

MEMORIA

2005

EDO
ESTUDIO DE BROTES
MÉDICOS VIGIA
MORBILIDAD HOSPITALARIA
MORTALIDAD
REGISTRO DE CÁNCER
VACUNACIONES
VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA

1.- ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

1.1.- DECLARACIÓN NÚMERICA SEMANAL

El porcentaje de declaración relativa a Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) alcanzó el 94,07% durante el año 2005.

En las tabla 1 y 2 y en el gráfico 1 se representan los datos EDO del 2005.

Figura 1.- Porcentaje de declaración. EDO Álava 96-05

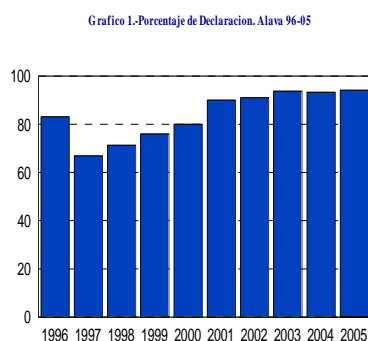


Tabla 1.- Cobertura declaración numérica según zona-Álava 2005

ZONA	%
ÁLAVA OESTE	83,92
ÁLAVA NORTE	89,66
ÁLAVA ESTE	66,58
RIOJA	84,96
GASTEIZ	98,06
TOTAL	94,07

Tabla 2.- Porcentaje de declaración por centros. Álava 2005

CENTRO	%	CENTRO	%
A.N.S. Estibaliz	98,08	Elciego	94,23
Aiala	96,15	Espejo	98,08
Alegria-Dulantzi	63,46	Iruña de Oca	80,77
Amurrio	98,31	Labastida	84,62
Aramaiona	78,85	Laguardia	84,62
Arceniega	98,08	Lanciego	98,08
Arrazua-Ubarrundia	100,0	Lapuebla de Labarca	98,08
Aspárrena	90,38	Legutiano	92,31
Barrundia-Ozaeta	53,85	Leza	72,12
Berantevilla	96,15	Llodio	83,08
Bergüenda	61,54	Maestu	48,08
Bernedo	59,62	Moreda	92,31
C.S. Abetxuko	97,44	Okondo	80,77
C.S. Aranbizkarra I	99,30	Oion	80,77
C.S. Aranbizkarra II	99,76	Peñacerrada	98,08
C.S. Casco Viejo	99,84	Ribera Alta	100
C.S. La Habana	96,30	Ribera Baja	32,69
C.S. Lakua-arriaga	95,51	Salcedo	96,15
C.S. Lakuabizkarra	98,81	Salinas de Añana	96,15
C.S. Olarizu	99,83	Salvatierra	70,51
C. S. San Martin	99,33	Urkabustaiz-Izarra	98,08
C.S. Sansomendi	98,65	Valdegovia	78,85
C. S. Zaramaga	91,96	Villabuena	76,92
Campezo	65,38	Zambrana	100,0
Cigoitia-Gopegui	92,31	Zuia	96,15
Cuartango	96,15		

1.2.- DECLARACIÓN RELATIVA POR ENFERMEDADES

En el año 2005 se notificaron a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Álava los casos incidentes que se reflejan en la tabla 3. También se presentan los índices epidémicos 1 y 2 correspondientes a cada enfermedad.

Analizando el IE 1:

Incidencia baja: aparecen Enfermedad meningocócica, Infección gonocócica, paludismo y Varicela.

Incidencia normal: Legionelosis y tuberculosis.

Incidencia alta: gripe, sífilis, parotiditis, Tos ferina, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C.

En el IE 2, que presenta mayor estabilidad, se observó:

Incidencia baja: Fiebre Tifo-paratífica, Enfermedad meningocócica, varicela, Infección gonocócica y paludismo.

Incidencia normal: gripe, tuberculosis y Hepatitis C.

Incidencia alta: Legionelosis, Meningitis tuberculosa, Sífilis, Parotiditis, Tos ferina, Hepatitis A y Hepatitis B.

En la página siguiente se representan gráficamente los índices epidémicos (Figuras 2 y 3).

En la valoración de los índices epidémicos referentes a la Hepatitis C véase el epígrafe correspondiente a dicha enfermedad, que se comenta más adelante.

Tabla 3.- Casos y tasas por 100.000 hab. Álava. 2005

ENFERMEDAD	2005		IE*	
	Casos	Tasa	IE1	IE2
Enfermedades de transmisión alimentaria				
Botulismo	0	-	-	-
Cólera	0	-	-	-
Disentería	1	0,35	0,00	0,00
Fiebre tifo-paratífica	0	0,00	0,00	0,00
Triquinosis	0	0,00	0,00	0,00
Enfermedades de transmisión respiratoria				
E. meningocócica	8	2,79	0,44	0,67
Gripe	10.414	3.636,3	2,16	0,78
Legionelosis	13	4,54	0,87	1,3
Meningitis tuberculosa	2	0,70	0,00	2
Tuberculosis	55	19,20	1,04	0,95
Varicela	1592	555,89	0,48	0,75
Enfermedades de transmisión sexual				
Infección gonocócica	2	0,70	0,5	0,5
Sífilis	9	3,14	1,8	2,25
Enfermedades prevenibles por inmunización				
Difteria	0	-	-	-
Parotiditis	25	8,73	2,78	2,78
Poliomielitis	0	-	-	-
Rubéola	3	1,05	0,00	0,00
Sarampión	0	-	-	-
Tétanos	0	-	-	-
Tos Ferina	2	0,70	2	2
Hepatitis víricas				
Hepatitis A	6	2,10	1,5	1,5
Hepatitis B	9	3,14	2,25	2,25
Hepatitis C	5	1,75	2,5	1
O. hepatitis víricas	0	-	-	-
Zoonosis				
Brucelosis	0	0,00	0,00	0,00
Rabia	0	-	-	-
Enfermedades importadas				
Fiebre amarilla	0	-	-	-
Paludismo	2	0,70	0,4	0,4
Peste	0	-	-	-
Enfermedades declaradas sistemas especiales				
Tifus exantemático	0	-	-	-
Leprosia	0	0,00	0,00	0,00
Rubéola congénita	0	-	-	-
Sífilis congénita	0	-	-	-
Tétanos neonatal	0	-	-	-

* Valores comprendidos entre 0,76 y 1,24 se consideran incidencias normales. Son de incidencia alta aquellas enfermedades con un IE igual o superior a 1,25 y de incidencia baja las que presentan valores inferiores o iguales a 0,75. En enfermedades con baja incidencia debe tenerse en cuenta que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en los índices.

IE 1= Número casos / número casos año anterior.

IE 2= Número casos / mediana quinquenio anterior.

Figura 2.-IE1. Álava 2005

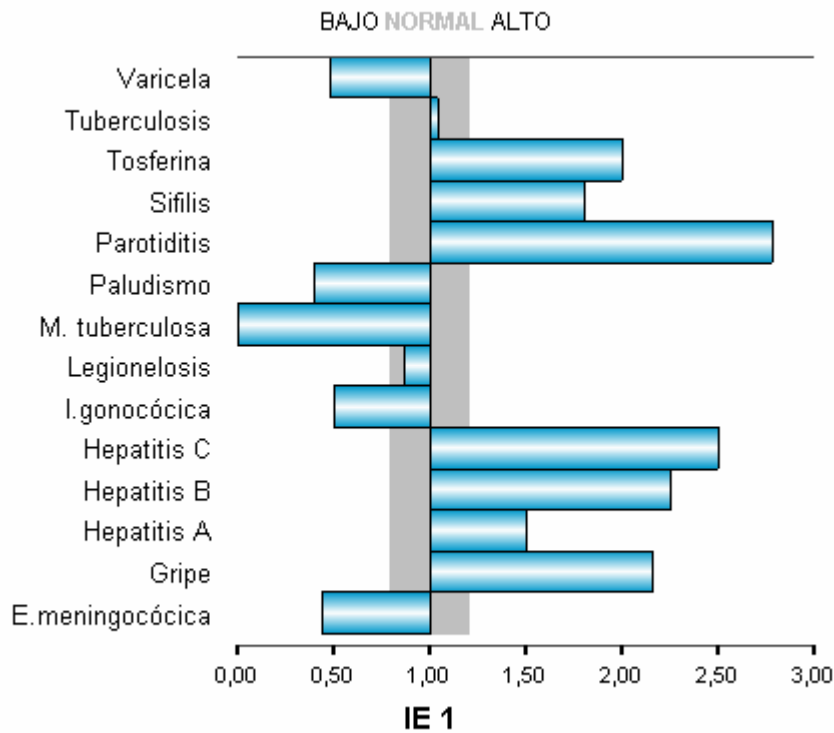
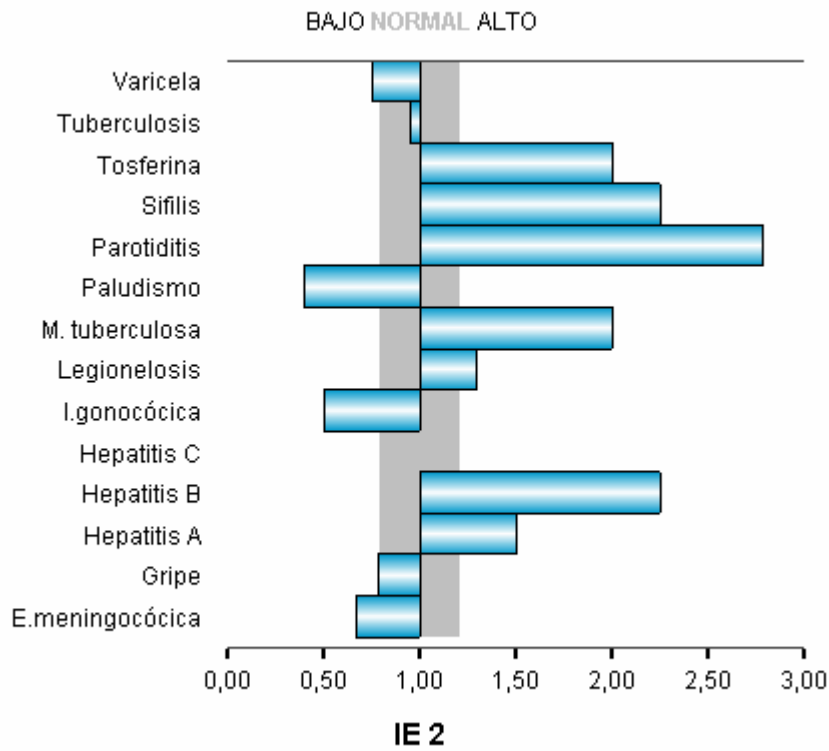


Figura 3.-IE2. Álava 2005



La distribución de los casos y tasas por zonas del Territorio Histórico de Álava durante el 2005, se indican en la tabla 4.

Tabla 4.- EDO. Casos y tasas por cien mil habitantes según zona. Álava 2005

ENFERMEDAD	A. OESTE		A. NORTE		A. ESTE		RIOJA		GASTEIZ		TOTAL	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Disentería	0	-	0	-	0	-	0	-	1	0,46	1	0,35
F. Tifoidea	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Triquinosis	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
E. Meningocócica	0	-	1	2,48	0	-	0	-	7	3,23	8	2,79
Gripe	482	6184,24	1480	3669,45	372	3210,49	430	4378,37	7650	3527,75	10414	3636,34
Legionelosis	1	12,83	3	7,44	0	-	0	-	9	4,15	13	4,54
Tuberculosis	3	41,43	9	22,76	0	-	0	-	43	19,82	55	19,20
Varicela	21	269,44	223	552,90	24	207,13	47	478,57	1277	588,88	1592	555,89
Inf. Gonocócica	0	-	0	-	0	-	0	-	2	0,92	2	0,70
Sífilis	0	-	0	-	0	-	0	-	8	3,69	8	2,79
Parotiditis	0	-	2	4,96	0	-	0	-	23	10,69	25	8,73
Tos ferina	1	12,83	0	-	0	-	0	-	1	0,46	2	0,70
Rubeola	0	-	0	-	0	-	0	-	3	0,00	3	0,00
Hepatitis A	0	-	0	-	0	-	0	-	6	2,77	6	2,10
Hepatitis B	0	-	0	-	0	-	1	10,18	8	3,69	9	3,14
Hepatitis C	2	25,66	0	-	0	-	0	-	3	1,38	5	1,75
Paludismo	0	-	1	2,48	0	-	0	-	1	0,46	2	0,70
Lepra	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

En la tabla 5 se describe la evolución de los casos y tasas por 100.000 habitantes en el quinquenio 2001 a 2005 en el Territorio Histórico de Álava..

Tabla 5.- Evolución EDO y tasas por cien mil habitantes. Álava 2001-2005

ENFERMEDAD	2001		2002		2003		2004		2005	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Botulismo	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Cólera	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Disentería	0	0,00	0	0,00	1	0,35	0	-	1	0,35
F. Tifo-paratífica	1	0,35	4	1,40	1	0,35	0	-	0	0,00
Triquinosis	0	-	0	-	1	0,35	0	-	0	0,00
E. meningocócica	6	2,10	12	4,19	12	4,19	18	6,29	8	2,79
Gripe	5.132	1.791,98	13.494	4.711,81	13.387	4.674,44	4.816	1.681,64	10.414	3.636,34
Legionelosis	3	1,05	10	3,49	19	6,63	15	5,24	13	4,54
Tuberculosis	73	25,49	58	20,25	35	12,22	53	18,51	55	19,20
Varicela	1.755	612,81	2.327	812,54	1.665	581,38	3.291	1.149,14	1.592	555,89
I. gonocócica	3	1,05	3	1,05	7	2,44	4	1,40	2	0,70
Sífilis	0	0,00	0	0,00	6	2,10	5	1,75	9	3,14
Difteria	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Parotiditis	11	3,84	5	1,75	7	2,44	9	3,14	25	8,73
Poliomielitis	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Rubéola	0	-	0	-	0	-	0	-	3	1,05
Sarampión	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Tétanos	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Tos Ferina	1	0,35	0	-	1	0,35	1	0,35	2	0,70
Hepatitis A	5	1,75	3	1,05	3	1,05	4	1,40	6	2,10
Hepatitis B	8	2,79	4	1,40	2	0,70	4	1,40	9	3,14
Hepatitis C	24	8,38	3	1,05	5	1,75	2	0,70	5	1,75
O. Hepat. Víricas	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Brucelosis	0	-	1	0,35	0	-	2	0,70	0	-
Rabia	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Fiebre amarilla	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Paludismo	6	2,10	2	0,70	7	2,44	5	1,75	2	0,70
Peste	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Tifus exantemático	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Lepra	0	-	0	-	1	0,35	1	0,35	0	-
Rubéola congénita	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Sífilis congénita	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Tétanos neonatal	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA

DISENTERÍA

A través del sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) en el 2005 se notificó un caso de disentería bacilar (Shigelosis; enfermedad diarreica producida por *Shigella*) en una mujer de 24 años causada por *S. sonnei*. Como factor de riesgo se identificó el antecedente de contacto con personas aquejadas de gastroenteritis.

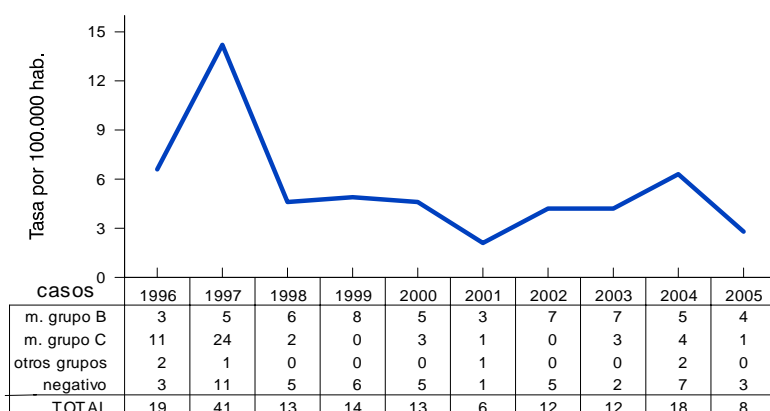
Los seres humanos constituyen el único reservorio importante. El modo de transmisión predominante es fecal-oral directa o indirecta a partir de un paciente sintomático o de un portador asintomático. La infección puede aparecer después de ingerir agua o alimentos contaminados, así como por transmisión persona a persona. El inóculo infectante puede ser de apenas 10 a 100 microorganismos.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA

Enfermedad meningocócica

Se notificaron 8 casos de enfermedad meningocócica (tasa de incidencia 3,16 por 100.000 habitantes). Cinco casos se confirmaron microbiológicamente, 4 fueron *Neisseria meningitidis* serogrupo B y uno serogrupo C. Fallecieron dos mujeres de 55 y 65 años por sepsis, en un caso debido a meningococo B de la cepa subtipada como 2a:P1.5 y en otro por meningococo C del que no se dispone de serosubtipado.

Figura 4.-Tasa de enfermedad meningocócica en Alava. Evolución 1996-2005

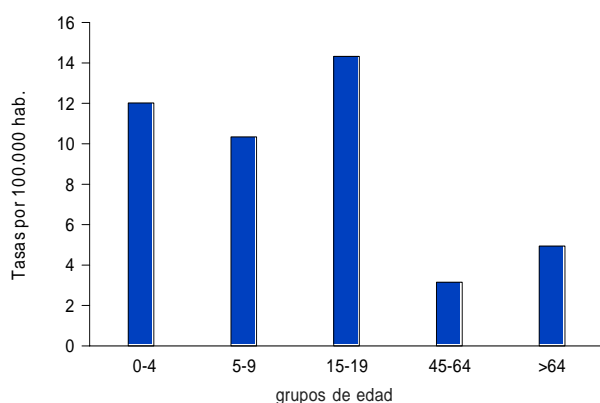


La incidencia en 2005 ha disminuido respecto al pasado año, asimismo es inferior a la mediana (12) del último quinquenio (figura 4).

El único caso producido por meningococo C afectó a una mujer de 65 años.

En los últimos años se han efectuado tres campañas de vacunación frente al meningococo. En la primera, en 1997, se utilizó vacuna de polisacárido capsular A+C y se dirigió al grupo de edad comprendido entre los 18 meses y los 19 años. La otra campaña, con vacuna conjugada C, se efectuó a finales de 2000 en menores de 7 años. La vacuna conjugada frente al meningococo C se incluyó en el calendario de vacunación infantil en agosto de 2000. En el primer trimestre de 2005, se realizó una nueva campaña de vacunación con vacuna conjugada C dirigida al grupo de edad de entre 11 y 20 años que había quedado sin vacunar en la campaña anterior.

