,65	406	1499,21
Vejiga	105	66,28	69,9	320	202,01	6	6,93	104	232,55	210	775,45
Pulmón	141	89,01	67,3	205	129,41	5	5,77	78	174,41	122	450,50
Riñón	42	26,51	61,9	137	86,48	13	15,01	59	131,93	65	240,02
Estómago	58	36,61	71,8	121	76,38	4	4,62	38	84,97	79	291,72
LNH	42	26,51	67,1	116	73,23	20	23,09	41	91,68	55	203,09
Boca-faringe	34	21,46	60,0	115	72,60	9	10,39	52	116,27	54	199,40
Melanoma	25	15,78	61,8	85	53,66	15	17,32	35	78,26	35	129,24
Laringe	19	11,99	67,37	83	52,40	3	3,46	46	102,86	34	125,55
Leucemia	27	17,04	63,0	80	50,50	9	10,39	16	35,78	55	203,09
Hígado	41	25,88	65,3	73	46,08	1	1,15	34	76,03	38	140,32
Páncreas	23	14,52	71,0	22	13,89	1	1,15	11	24,60	10	36,93

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

Incidencia 2013 y prevalencia (2009-2013) de los tumores más frecuentes en la mujer. RCEME. Alava/Araba.

MUJERES Localización	INCIDENCIA 2013			PREVALENCIA (2009-2013)							
	N	TC	Edad media	Total		0-44 años		45-64 años		65+ años	
				N	TC	N	TC	N	TC	N	TC
Mama	193	119,42	60,9	921	569,85	146	177,41	442	971,28	333	984,71
CCR	97	60,02	66,8	349	215,94	13	15,80	146	320,83	190	561,85
Útero	50	30,94	64,5	183	113,23	9	10,94	100	219,75	74	218,82
Tiroides	44	27,22	49,7	127	78,58	46	55,90	51	112,07	30	88,71
Melanoma	31	19,18	61,8	105	64,97	25	30,38	40	87,90	40	118,28
LNH	21	12,99	68,5	98	60,64	13	15,80	40	87,90	45	133,07
Pulmón	49	30,32	65,1	84	51,97	4	4,86	45	98,89	35	103,50
Ovario	20	12,37	62,5	69	42,69	13	15,80	39	85,70	17	50,27
Riñón	26	16,09	62,4	68	42,07	12	14,58	23	50,54	33	97,58
Leucemia	18	11,14	67,4	60	37,12	3	3,65	19	41,75	38	112,37
Vejiga	19	11,76	73,8	55	34,03	0	0,00	20	43,95	35	103,50
Estómago	28	17,32	68,1	51	31,56	3	3,65	12	26,37	36	106,46
Páncreas	18	11,14	74,4	22	13,61	3	3,65	9	19,78	10	29,57

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

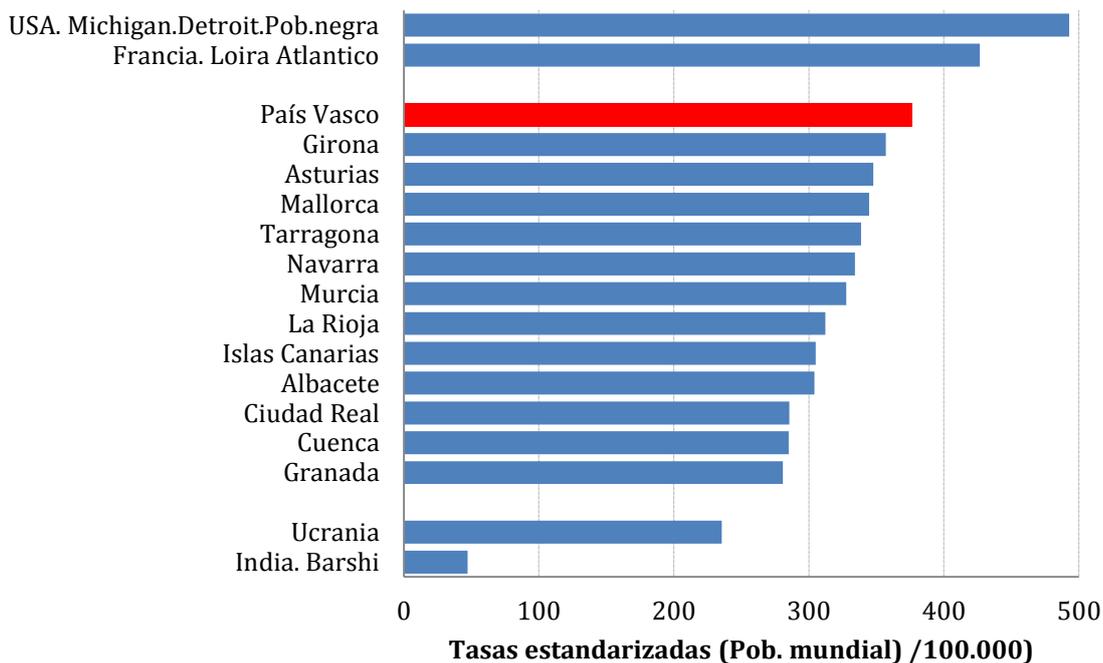
Comparaciones internacionales

La IARC ha publicado recientemente datos sobre la incidencia de cáncer en los cinco continentes correspondientes al periodo 2003-2007. Presentamos dos gráficos, elaborados por el Registro de Cáncer de Granada, que representan datos de incidencia para todos los tumores. En los gráficos figuran los datos de los registros con mayor y menor incidencia del mundo y de Europa y los datos de los registros de cáncer de REDECAN (Red de Registros Españoles), todos ellos registros de cáncer poblacionales.

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

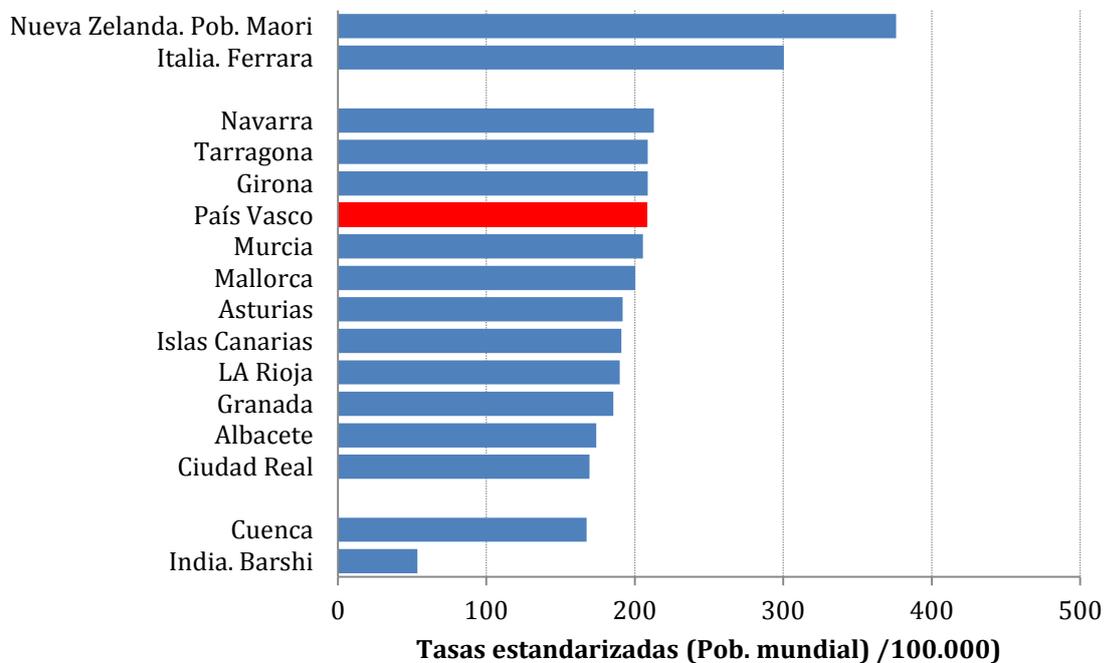
La incidencia de cáncer en las mujeres de la CAPV es superior a la presentada por el resto de los registros españoles y la incidencia de cáncer de los hombres ocupa el cuarto lugar, tras Navarra, Tarragona y Girona.

Incidencia de cáncer (excepto piel no melanoma). Hombres.
(Ref: Cancer incidence in five continents. Vol X. 2003-2007)



Elaboración: Registro de Cáncer de Granada.

Incidencia de cáncer (excepto piel no melanoma). Mujeres, 2003-2007
Cancer incidence in five continents. Vol X. 2003-2007



Elaboración: Registro de Cáncer de Granada.

C2.-ANOMALIAS CONGÉNITAS

El Registro de Anomalías Congénitas de la Comunidad Autónoma Vasca (RACAV) se pone en marcha en 1989 y comienza la recogida de información en 1990. Desde su inicio, pertenece a la red EUROCAT (*European Concerted Action on Congenital Anomalies and Twins*). Es un registro de ámbito poblacional, se registran todos los recién nacidos e Interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE) debidas a anomalías congénitas de mujeres residentes en la CAPV.