Figura 5.- Tasas de enfermedad meningocócica por grupos de edad. Alava 2005



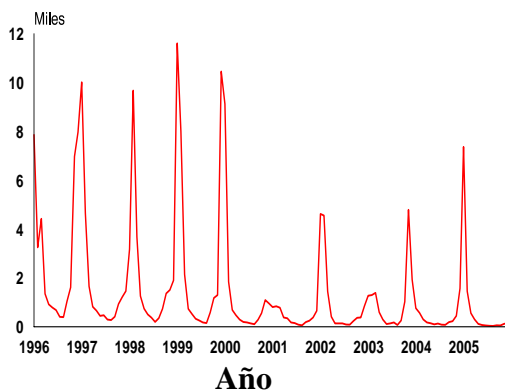
La mitad de los casos se presentaron en menores de 20 años (figura 5). Casi las dos terceras partes de los afectados fueron mujeres (5).

Como medida de control para evitar la aparición de casos secundarios, además de indicarse quimioprofilaxis a los contactos de los 8 afectados, se intervino en dos ocasiones por pertenencia del caso a un colectivo diferente al familiar, prescribiéndose quimioprofilaxis antibiótica a 67 contactos y en 6 de ellos también vacunación antimeningocócica conjugada C.

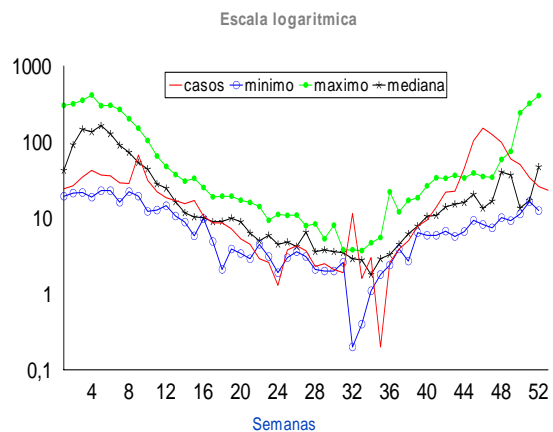
GRIPLE

Se han registrado 10.414 casos de gripe (Tasa de 3.636,34 por 100.000 habitantes), prácticamente se ha duplicado la incidencia registrada respecto al año anterior. El pico de casos se alcanzó en la semana 2 (2.368 casos). Este incremento también se registró a través de la vigilancia practicada por la Red de Médicos Vigía de la temporada 04-05, en donde el pico epidémico se registraba entre la segunda y tercera semana del 2005, y se reducía progresivamente a partir de este momento. El registro EDO de casos no coincide con la temporada de vigilancia por la Red de Médicos Vigía, que va desde la semana 40 del 2004 a la semana 20 del 2005. Dicha vigilancia se comentará en el apartado correspondiente de este documento. En las figuras 6 y 7 se representa la evolución de la declaración numérica en los últimos 10 años y el canal endemoepidémico respectivamente del año 2005.

**Figura 6.-Declaración numérica.
Gripe.Álava 1996-2005**



**Figura 7.-Canal endemoepidémico.
Gripe. Álava 2005**



LEGIONELLA

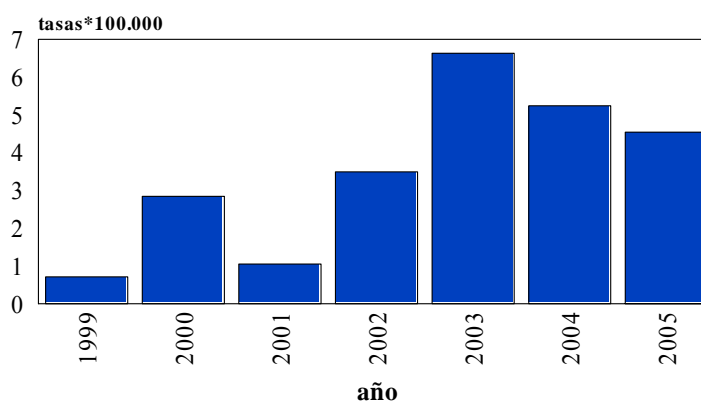
Durante el año 2005 hubo una ligera reducción de la incidencia de legionelosis; se declararon 13 casos, lo que representa una tasa de 4,54 por 100.000 habitantes. El diagnóstico se realizó por detección de antígeno en orina en todos los casos, con una única excepción, en la que el diagnóstico se realizó mediante la combinación la técnica arriba indicada junto a la confirmación posterior por Elisa. En la tabla 6 se indica la distribución por sexo y grupo de edad. Se produjo un fallecimiento; una mujer de 57 años, la cual estaba aquejada de una leucemia promielocítica aguda que no había sido diagnosticada hasta el momento del ingreso hospitalario. Uno de los casos era un señor de edad avanzada residente en centro de ancianos.

**Tabla 6.- Distribución según sexo y grupo de edad.
Legionella. Álava 2005**

GRUPO DE EDAD	SEXO		TOTAL	% GRUPO DE EDAD	TASA X 100.000
	VARÓN	MUJER			
25 a 44 años	3	-	3	23,07%	3,12
45 a 64 años	4	1	5	38,46%	6,96
Mayores de 65 años	4	1	5	38,46%	10,91
TOTAL	11	2	13	100,0	6,63
% SEXO	84,2	15,8	100,0		
Fallecimientos: 1 Letalidad: 7,69%					

En el siguiente gráfico se representa la evolución de las tasas por 100.000 habitantes de legionella en el Territorio Histórico de Álava desde el año 1999 hasta el 2005.

Figura 8- Evolucion tasas de legionella.Alava 1999-2005



Según el ámbito de aparición de los casos; todos se presentaron como casos aislados.

De los trece casos aislados en seis no se identificaron factores de riesgo. En los 7 restantes se identificaron los siguientes; dos de los casos presentaban antecedentes de neoplasia (una mujer de 57 años que padecía leucemia promielocítica aguda sin diagnosticar hasta el momento de ingreso y un hombre de 72 años que en el años 2003 se le diagnosticó un adenocarcinoma de colon, recidiva de un proceso previo en lengua), diabetes (dos casos), 1 caso de bronquitis crónica, tuberculosis testicular manifiesta 15 días antes al inicio de la sintomatología por la afección aquí analizada (1 caso). Este último paciente también padecía apnea del sueño y OCFA sin confirmar.

La distribución según municipio de residencia de los casos de legionella se refleja en la tabla 7, indicando las tasas por 100.000 habitantes

**Tabla 7.- Distribución según municipio.
Legionella. Álava 2005**

MUNICIPIO	CASOS	TASA x 100.000
Vitoria-Gasteiz	9	4,15
Murguía	1	52,5
Valdegobía	1	105
Llodio	2	10,6
TOTAL	13	4,54

TUBERCULOSIS

Durante 2005 se han recibido 55 declaraciones individuales de TBC. La tasa por 100.000 hab. es de 19,20. Aún a pesar de que la tasa ha aumentado ligeramente con respecto al año anterior (54 casos, tasa: 18,86/100.000 hab.), la tendencia se ha estabilizado en estos dos últimos años. (Fig. 9)

Fig. 9. TUBERCULOSIS (TASA/100000) ALAVA 1992-2005

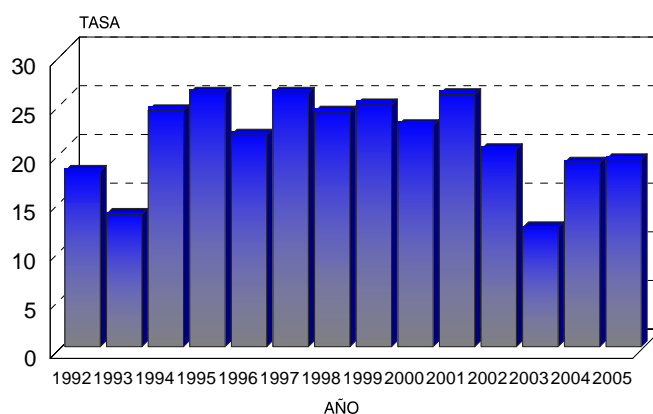
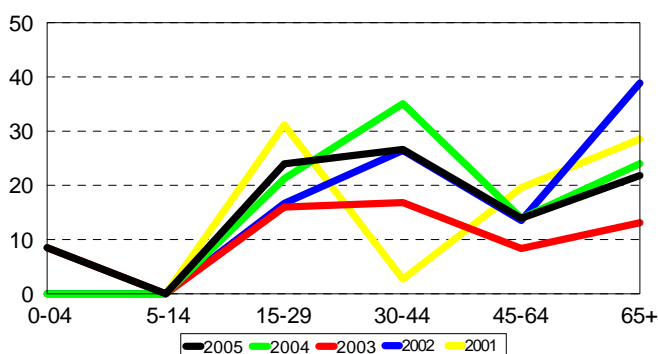


Fig. 10. TBC. TASAS/100000. GRUPOS EDAD ALAVA 2001 - 2005



La razón de sexos de los casos declarados es de 1,29 con 31 casos en varones (tasa de 21,82/100000) y 24 casos en mujeres (tasa de 16,62/100000). El grupo de edad más afectado es el de 30-44 años (26,63/100.000 h.), (Tabla 8).

En la figura 10 se observa la distribución de las tasas por grupos de edad en los últimos 5 años.

El 23,64% del total de las TBC y el 33,33% de las TBC bacilíferas corresponden a inmigrantes que llegaron aquí en 1991 (1), 1996 (1), 1998 (2), 1999 (1), 2000 (1), 2002 (2), 2003 (3) y 2005 (2). Los países de procedencia son: 9 casos de Marruecos y 1 caso en Ecuador, Angola, Portugal y Argelia respectivamente.

Tabla 8.- Casos y Tasas por 100.000 habitantes de Tuberculosis según grupos de edad y sexo. Álava 2005

	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
0 - 4	1	16,82	0	-	1	8,48
5 - 14	0	-	0	-	0	-
15 - 29	9	28,09	6	19,64	15	23,97
30 - 44	6	16,75	13	36,59	19	26,63
45 - 64	7	19,19	3	8,48	10	13,92
65 +	8	40,14	2	7,723	10	21,82
TOTAL	31	21,82	24	16,62	55	19,20

Respecto al método diagnóstico, en 20 casos (36,36% del total) han presentado baciloscopia y/o cultivo positivo en esputo, BAL y/o BAS en alguna muestra biológica. Los casos con microscopia directa de esputo positiva son 18 (51,42 % de las TBC pulmonares) lo que supone una tasa de tuberculosis bacilífera de 6,28 casos por 100.000 habitantes, ligeramente inferior a la registrada el pasado año (6,98 casos /100000 hab.).

Del total de las muestras testadas, en 2 casos han aparecido resistencias a antibióticos: 1 a rifampicina y dos casos resistente a estreptomomicina.

Dentro de los objetivos específicos que se plantearon en el programa de prevención y control de la TBC para la CAPV, en el apartado de detección y diagnóstico, eran dos los indicadores, demora diagnóstica 1 (demora desde la evaluación diagnóstica inicial hasta el inicio de tratamiento) y demora diagnóstica 2 (demora desde el inicio de los síntomas hasta el inicio de tratamiento).

El objetivo para la demora diagnóstica 1 es difícil de evaluar ya que, aunque se haga referencia a consultas previas, en las historias clínicas no se refleja la fecha de la primera consulta en la mayoría de los casos.

El valor para la demora diagnóstica 2 debía ser menor de 30 días en el 95% de los casos bacilíferos. Este año en uno de los casos de las TBC bacilíferas no se pudo calcular este índice, al no costar la fecha de inicio de síntomas. En el resto de casos con BK(+) en esputo, este objetivo se ha cumplido en el 50% con un mínimo de 2 días, un máximo de 122, una media de 38,88 y una mediana de 30 días, datos significativamente inferiores al pasado año (Media: 58,06 días, Mediana: 39 días).

Cinco de los casos han sido declarados por más de un centro (hospital más centro de salud o viceversa), en estos casos se ha contabilizado el caso para el centro que lo declaró en primer lugar.

Este año 52 casos de tuberculosis declaradas han sido a través de la red de hospitales públicos de Osakidetza (sitios en la CAPV), y tres casos han sido notificados por el Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca, la Policlínica San José y El Departamento de Sanidad de Castilla y León respectivamente.

Tabla 9.- Tuberculosis según procedencia de la declaración. Álava 2005

DECLARANTE	Nº	%
H. Txagorritxu	32	58,18
H. Santiago	16	29,09
Policlínica San José	1	1,81
Otros centros de la CAPV	4	7,27
Otros centros fuera de la CAPV	1	1,81
Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca	1	1,81
TOTAL	55	100,00

En relación a la localización anatómica (Tabla 10), 35 casos (63,63%) corresponden a localización pulmonar.

Tabla 10.- Tuberculosis declaradas según localización. Álava 2005

LOCALIZACIÓN	Nº	%
PULMONAR	33	60
PULMONAR + OTRAS LOCALIZACIONES	2	3,63
PLEURAL	2	3,63
LINFÁTICA	5	9,09
DISEMINADA	3	5,45
MENÍNGEA	1	1,81
GENITOURINARIA	2	3,63
ÓSEA	1	1,81
MENINGEA+ESPONDILODISCITIS	1	1,81
*OTRAS	5	9,09
TOTAL	55	100,00

*Dentro de la categoría de otras podemos destacar; Adenitis, pericarditis, espondilodiscitis, absceso inguinal y salpingitis.

En la tabla 11 se muestra la distribución geográfica de los casos según municipio de residencia, correspondiendo a Aramaio la tasa más alta.

Tabla 11.- Tuberculosis.Tasa x 100.000 habitantes según municipio de residencia. Álava 2005

MUNICIPIO	Nº	TASA
Vitoria-Gasteiz	43	19,83
Llodio	3	15,85
Amurrio	3	31,71
Aramaio	1	68,21
Ayala	1	47,23
Zuia	1	52,47
C. P. Nanclares de Oca	3	-
TOTAL	55	19,20

De los 55 casos declarados, 52 son casos iniciales, 2 recaídas y 1 caso abandono de tratamiento.

En el 36,36% de los casos (20) no se conocen los factores de riesgo y en 12 casos (21,81%) han sido más de uno los factores de riesgo relacionados. (Tabla 12)

Tabla 12.- Tuberculosis según factores de riesgo. Álava 2005

FACTOR DE RIESGO	Nº	%
Contacto reciente con caso TBC	4	7,27
VIH	6	10,90
Diabetes	3	5,45
VIH + contacto reciente con TBC	2	3,63
Tabaco	2	3,63
Inmigración	2	3,63
No se conoce factor de riesgo	20	36,36
*Otros	16	29,09
TOTAL	55	100,00

*Dentro de la categoría de otros, podemos destacar; Alcoholismo, tabaco+EPOC, tabaco más otros, VIH- exADVP-exalcoholismo-tabaco, riesgo laboral-tabaco, cto TBC- tabaco-riesgo laboral, terapia inmunosupresora, alcohol-hemodiálisis-neoplasia-tabaco-epoc, ADVP.- indigente-prisión, terapia inmunosupresora-alcoholismo, TBC antigua no tratada.

Con respecto a los tratamientos prescritos, el objetivo era alcanzar la cumplimentación del tratamiento en el 90% de los casos y el 95% en los casos con TDO. Este objetivo ha mejorado notablemente con respecto al pasado año. Considerando como finalizados los tratamientos que aún están por terminar pero que se siguen correctamente, se habría conseguido un 100% de cumplimentación de los tratamientos prescritos y un 66,66% de los TDO (Tabla 13).

Tabla 13.- Cumplimentación de tratamiento de TBC. Álava 2005

SITUACIÓN FINAL	No TDO		TDO	
	Nº	%	Nº	%
No TDO. Por fallecimiento	2	4,08	0	-
TDO. finalizado	46	93,88	2	66,66
Continúan correctamente	1	2,04	0	-
Adherencia irregular			1	16,66
Perdido			1	16,66
TOTAL	49	100,00	6	100,00

Se ha iniciado estudio de contactos en 30 de las TBCs declaradas. Con respecto a los casos pulmonares han sido 29 (82,86%) los estudios iniciados. En el caso de las TBCs bacilíferas se han derivado para estudio el 94,44% (17). Se han estudiado un total de 177 personas, de las cuales se ha prescrito tratamiento a 63 (35,59%). Del total de tratamientos de ITL prescritos se han finalizado 33 (52,38%). Si sólo tenemos en cuenta los contactos derivados de una TBC bacilífera, el porcentaje de tratamientos finalizados es de 30,77%.

Tabla 14.- Estudios de contactos de TBC. Álava 2005

No pulmonares	20			estudio ctos. SI	1	P. estudiadas	1		
				No precisa	19	TTO. ITL.	0		
Pulmonares	35	Bacilífera	18	E. ctos. realizado	17	P. estudiadas	107		
						TTO. ITL.	39	Finalizado	12
								Continúa	0
								Reac. Adv.	0
								Desconocido*	27
				Caso post-cto.	2				
				Desconocido*	9				
				Desconocido*	1				
		No bacilífera	17	E. ctos. realizado	12	P. estudiadas	69		
						TTO. ITL.	24	Finalizado	21
						Continúa			
						Reac. Adv.			
						Desconocido*	3		
		Caso post-cto.	2						
		Desconocido*	3						
		No precisa	3						
		Desconocido*	3						

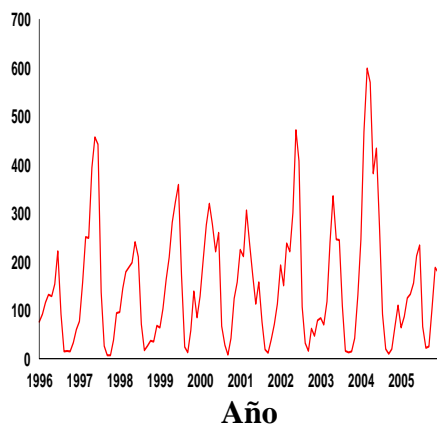
*Traslado, abandono, desconocido y no datos.

VARICELA

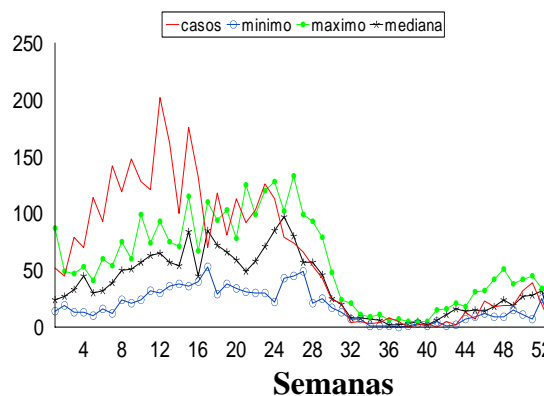
En el 2005 se declararon numéricamente 1.592 casos, lo que representa una tasa de 555,89 por 100.000 habitantes, cifra ésta significativamente inferior a la del año pasado (la mitad). Los índices epidémicos para esta enfermedad (IE 1 y IE.2 = 0,48 y 0,75), se han reducido notablemente respecto a las temporadas anteriores, alcanzando los valores más bajos en los últimos 6 años.. La distribución temporal de los casos refleja un pico que se produce entre finales de mayo y primera semana de junio, posteriormente vuelve a ascender en el mes de noviembre.