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

Casos y prevalencia de anomalías congénitas por 10.000 nacimientos. 2008-2014. CAPV. RACAV

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Total casos	541	575	676	551	530	528	533	3934
Nº nacidos vivos	390	387	484	385	350	336	357	2689
Muertes fetales	3	2	2	1	5	1	0	14
Terminaciones embarazo (IVE)	148	186	190	165	175	191	176	1231
Población	21401	21023	21246	21257	20624	19185	19444	144180
Prevalencia	252,79	273,51	318,18	259,21	256,98	275,22	274,63	272.85
Total casos excluyendo cond. gené	410	437	530	427	410	404	402	3020
Prevalen. excluyendo cond. genéti	191,58	207,87	249,46	200,88	198,80	210,58	206.75	209.46

En la siguiente tabla se incluyen las anomalías correspondientes al año 2014 en la CAPV:

Grupos de anomalías congénitas. Año 2014. CAPV. RACAV

Tipo de anomalía	Total casos	Prevalencia	Nacidos vivos	Muertes fetales	Terminación embarazo	Total casos*	Prevalencia*
Total anomalías	533	274,12	357	0	176	402	206,75
Sistema nervioso	53	27,26	12	0	41	44	22,63
Defectos tubo neural	19	9,77	0	0	19	18	9,26
Anencefalia y similares	9	4,63	0	0	9	8	4,11
Encefalocele	1	0,51	0	0	1	1	0,51
Espina bífida	9	4,63	0	0	9	9	4,63
Hidrocefalia	8	4,11	3	3	5	8	4,11
Microcefalia	5	2,57	4	0	1	4	2,06
Arinencefalia/holoprosencefala	6	3,09	0	0	6	3	1,54
Ojo	15	7,71	13	0	2	12	6,17
Anoftalmos/Microftalmos	3	1,54	2	0	1	2	1,03
Catarata congénita	4	2,06	4	0	0	4	2,06
Glaucoma congénito	1	0,51	1	0	0	1	0,51
Oído, cara y cuello	5	2,57	4	0	1	4	2,06
Anodia	1	0,51	0	0	1	0	0,00
Defectos cardíacos congénitos*	171	87,94	147	0	24	155	79,72
DCC severos	54	27,77	34	0	20	45	23,14
Tronco arterial común	1	0,51	0	0	1	1	0,51
Doble salida ventricular drcha	3	1,54	2	0	1	3	1,54
Transposición grandes vasos	9	4,63	8	0	1	9	4,63
Ventrículo único	3	1,54	1	0	2	3	1,54
Defectos septo ventricular	82	42,17	76	0	6	77	39,60
Defectos del septo atrial	27	13,89	27	0	0	27	13,89
Defectos septo atrioventricular	5	2,57	2	0	3	2	1,03
Tetralogía de Fallot	6	3,09	2	0	4	4	2,06
Estenosis y atresia tricúspide	4	2,06	1	0	3	4	2,06
Anomalía de Ebstein	0	0	0	0	0	0	0
Estenosis válvula pulmonar	7	3,60	6	0	1	6	3,09
Atresia válvula pulmonar	8	4,11	6	0	2	8	4,11
Atresia/estenosis válv. aórtica	1	0,51	1	0	0	1	0,51
Anomalías válvula mitral	2	1,03	1	0	1	2	1,03
Cor. Izdo hipoplásico	3	1,54	0	0	3	2	1,03
Cor. dcho hipoplásico	2	1,03	0	0	2	2	1,03
Coartación aorta	12	6,17	9	0	3	10	5,14
Atresia/interrupc. arco aórtico	1	0,51	0	0	1	0	0
Retorno v. pulmon tot anómalo	5	2,57	5	0	0	5	2,57
Ductus arterioso permeable	7	3,60	7	0	0	7	3,60
Sistema respiratorio	11	5,66	10	0	1	10	5,14
Atresia de coanas	0	0	0	0	0	0	0
Mal adenomato quístico pulmón	4	2,06	4	0	0	4	2,06
Hendiduras orofaciales	28	14,40	23	0	5	21	10,80
Labio leporino con/sin paladar	11	5,66	8	0	3	9	4,63
Paladar hendido	17	8,74	15	0	2	12	6,17

Tipo de anomalía	Total casos	Prevalencia	Nacidos vivos	Muertes fetales	Terminación embarazo	Total casos*	Prevalencia*
Sistema digestivo	19	9,77	17	0	2	14	7,20
Atresia esófago con/sin fístula traqueoesofágica	3	1,54	3	0	0	3	1,54
Atresia o estenosis duodenal	1	0,51	1	0	0	1	0,51
Atresia o estenosis otras partes del intestino delgado	2	1,03	2	0	0	1	0,51
Atresia o estenosis anorectal	5	2,57	5	0	0	3	1,54
Enf. Hirschsprung	0	0	0	0	0	0	0
Atresia conductos biliares	2	1,03	2	0	0	2	1,03
Páncreas anular	0	0	0	0	0	0	0
Hernia diafragmática	3	1,54	1	0	2	2	1,03
Defectos pared abdominal	16	8,23	6	0	10	10	5,14
Gastrosquisis	4	2,06	2	0	2	4	2,06
Onfalocele	14	7,20	4	0	10	8	4,11
Sistema urinario	76	39,09	64	0	12	71	36,52
Agenes renal bilat. incl. Potter	3	1,54	1	0	2	3	1,54
Displasia renal multiquística	9	4,63	8	0	1	8	4,11
Hidronefrosis congénita	22	11,31	21	0	1	22	11,31
Extrofia vesicaly/o epispadia	1	0,51	1	0	0	1	0,51
Abdomen en ciruela pasa y/o válvula posterior uretral	1	0,51	0	0	1	1	0,51
Sistema genital	31	15,94	28	0	3	26	13,37
Hipospadias	26	13,37	26	0	0	24	12,34
Sexo indeterminado	0	0	0	0	0	0	0
Extremidades	86	44,23	52	0	34	61	31,37
Def. reducción extremidades	16	8,23	5	0	11	11	5,66
Pie zambo-pie equino varo	18	9,26	11	0	7	14	7,20
Dislocación cadera y/o displasia	14	7,20	14	0	0	14	7,20
Polidactilia	23	11,83	15	0	8	15	7,71
Sindactilia	9	4,63	7	0	2	8	4,11
Otras anomalías/síndromes							
Displasia esquelética	2	1,03	0	0	2	2	1,03
Craneosinostosis	14	7,20	14	0	0	13	6,69
Síndrome de bandas amnióticas	0	0	0	0	0	0	0
Situs inversus	4	2,06	1	0	3	2	1,03
Siameses	0	0	0	0	0	0	0
Transtornos de piel congénitas	4	2,06	2	0	2	4	2,06
Síndrome Vacterl	0	0	0	0	0	0	0
Anomalía alteración vascular	13	6,69	8	0	5	12	6,17
Anomalías laterales	4	2,06	1	0	3	2	1,03
Sínd. teratogénicos con malf.	3	1,54	2	0	1	3	1,54
Síndrome fetal alcohólico	1	0,51	1	0	0	1	0,51
Síndrome de valproato	0	0	0	0	0	0	0
Malformaci. por infec.maternas	2	1,03	1	0	1	2	1,03
Sínd.genéticos+microdeleccn.	17	8,74	11	0	6	0	0

Tipo de anomalía	Total casos	Prevalencia	Nacidos vivos	Muertes fetales	Terminación embarazo	Total casos*	Prevalencia*
Cromosómicas	114	58,63	9	0	105	0	0
Sínd. Down	65	33,43	5	0	60	0	0
Sínd. Patau/Trisomía13	7	3,60	0	0	7	0	0
Sínd. Edward/Trisomía 18	23	11,83	1	0	22	0	0

*Condiciones genéticas (displasia del esqueleto, síndromes genéticos y cromosómicos y microdelecciones de subgrupos) excluidas.

En la siguiente tabla se refleja la evolución de las anomalías por grandes grupos. Para comparar las diferentes prevalencias se han establecido el índice epidémico 1 (ie1) y el índice epidémico 2 (ie2) como si estuviéramos trabajando con incidencias. Así el ie1 se calcula como la razón entre la prevalencia del año 2014 y la prevalencia del año 2013. Para el cálculo del ie2 se divide la prevalencia del año 2014 por la media de las prevalencias de los 5 años anteriores (2009-2013). Respecto al año anterior, las anomalías incluidas en las hendiduras orofaciales y las anomalías de las extremidades han sido superiores (ie1, 2,51 y 1,25 respectivamente). Si comparamos con la media de los 5 años anteriores las hendiduras orofaciales marcan un ascenso (ie2 igual a 1,29) así como los defectos cardíacos congénitos (ie2 igual a 1,29). Las demás anomalías incluidas en otros grupos se han mantenido más o menos estables, excepto las anomalías cromosómicas que han tenido un descenso significativo.

Anomalías por grandes grupos. CAPV. Prevalencia de los años 2013-2014. Ie1 e Ie2.

Anomalías por grandes grupos	2013	2014	Ie1	Media	Ie2
Sistema nervioso	33,88	27,26	0,80	32,63	0,84
Defectos congénitos cardíacos	81,31	87,94	1,08	68,33	1,29
Sistema respiratorio	5,73	5,66	0,99	5,42	1,04
Hendiduras orofaciales	5,73	14,40	2,51	10,74	1,34
Sistema digestivo	22,41	9,77	0,44	20,07	0,49
Sistema urinario	43,78	39,09	0,89	43,05	0,91
Sistema genital	21,89	15,94	0,73	25,37	0,63
Extremidades	35,44	44,23	1,25	42,87	1,03
Cromosómicas	210,58	58,63	0,28	105,43	0,27

Durante el año 2014 se han registrado 94 anomalías en el RACAV de residentes en Araba. De estos, el 36,2% corresponden a interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) y el 61,7% son anomalías registradas en recién nacidos (RN) vivos. Se ha registrado un caso en un aborto espontáneo (superior a las 20 semanas de gestación). El 60,6% de los casos eran hombres, el 38,3% mujeres y en un caso el dato es desconocido. El 60,6 % de los casos tuvieron un diagnóstico prenatal, el 35,10% se diagnosticaron antes de las 4 semanas de vida y el 4,3% de los casos se diagnosticaron entre 1 y 12 meses. El 3,2% de los casos correspondieron a embarazos gemelares. La edad mínima materna fue de 19, la máxima de 43 y la mediana de 35 años.

El 31,91% de los casos manifestaron un síndrome y de estos el 93,33% fueron síndromes asociados a anomalías cromosómicas (29,79% del total de los casos). El 71,43% fueron diagnósticos de trisomía 21 (síndrome de Down), el 14,29% de trisomía del par 18 (síndrome Edwards), y el 10,71% de trisomía 13 (síndrome de Patau). Respecto a los síndromes no cromosómicos, se diagnosticaron un caso de síndrome fetal alcohólico y una condrodisplasia punctata.

Malformaciones por grandes grupos. Araba 2014. RACAV.

Malformaciones por grandes grupos	Nºcasos
Sistema nervioso	8
Malf. Ojo, oído, cara y cuello	5
Sistema circulatorio	26
Sistema respiratorio	1
Hendiduras orofaciales	2
Otras malf. del sistema digestivo	4
Sistema urinario	11
Malf. órganos genitales	1
Sistema osteomuscular	14
Otras malformaciones	4
Cromosómicas	2
Otras malf. no incluidas en el cap. Q	7

Se registraron 3 linfangiomas, 2 síndromes de recién nacidos de madres diabéticas, 1 síndrome de transfusión transplacentaria y una hidropesía fetal no debida a enfermedad hemolítica. Estas afecciones no están incluidas en el capítulo Q de la CIE-10 que corresponde a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

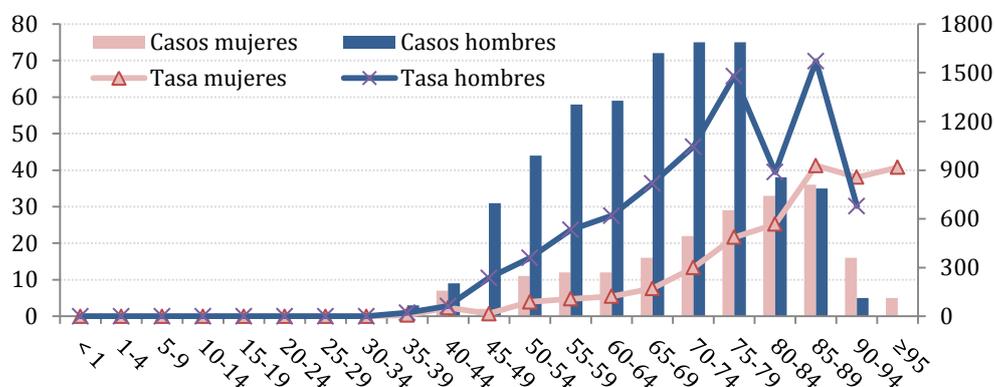
C3.-CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Se recogen datos de morbilidad y de mortalidad por cardiopatía isquémica. La morbilidad hospitalaria a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de altas hospitalarias (CIE-9; 410-414) y la mortalidad a partir del registro de mortalidad (CIE-10; I20-I25). Los últimos datos presentados son, para ambos sistemas, de 2015.