En las figuras 11 y 12 se representa la evolución de los últimos 10 años y el canal endemoepidémico de dicha enfermedad.

**Figura 11.-Declaración numérica.
Varicela. Álava 1996-2005**



**Figura 12.- Canal endemoepidémico.
Varicela.Álava 2005**



ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL

INFECCIÓN GONOCÓCICA

Enfermedad que se declara sólo de forma numérica. Durante el año 2005 se declararon dos casos, tasa de 0,70 por 100.000 habitantes, disminuyendo el número de casos declarados a la mitad respecto al año anterior.

SÍFILIS

Se notificaron numéricamente nueve casos de sífilis, lo que supone una tasa de 3,14 por 100.000 habitantes en el año 2005. La sífilis es una enfermedad que se declara sólo de forma numérica y se ha constatado un progresivo aumento en su incidencia desde el año 2004.

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN

PAROTIDITIS

En el 2005 se registraron veinte cinco casos de parotiditis (tasa de 8,73 por 100.000 habitantes) diagnosticados únicamente de forma clínica el 56% de los casos, mientras que el 44% restante se confirmó también por serología. La distribución de los casos por grupos de edad y sexo puede verse en la tabla 15.

**Tabla 15.- Distribución según sexo y grupo de edad.
Parotiditis. Álava 2005**

GRUPO DE EDAD	SEXO		TOTAL	% GRUPO DE EDAD	TASA X 100.000
	VARÓN	MUJER			
0 a 14 años	2	1	3	12	8,61
15 a 24 años	3	3	6	24	15,93
25 a 44 años	8	8	16	64	16,62
TOTAL	13	12	25	100	8,73
% SEXO	52	48	100		

Se detectó un cluster de casos en los que la transmisión se produjo entre familiares y/o miembros del mismo grupo de amigos. Se vieron afectados 7 casos, con un rango de edad entre 20 a 27 años, el 57% hombres y 43% mujeres. Todos se confirmaron por serología. Los casos no estaban vacunados o bien presentaban una única dosis de triple vírica.

Se declararon dos casos, no relacionados con el anterior cluster ni vinculo con otros casos, en una pareja de 25 y 26 años diagnosticados por serología, iniciando síntomas la mujer 14 días previos al de su pareja.

Durante este período del 2005 se comunicó desde Miranda de Ebro un caso de parotiditis en una mujer que trabajaba en una empresa en Vitoria. Posteriormente se produjo a partir de este caso un contagio de dos familiares suyos, siendo uno de ellos una profesora en un centro educativo en Vitoria-Gasteiz. A partir del análisis de contactos se identificó retrospectivamente el caso índice

en un empleado (35 años) de la misma empresa en la que trabajaba el caso citado en primer término (no pudo confirmarse por serología debido al tiempo transcurrido).

En el colegio donde impartía clases el segundo caso se realizó un estudio de contactos, se procedió revisando en primer lugar el estado vacunal de los alumnos. Por una parte se administró triple vírica a niños que procedían de otros países y no presentaban documentación de su estado vacunal o estaban incorrectamente vacunados o bien aquellos residentes de Álava que por diferentes motivos no presentaban una vacunación correcta. En una de las clases se adelantó segunda dosis de triple vírica (niños que a finales del 2005 iban a recibir igualmente la segunda dosis de triple vírica incluida en el calendario vacunal infantil de la CAPV, por parte del equipo de salud escolar). También se informó a las personas adultas del colegio sobre la posibilidad de vacunación, en aquellos casos en los que no tuvieran constancia de haber pasado la enfermedad.

Tras declararse 30 días después un segundo caso sospechoso en un adulto del mismo colegio (que posteriormente no se confirmó por serología), se amplió la pauta de actuación seguida en el primer caso, pero en esta ocasión a todo el colegio. De esta manera se pudo también actualizar los calendarios vacunales de cierto número de inmigrantes, la mayoría procedentes del Norte de África.

En el resto de casos declarados (15) no se encontró un vinculo epidemiológico. Solamente en 2 de ellos el diagnóstico se realizo mediante serología.

TOS FERINA

Una niña de 3 meses de edad, fue diagnosticada de tos ferina clínicamente y confirmado por laboratorio mediante aislamiento de Bordetella Pertussis en exudado nasofaríngeo. Se presentó como caso aislado. El otro caso se dio en una mujer de 67 años y su diagnóstico fue clínico sin confirmación por laboratorio.

RUBEOLA

Se diagnosticaron 3 casos confirmados por serología (IgM): 2 hombres (28 y 31 años) y una mujer de 40 años.

Dos de los casos tenían antecedentes de viajes previos al inicio de síntomas; a Colombia y Rusia respectivamente. El tercero realizaba viajes continuos, debido a su profesión, por todo España.

En todos ellos se realizo estudio de contactos, recomendando la vacunación en aquellos que no tuviesen antecedentes de haber pasado la enfermedad y/o no estaban vacunados.

HEPATITIS VÍRICAS

HEPATITIS A

Mediante confirmación por serología se declararon seis casos de hepatitis A aguda, tasa de 2,77 por 100.000 durante el 2005. Cuatro casos en hombres (30, 33, 34 y 45 años) y dos casos eran mujeres de 33 y 34 años respectivamente. Como factores de riesgo se identificaron viajes realizados a países endémicos de esta afección.

HEPATITIS B

Se notificaron nueve casos de hepatitis B aguda, en 5 varones y 4 mujeres, tasa de 3,14 por 100.000 habitantes durante el años 2005. El 50% de los casos en mujeres, pertenecían al grupo de edad de 45 a 64 años. El diagnóstico se realizó por serología y los factores de riesgo eran desconocidos, a excepción de un caso en el que personal no sanitario fue responsable de realizar las curas del personal laboral (entre el que se incluía algunos de los afectados). Es importante destacar el incremento en el número de casos declarados por esta afección, ya que se han duplicado los casos respecto al período anterior y la tasa ha adquirido el valor más alto de la últimas 5 temporadas.

HEPATITIS C[†]

De los cinco casos declarados en el 2005, en tres de ellos el diagnóstico fue por seroconversión. Se trataba de tres varones con edades de 20, 29 y 40 años y con antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral y de haber hecho uso común de jeringuillas. El cuarto caso (32 años) fue un hombre recluido en una institución correccional, consumidor de drogas (heroína inhalada y cannabis fumado) y con antecedentes cercanos de tatuajes y piercings.

El otro caso considerado como hepatitis C aguda se registró en una mujer de 65 años, en su caso únicamente se detectaba como factor de riesgo el haberse sometido a una depilación eléctrica facial.

ENFERMEDADES IMPORTADAS

PALUDISMO

El número de casos por Plasmodium ascendió a dos (tasa de 0,70 por 100.000 habitantes), en ambos se confirmó la presencia de Plasmodium falciparum mediante detección de antígeno y gota gruesa.

Los afectados fueron un hombre de 43 años que había viajado a África un mes antes de su ingreso hospitalario y una mujer de 24 años era oriunda de Costa de Marfil, pero que llevaba en el Territorio Histórico de Álava un mes. Ninguno de los dos casos había tomado quimioprofilaxis, en unos de los casos el motivo de viaje a la zona de contagio ha sido turismo , el otro se trata de un inmigrante de reciente llegada a Álava.

En el años 2005 se ha publicado el “informe sobre el Paludismos en el mundo 2005” preparado por la OMS y UNICEF: El paludismo es la causa de la muerte de más de un millón de personas anualmente y constituye un riesgo para 3.200 millones de personas. La enfermedad empezó a extenderse de nuevo en los años 90 debido a la resistencia del parásito a los principales antipalúdicos y a la resistencia de los mosquitos a los insecticidas. Además, la inestabilidad

[†] Se tienen en cuenta como hepatitis C aguda aquellos casos en los que existe una seroconversión documentada o aquellos que tras estudiar su clínica y antecedentes epidemiológicos existe una sospecha fundada de hepatitis aguda.

económica, las guerras y situaciones de emergencia han dificultado la atención médica. El objetivo mundial del plan que se presenta en este informe es reducir a la mitad la mortalidad por paludismo para 2010 y nuevamente para el 2015. Las medidas que han mostrado eficacia son: el uso de mosquiteros tratados con insecticidas, el tratamiento preventivo intermitente de las mujeres embarazadas y el tratamiento con antipalúdicos eficaces.

GRIPE AVIAR

La gripe de las aves o gripe 'aviar' es una enfermedad infecciosa originada por el virus de la gripe tipo A y que normalmente sólo afecta a las aves y menos frecuentemente a los cerdos. En raras ocasiones este virus ha afectado también a las personas tras el contacto con animales enfermos.

Entre las aves domésticas la infección causa dos formas de enfermedad; de baja virulencia y de alta virulencia. La primera, llamada también de baja patogenicidad, origina síntomas leves en las aves y puede ser difícil de diagnosticar. La segunda, altamente patogénica, se extiende rápidamente entre las aves y la mortalidad puede llegar al 100% en las primeras 48 horas.

El brote actual de gripe aviar, empezó en el sureste asiático a mediados de 2003 y es el más grande y más grave de los brotes registrados. El virus causante, H5N1, es endémico en este momento en muchos países, ha causado la muerte o ha originado la destrucción de unos 150 millones de aves y ha afectado a 147 personas de cinco países (Camboya, China, Indonesia, Tailandia y Vietnam), de las cuales han fallecido 78. Otros brotes, como el de Taiwan, causado por el subtipo H5N2, no han afectado a las personas.

El virus H5N1 normalmente no afecta a las personas. Sin embargo, hasta final del 2005 se ha diagnosticado la enfermedad en 147 personas. La mayoría de estos casos se han dado por contacto directo con las aves o sus heces, en zonas rurales donde el contacto entre las aves y las personas es muy intenso; pero es posible que en algún caso se haya producido una infección de persona a persona. La mayor preocupación es que el virus cambie a una forma que sea muy contagiosa para las personas y que se propague fácilmente, lo cual sería el inicio de la pandemia.

La actual situación epidemiológica de la gripe aviar corresponde al Periodo de Alerta Pandémica, Fase 3 (Infección humana con un subtipo nuevo del virus de la gripe, pero sin transmisión persona a persona, o a lo sumo casos raros de transmisión a un contacto próximo), según se define en el Plan de Preparación de la OMS.

La OMS continúa vigilando la evolución de la epizootia y de los casos humanos en el Sureste Asiático, y haciendo una evaluación constante del riesgo de transmisión interhumano. Si esta transmisión se produjera, la OMS elevaría el nivel de alerta pandémica a Fase 4 (Pequeñas agrupaciones de casos aunque la transmisión de persona a persona fuera todavía limitada, lo que sugiere que el virus no está bien adaptado a los humanos), o incluso directamente a Fases posteriores según las características de la transmisión interhumana. En el Periodo de Alerta Pandémica, el objetivo principal de Salud Pública es asegurar la rápida caracterización del nuevo subtipo del virus y la detección y notificación temprana de casos.

Es fundamental la intensificación de la vigilancia para detectar la posible aparición de casos infectados con el virus A/H5 y la rápida notificación de estos casos para poder implementar las adecuadas medidas de control.

En este Periodo es además prioritario contener la transmisión del nuevo virus dentro de focos localizados o retrasar la difusión con el fin de ganar tiempo para aplicar las medidas de respuesta.

Nº acumulado de casos humanos de gripe aviar A (H5N1). WHO Diciembre del 2005

País	2003		2004		2005		Total	
	casos	fallecidos	casos	fallecidos	casos	fallecidos	casos	fallecidos
Cambodia	0	0	0	0	4	4	4	4
China	1	1	0	0	8	5	9	6
Indonesia	0	0	0	0	19	12	19	12
Thailand	0	0	17	12	5	2	22	14
Viet Nam	3	3	29	20	61	19	93	42
Total	4	4	46	32	97	42	147	78

En Diciembre del año 2005, el Hospital de Txagorritxu notificó una sospecha de gripe aviar en un hombre de 28 años de edad, que había viajado durante los 17 días previos al inicio de síntomas por Tailandia y Laos. Durante su estancia en estos dos países visitó mercados, donde entre otros productos había aves vivas y muertas. De todas formas, no refirió haber mantenido contacto estrecho con las mismas.

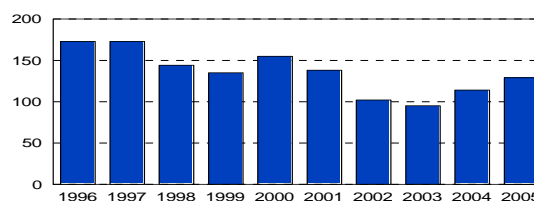
Ingresó en el citado hospital 8 días después del inicio de los síntomas, presentando; fiebre, tos e infiltrado pulmonar. El paciente había sido vacunado esa temporada frente a la gripe estacional. A pesar de que epidemiológicamente era un caso dudoso (no cumplía los criterios establecidos en el actual protocolo para definir un caso sospechoso de gripe aviar, al no haber mantenido contacto estrecho con aves domésticas vivas o muertas, aves salvajes o ganado porcino en cualquier establecimiento incluyendo mercados de aves) se puso en marcha el protocolo de actuación ante un caso de gripe aviar (H5N1) o sus contactos. Completado el estudio analítico, el caso no se confirmó como tal, siendo el germen causal de su sintomatología otro de diferente naturaleza (**neumococo serotipo 23 A penicilina R (1 mg/l), amoxiciclina y cefotaxima/ ceftriaxona S (1 mg/l)**).

Como parte final de este apartado, en la tabla 16 se indica la procedencia de aquellas enfermedades que precisan declaraciones individual y en la figura 13 su evolución en los últimos 10 años.

Tabla 16.- Declaración EDO individual según centro. Álava 2005

CENTRO	CASOS	%
Hospital Txagorritxu	46	35,65
Hospital Santiago	23	17,82
Centros Vitoria-Gasteiz	43	33,33
Otros Hospitales	11	8,52
Otros centros Álava	6	4,65
TOTAL	129	100,0

Figura 13.- Evolución declaración EDO individual. Álava 1996-2005



2.- ESTUDIO DE BROTOS DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA

En el 2005 se declararon e investigaron 9 brotes de toxi-infecciones alimentarias. La implicación de derivados del huevo sigue predominando, así como el aislamiento de Salmonella. En el gráfico siguiente se representa la evolución en los últimos 5 años del número de expuestos, enfermos y hospitalizados relacionados con brotes de intoxicación alimentaria.

Figura 14: Brotes toxi-infeccion alimentaria. Alava 2001-2005

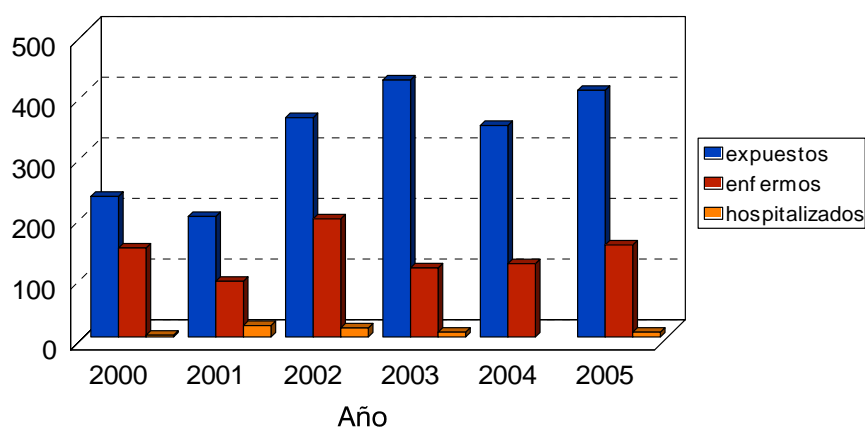


Tabla17:- Brotes alimentarios.

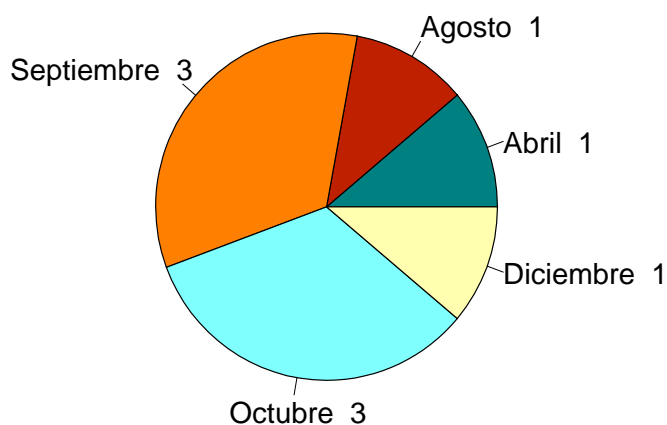
Álava 2001-2005

En la figura 14 se observa la distribución temporal de las toxiinfecciones alimentarias durante los años 2001-2005.

La evolución de los últimos en el número de brotes y media de afectados aparece en la tabla 17.

AÑO	Nº BROTOS	MEDIA AFECTADOS
2001	16	5,8
2002	18	9,9
2003	10	11,4
2004	11	11
2005	9	16,88

Figura 15.- Brotes. Distribucion mensual. Alava 2005



Los factores contribuyentes en las toxi-infecciones alimentarias identificados se especifican en la Tabla 18.

Tabla 18.- Factores contribuyentes. Brotes alimentarios. Álava 2005

FACTORES CONTRIBUYENTES	Nº DE BROTES
Mantenimiento inadecuado	3
Cocinado inadecuado	2
Contaminación cruzada	2
Consumo de alimento crudo	1
Utensilios contaminados	1
Uso ingredientes contaminados	1
No identificados	2
TOTAL DE FACTORES CONOCIDOS	6 (85,71%)
Nº de brotes con factores	7 (77,77%)
Nº total de brotes	9

Las medidas adoptadas quedan reflejadas en la tabla 19.