Morbilidad hospitalaria

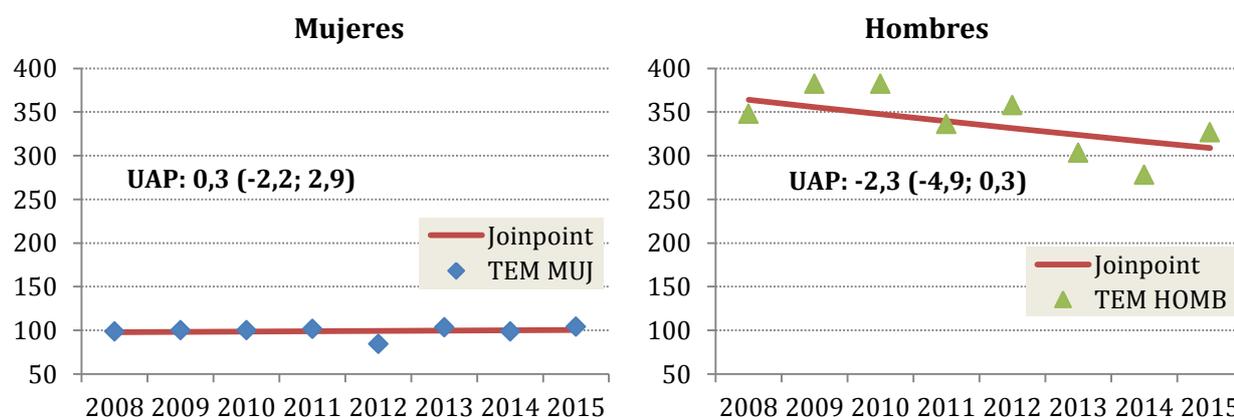
En 2015 hubo 706 (679 en 2014) ingresos por cardiopatía isquémica, 202 mujeres y 504 hombres. La tasa de frecuentación hospitalaria fue de 124,21 por 100000 en mujeres y mayor en los hombres (316,69/100000). La tasa estandarizada ha sido también superior en los hombres (326,84 por 100 000 vs 106,60 en mujeres).

Nº de ingresos hospitalarios y tasa bruta (por 100.000) por cardiopatía isquémica según sexo y grupo CMBD. Araba/Álava 2015



La tendencia de las tasas estandarizadas entre 2005-2015, ha sido estable en mujeres y descendente en hombres.

Tasas estandarizada de morbilidad hospitalaria en ambos sexos y recta de regresión. Periodo 2005-2015. CMBD. Araba/Álava

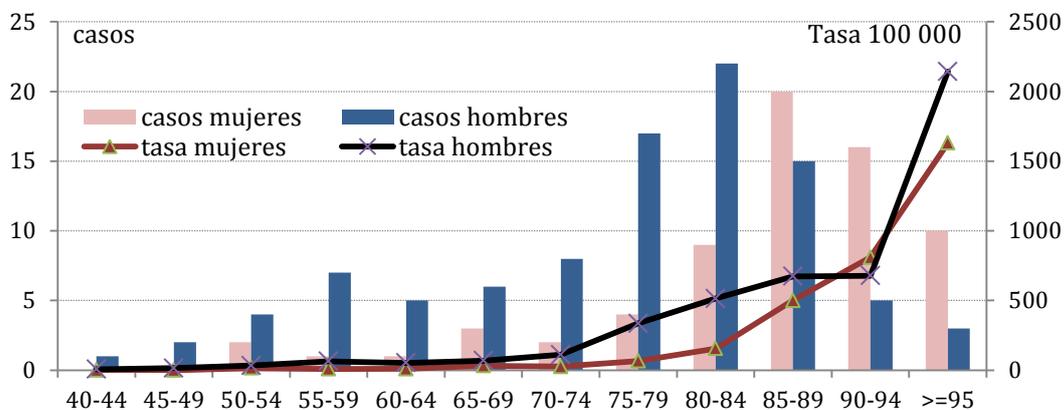


Mortalidad

En 2015, 163 personas (68 mujeres 95 hombres) fallecieron por CI (CIE-10; I20-I25); el 50% por infarto agudo de miocardio. Las tasas estandarizadas fueron superiores en los

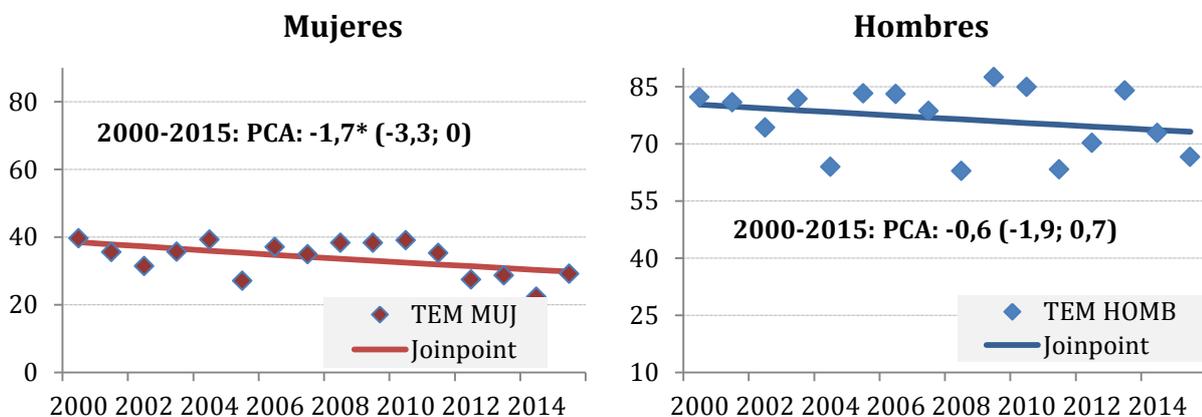
hombres (66,55 por 100.000) que en las mujeres (29,14). La edad media de los fallecidos por CI es 80 años, más jóvenes los hombres (76 años) que las mujeres (86 años) y fue, en 2015, la tercera causa de años potenciales de vida perdidos hasta los 70 años (APVP₇₀) en hombres (288) y la séptima en las mujeres (61).

Cardiopatía isquémica. Número de fallecidos y tasa de mortalidad por grupos de edad y por sexo. Registro de mortalidad. Araba/Álava 2015



En el periodo 2000-2015 la tendencia de la tasa estandarizada de mortalidad por CI es ligeramente descendente en ambos sexos. Más acentuada en las mujeres, en las que el descenso es estadísticamente significativo.

Evolución de las TE de mortalidad en el periodo 2000-2015. Registro de mortalidad. Araba/Álava



PCA: porcentaje de cambio anual

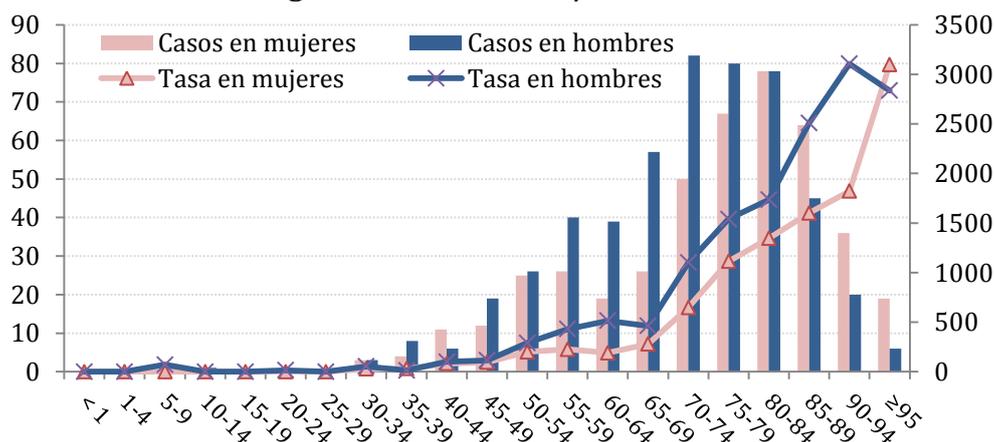
C4.-ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR (ECV)

Las fuentes de información son las mismas que las de la cardiopatía isquémica: el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de altas hospitalarias (CIE-9; 430-438) y el registro de mortalidad (CIE-10; I60-I69). Los últimos datos presentados son, para ambos sistemas, de 2015.

Morbilidad

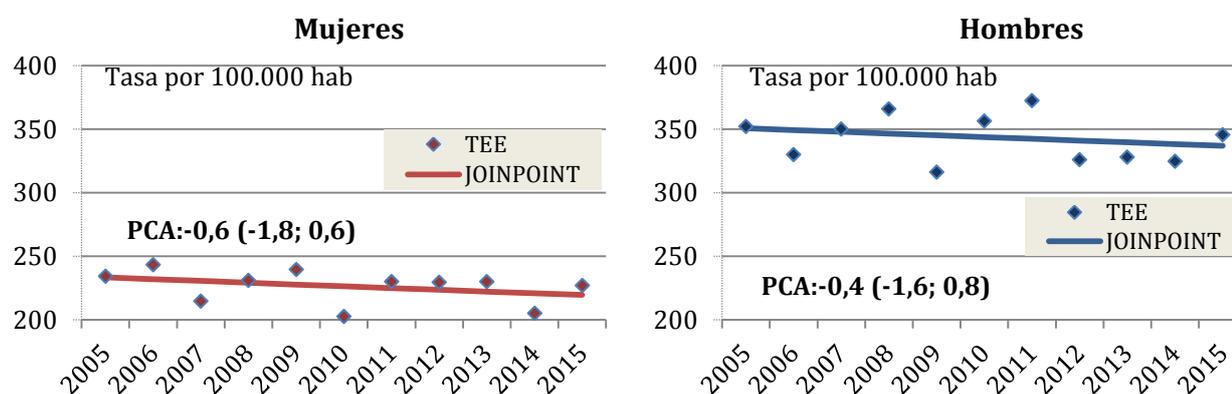
En 2015 se produjeron 951 ingresos (440 mujeres y 511 hombres) por ECV (CIE-9; 430-438); la tasa bruta de frecuentación en los hombres (321,08 por 100.000 habitantes) fue mayor que en las mujeres (269,63 por 100.000 habitantes), al igual que las estandarizadas (345,50 por 100000 en hombres y 227,17 por 100000 en mujeres). La letalidad hospitalaria fue del 10% en mujeres y del 11% en los hombres. La edad media en las mujeres fue de 75 años y en los hombres de 70. La tasa de frecuentación fue superior, para todas las edades, en los hombres, pero, como se observa en la gráfica, en las mujeres el número de casos es superior a partir de los 80 años.

Nº de ingresos hospitalarios y tasa bruta (por 100000) por ECV según sexo y grupo de edad. Registro de altas. Araba/Álava 2015



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

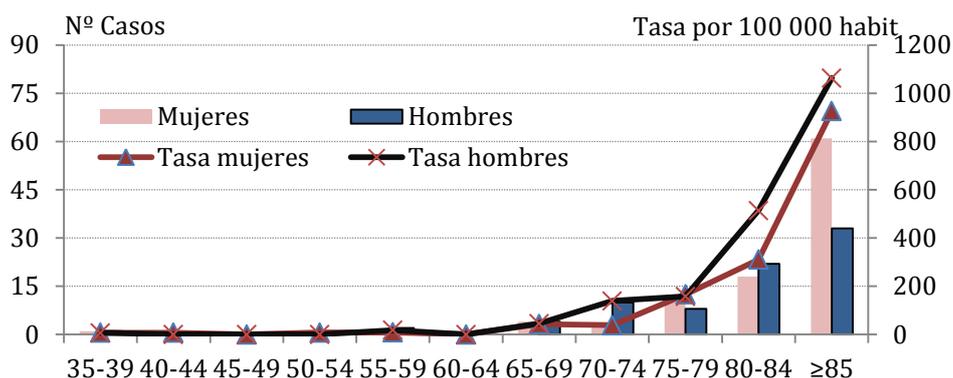
Tasas brutas (por 100.000) de frecuentación hospitalaria por ECV. Ambos sexos. Periodo 2005-2015. Registro de Altas. Araba/Álava



Mortalidad

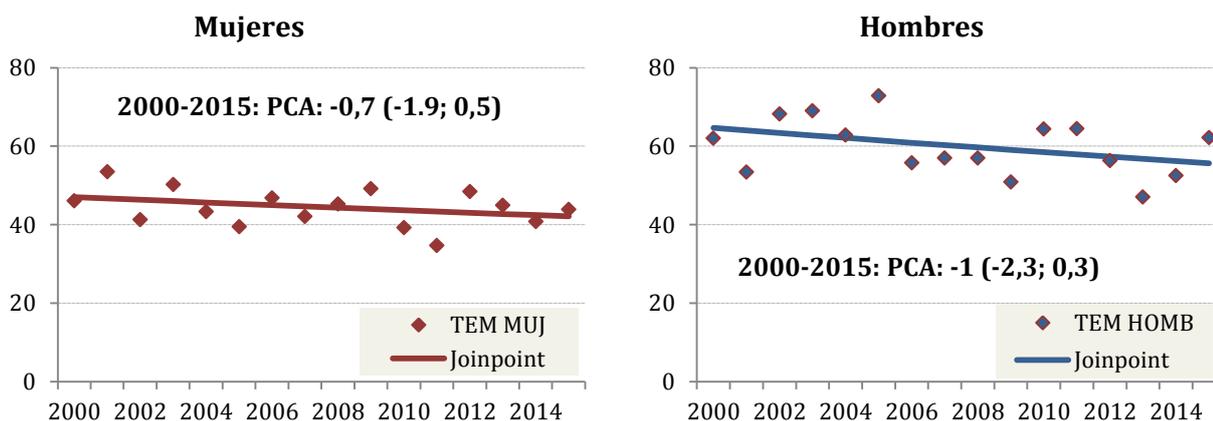
En 2015 en Araba fallecieron por ECV (CIE-10; I60-I69) 100 mujeres y 82 hombres. Las tasas crudas son mayores en las mujeres (61,28 frente a 51,52 por 100000), esta relación se invierte al controlar el efecto de la edad con las tasas estandarizadas que son inferiores en las mujeres (43,92 vs 62,16 por 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. La tasa de mortalidad es superior en los hombres. En 2015 fue en hombres (155) la séptima causa de APVP₇₀ y la quinta en las mujeres (107).

Nº de fallecidos y tasa de mortalidad por ECV según sexo y grupo de edad. Registro de mortalidad. Araba/Álava 2015



La evolución de la tasa estandarizada de mortalidad por ECV desde el año 2000 es descendente en ambos sexos, más acentuada en los hombres.

Evolución de la TEM por ECV. Periodo 2000-2015. Registro de mortalidad. Araba



D.-MORBILIDAD HOSPITALARIA

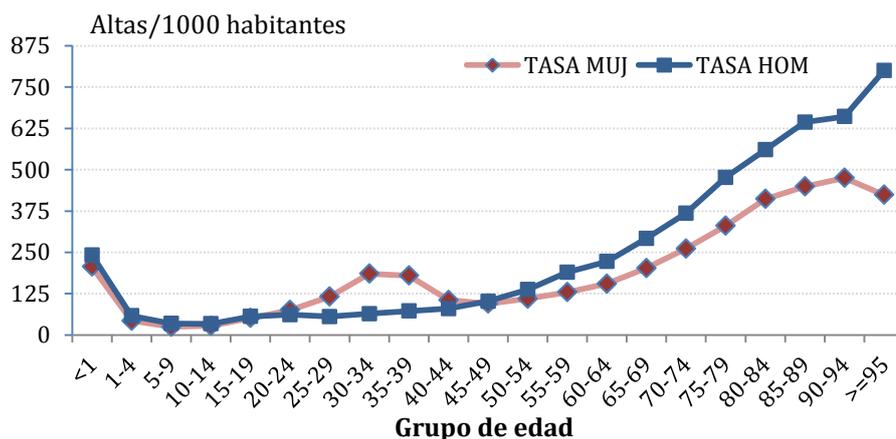
La siguiente información proviene del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Registro de Altas Hospitalarias de la CAPV. Se considera únicamente el diagnóstico motivo de ingreso, es decir, la considerada causa principal del ingreso hospitalario.

Casos y tasa de frecuentación hospitalaria

En 2015 se registraron 50.024 altas hospitalarias de residentes de Araba/Álava, el 85% en hospitales públicos de la CAPV; la tasa de frecuentación fue de 155,2 altas por 1.000 habitantes. La estancia media fue de 5 días y la mediana de 2 días; el 25,2% fueron estancias inferiores a un día.

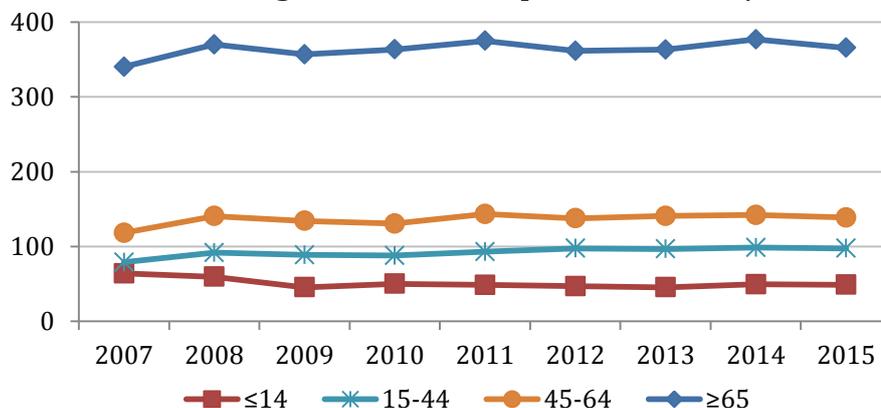
El 4,7% eran personas de 14 o menos años; el 50,1% de 15-64 años (grupo en el que contribuyen de forma importante los ingresos derivados del embarazo) y el 45,2% de 65 o más años. Los hombres ingresaron más que las mujeres con excepción del grupo de 20 a 44 años, en el que las mujeres superan a los hombres 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 2015



La frecuentación se mantiene estable en el periodo 2007-2015 en todas las edades.

Tasa de frecuentación hospitalaria (por 1000 hab.) por grupos de edad.
2007-2015. Registro de altas hospitalarias. Araba/Álava