Tabla 19.- Medidas adoptadas. Brotes alimentarios. Álava 2005

MEDIDAS ADOPTADAS	Nº
Educación sanitaria	3
Inspección del local	8
Control manipuladores	6
Reparación deficiencias	4
Inmovilización de alimentos	1
Desinfección concurrente	1
Cese de actividad	2
Desinfección de la instalación	2
TOTAL DE MEDIDAS	27
Nº de brotes con medidas	9
Nº total de brotes	9

TABLA 20.-TOXI-INFECCIONES ALIMENTARIAS. ÁLAVA 2005

FECHA	MUNICIPIO	LUGAR DEL SUCESO	ENCUESTA	Nº EXP	Nº AFE	VEHICULO	AISLAMIENTOS			AGENTE CAUSAL
							Afectados	Manipulador	Alimentos	
Abril	Vitoria-Gasteiz	Restaurante	si	6	3	DESCONOCIDO	No	No	No	Desconocido
Agosto	Barrundia	Hogar privado	si	2	2	HUEVO/OVOPRODUCTO	Si	No	No	S.enteritidis
Septiembre	Llodio	Cantina/Bar	si	8	6	HUEVO/OVOPRODUCTO	Si	No	No	S.enteritidis
Septiembre	Cigoitia	Cantina/Bar	si	2	2	HUEVO/OVOPRODUCTO	Si	No	No	S.enteritidis
Septiembre	Vitoria-Gasteiz	Restaurante	si	138	19	DESCONOCIDO	No	No	No	Desconocido
Octubre	Cigoitia	Cantina/Bar	si	2	2	HUEVO/OVOPRODUCTO	Si	No	No	S.enteritidis
Octubre	Vitoria-Gasteiz	Restaurante	si	233	104	VARIOS ALIMENTOS	Si	No	Si	S.enteritidis
Octubre	Vitoria-Gasteiz	Restaurante	si	8	7	VARIOS ALIMENTOS	Si	Si	Si	S.enteritidis
Diciembre	Vitoria-Gasteiz	Otros (especificar)	si	8	7	MARISCO/CRUST/MOLUSC	No	No	No	Desconocido
Total expuestos – Total afectados				407	152					
Vehículo implicado			Huevo/ovoproducto: 4. Marisco/Crust/Molusc:1 Varios Alimentos 2 Desconocido: 2							
Agente causal			Salmonella enteritidis: 6. Desconocidos: 3.							
Aislamientos			Afectados: 66,66%. Manipuladores: 11,11%. Alimentos:22,22%.							

3.-VIGILANCIA MICROBIOLÓGICA

El Sistema de Información Microbiológica de la Comunidad Autónoma del País Vasco (SIMCAPV) registra información sobre patología infecciosa confirmada por el laboratorio según los criterios establecidos en la Guía de Notificación. La declaración microbiológica constituye un sistema de información primordial para la vigilancia epidemiológica, contribuyendo al conocimiento de las enfermedades infecciosas incidentes en nuestro medio. Durante el año 2005 se han recogido datos de infección reciente por alguno de los siguientes microorganismos:

BACTERIAS: *Bartonella* spp, *Bordetella pertussis*, *Brucella* spp, *Campylobacter* spp, *Corynebacterium diphtheriae*, *Coxiella burnetii*, *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Chlamydia trachomatis*, *Escherichia coli* enterohemorrágica, *Francisella tularensis*, *Haemophilus ducreyi*, *Haemophilus influenzae* tipo b, *Legionella pneumophila*, *Leptospira* spp., *Listeria monocytogenes*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis*, *Salmonella typhi* y *paratyphi*, *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus aureus* meticilin resistente, *Streptococcus pneumoniae*, *Treponema pallidum*, *Vibrio cholerae*, *Vibrio* spp., *Yersinia* spp.

MICOBACTERIAS:

TUBERCULOSAS: *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium bovis*

OTRAS MICOBACTERIAS: Sólo micobacterias con significación clínica

VIRUS: Adenovirus, Enterovirus, Herpes simple tipo 2, Papilomavirus, Poliovirus, Rotavirus, Virus gripal, Virus de la hepatitis A, Virus de la hepatitis B, Virus de la hepatitis delta, Virus de la parotiditis, Virus de la rubéola, Virus del sarampión, Virus respiratorio sincitial

PARÁSITOS: *Entamoeba histolytica*, *Echinococcus granulosus*, *Fasciola hepática*, *Leishmania* spp, *Plasmodium* spp., *Taenia* spp., *Toxoplasma gondii*, *Trichinella spiralis*

OTROS: *Borrelia burgdorferi*, *Borrelia recurrentis*

Tabla 21.-Microorganismo por laboratorio declarante. Alava 2005

Microorganismo	A. Olaguibel	H. Santiago	H.Txagorritxu	TOTAL
Adenovirus	45	2	1	48
Campylobacter	182	31	109	322
Chlamydia pneumoniae	0	0	25	25
Coxiella burnetti	0	1	6	7
Echinococcus granulosus	0	4	3	7
Entamoeba histolytica	0	0	4	4
Fasciola hepatica	0	2	0	2
Haemophilus influenzae	0	5	0	5
Hepatitis A	0	7	14	21
Hepatitis B	0	0	3	3
Herpes simple tipo 2	0	0	1	1
Legionella pneumophila	0	4	8	12
Listeria monocytogenes	0	0	2	2
Micobacterias	0	22	34	56
Mycoplasma pneumoniae	0	2	28	30
Neisseria gonorrhoeae	2	0	1	3
Neisseria meningitidis	0	4	3	7
Papilomavirus	0	0	36	36
Plasmodium falciparum	0	0	5	5
Rotavirus	43	19	90	152
Salmonella	153	26	102	281
Salmonella paratyphi	0	0	1	1
Shigella	0	0	1	1
Staphylococcus aureus M R	0	52	0	52
Streptococcus pneumoniae	0	13	21	34
Taenia	3	0	0	3
Treponema pallidum	0	0	31	31
Virus Sincitial Respiratorio	0	0	39	39
Yersinia enterocolitica	6	0	20	26
TOTAL	434	194	588	1.216

El número de patógenos notificado este año por los Laboratorios de Microbiología de los Hospitales de Txagorritxu y Santiago Apóstol y del Ambulatorio Olaguibel ha sido un total de 1.216 (tabla 21).

Los microorganismos declarados con mayor frecuencia son los enteropatógenos, como es habitual, representando un 69% del total. El cultivo es la técnica empleada con mayor frecuencia en la identificación de los gérmenes (63%).

El número de **Micobacterias** declarado (56) se ha estacionado, tras el descenso observado en 2002 y 2003. De las 56 micobacterias aisladas, 51 pertenecían al Complejo *Mycobacterium tuberculosis* y 5 fueron micobacterias no tuberculosas (2 *M. kasasii*, 2 *M. intracellulare* y 1 *Mycobacterium species*) (tabla 22). El 82% de las micobacterias se aislaron en muestras respiratorias.

Tabla 22.- Evolución de las micobacterias tuberculosas y no tuberculosas. Álava 1995 a 2005.

micobacteria	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
M. tuberculosas	68	73	85	61	62	56	62	47	32	53	51
M. atípicas	5	13	7	3	1	5	2	-	-	3	5
TOTAL	73	86	92	64	63	61	64	47	32	56	56

Además de un niño de 3 años afectado, uno de cada tres casos de tuberculosis tenía entre 19 y 31 años. Predominaron los aislamientos en varones (71%).

En cuanto a *Streptococcus pneumoniae* se han declarado 34; el año pasado fueron 29. Uno de ellos se aisló en líquido cefalorraquídeo en una mujer de 72 años, otro se aisló en líquido pleural y el resto en sangre. Cuatro afectados tenían entre 1 y 5 años.

Se han notificado 12 *Legionella pneumophila*, cifra acorde con la mediana de los últimos 5 años (11). El criterio diagnóstico utilizado fue la detección de antígeno en orina, excepto un caso diagnosticado por cultivo. Tres de cada cuatro afectados fueron varones, la mitad tenían entre 49 y 59 años. Los meses que registraron mayor incidencia fueron febrero, septiembre y octubre (3 casos).

A lo largo del año se han declarado 7 *Coxiella burnetii*, número superior al del pasado año y a la mediana del último quinquenio, 4 casos en ambas ocasiones. Los afectados son 4 varones y 3 mujeres de entre 33 y 61 años.

El total de *Mycoplasma pneumoniae* declarado (30 frente a 29 de la mediana del último quinquenio) se ha mantenido estable. El 66% de los casos declarados correspondieron a niños menores de 11 años.

Durante este año se han aislado 7 *Neisseria meningitidis*, la mayor parte del serogrupo B que se ha estabilizado en 5 casos (figura 16). Además se ha declarado 1 meningococo serogrupo C y 1 no grupado.

Tres casos se aislaron en enero, dos en septiembre y en mayo y noviembre un caso por mes.

Cinco afectadas fueron mujeres y dos varones. Tres eran niños de 1, 3 y 15 años, el resto tenían más de 55 años.

Figura 16.-Evolución de *N. meningitidis* por serogrupo. Álava 1995-2005.

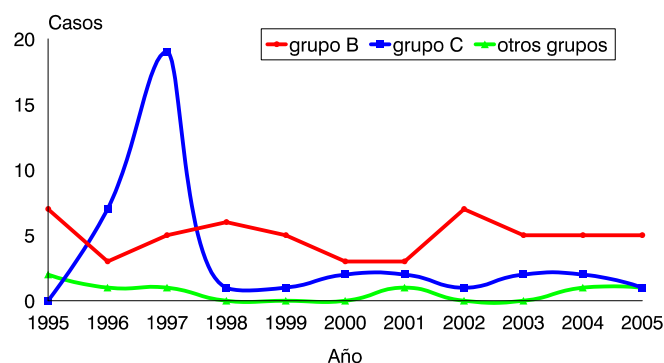
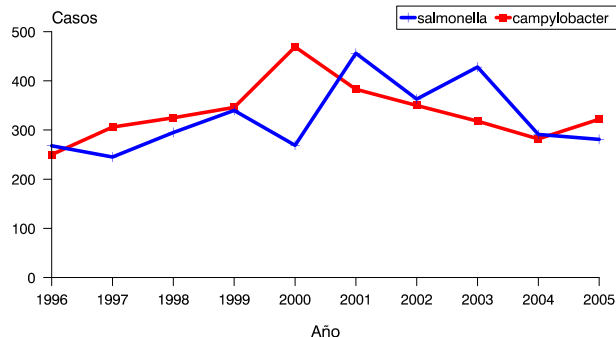


Figura 17.- Evolución de *Salmonella* y *Campylobacter*. Álava 1996-2005



Respecto a los microorganismos agentes de patología gastrointestinal, *Salmonella* y *Campylobacter* son los géneros más frecuentes, seguidos de Rotavirus.

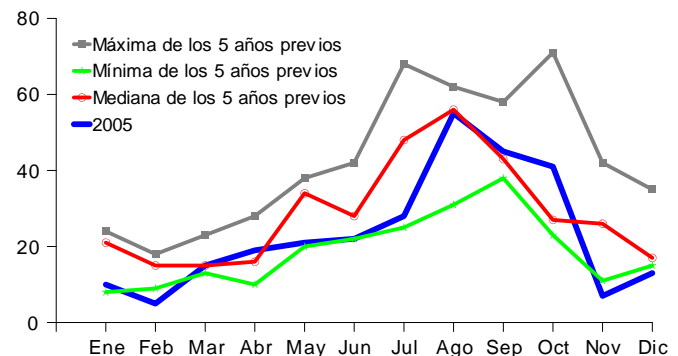
El número de *Salmonella* registrado fue 281, un 23% menor que la mediana de los últimos cinco años. El serogrupo D fue el predominante (64%).

La incidencia mensual de *Salmonella* fue inferior a la mediana de los cinco años precedentes, prácticamente todos los meses, salvo en octubre (figura 18).

La mitad de las declaraciones se efectuaron en agosto, septiembre y octubre.

De los 270 casos de salmonelosis en los que consta la edad, el 43% tenían menos o igual a 10 años.

Figura 18.- Canal endemoepidémico de *Salmonella*. Álava 2000-2005



También se declararon una *Salmonella paratyphi* A, (en una mujer de 80 años), y una *Shigella sonnei* en una niña de 7 años.

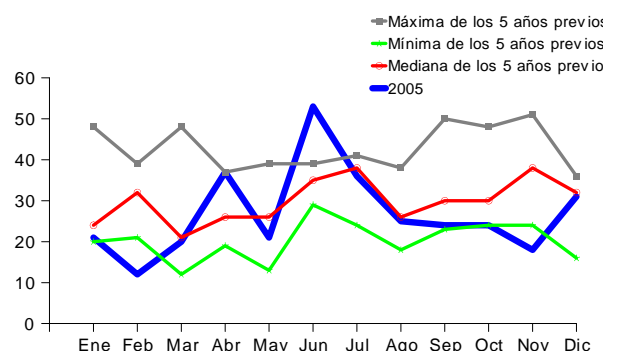
El cómputo total de *Campylobacter* declarado asciende a 322 aislamientos frente a los 282 declarados en 2004, rompiendo la tendencia decreciente iniciada el año 2001 (figura 17).

La especie predominante continúa siendo *C. jejuni* (95%).

La figura 19 permite comprobar la inestabilidad las declaraciones por mes, correspondientes a 2005, con un pico más acusado en el mes de junio.

De los 294 casos con edad conocida, el 57% son menores de 5 años. Un 59% son varones.

Figura 19.- Canal endemoepidémico de *campylobacter* Álava 2000-2005



Ha aumentado en el número de **Rotavirus** declarado por parte de los tres laboratorios; este año han sido 152 frente a los 75 del pasado año. Siguiendo su habitual distribución estacional, el 91% se identificaron en los meses fríos. Un 92% de Rotavirus se declararon en menores de 5 años, siendo el 69% menor o igual a un año.

Además se han declarado 48 **Adenovirus**. Cifra que se ha cuadruplicado respecto a la mediana de los cinco años anteriores (12). Más del 93% tenía menos de 5 años.

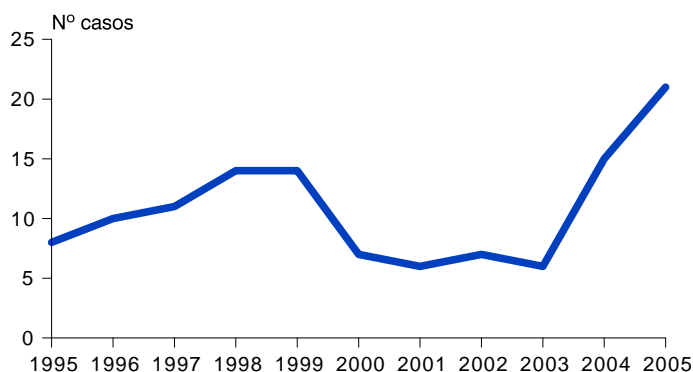
También ha aumentado el número de *Yersinia enterocolitica*, 26 casos, tras el descenso detectado en los dos últimos años.

Entre los parásitos intestinales se han identificado 4 **Entamoeba histolytica** y 3 **Taenia sp, solium** y *saginata*.

El número de *Listeria monocytogenes* se ha cifrado en 2 aislamientos. Uno fue materno neonatal, afectando a una embarazada de 23 semanas de gestación, con muerte fetal. El otro caso se produjo en una mujer de 83 años.

Continúa el ascenso de **Hepatitis A** declaradas, 21 casos, alcanzándose el mayor número de los últimos años (figura 20). Los meses con mayor número de declaraciones fueron junio y septiembre (6 y 5 casos). La media de edad de los afectados fue 36 años.

Figura 20.- Evolución del número de Hepatitis A declarado. Álava 1995-2005



Las divergencias numéricas existentes en algunas patologías con los casos declarados al Sistema EDO, pueden explicarse por el diferente criterio en la definición de caso y porque el área de influencia de los laboratorios hospitalarios no se ajusta al ámbito del Territorio Histórico.

4.1.- VIGILANCIA DE LA GRIPE EN LA CAPV. TEMPORADA 2005-2006.

Una temporada más, la red vigía del País Vasco ha completado la vigilancia de la gripe estacional de forma satisfactoria. Esta temporada la red estuvo formada por 32 médicos y pediatras que han cubierto una población de 51.798 personas (2,3% de la población de la CAPV).

Desde la semana 40 de 2005 hasta la semana 20 de 2006 la red vigía de la CAPV ha notificado un total de 855 casos. El inicio del pico epidémico anual también se retrasó varias semanas respecto a las temporadas previas. La actividad gripal fue baja hasta la semana 8 de 2006 donde se registraron incidencias superiores a 100 x 100.000 habitantes. El pico de máxima incidencia se alcanzó en la semana 11 con tasas de 285 por 100.000 hab y a partir de dicha semana se registró un descenso paulatino de la actividad con niveles muy bajos tras la semana 15. (Figura 21).

La Red Vigía ha tomado 246 frotis (29%) de los casos registrados y 113 han resultados positivos (46%). El primer aislamiento viral gripal, de tipo B, se registró en la semana 5 de 2006 en Gipuzkoa (en un varón de 12 años). Aunque los aislamientos virales de tipo B predominaron al inicio de la temporada, en conjunto, los virus A(H1) son los que se han aislados mayoritariamente esta temporada (71 aislamientos) frente al tipo B (42 aislamientos) (ver figura 22).

El 53% de los casos registrados han sido varones y el 47% en mujeres. Como viene siendo habitual, la mayor incidencia se ha registrado en la población infantil (menor de 14 años), esta temporada el grupo de edad más afectado ha correspondido a los adolescentes entre 10-14 años (ver figura 23).

En relación a las manifestaciones clínicas, el 98% presentó fiebre, el 84% tuvo síntomas respiratorios, el 78% mialgias y/o quebrantamiento general y las cefaleas estaban presentes en el 73% de los pacientes. El 87% de los pacientes diagnosticados de gripe no tenían ninguna patología previa y sólo el 2,22 % de los casos estaban vacunados.

En resumen, esta temporada 2005-2006 se ha caracterizado por una onda epidémica de gripe estacional de baja incidencia, de hecho, ha sido la temporada de menor actividad en los últimos años si exceptuamos la temporada 2000-2001 (ver figura 24).

En las demás CCAA, que participan en la vigilancia de la gripe mediante las Redes Centinelas, las características de la actual temporada han sido similares a las descritas para nuestra comunidad, en cuanto a los virus circulantes, distribución por edad y temporalidad. En gran parte de Europa, la temporada 2005-06, ha registrado una actividad moderada y varios países (Austria, Alemania, Hungría, Portugal, Escocia, Rumania y Gales) han registrado niveles de actividad gripal muy bajos. El virus de la gripe B ha sido dominante en Europa, representando un 60% del total de detecciones. No se han registrado casos humanos de A(H5N1) en Europa.