Morbilidad hospitalaria por grandes grupos de la CIE-9

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

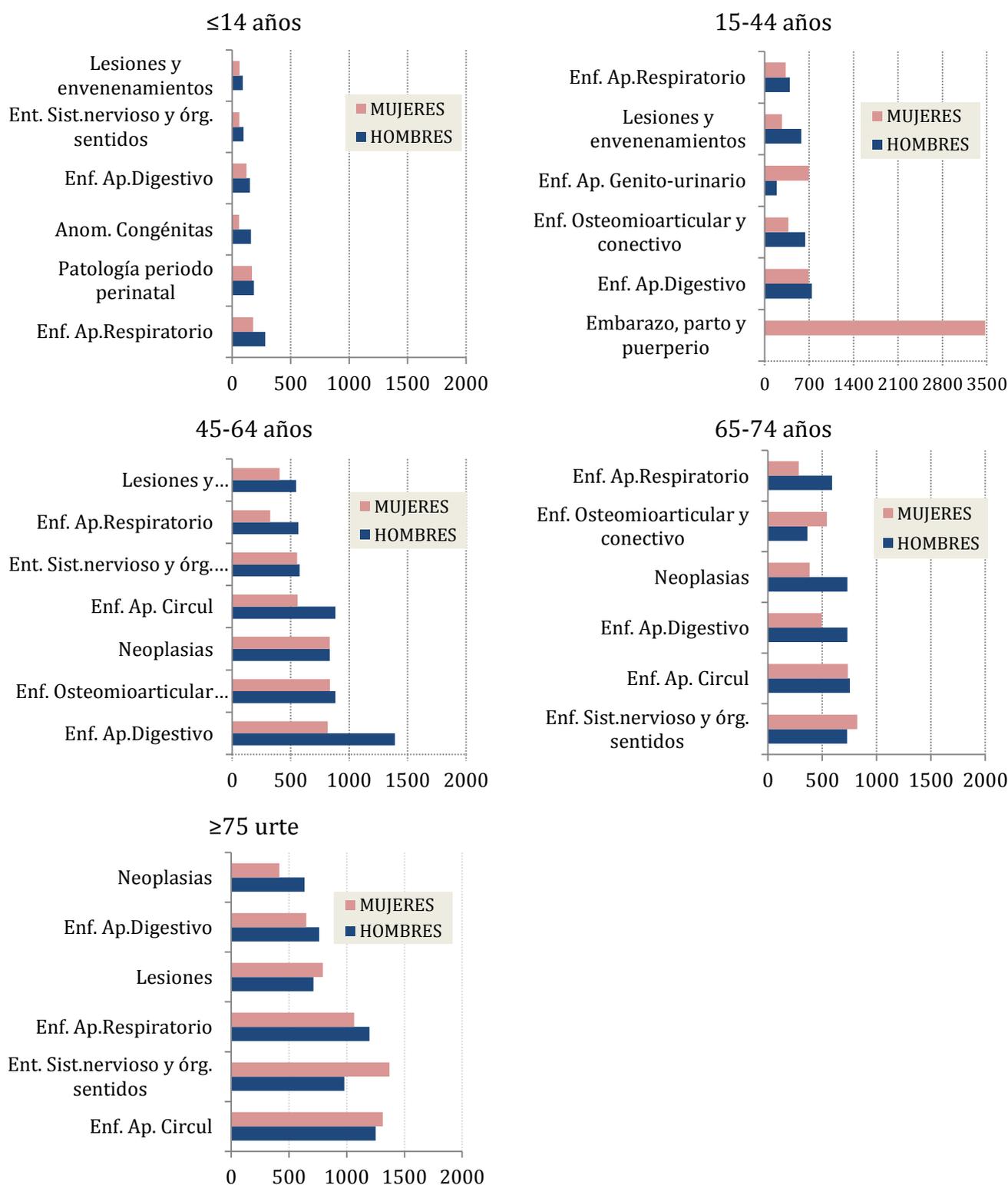
Morbilidad hospitalaria, absoluta y relativa, por grandes grupos de causas y por sexo. CMBD. Araba/Álava 2015.

CIE-9-MC	Diagnósticos	Total		Mujeres		Hombres	
		N	%	N	%	N	%
001-139	Enf. Infecciosas y parasitarias	645	1,32	276	1,11	369	1,53
140-239	Neoplasias	4445	9,09	2047	8,25	2398	9,97
240-279	Enf. Endocrinas, metaból., inmunit.	737	1,51	384	1,55	353	1,47
280-289	Enf. Sangre y órg. hematopoyéticos	491	1,00	285	1,15	206	0,86
290-319	Trastornos mentales	822	1,68	399	1,61	423	1,76
320-389	Enf. Sist. nervioso y órg. sensoriales	5664	11,59	3056	12,31	2608	10,84
390-459	Enf. Aparato circulatorio	5735	11,73	2584	10,41	3151	13,09
460-519	Enf. Aparato respiratorio	5213	10,66	2183	8,79	3030	12,59
520-579	Enf. Aparato digestivo	6554	13,41	2774	11,17	3780	15,71
580-629	Enf. Aparato genito-urinario	3447	7,05	1731	6,97	1716	7,13
630-679	Embarazo, parto, puerperio	3502	7,16	3502	14,10	-	0,00
680-709	Enf. Piel y tejido subcutáneo	595	1,22	241	0,97	354	1,47
710-739	Enf. Osteo-mioarticular y conectivo	4403	9,01	2223	8,96	2180	9,06
740-759	Anomalías congénitas	336	0,69	128	0,52	208	0,86
760-779	Patología periodo perinatal	355	0,73	169	0,68	186	0,77
780-799	Sínt., signos y estados mal definidos	2210	4,52	1037	4,18	1173	4,87
800-999	Lesiones y envenenamientos	3734	7,64	1806	7,28	1928	8,01
Total (se excluye el código V)		48888	100	24825	100	24063	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, el embarazo, parto y puerperio, las enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos y las enfermedades del aparato digestivo. En hombres lo fueron las enfermedades del aparato digestivo, las enf. del aparato circulatorio y las enf. del aparato respiratorio.

**Altas (número) por grandes grupos de causas, sexo y edad.
Registro de altas hospitalarias. Araba/Álava 2015**



Entre los menores de 15 años, las enfermedades del aparato respiratorio, la patología perinatal y las enf. congénitas suponen el 64% de los ingresos. Entre las enf. del aparato respiratorio, la enfermedad crónica de amígdalas y adenoides (37%) y bronquitis y bronquiolitis (21%) 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

(31%). Entre las enf. digestivas destacan la apendicitis (supone el 31% de las digestivas) y la hernia inguinal (15%).

En el grupo de 15 a 44 años, en las mujeres, el 47% de los ingresos corresponden al embarazo, parto y puerperio; entre las patologías genitourinarias, el 33% son problemas de esterilidad; de los trastornos digestivos, el 14% son colelitiasis y otro 14% son hernias de la cavidad abdominal. Entre los hombres, el 23% de los ingresos del aparato digestivo corresponde a las hernias y el 14% a la apendicitis aguda; el 16% de los trastornos del aparato musculoesquelético son alteraciones y/o desgarros de menisco y el 13% antiguas disrupciones del ligamento cruzado anterior de la rodilla.

En las mujeres de 45 a 64 años, las hernias (25%) y la colelitiasis (14%) se mantienen como las patologías más frecuentes de los ingresos por el apto. digestivo; el 12% de los ingresos por tumores son por carcinoma de cérvix y el 65% de los asociados al aparato circulatorio son venas varicosas de las extremidades inferiores; un 18% de las debidas a enfermedades osteomusculares son las deformidades adquiridas del dedo gordo del pie y el 12% por trastornos no especificados de la espalda. Entre los hombres, el 20% de los ingresos por enfermedades digestivas son por hernia inguinal; el 18% de los ingresos por tumores son por una neoplasia benigna de piel y el 9% por neoplasia benigna de colon, recto y/o ano. El 22% de los ingresos por patologías del aparato circulatorio se deben a la cardiopatía isquémica, el 12% al infarto agudo de miocardio y el 14% a una enfermedad cerebrovascular.

En las mujeres de 65 a 74 años, el 14% de los ingresos por neoplasias son tumores de mama, el 13% tumores benignos de colon, recto y ano. El 15% de los debidos a enfermedades digestivas son hernias diafragmáticas y el 12% colelitiasis. De los ingresos del aparato circulatorio, el 24% lo son por venas varicosas de las extremidades inferiores, el 17% por enfermedad cerebrovascular y el 12% por disritmias. En los hombres, el 16% de los ingresos por tumores son por cáncer de próstata y el 15% por cáncer de vejiga. El 24% de los debidos a enfermedades digestivas son por hernia inguinal y el 10% por colelitiasis. En lo que respecta a las altas por enfermedades del aparato circulatorio, el 20% se debe a la cardiopatía isquémica, de los que la mitad son IAM; un 15% es debido a la insuficiencia cardíaca.

En las mujeres mayores de 74 años, el 79% de los ingresos por patologías del sistema nervioso y órganos de los sentidos son cataratas. El 29% de los ingresos por enf. del aparato circulatorio son por insuficiencia cardíaca y el 20% por enfermedad cerebrovascular. Entre las enf. del aparato respiratorio, el 20% lo es por neumonía y el 19% por bronquitis aguda.

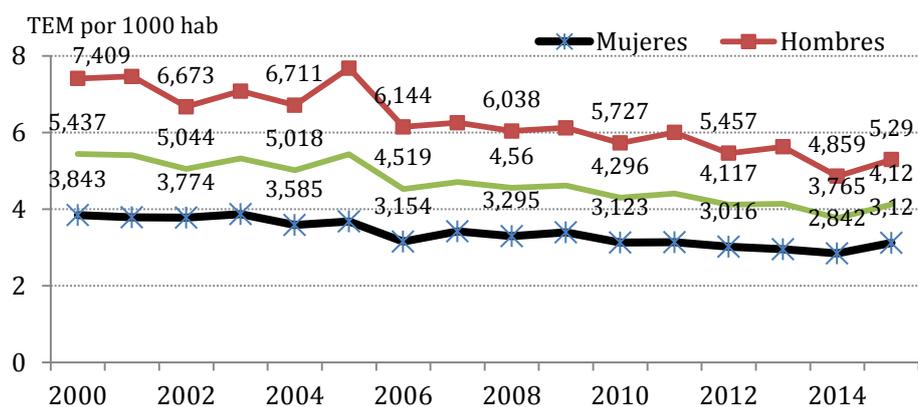
Entre los hombres, las cataratas suponen el 72% de los ingresos del sistema nervioso y de los sentidos; la insuficiencia cardíaca y la enfermedad cerebrovascular son el 28% y 18%, respectivamente, y entre las patologías del aparato respiratorio, el 24% son por bronconeumonía y el 21% por bronquitis crónica.

E. MORTALIDAD

Se describe la mortalidad en residentes del TH de Araba/Álava en 2015. Los datos provienen del Registro de Mortalidad de la CAPV, en que 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 2000-2015) y de la esperanza de vida (periodo 1999-2015) se ha obtenido del Informe de Mortalidad de la CAPV elaborado por el Servicio de Registros e Información Sanitaria del Departamento de Salud.

En 2015 fallecieron 2.783 alaveses/as, 49% mujeres y 51% hombres. La tasa bruta de mortalidad fue 8,63 por 1000 habitantes (estandarizada a la población de 2013: 7,82/1000); en mujeres: 8,33 (estandarizada: 6,08) y en hombres: 8,94 (estandarizada: 10,13). La evolución general de las tasas de mortalidad estandarizadas en los últimos 15 años es descendente (ver figura).

Tasa (por 1000 hab.) estandarizada de mortalidad (TEM) a la población europea de 1976. Periodo 2000-2015. Araba/Álava.