Las recomendaciones sobre la composición de la vacuna antigripal para la temporada 2006-07 de la Organización Mundial de la Salud en el hemisferio norte incluye las siguientes cepas:

A/New Caledonia/20/99 (H1N1)

A/Wisconsin/67/2005 (virus de H3N2) y A/Hiroshima/52/2005)

B/Malaysia/2506/2004 (B/Malaysia/2506/2004 y B/Ohio/1/2005)

Figura 21. Gripe. Tasas/100.000 hab. Temporadas 04-05 y 05-06.

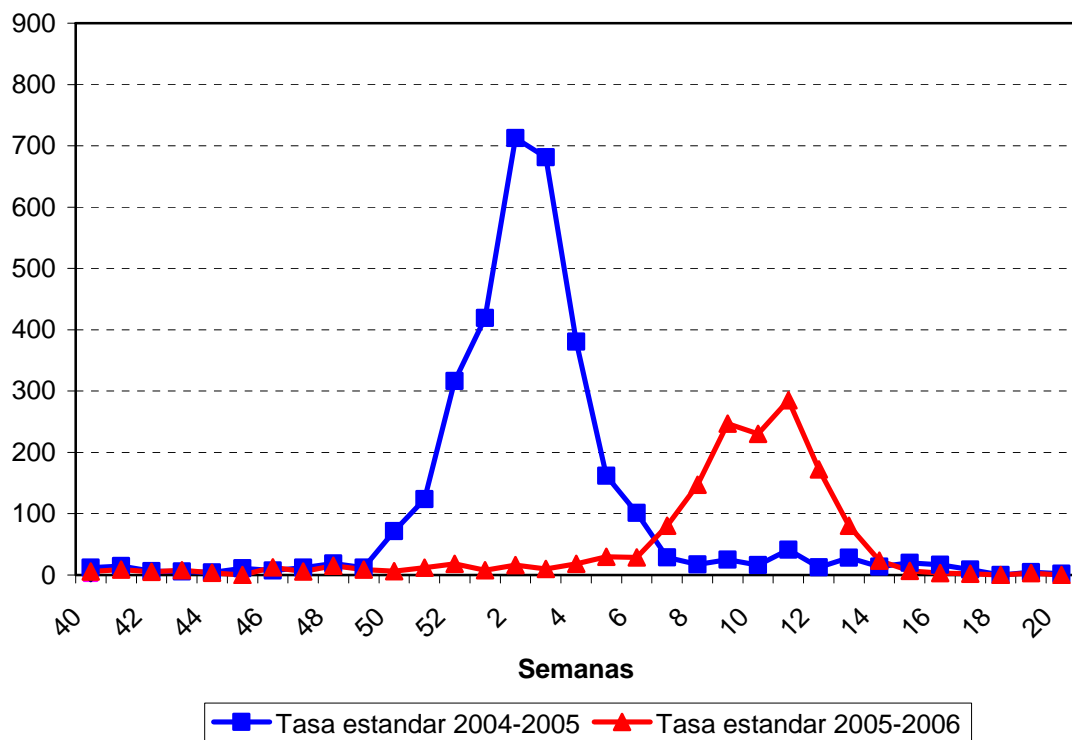


Figura 22 Aislamientos de gripe. Temporada 2005-2006.

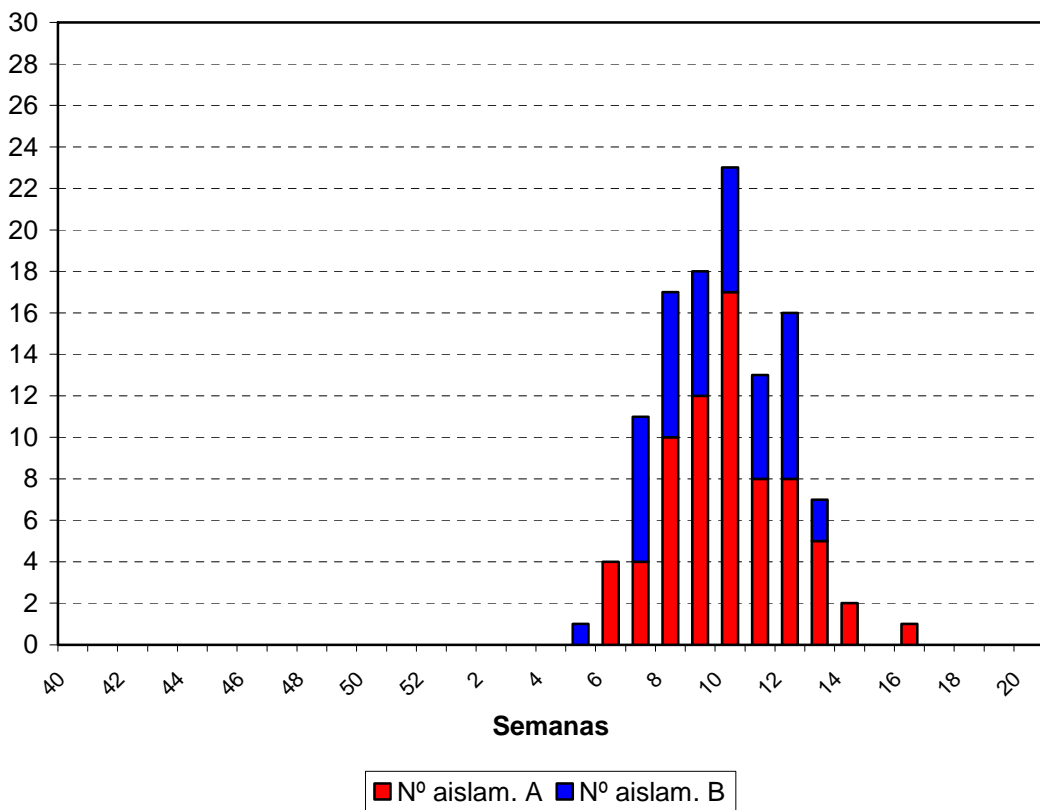


Figura 23. CAPV. Tasas acumuladas de gripe por edad. Temporada 2005-2006.

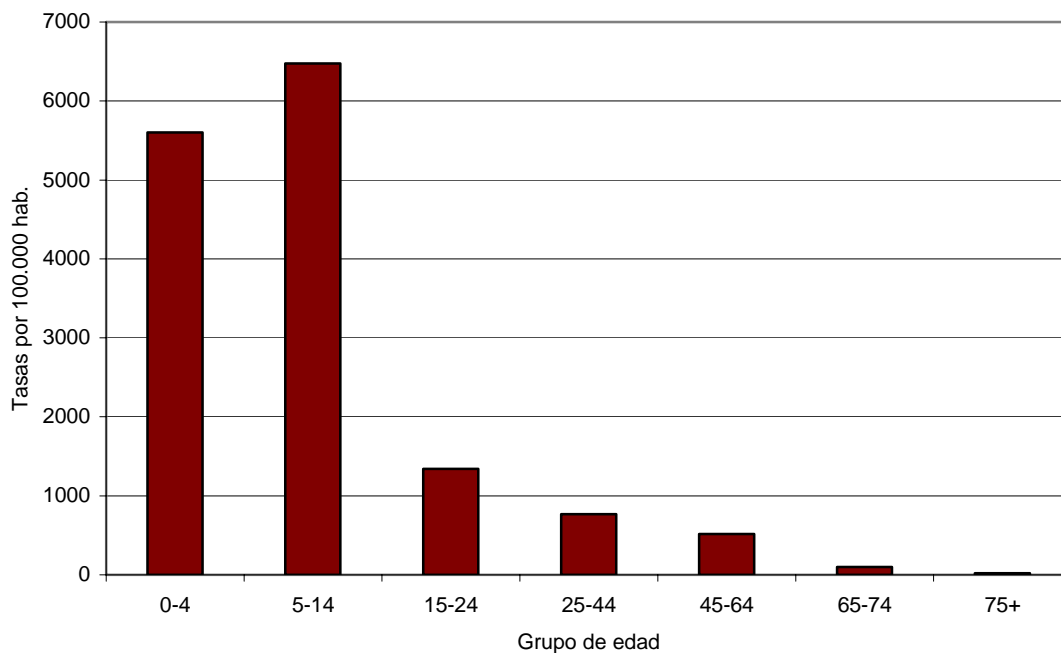
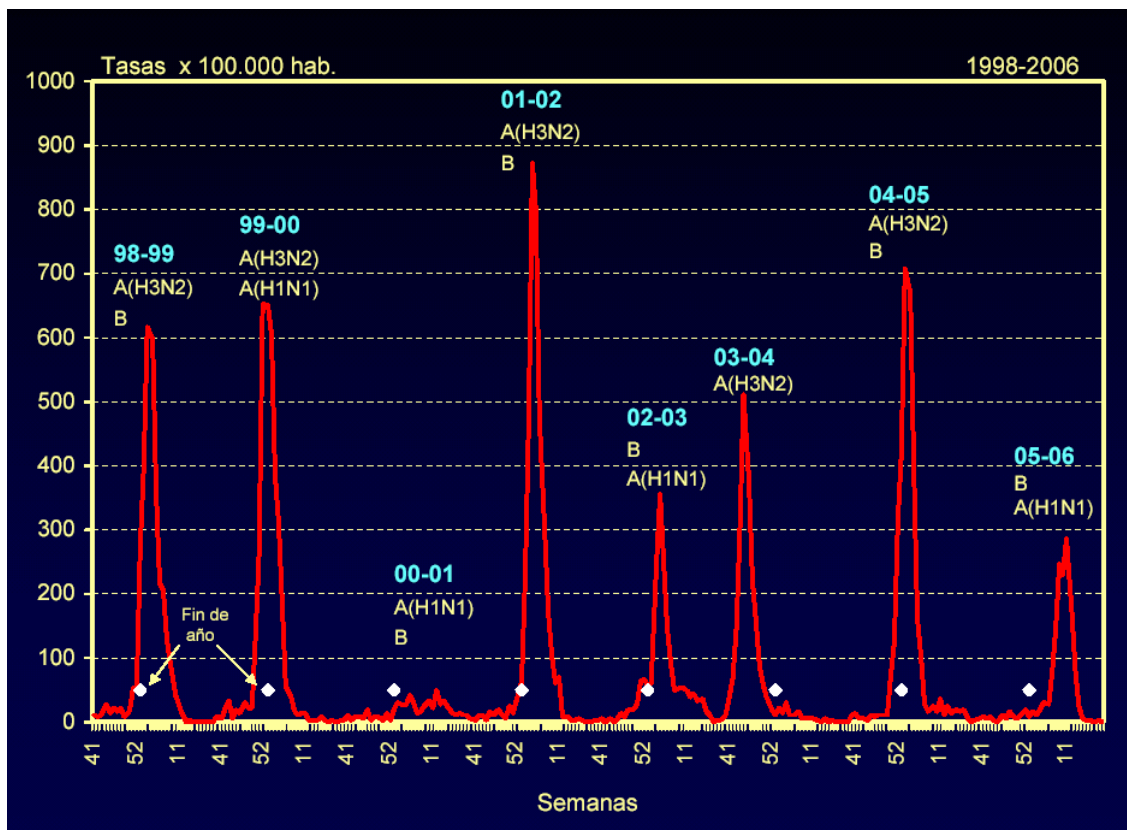


Figura 24. CAPV. Evolución de temporadas gripales 1998-2006.



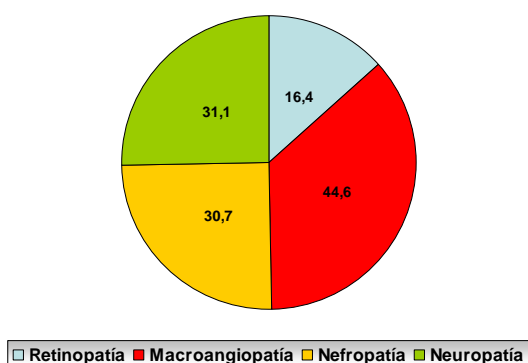
4.2.- ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE COMPLICACIONES Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABÉTICOS TIPO 2 EN ATENCION PRIMARIA. CAPV

El estudio de seguimiento de complicaciones y riesgo cardiovascular en diabéticos tipo 2 en atención primaria, se inicio en el año 2000. En un primer corte se registró información de 2985 pacientes, casos prevalentes e incidentes. Posteriormente se seleccionando una cohorte de seguimiento de 737 pacientes, diagnosticados en 1998, 1999 y 2000.

A continuación se resumen los datos descriptivos preliminares de los 5 años del estudio. De la cohorte inicial han fallecido 101 pacientes (13.7%) y se han registrado 39 (5.3%) perdidas.

En el gráfico 25 se representa la incidencia acumulada de las complicaciones crónicas al final del quinquenio.

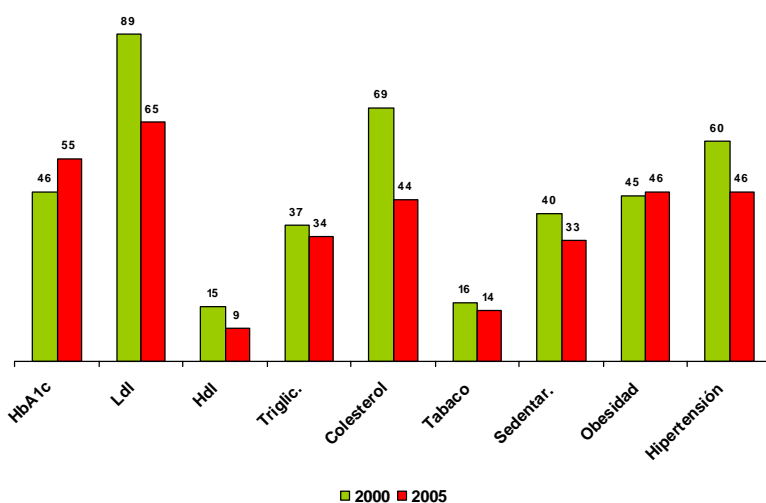
Gráfico 25.- Incidencia acumulada de complicaciones crónicas 2000-2005 (%)



Casi la mitad de los pacientes (329), presenta después de 5 años de seguimiento alguna complicación macroangiopática. Le siguen en orden decreciente: la neuropatía (229), nefropatía (226) y la retinopatía (121).

Debe tenerse en cuenta que en el estudio se recogieron datos en 5 años consecutivos, pero algunos de los pacientes presentan ya una duración de la enfermedad de casi 7 años; los diagnosticados en 1998.

Gráfico 26.- Evolución de los factores de riesgo (%)*



* Colesterol ≥ 200 mg/dl. Hdl < 45 mg/dl en mujeres, < 35 mg/dl en hombres. Triglicéidos ≥ 150 mg/dl. Ldl ≥ 100 mg/dl. HbA_{1c} $\geq 6,5$. T. a. Sistólica ≥ 140 . Diastólica ≥ 90 .

En el gráfico 26 se ve la evolución de los valores de anormalidad en los principales factores de riesgo entre el inicio del estudio y después del quinto año.

Esta mejora en los valores, excepto en la hemoglobina glicosilada (coherente con la evolución de la enfermedad), resulta difícil de interpretar y necesita de un análisis más exhaustivo. Nos encontramos en un estudio de seguimiento sin grupo de comparación (grupo control), el cual nos permitiría determinar cuáles son las “actuaciones” que han favorecido estas mejoras en los resultados. Diferentes sesgos podrían estar influyendo en las observaciones.

En la tabla 23 se presenta la diferencia de medias de los valores de los principales factores de riesgo; se compara el año 2000 frente al 2005. Se observa claramente la variación de los valores medios. La significación está presente en todos excepto la hemoglobina glicosilada y el peso.

Por otra parte en el año 2000, el 60% de los pacientes realizaba ejercicio frente a un 67% en el año 2005. El porcentaje de fumadores disminuyó de un 16% al 13% al final del quinquenio.

años frente a los 61 en hombres ($p < 0.000$).

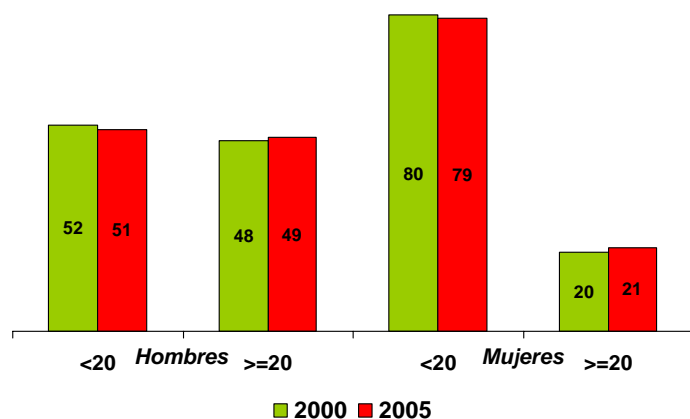
Tabla 23.- Factores de riesgo. Diferencia de medias. 2000-2005.

T - Test	Medias		Difer.	IC 95%	P
	2000	2005			
Pas	138.35	136.13	2.22	0.4 , 4.0	0.016
Pad	81.02	78.05	2.97	1.8 , 4.1	0.000
Peso	78.23	78.06	0.17	-1.5 , 1.8	0.840
Colesterol	220.36	198.21	22.15	17.5 , 26.7	0.000
Triglicéridos	151.51	134.39	17.12	6.3 , 27.99	0.002
Hdl	52.40	56.97	-4.57	-6.4 , -2.7	0.000
Ldl	141.98	113.37	28.61	24.4 , 32.8	0.000
HbA_{1c}	6.64	6.76	-0.12	-0.3 , 0.04	0.138

La *edad media al diagnóstico* es mayor en mujeres; 66

Riesgo Cardiovascular a 10 años.

Gráfico 27.- Comparación RCV 2000-2005. UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study). (%)



- ✓ Riesgo bajo, ligero, moderado: <20%.
- ✓ Riesgo alto y muy alto: >= 20%.

La *media del riesgo* en el año 2005 en mujeres se sitúa en 15 (riesgo moderado) y 23 (riesgo alto) en hombres.

Se ha utilizado el método UKPS, ya que tiene en cuenta variables que ningún otro cálculo ha incluido y es conocido su papel en el riesgo coronario: duración de la enfermedad, edad al diagnóstico y hemoglobina glicosilada.

En el gráfico 27 mediante el método UKPDS se compara el riesgo coronario entre el año 2000 y 2005 separado por sexos. En hombres el cambio es mínimo, así como en mujeres, sin embargo éstas presentan un riesgo alto o muy alto muy inferior a los hombres.

Esta evolución es coherente con los valores de los factores de riesgo que fueron mejorando. Quizás el pequeño aumento en el grupo de mayor o igual a 20 se deba a que el método UKPDS incorpora en su ecuación la hemoglobina glicosilada y duración de la enfermedad, sin embargo la duración del estudio no permite, por ahora, que estas variables incorporadas tengan un mayor peso en los resultados.