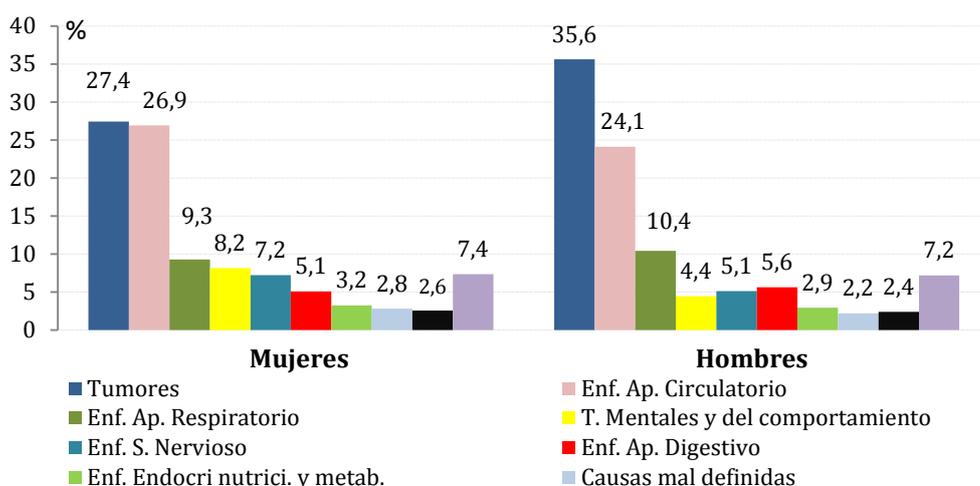


Fuente: Registro de Mortalidad de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 2015.

Mortalidad proporcional por grandes grupos de enfermedades

En las mujeres, los cinco grupos de enfermedades que más muertes producen son, en orden decreciente, los tumores (27%), las enf. del aparato circulatorio (27%), las enf. respiratorias (9%), las enf. mentales (8%) y las enf. del sistema nervioso (7%). En los hombres, lo son los tumores (36%), las enf. del aparato circulatorio (24%), las enf. respiratorias (10%), enf. ap. digestivo (6%) y las enf. del sist. nervioso (5%). Las tres primeras causas son coincidentes en ambos sexos y suponen casi el 63% (en mujeres) y 70% (en hombres) del total de fallecimientos.

**Mortalidad proporcional por grandes grupos de causas, según sexo.
Registro de mortalidad. Araba/Álava 2015**



Las tasas de las tres principales causas de mortalidad por grandes grupos controlando el efecto de la edad son superiores en los hombres que en las mujeres: enf. circulatorias (260,49 vs. 155,58 vs.), tumores (211,47 vs. 96,41) y enf. respiratorias (115,43 vs. 53,14).

Mortalidad por grandes grupos de causas, valores absolutos y tasas estandarizadas (pob. Europea 2013 por 100.000 hab.). Araba/Álava 2015.

Grupo de causas	Mujeres		Hombres	
	N	Tasa	N	Tasa
(I) Enf. Infecciosas y parasitarias	23	10,02	11	7,13
(II) Tumores	373	96,41	507	211,47
(III) Enf. Sangre y órg. Hematopoyéticos	6	2,64	4	3,09
(IV) Enf. Endocrinas nutri. y metabólicas	44	18,56	42	31,54
(V) T. Mentales y del comportamiento	111	44,02	63	51,32
(VI) Enf. S. Nervioso	98	41,92	73	51,37
(VII) Enf. Ojo y anexos	0	-	0	-
(VIII) Enf. Oído y apóf. Mastoides	0	-	0	-
(IX) Enf. Ap. Circulatorio	366	155,58	343	260,49
(X) Enf. Ap. Respiratorio	126	53,14	148	115,43
(XI) Enf. Ap. Digestivo	69	31,22	80	57,93
(XII) Enf. piel y subcutáneo	9	3,83	0	-
(XIII) Enf. Osteomusculares y tej. Conectivo	23	9,93	10	8,59
(XIV) Enf. Ap. Genitourinario	35	15,02	34	26,40
(XV) Embarazo, parto, puerperio	0	-	0	-
(XVI) Afec. Perinatales	6	3,90	12	7,23
(XVII) Malf. Congénitas. Cromosómicas	3	1,90	7	4,19
(XVIII) Causas mal definidas	38	14,98	31	24,62
(XIX) Traumatismos, envenenamientos...	0	-	0	-
(XX) Causas externas	30	14,23	58	39,74
TOTAL	1360	611,74	1423	1036,50

Mortalidad por causas específicas por edad

En 2015 se registraron 30 defunciones de menores de 15 años; el 57% por afecciones durante el periodo perinatal (desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana de vida).

Se produjeron 24 defunciones de personas de 15-34 años; el 21% por suicidio y el 17% por enfermedades circulatorias.

Entre los 35-64 años hubo 344 fallecidos; 58% por cáncer, el 14% (49) cáncer de pulmón. El 15% por enfermedades del aparato circulatorio. El 7% de las muertes se debieron a enfermedades isquémicas del corazón.

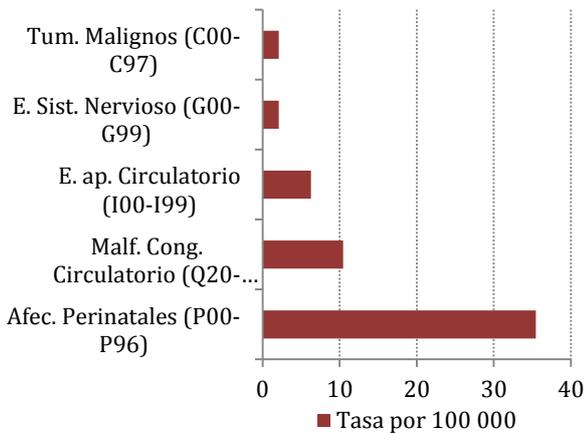
En el grupo de 65 a 79 años fallecieron 659, el 46% por tumores; el más frecuente fue el cáncer tráquea, bronquios y pulmón (10%) Las enfermedades del ap. circulatorio supusieron un 21%, el 6% enfermedades isquémicas del corazón y otro 6% por enfermedad cerebrovascular.

En el grupo de 80-89 años se registraron 1047 fallecimientos. El 28% por enf. del aparato circulatorio (80 por ACV y 66 por enf. isquémica cardíaca), el 25% por neoplasias (34 por cáncer de mama y 22 por cáncer de estómago) y el 12% por enfermedades del ap. respiratorio (45 por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores).

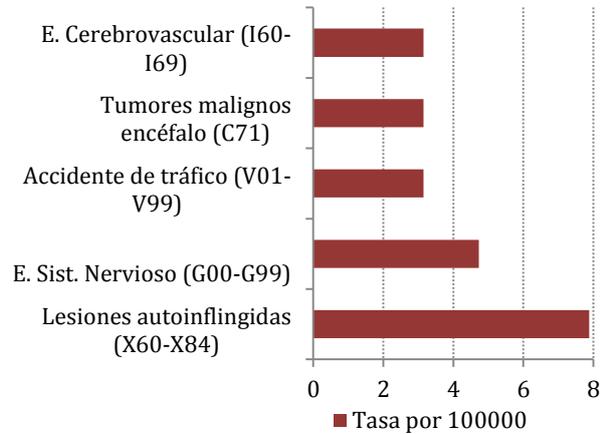
Fallecieron 679 personas de 90 y más años; el 32% por enfermedades del aparato circulatorio (54 por ACV), el 13% por trastornos mentales y del comportamiento y un 11% por tumores.

Tasas (por 100.000 habitantes) de las principales causas de muerte por grupo de edad. Araba/Álava 2015

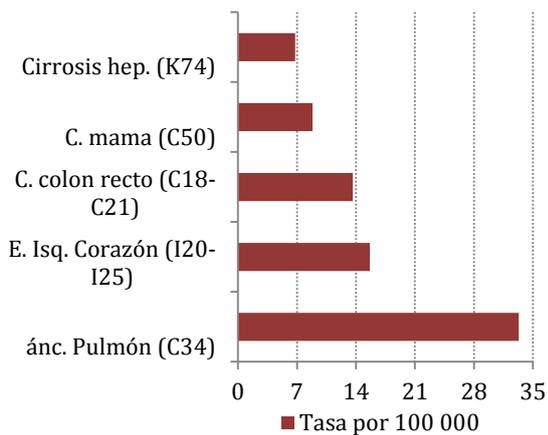
0-14 años. TM: 62,58/100000 hab
N= 30



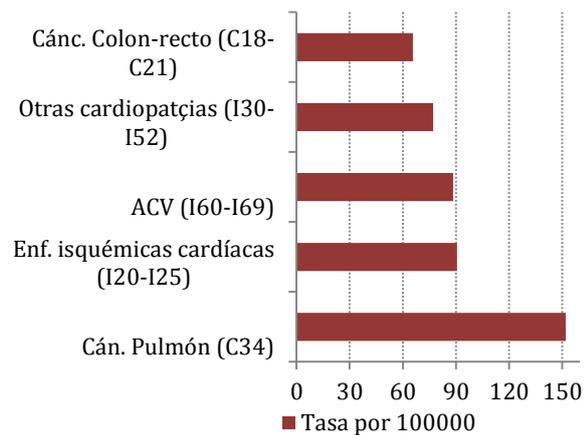
15-34 años. TM: 37,83/100000 hab
N= 24



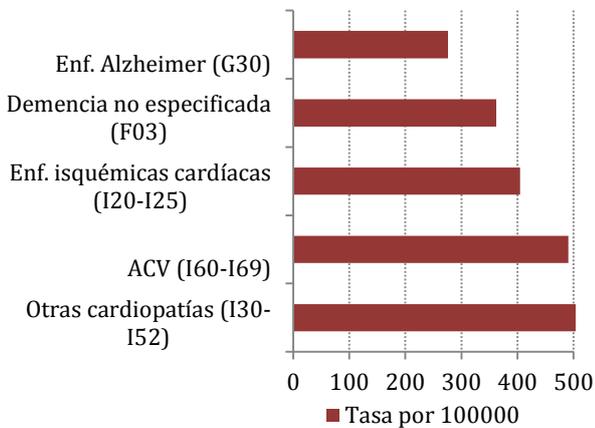
35-64 años. TM: 233,91/100000 hab
N= 344



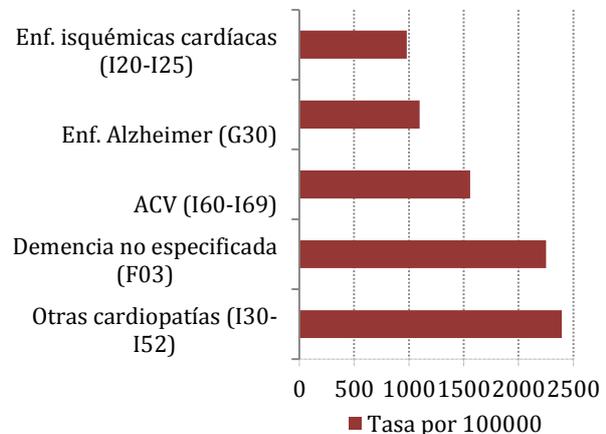
65-79 años. TM: 1493,79/100000 hab
N= 659



80-89 años. TM: 6421,34/100000 hab
N= 1047



90 y más años. TM: 19595,96/100000 hab
N= 679



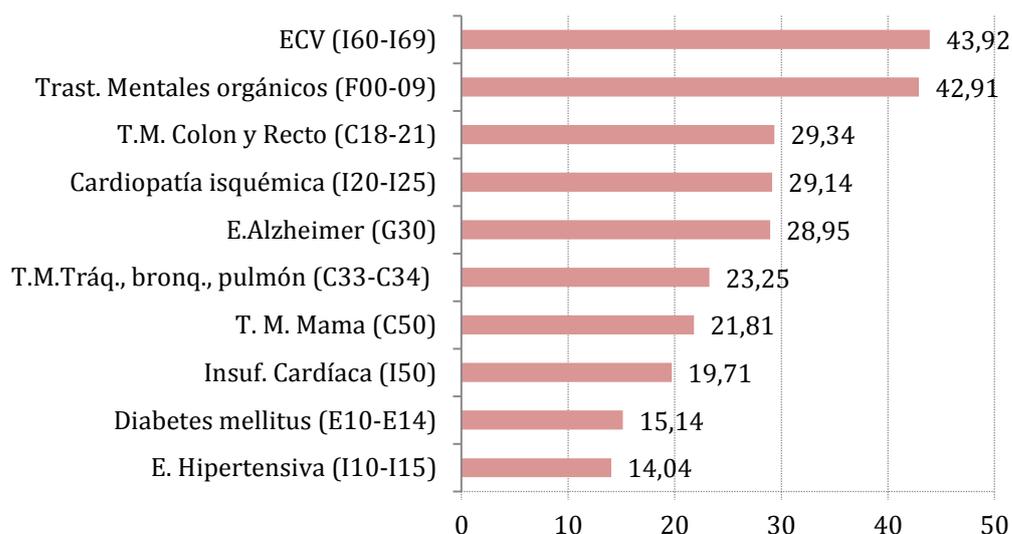
Mortalidad por causas específicas por sexo

Entre las mujeres, las tres primeras causas de muerte fueron la enfermedad cerebrovascular (tasa estandarizada: 43,92 por 100.000), los trastornos mentales orgánicos (42,91/100.000) y el cáncer de colon y recto (29,34/100.000).

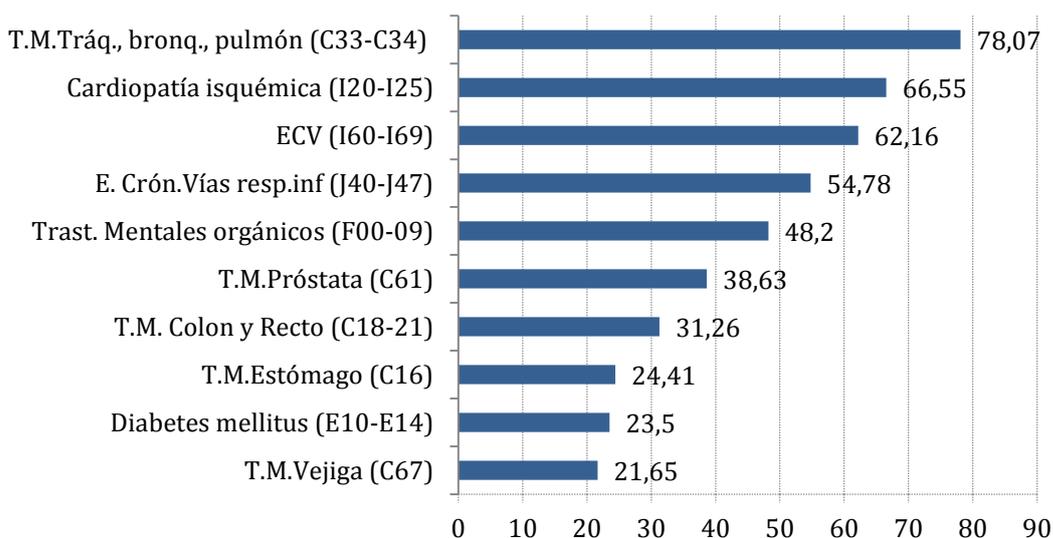
Entre los hombres, las primeras causas fueron el cáncer de pulmón (78,07/100.000), la cardiopatía isquémica (66,55/100.000), y la enfermedad cerebro-vascular (62,16/100.000).

Tasas de mortalidad estandarizada, por 100.000 habitantes. Araba/Álava 2015

a) MUJERES



b) HOMBRES



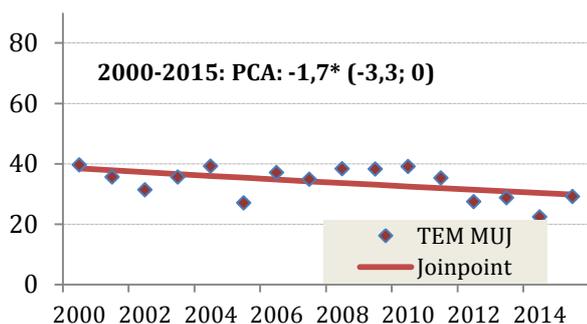
Evolución de algunas causas de muerte, periodo 2000-2015

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 significativos.

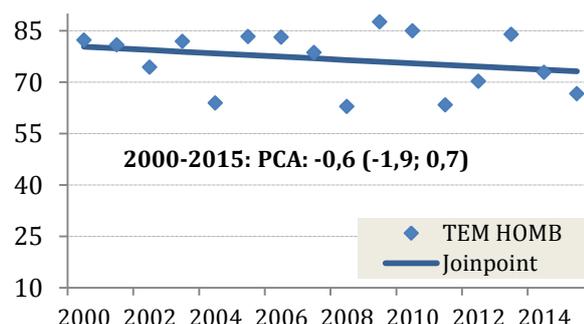
La mortalidad por cáncer de pulmón sigue una tendencia significativamente ascendente en ambos sexos y más acusada en las mujeres. Tanto la mortalidad por cáncer de mama como por cáncer de próstata presentan una tendencia ascendente en el periodo pero no son estadísticamente significativas. La mortalidad por cáncer de estómago desciende en las mujeres un 1,7% anual y crece un 0,9% anual, pero los cambios no son significativos. La mortalidad por cáncer de colon y recto permanece bastante estable en mujeres (PCA: -0,7) y, tras un periodo ascendente, desciende de forma estadísticamente significativa en los hombres.

Evolución de las principales causas de muerte, por sexo. Araba/Álava 2000-2015. Tasas estandarizadas de mortalidad (TEM) por 100.000 habitantes.

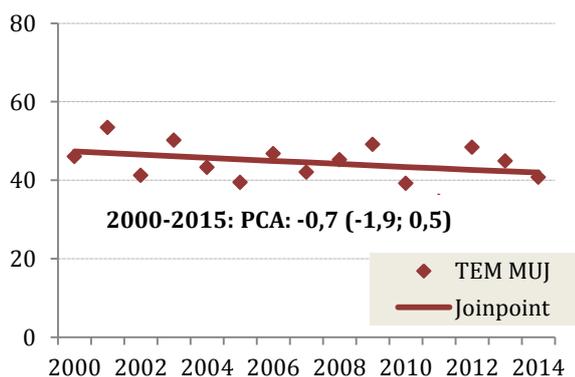
Cardiopatía isquémica, mujeres.



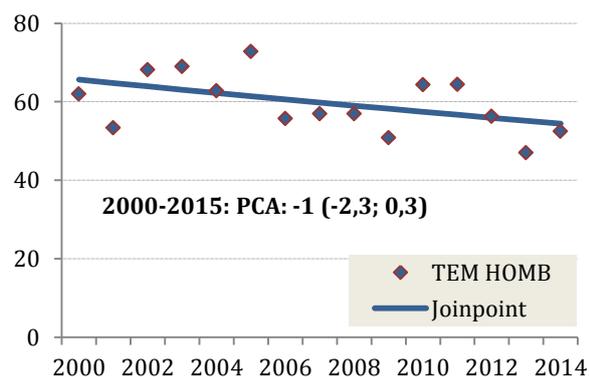
Cardiopatía isquémica, hombres.



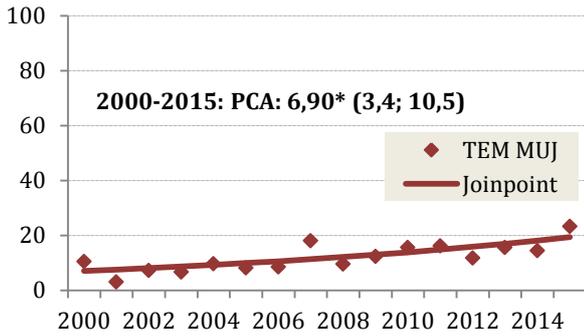
Enf. Cerebrovascular, mujeres



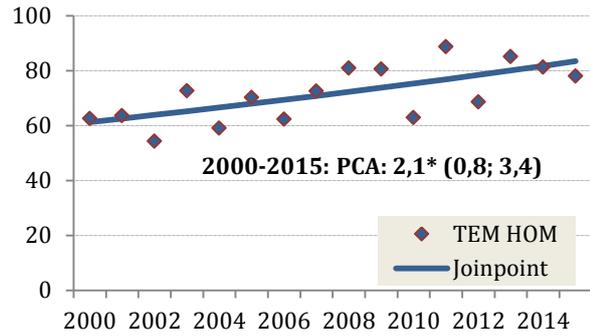
Enf. Cerebrovascular, hombres



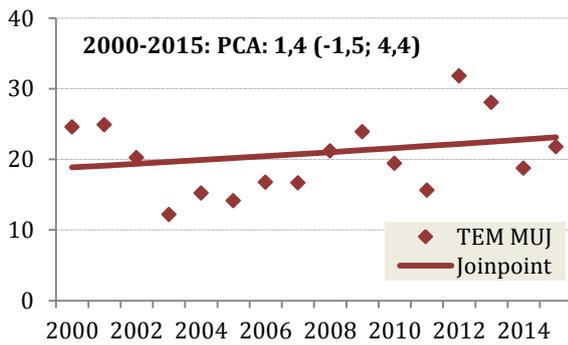
Cáncer pulmón, mujeres.