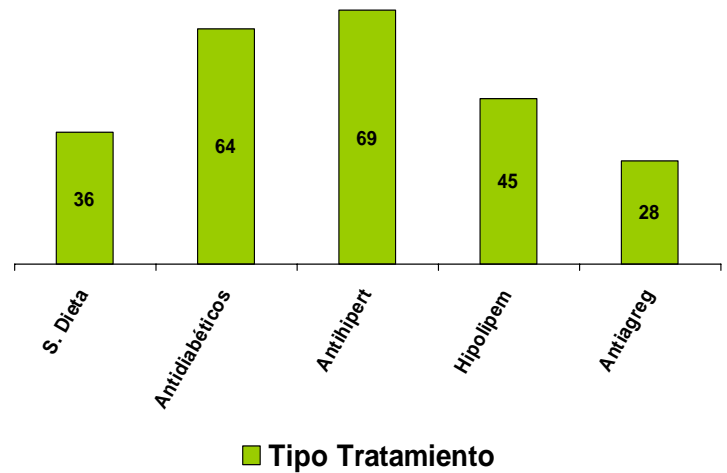
Tratamientos

En el gráfico 28 se presentan datos sobre el tratamiento farmacológico empleado en la *enfermedad diabética y sus complicaciones* de los 516 pacientes que disponemos de datos en el año 2005.

El 2,7% están tratados con insulina.

No se pueden comparar los tratamientos entre los dos años, ya que durante el 2000 no se registraba información desglosada de los fármacos.

Gráfico 28.- Tratamiento por Enfermedad Diabética o sus Complicaciones (%). 2005



5.- REGISTRO DE CÁNCER

El Registro Poblacional de Cáncer recoge información sobre todos los casos nuevos de cáncer que se diagnostican anualmente en personas residentes en Álava.

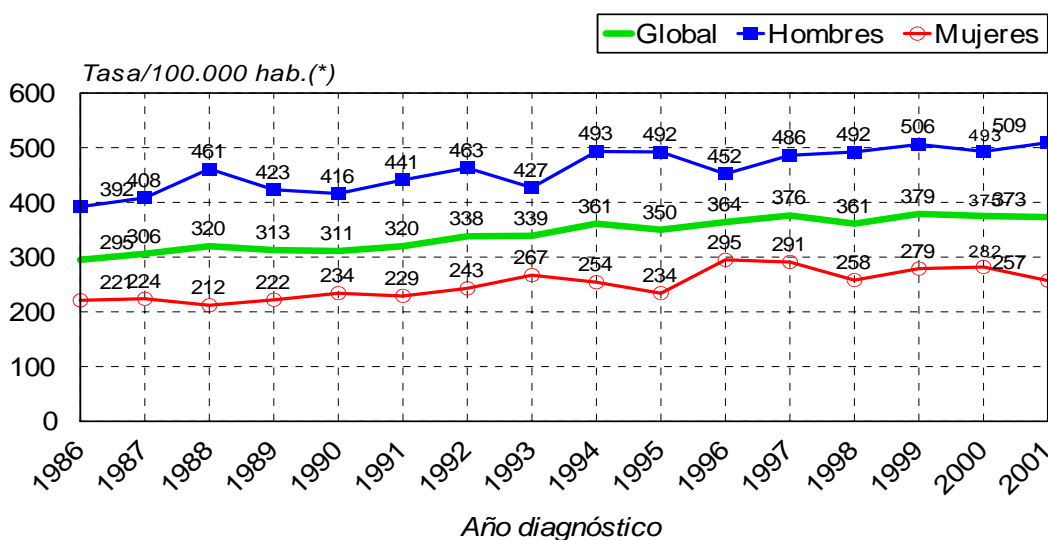
Se analiza la incidencia de cáncer entre 1986 y 2001, período del que se dispone información completa. Las fuentes de información del registro son, además de los Registros de Tumores Hospitalarios de Txagorritxu y Santiago Apóstol, otros centros hospitalarios, laboratorios de anatomía patológica y centros sanitarios privados. También se completan los datos con la información proporcionada por los certificados de defunción.

Los indicadores de calidad de los datos correspondientes a 2001, similares a los de años precedentes, son los siguientes: el porcentaje de verificación histológica alcanzó el 94,1% en los hombres y el 90,2% en las mujeres, la proporción de casos con localización primaria desconocida fue del 2,3% (2,5% en los hombres y 2% en las mujeres), el tanto por ciento de casos de cáncer conocidos únicamente a través de los certificados de defunción para el conjunto de localizaciones fue del 3%. No existen casos con edad desconocida. Todos los indicadores señalan una buena calidad de la información.

Durante el año 2001 se registraron 1.368 casos nuevos de cáncer invasivo en Álava. La tasa cruda anual fue 605 y 351 por 100.000 en hombres y mujeres respectivamente. Tras un ajuste por edad a la población estándar europea las tasas quedaron en 518 por 100.000 en hombres y 261 por 100.000 en mujeres y año. Estas cifras excluyen los carcinomas espino y basocelulares de piel y los carcinomas in situ, benignos o de malignidad incierta de cualquier localización.

En la figura 29 se presenta su tendencia desde 1986, mostrando una evolución ascendente aunque con algunas oscilaciones.

Figura 29.- Tasa de incidencia de cáncer en Álava. Evolución 1986-2001

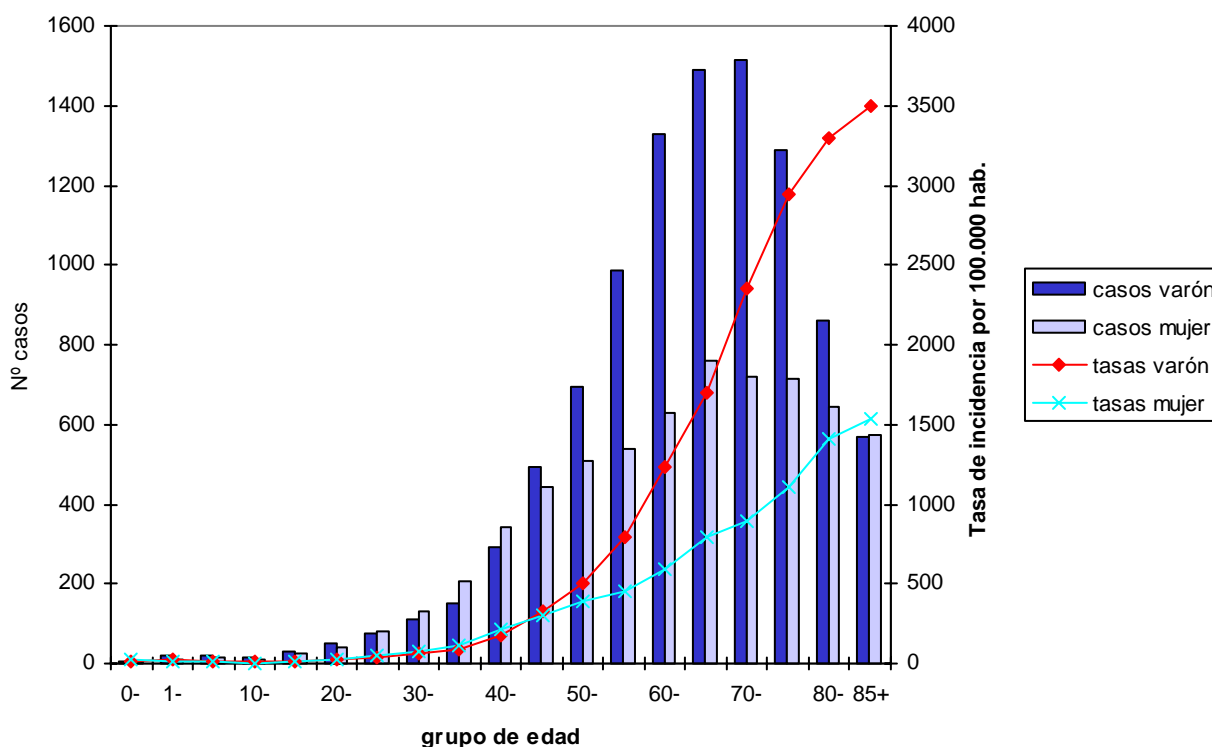


(*) Tasa ajustada por edad

La razón de tasas en hombres respecto a mujeres fue 1,72 para el conjunto de localizaciones; siendo en la gran mayoría de los cánceres superior a 1, por lo tanto, la incidencia de cáncer es superior en hombres.

La distribución por edad y sexo de los casos de cáncer en el momento del primer diagnóstico, para todas las localizaciones en el período 1986-2001, se recoge en la figura 30. La tasa de incidencia en las mujeres jóvenes es superior a la de los varones, situación que se invierte a partir de los 45 años. Igualmente, es característico que la mayor pendiente en la curva de incidencia se produzca entre los 60 y 75 años.

Figura 30.- Casos y tasas específicas por edad y sexo. RCE. Álava 1986-2001



En la figura 31 se expone la tendencia de la incidencia de cáncer para algunas localizaciones seleccionadas, en varones y mujeres, en el período 1986 a 2001.

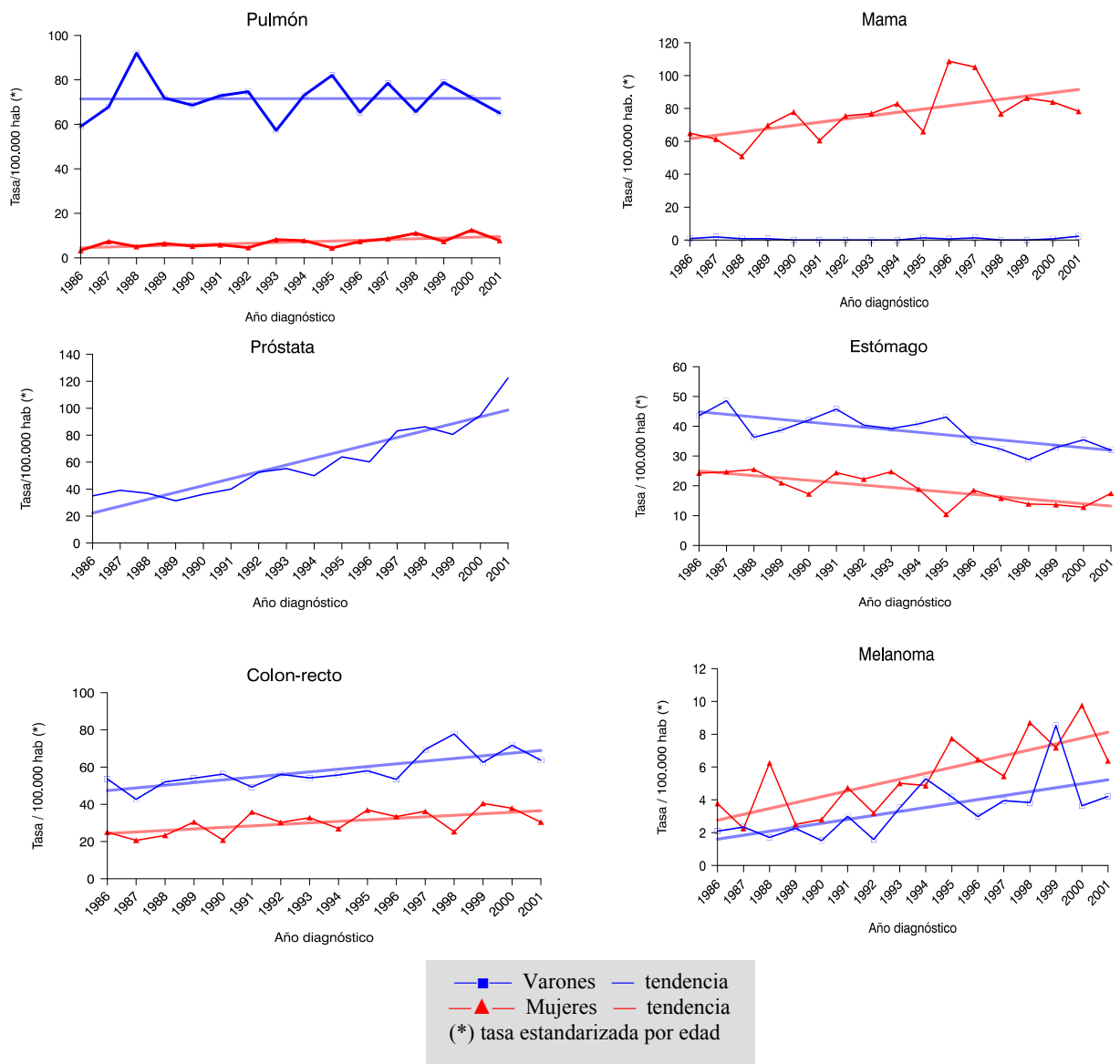
En los hombres, cabe destacar el incremento sostenido de la incidencia del cáncer de próstata, que en los últimos años pasa a ser el cáncer más frecuente. El aumento más acusado se produce entre 2000 y 2001, posiblemente relacionado con la generalización del diagnóstico mediante detección del antígeno prostático específico.

En el caso de la incidencia del cáncer de pulmón (65,04 casos por 100.000 habitantes en 2001), parece que ha empezado a declinar, aunque con acentuadas oscilaciones.

También con fluctuaciones, parece continuar el ascenso del cáncer colorrectal, que presenta una tasa de incidencia estandarizada por edad (población estándar europea) similar a la del cáncer de pulmón: 63,65 casos por 100.000 habitantes.

Asimismo, el melanoma de piel en hombres también presenta una tendencia ascendente. Sin embargo, el cáncer de estómago ha iniciado una tendencia a la baja a partir del año 1996.

Figura 31.- Evolución de la tasa de incidencia de cáncer. Localizaciones tumorales seleccionadas. Álava, 1986-2001



En las mujeres, el cáncer de mama continúa siendo el que ocupa un lugar destacado. Tras el incremento ocurrido en 1996 y 1997, fechas de introducción del programa poblacional de detección precoz del cáncer de mama en Álava, la tasa ha disminuido situándose en 78,29 casos por 100.000 habitantes en 2001. El 27% de los casos nuevos de cáncer en la mujer se dieron en la mama.

El segundo tumor maligno más frecuente en mujeres fue el cáncer colorrectal, su paulatino ascenso, aunque con alguna inflexión, parece mantenerse.

Aunque se parte de tasas bajas, otros tumores que siguen un lento crecimiento son el melanoma de piel y cáncer de pulmón en las mujeres. En cambio, se mantiene la tendencia descendente del cáncer de estómago.

En las siguientes tablas se presentan los casos y tasas de incidencia por localización tumoral, en varones y mujeres, correspondientes al año 2001. Se han excluido los cánceres in situ y de malignidad incierta.

Tabla 24.- Casos y tasas de tumores malignos en varones. RCE. Álava 2001

CIE O II LOCALIZACIÓN	Nº casos	Tasa bruta	T. acumulada (0-74 años)	Tasa estandarizada	
				Álava	CAPV
C00 Labio	5	3,52	284,62	2,95	2,79
C01 Lengua	8	5,63	306,65	5,14	5,44
C04 Suelo de la boca	3	2,11	117,23	1,89	2,68
C05 Paladar	1	0,70	48,15	0,67	1,48
C06 Otras partes y no especificadas de la boca	3	2,11	143,46	1,82	1,93
C07 Glándula parótida	1	0,70	41,25	0,58	0,86
C09 Amígdala	1	0,70	44,35,	0,62	2,46
C10 Orofaringe	1	0,70	49,95	0,70	3,02
C11 Nasofaringe	2	1,41	104,28	1,35	1,49
C12 Seno piriforme	6	4,22	291,80	3,62	3,75
C13 Hipofaringe	5	3,52	219,12	3,30	2,23
C14 Otras localizaciones y mal definidos de boca y faringe	1	0,70	72,88	0,73	2,37
C15 Esófago	20	14,08	709,28	12,02	12,37
C16 Estómago	54	38,02	1765,61	31,96	29,17
C17 Intestino Delgado	2	1,41	114,13	1,31	1,36
C18 Colon	66	46,47	2309,60	38,84	45,17
C19 Unión rectosigmoidea	11	7,74	439,92	6,60	7,37
C20 Recto	30	21,12	1043,47	18,21	18,19
C22 Hígado y conductos biliares intrahepáticos	22	15,49	634,83	13,11	15,22
C23 Vesícula biliar	2	1,41	70,58	1,10	0,77
C24 Otras partes y no especificadas del tracto biliar	5	3,52	104,28	2,96	2,88
C25 Páncreas	21	14,79	512,01	12,69	11,10
C26 Otras localizaciones y las mal definidas del ap digestivo	1	0,70	0,00	0,53	1,32
C30 Fosa nasal y oído medio	1	0,70	72,88	0,73	0,38
C31 Senos accesorios	1	0,70	0,00	0,54	0,61
C32 Laringe	37	26,05	1181,23	22,51	20,74
C34 Bronquios y pulmón	108	76,04	3530,68	65,04	82,56
C38 Corazón, mediastino y pleura	6	4,22	133,72	3,36	2,73
C40 Huesos, articulaciones y cartílagos de extremidades	1	0,70	62,10	0,87	0,46
C42 Sistema hematopoyético y reticuloendotelial	32	22,53	1311,16	20,97	16,22
C44 Piel	12	8,45	422,73	7,36	9,01
C48 Retroperitoneo y peritoneo	1	0,70	54,33	0,65	0,70
C49 Tejido conjuntivo, subcutáneo y otros tejidos blandos	6	4,22	189,88	3,58	3,61
C50 Mama	4	2,82	143,46	2,31	1,18
C60 Pene	2	1,41	121,03	1,40	1,38
C61 Glándula prostática	210	147,15	6924,38	122,41	94,52
C62 Testículo	4	2,82	168,79	2,36	3,29
C64 Riñón	37	26,05	1399,35	23,16	16,99
C65 Pelvis renal	2	1,41	49,95	1,19	1,23
C66 Uréter	1	0,70	0,00	0,54	0,90
C67 Vejiga urinaria	65	45,76	2020,15	39,14	39,14
C71 Encéfalo	9	6,34	254,32	5,05	7,66
C73 Glándula tiroides	1	0,70	40,28	0,56	1,46
C74 Glándula suprarrenal	3	2,11	54,33	1,67	0,43
C75 Otras glándulas endocrinas y estructuras relacionadas	1	0,70	0,00	0,53	0,16
C76 Otras localizaciones mal definidas	3	2,11	120,53	1,79	0,68
C77 Ganglios linfáticos	21	14,79	921,77	13,95	11,26
C80 Sitio primario desconocido	22	15,49	442,22	13,59	18,01
TODAS LAS LOCALIZACIONES	861	605,44	29046,72	517,96	513,84

Según estas tasas, durante el año 2001 se diagnosticó algún tipo de cáncer a uno de cada 165 varones residentes en Álava y uno de cada 3 ó 4 desarrollará cáncer en algún momento de su vida antes de cumplir los 75 años.

Tabla 25.-Casos y tasas de tumores malignos en mujeres. RCE. Álava 2001

CIE O II LOCALIZACIÓN	Nº casos	Tasa bruta	T. acumulada (0-74 años)	Tasa estandarizada	
				Álava	CAPV
C01 Base de la lengua	1	0,69	0,00	0,38	0,35
C02 Otras partes no especificadas de la lengua	3	2,08	76,88	1,62	1,31
C04 Suelo de la boca	1	0,69	48,33	0,68	0,55
C05 Paladar	1	0,69	50,93	0,71	0,33
C07 Glándula parótida	1	0,69	69,08	0,55	0,55
C11 Nasofaringe	1	0,69	43,55	0,61	0,51
C12 Seno piriforme	1	0,69	43,55	0,61	0,18
C14 Otras localizaciones y mal definidas de boca y faringe	1	0,69	69,08	0,55	0,42
C15 Esófago	1	0,69	57,42	0,69	1,77
C16 Estómago	38	26,32	688,48	17,47	12,41
C17 Intestino Delgado	2	1,39	43,55	0,89	0,94
C18 Colon	50	34,64	1156,04	24,05	21,66
C19 Unión rectosigmoidea	8	5,54	183,92	3,44	3,40
C20 Recto	8	5,54	69,08	2,93	6,13
C21 Ano y conducto anal	1	0,69	69,08	0,55	0,86
C22 Hígado y conductos biliares intrahepáticos	13	9,01	248,48	5,46	4,76
C23 Vesícula biliar	10	6,93	120,01	4,03	2,47
C24 Otras partes y no especificadas del tracto biliar	5	3,46	0,00	1,71	1,68
C25 Páncreas	15	10,39	415,68	7,51	8,21
C26 Otras localizaciones no definidas del aparato digestivo	3	2,08	50,93	1,28	0,75
C30 Fosa nasal y oído medio	1	0,69	76,88	0,77	0,48
C31 Senos accesorios	1	0,69	0,00	0,38	0,10
C34 Bronquios y Pulmón	17	11,78	250,26	7,73	9,09
C38 Corazón, mediastino y pleura	2	1,39	92,89	1,30	0,58
C41 Huesos, articulaciones y cartílagos	1	0,69	69,08	0,55	0,66
C42 Sistemas hematopoyético y reticuloendotelial	16	11,08	444,37	7,64	9,20
C44 Piel	20	13,85	830,23	12,07	10,44
C48 Retroperitoneo y peritoneo	1	0,69	76,88	0,77	0,79
C49 Tejido conjuntivo, subcutáneo y otros tejidos blandos	4	2,77	89,57	1,92	1,92
C50 Mama	137	94,91	5347,08	78,29	81,31
C51 Vulva	4	2,77	76,88	1,91	1,65
C52 Vagina	3	2,08	50,93	1,47	0,54
C53 Cuello uterino	6	4,16	267,72	3,60	5,32
C54 Cuerpo del útero	26	18,01	1023,16	15,10	17,02
C56 Ovario	17	11,78	692,37	9,91	11,71
C64 Riñón	14	9,70	379,35	6,87	5,36
C65 Pelvis renal	3	2,08	0,00	1,04	0,46
C67 Vejiga urinaria	9	6,23	69,08	3,20	5,30
C69 Ojo y anejos	1	0,69	69,08	0,55	0,52
C71 Encéfalo	19	13,16	628,67	10,46	7,11
C73 Glándula tiroides	6	4,16	247,95	3,71	5,19
C76 Otras localizaciones mal definidas	2	1,39	0,00	0,67	0,50
C77 Ganglios linfáticos	23	15,93	801,55	11,68	8,57
C80 Sitio primario desconocido	10	6,93	76,88	3,63	6,47
TODAS LAS LOCALIZACIONES	507	351,20	15164,93	260,94	266,04

En el año 2001, la probabilidad de que una mujer alavesa desarrollara cáncer antes de cumplir los 75 años era de una de cada 6 ó 7 mujeres. Asimismo, se diagnosticó algún tipo de cáncer a casi una de cada 284 mujeres durante este año.

6- REGISTRO DE MORTALIDAD

Se realiza un análisis básico de mortalidad en el Territorio Histórico de Álava (THA) durante el 2.003, último año con información disponible. Los datos sobre defunciones proceden del Registro de Mortalidad de la CAPV, adscrito a la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (utilizando para ello los datos procedentes de los Boletines Estadísticos de Defunción (BED) y los Boletines Estadísticos de Partos, Nacimientos y Abortos (BEPNA). Los primeros recogen las defunciones ocurridas en sujetos con mas de 24 horas de edad y los segundos, los fallecidos en las primeras 24 horas de edad y las muertes fetales tardías (con mas de 22 semanas de gestación o más de 500 gramos de peso).

La población para el año 2003 y para el resto de los años intercensales analizados se ha obtenido mediante la interpolación lineal de las poblaciones del censo 1991, padrón 1996 y censo 2001. La estandarización directa de las tasas se ha realizado utilizando la población europea como población de referencia, la indirecta utiliza la CAPV como estándar.

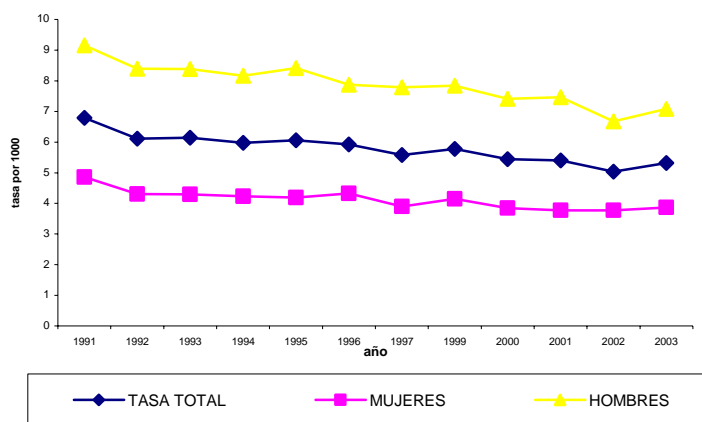
Se presenta la mortalidad general y la debida a las principales causas en datos crudos (número y tasas crudas), tasas estandarizadas, años potenciales de vida perdidos (APVP), razones de mortalidad estandarizadas (RME) y mortalidad infantil; se describe la mortalidad según características de persona (género y edad).

MORTALIDAD GENERAL

Durante el 2.003 fallecieron 2.357 personas en Álava, de las cuales el 52,14 % fueron varones y el 47,85% mujeres. La tasa de mortalidad general fue de 8,23 por mil habitantes, superior en los hombres (8,65 por mil) que en las mujeres (7,81 por mil). La tasa estandarizada fue de 5,32 por mil, casi el doble en hombres (7,08 por mil) que en mujeres (3,86 por mil).

La mortalidad infantil en el THA durante el 2003 fue de 1,9 por mil nacidos vivos.

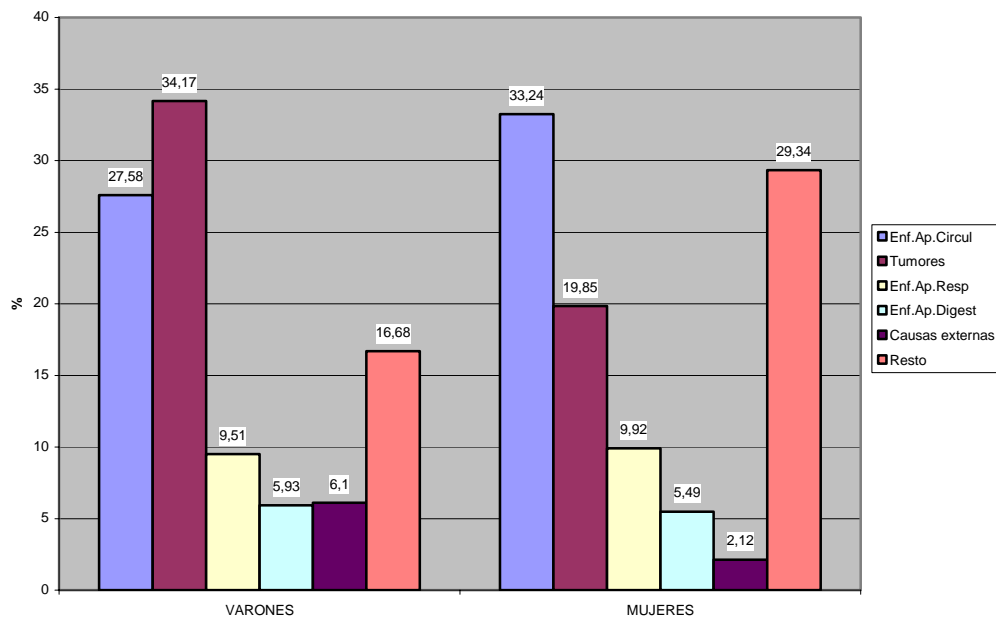
**Gráfico 32.- Evolución de la mortalidad ajustada por edad.
Álava 1991-2003**



Mortalidad proporcional.

Entre las mujeres, las enfermedades del aparato circulatorio fueron la causa más frecuente de defunción (33,24%), seguidas de los tumores (19,85 %) y de las enfermedades del sistema respiratorio (9,92%). Entre los hombres, los tumores fueron la causa más frecuente de defunción (34,17%), las enfermedades del sistema circulatorio la segunda causa (27,58%) y por último las enfermedades del sistema respiratorio la tercera causa (9,51%). Para el total de la población del THA las causas de defunción por orden de importancia fueron; la enfermedades del aparato circulatorio (30,29%), los tumores (27,32%), las enfermedades del aparato respiratorio (9,71%), las del sistema digestivo (5,72%) y los trastornos mentales (5,60%).

Gráfico 33.- Defunciones por sexo y grandes grupos de causas (%). Álava 2.003



Mortalidad por causas.

En la tabla 26 se presentan el número de defunciones y las tasas estandarizadas, según los 19 grandes grupos de causas, para cada sexo y la población total. En el caso de los hombres la tasa de mortalidad más alta se corresponde a los tumores. En el caso de las mujeres a las enfermedades del aparato circulatorio. Para ambos grupos de afecciones las tasas son más altas para los hombres que para las mujeres.

Tabla 26.- Mortalidad por grandes grupos de causa y sexo. Álava 2003.

ENFERMEDAD	CIE 9	CIE10	HOMBRES		MUJERES		TOTAL		
			NUMERO	TASA*	NUMERO	TASA*	NUMERO	TASA BRUTA	TASA ESTANDARIZADA
I. Enf. Infecciosas y parasitarias	1-139	A00-B99	26	15,4	22	8,5	48	16,7	11,4
II Tumores	140-239	C00-D48	420	240,8	224	93,8	644	223,4	158,8
III Enf. Sangre y Trans.Inmunidad	280-289	D50-D89	3	1,7	3	0,9	6	2,1	1,3
IV Enf. Endrocri.Nutric.Metab.	240-279	E00-E90	31	16,5	49	15,9	80	27,8	16,5
V Transtornos Mentales	290-319	F00-F99	46	27,4	86	24,5	132	45,8	25,9
VI Enf.Sistema Nervioso	320-389	G00-G99	46	25,1	83	26,5	129	44,8	26,5
VII Enf. Del Ojo		H00-H59	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
VIII Enf. Del Oido		H60-H95	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0
IX Enf. Sist. Circulatorio	390-459	I00-I99	339	194,3	375	119,5	714	247,7	153,7
X Enf. Sist. Respiratorio	460-519	J00-J99	117	66,2	112	33,6	229	79,5	46,3
XI Enf. Sist. Digestivo	520-579	K00-K93	73	42,8	62	22,9	135	46,8	32,4
XII Enf. Piel y Tej. Subcutaneo	680-709	L00-L99	2	1,2	1	0,3	3	1,0	0,6
XIII Enf. Sist. Osteomuscular y T.	710-739	M00-M99	2	1,4	12	4	14	4,9	3,1
XIV Enf. Sist. Genitourinario	580-629	N00-N99	20	12,2	25	7,4	45	15,6	9,4
XV Complic. Emba.Parto y Puerp.	630-676	O00-O99	-	-	0	0,0	0	0,0	0,0
XVI Afecc. Perinatales	760-779	P00-P96	2	2,4	0	0,0	2	0,7	1,2
XVII Anomalias Congénitas	740-759	Q00-Q99	1	0,6	2	2,6	3	1,0	1,6
XVIII Causas Mal Definidas	780-799	R00-R99	26	14,7	48	14,3	74	25,7	15,2
XIX Causas Externas	800-999	V01-Y98	75	45,3	24	11,9	99	34,4	28,1
TOTAL			1229	708,1	1128	386,6	2357	502,1	532,1

*Tasa por cien mil habitantes estandarizada por edad de la población europea

Principales causas de muerte.

En la tabla 27 se muestran las tasas estandarizadas por edad de la población europea de las principales causas de muerte. La enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica fueron las principales causas de muerte para el total de la población de Álava. La tercera causa de muerte para la población general son los trastornos mentales.

Entre los hombres, la cardiopatía isquémica es la primera causa de muerte, el cáncer de pulmón la segunda y la enfermedad cerebrovascular la tercera. Entre las mujeres, la enfermedad cerebrovascular fue la primera causa de muerte, seguida de la cardiopatía isquémica y los trastornos mentales, respectivamente. El alzheimer aparece como la cuarta causa de defunción con una tasa de 16,3.

Tabla 27.- Principales causas de muerte por sexo. Álava 2003.

ENFERMEDAD	CÓDIGO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
		NUMERO	TASA*	NUMERO	TASA*	NUMERO	TASA*
I. Cardiopatía isquémica	I20-25	116	67,2	76	25,6	192	44,4
II Enfermedad cerebrovascular	160-69	97	54,0	110	33,9	207	43,1
III Ca. Pulmón T y B	C33-34	105	58,0	13	5,4	118	29,2
IV EPOC y enf.afines.	J40-44, 47	64	35,2	25	8,4	89	18,1
V Ca.colón-recto	C 18-21	57	33,6	25	10,1	82	19,9
VI Insuf.cardíaca	I50	31	19,4	47	14,5	78	16,8
VII Trast.mentales.org	F 00-09	44	26,2	84	23,5	128	24,8
VIII Accidentes de tráfico	V 01-89	25	14,7	9	4,9	34	9,7
IX Diabetes	E 10-14	27	14,3	42	13,2	69	14,0
X Ca.estómago	C 16	30	16	15	6,9	45	11,2
XI Ca.mama	C 50	0	-	23	10,9	23	5,9
XII Cirrosis	K 70,73,74,76,9	31	18,3	11	4,4	42	11,4
XIII Alzheimer	G 30	19	10,6	59	16,3	78	15,1
XIV Ca. Próstata	C 61	45	24,9	0	0	45	9,3
XV Enf. Hipertensiva	I 10-15	12	7,1	33	9,9	45	9,1
XVI Neumonía	J 12-18	16	9,3	30	8,5	46	8,9
XVII Ca. Vejiga	C 67	22	13,2	8	2,7	30	6,8
XVIII SIDA/VIH	B 20-24	6	3,6	1	0,6	7	2,1

*Tasas por cien mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea.

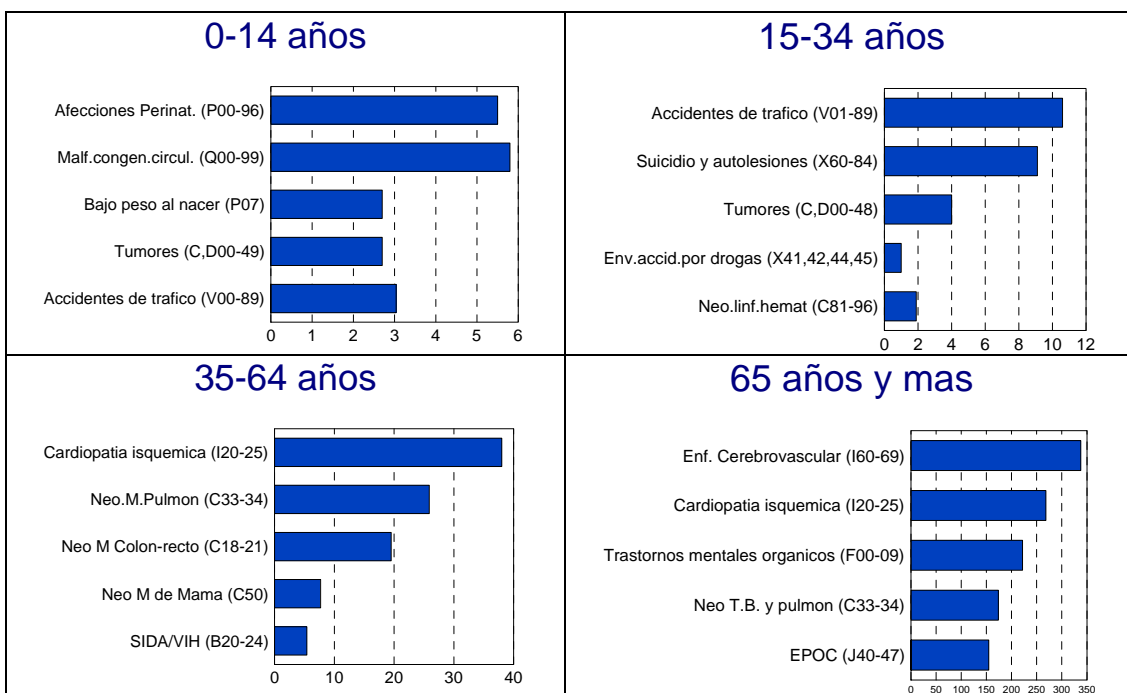
Causas de muerte, según edad y sexo

Las principales causas de muerte varían con la edad y el sexo. Así, entre los menores de 15 años la primera causa de defunción son las malformaciones congénitas seguidas por las afecciones perinatales y por los tumores y el bajo peso al nacer con unas tasas de; 5,8, 5,5 y 2,7, respectivamente. En el grupo de edad de 15 a 34 años, los accidentes de tráfico son la principal causa de defunción (aunque ha disminuido considerablemente respecto a la tasa registrada en el año 2001, de hecho es prácticamente la mitad que en el citado año). Se registró una tasa de 20, respecto a un 10,6 por 100.000 habitantes registrada en el 2003. La segunda y la tercera causa de defunción son el suicidio y los tumores.