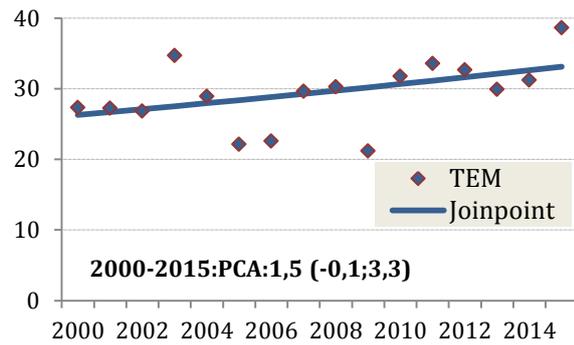
Cáncer pulmón, hombres.



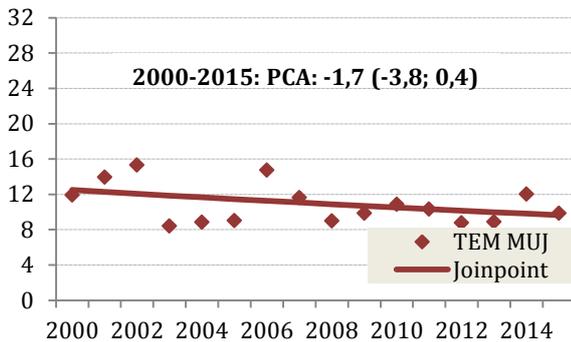
Cáncer de mama



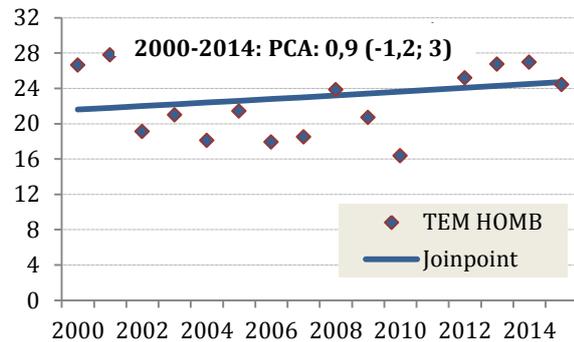
Cáncer de próstata



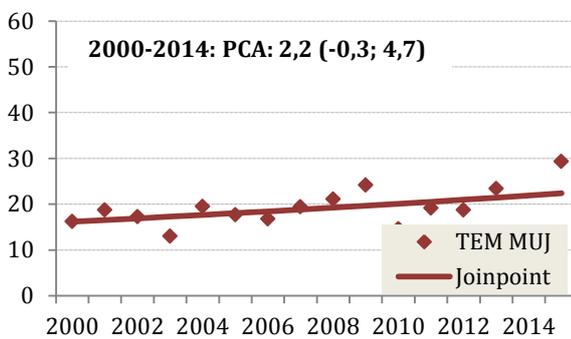
Cáncer estómago, mujeres.



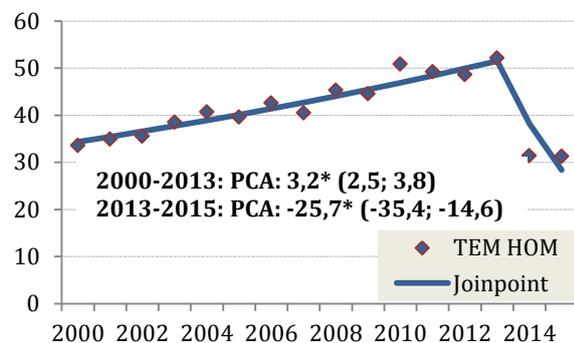
Cáncer estómago, hombres.



Cáncer colon recto, mujeres.



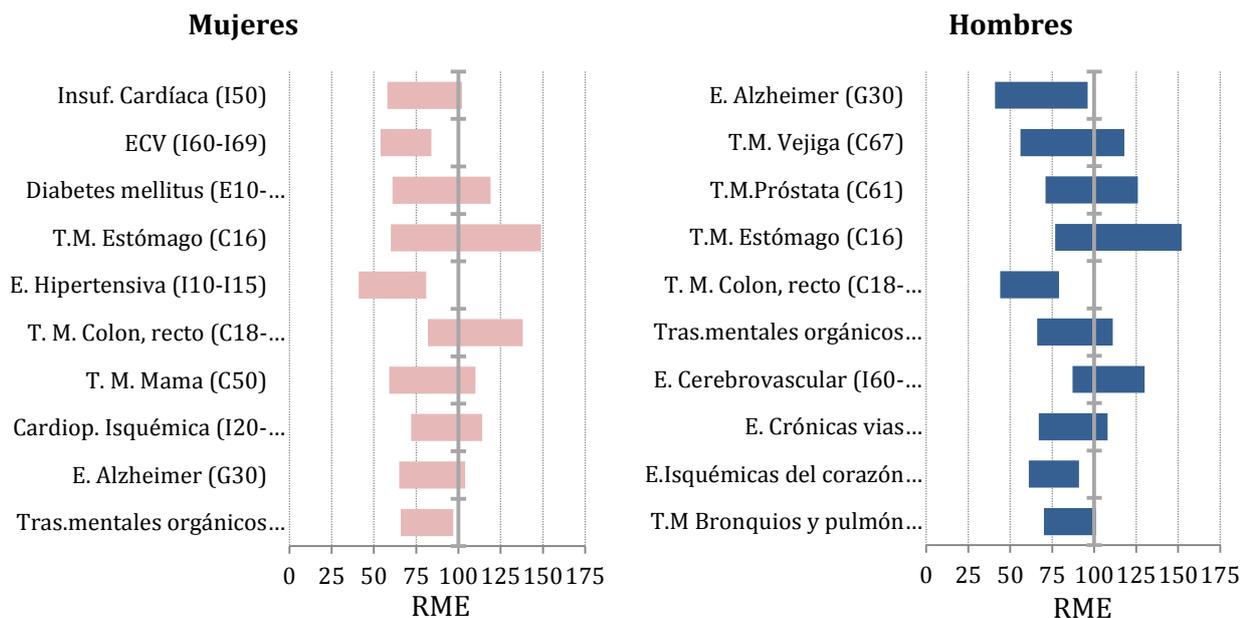
Cáncer colon recto, hombres.



Razón de mortalidad estandarizada (RME)

En 2015, la mortalidad por todas las causas en Araba/Álava fue inferior a la de la CAPV en mujeres (RME=84,92, IC95% 80,41-89,43) y hombres (RME=85,56; IC95% 81,11-90,00). En mujeres, la mortalidad por ECV, enf. hipertensiva y trastornos mentales orgánicos son significativamente menores en Araba/Álava que en la CAPV. En los hombres, ocurre lo mismo en la Enf. Alzheimer, cáncer de colon y recto y en las enfermedades isquémicas del corazón. 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 2015



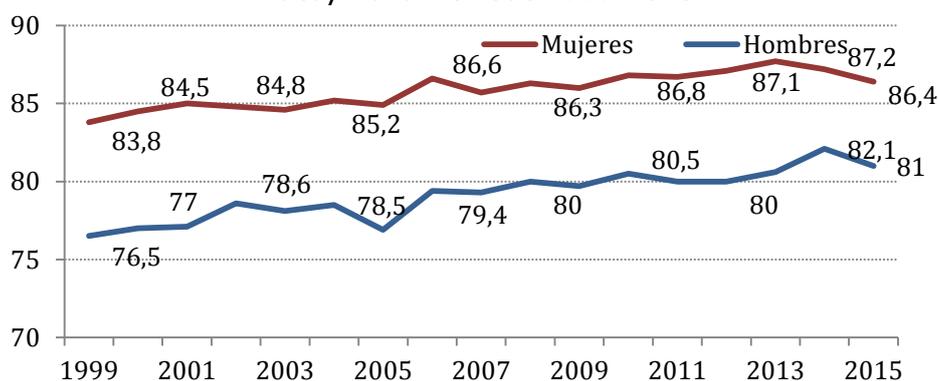
Mortalidad infantil

Se registraron 5 fallecidos menores de un año nacidos vivos (tasa de 1,57 por 1000 nacidos vivos). se produjeron 11 fallecidos durante el periodo perinatal, que comprende desde la semana 28 de gestación hasta la primera semana de vida); la tasa resultante es de 3,46 fallecidos por 1.000 nacidos vivos.

Esperanza de vida al nacimiento

La esperanza de vida al nacer en Araba/Álava, en 2015, fue de 86,4 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 5,4 años en el año 2015.

**Esperanza de vida al nacimiento según sexo.
Araba/Álava. Periodo 1999-2015**



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

Mortalidad prematura. Años potenciales de vida perdidos (APVP)

Los Años Potenciales de Vida Perdidos hasta la edad de 70 años (APVP₇₀) es un indicador del impacto de la mortalidad en jóvenes. Las muertes a edades muy tempranas aportan más años de vida perdidos que aquéllas a edades más tardías. Pocas muertes a edades tempranas pueden generar un APVP superior a los de muchas muertes a edades tardías. En 2015 los APVP₇₀ fueron 8697. Las diferencias por sexo son claras en el valor total (2950 APVP₇₀ mujeres; 5747 APVP₇₀ hombres) y en las principales causas. En las mujeres, las principales fueron los tumores malignos: cáncer de mama (205 APVP₇₀); cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (302 APVP₇₀); cáncer de colon y recto (177 APVP₇₀). En los hombres, fueron el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (403 APVP₇₀), cardiopatía isquémica (288 APVP₇₀) y las enf. congénitas (356 APVP₇₀). Tomando ambos sexos, destacan el cáncer de pulmón con 705 APVP₇₀, primera causa, y el suicidio 425 APVP₇₀, la tercera causa.

Años Potenciales de Vida Perdidos hasta los 70 años (APVP₇₀) y tasa estandarizada por 100.000 habitantes. Primeras causas. Araba 2015. Registro de mortalidad

Causa	Mujeres		Hombres	
	APVP ₇₀	Tasa	APVP ₇₀	Tasa
T.M. Mama (C50)	205	114,99	0	0
T.M.Tráq., bronq, pulmn (C33-C34)	302	171,05	403	238,78
T. M. Colon, recto (C18-C21)	177	101,27	147	82,70
ECV (I60-I69)	107	58,49	155	97,92
T. M. Páncreas (C25)	48	26,04	98	59,25
Suicidio (X60-X84)	139	86,70	286	191,14
Envenenamientos (X40-X49)	2	1,18	130	67,95
Accid. Tráfico (V01-V99)	23	12,72	160	119,05
E. Congénitas (Q00-Q99)	82	57,83	356	218,96
Cardiopatía isquémica (I20-I25)	61	34,63	288	165,89
E. Del hígado (K70-K77)	56	30,40	258	153,26