En el grupo de edad de 35 a 64 años, la principal causa de muerte es la cardiopatía isquémica, seguida del cáncer de pulmón y en tercer lugar el cáncer de colon y recto.

En el grupo de mayores de los mayores de 64 años la enfermedad cerebrovascular es la primera causa, seguida por la cardiopatía isquémica y por trastornos mentales orgánicos.

Gráfico 34.- Principales causas de muerte según edad. Álava 2003.



Tasas por cien mil habitantes

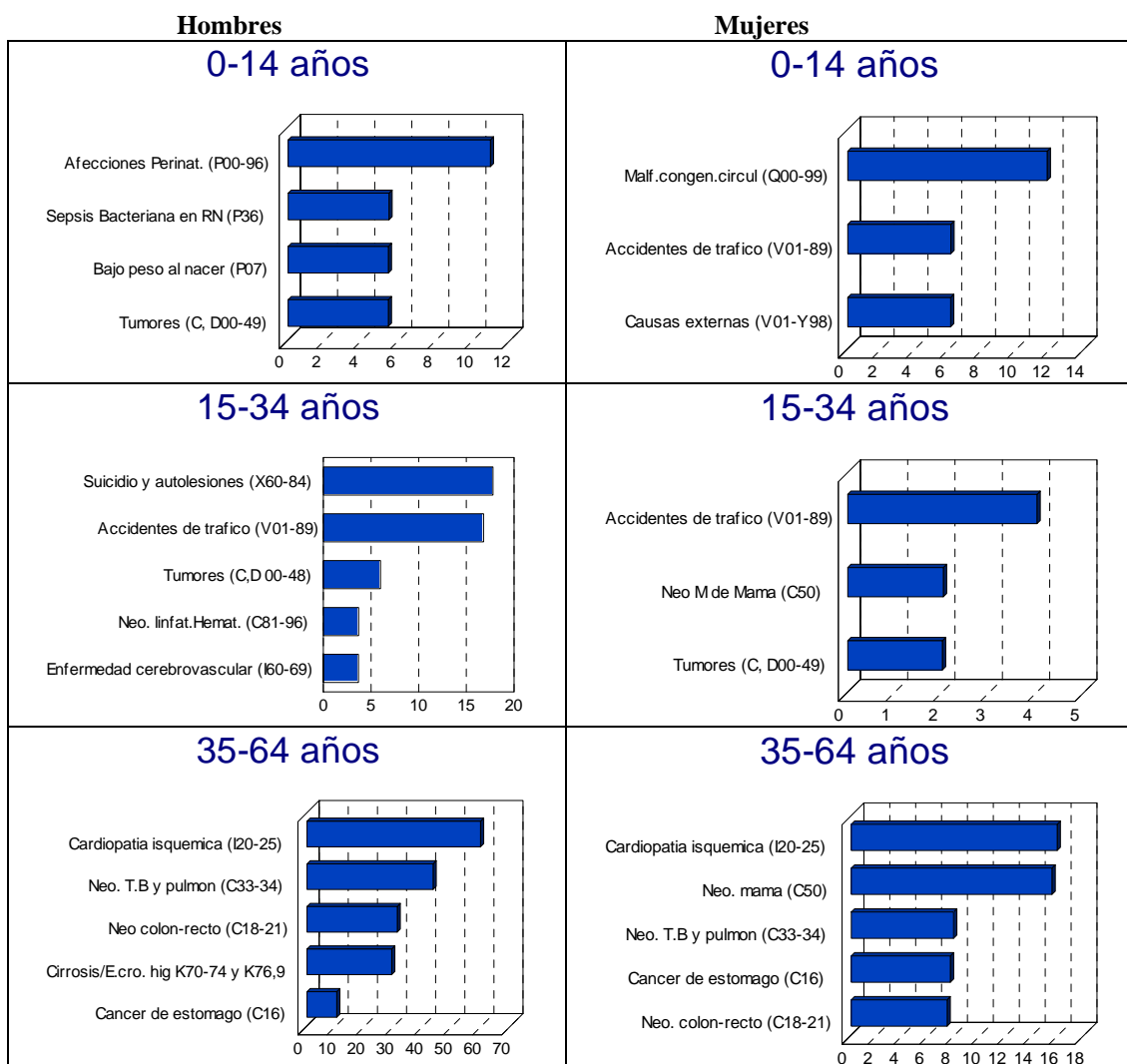
Dentro de cada grupo de edad la importancia de determinadas causas de muerte varía por sexo como puede verse en el gráfico 35. En general, para las mismas causas de muerte las tasas son más elevadas en hombres que en mujeres. En el grupo de 0-14 años, en los hombres las tasas de mortalidad más elevadas son las relacionadas con las afecciones perinatales, bajo peso al nacer, los tumores y la sepsis bacteriana; entre las mujeres las malformaciones congénitas del sistema circulatorio y los accidentes de tráfico y las causas externas se constituyen como las principales causas. Es de destacar la ausencia de muertes asociadas al síndrome de muerte súbita.

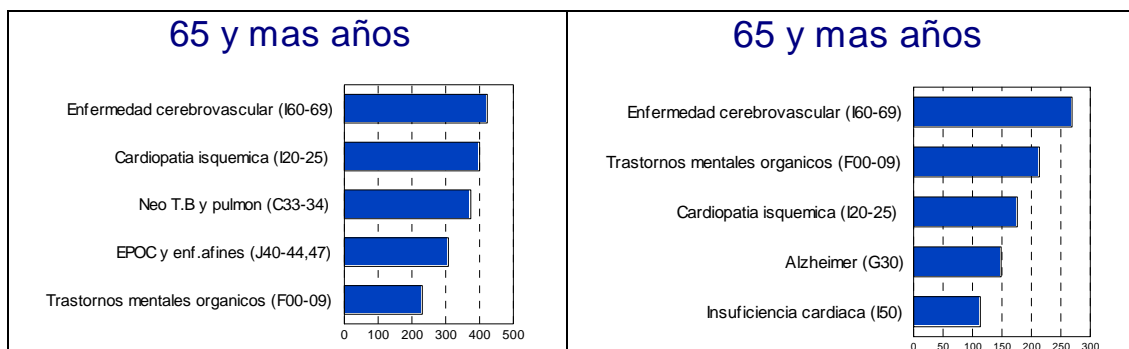
En el grupo de 15 a 34 años, la cuarta y la quinta posición entre los hombres las ocupan los tumores de los tejidos linfáticos y hematopoyéticos y la enfermedad cerebrovascular, mientras que entre las mujeres las mismas posiciones las ocupan los tumores y en concreto el cáncer de mama.

En el grupo de edad de 35 a 64 años, la primera causa de defunción entre los hombres es la cardiopatía isquémica, seguida por el cáncer de pulmón y el cáncer de colon y recto, mientras que entre las mujeres la cardiopatía isquémica ocupa la primera posición, seguida por el cáncer de mama y como tercera causa de muerte señalar el cáncer de pulmón.

Por último en el grupo de 65 años y más, se ha de señalar la importancia que adquieren las enfermedades del aparato circulatorio. Entre los hombres la enfermedad cerebrovascular, la cardiopatía isquémica, el cáncer de pulmón y el EPOC son las patologías que registran las tasas de mortalidad más elevadas, mientras que entre las mujeres las enfermedades cerebrovasculares ocupan el primer lugar, seguidas por los trastornos mentales, la cardiopatía isquémica y el alzheimer.

Gráfico 35.- Principales causas de muerte según edad y sexo. Álava 2003.





Tasas por cien mil habitantes.

Evaluación de los indicadores de mortalidad del Plan de Salud 2002-2010

En la tabla 28 se comparan las tasas (número de casos de mortalidad en la fila de mortalidad por SIDA) de mortalidad en el intervalo 1999-2003 con los objetivos marcados por el Plan de Salud 2010.

Las tasas de cáncer en la población < de 65 años se ha reducido notablemente en los últimos años. Es de destacar la reducción que se ha producido en la tendencia ascendente registrada hasta el año 2001. De hecho se ha registrado una tasa inferior al objetivo marcado para el año 2010. No ha ocurrido lo mismo con las defunciones asociadas al cáncer de pulmón en mujeres de este mismo grupo, ya que se ha duplicado la tasa respecto al año 2001. A pesar de no superar los objetivos marcados en el Plan de Salud, la tendencia aquí reflejada es preocupante.

Las estrategias de intervención para contener el cáncer de mama (tumor con mayor mortalidad entre las mujeres) han tenido sus frutos, reduciéndose las tasas de mortalidad por esta afección a la mitad.

Los accidentes de tráfico, primera causa de mortalidad prematura en Álava han sufrido un retroceso (después del incremento producido en el año 2001), cumpliendo por primera vez en los últimos años los objetivos marcados en el Plan arriba indicado.

Por último entre las causas de mortalidad que no cumplen los indicadores establecidos en el Plan de Salud, hemos de destacar el cáncer de colón-recto en hombres y las enfermedades del aparato circulatorio en mujeres de < de 65 años. De hecho la tasa para este grupo de patología se ha duplicado, rompiendo la tendencia descendente que se había evidenciado en los últimos años.

Tabla 28.- Tasas* para causas seleccionadas de mortalidad según sexo. Álava 2003.

Causas	Tasa 2000	Tasa 2001	Tasa 2003	Objetivos del Plan de Salud Para la CAPV 2.010
Cáncer en hombres < 65 años	109,6	108,5	87,9	Iniciar tendencia descend<116
Cáncer en mujeres < 65 años	56,6	69,4	40,7	47,1
Ca. de pulmón en hombres < 65 años	28,8	27,5	18,9	Invertir tendencia ascend≤32,3
Ca. de pulmón en mujeres de <65 años	4,3	1,6	3,5	Frenar tendencia ascend≤3,9
Cáncer de mama en mujeres	22,2	24,3	10,9	18,4
Ca. de colón-recto en hombres	30,2	30,7	33,6	Estabilizar tasas≅29,5
Ca. de colón-recto en mujeres	13,3	17,3	10	Estabilizar tasas≅14,5
Ca. de cabeza y cuello en hombres	15,5	16	10,93	20,3
Enf. apar.circul.en hombres< de 65 años	55,1	48,6	48,3	45,7
Enf.apar.circul.en mujeres< de 65 años	12,7	10,3	20,3	12,9
Enf.cerebrovascular en hombres<75 años	16,8	17,2	18,9	18,4
Enf.cerebrovascular en mujeres< 85 años	15,8	21	16,1	20,4
Cardiopatía isquémica en hombres 25-74 años	63,5	55,9	53,6	70,6
Cardiopatía isquémica en mujeres 25-74 años	8,3	14,5	11,1	14,7
Accidente de tráfico	13,4	14,5	9,71	10,3
Mortalidad por SIDA (número de casos)			7	<7 casos/año**
Causas externas entre 15-29 años	19,9	26	15,4	31
Suicidio	4,9	7,7	8,2	<7
Mortalidad Infantil			1,9	<4,8

(*) Tasa por cien mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea

(**) Objetivo para 2010 en la CAPV <50 casos/año, para Álava según la proporción de población:< 7 casos/año.

RAZÓN DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA

Mediante este indicador se compara la mortalidad en el T.H. de Álava por determinadas causas con la mortalidad en la CAPV por las mismas causas. Tabla 29. Figura 36.

Tabla 29.- Razón de mortalidad estandarizada. Álava 2.003.

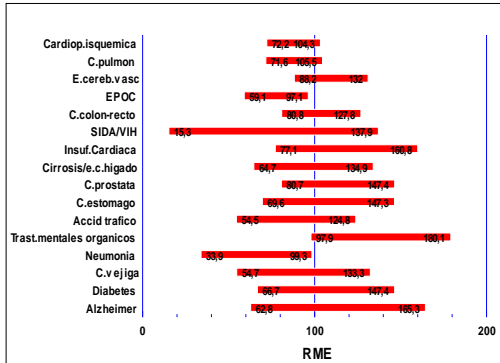
CAUSAS	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	RME	IC	RME	IC	RME	IC
Enf. Cerebro-vascular I 60-69	110,1	88,2-132,0	88,9	72,4-105,6	98,1	84,7-111,5
Cardiopatía Isquémica I 20-25	88,2	72,2-104,3	93,72	72,6-114,8	91,8	78,8-104,8
Insuf. Cardíaca I 50	118,9	77,1-160,8	89,6	63,9-115,2	99,3	77,2-121,3
Enf. Hipertensiva I 10-15	59,3	25,7-92,8	101,3	66,7-135,8	85,4	60,5-110,4
IAM I 21	103,8	80,2-127,5	116,9	85,5-148,4	110,6	91,3-129,8
Cáncer Traquea, Bronquios y pulmón C 33-34	88,5	71,6-105,5	71,65	32,7-110,6	89,1	73-105,2
EPOC y Enf. Asociadas JK 40 (Incluido Asma)	78,1	59,1-97,1	79,5	50,6-108,5	80,8	64,5-97,1
Cirrosis/E.crónica hígado K 70-74 y K 76.9	99,8	64,7-134,9	103,7	42,4-165	102,5	71,5-133,6
Cáncer de estómago C16	108,5	69,6-147,3	90,1	44,5-135,7	103,1	72,9-133,2
Cáncer de mama C 50			62,9	37,2-88,7	60,1	35,5-84,6
Accid. Tráfico Veh. Motor V 01-89	89,7	54,5-124,8	84,5	29,3-139,8	88,66	58,9-118,5
Ca.Colon, recto sigmoid C18-21	104,3	80,8-127,8	112,6	82,3-142,9	109,2	90,3-128
Ca. Prostata C 61	114,1	80,7-147,4	-	-	120,3	85,2-155,5
Diabetes Mellitus E 10-14	107,1	66,7-147,4	120,5	84,1-156,9	115,4	88,1-142,6
Transt.Orgánicos, senil y presenil F 00-09	138,9	97,9-180,1	129,2	101,6-156,8	132,3	109,4-155,3
Ca.Vejiga C67	93,9	54,7-133,3	148,4	45,6-251,2	107,9	69,3-146,5
Alzheimer G30	114	62,8-165,3	120,6	89,8-151,3	117,8	91,7-144
Neumonía J12-18	66,6	33,9-99,3	125,5	80,6-170,4	97,2	69,1-125,3
SIDA/VIH (B20-24)	76,6	15,3-137,9	30,6	-29,4-90,6	63,2	16,4-110,1

(*) Tasas por cien mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea

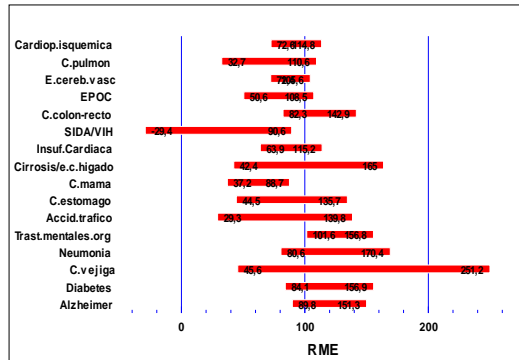
Presentan menor mortalidad la enfermedad hipertensiva y neumonía en varones y la EPOC y Enf. Asociadas en ambos sexos. Esto indica una menor mortalidad por estas causas en Álava respecto a la CAPV. La mortalidad por trastornos orgánicos seniles y preseniles fue significativamente superior en mujeres, mientras que el cáncer de mama inferior.

Gráfico 36.- Razón de mortalidad estandarizada. Álava 2.003.

Razon de Mortalidad Estandarizada. Varones. T. H. Araba. 2003



Razon de Mortalidad Estandarizada. Mujeres. T. H. Araba.2003



MORTALIDAD INFANTIL

Durante 2.003 fallecieron 5 niños menores de un año en Álava, la tasa de mortalidad infantil fue de 1,9 por 1.000 nacidos vivos, (5 casos, 4 de los mismos de sexo masculino). Esta tasa disminuye ligeramente respecto a la registrada a partir de los datos del 2001 (donde la tasa de mortalidad infantil se situaba en 2,1 por 1.000 nacidos vivos), mientras que la mortalidad perinatal se sitúa en un término medio respecto a los otros dos territorios históricos, registrándose una tasa de 4,4 muertes por 1000 nacidos vivos. Álava es el territorio que tiene la tasa de mortalidad infantil más baja, sin embargo, el número de defunciones en este grupo de edad es muy pequeño para valorar la tendencia y/o diferencia por territorios.

ESPERANZA DE VIDA

La esperanza de vida al nacimiento para la población alavesa fue de 81,3 años, superior en 6,5 años en las mujeres (84,6 años) respecto a los hombres (78,1 años). En el TH de Álava la expectativa de vida es superior a la de la CAPV: 76,8 años en los hombres y 83,9 años en las mujeres; si bien ha disminuido ligeramente en el caso de las mujeres respecto al año 2001(85 años). Se han superado los objetivos propuestos por el Plan de Salud para el periodo comprendido entre los años 2.002-2010: 76,8 años para los hombres y 84,3 años para las mujeres. Las diferencias entre la esperanza de vida entre los sexos se mantienen en torno a los 6 años hasta el grupo de edad de 65-69 años, donde disminuye a 4 años.

Tabla 30 Esperanza de vida según edad. Álava 1991-2003

	SEXO	1991	1995	2000	2001	2002	2003	Δ1991-2003 (%)
0 AÑOS	H	74,06	75,3	77	77,1	78,6	78,1	4,04
	M	81,9	83,5	84,5	84,9	84,8	84,6	2,7
	T	77,9	79,3	80,7	80,9	81,7	81,3	3,4
40-45	H	36,61	37,5	38,8	38,8	39,9	39,2	2,59
	M	43,3	44,9	45,7	45,5	45,7	45,1	1,8
	T	39,9	41,1	42,3	42,1	42,8	42,1	2,2
65-69	H	15,82	16,6	17,3	17,3	18	17,6	1,78
	M	20,2	21,6	22,4	22,5	22,2	21,8	1,6
	T	18,2	19,2	20	20,1	20,3	19,8	1,6

MORTALIDAD PREMATURA (APVP)

Los años de vida potencialmente perdidos hasta la edad de 70 años miden el impacto de la mortalidad en las edades tempranas, expresando los años que ha dejado de vivir una persona que ha fallecido prematuramente después del primer año de vida. Por tanto, cobran mayor relevancia las causas con alta incidencia en los jóvenes y el patrón varía respecto al de la mortalidad general.

Los APVP durante 2.003 en el T.H. de Álava por todas las causas de mortalidad fueron de 7910, con una tasa de 29,2 años por mil habitantes, inferior a la de la CAPV (36,8 por mil). La tasa fue mucho más elevada en los hombres (40,05 por mil) que en las mujeres (18,01 por mil).

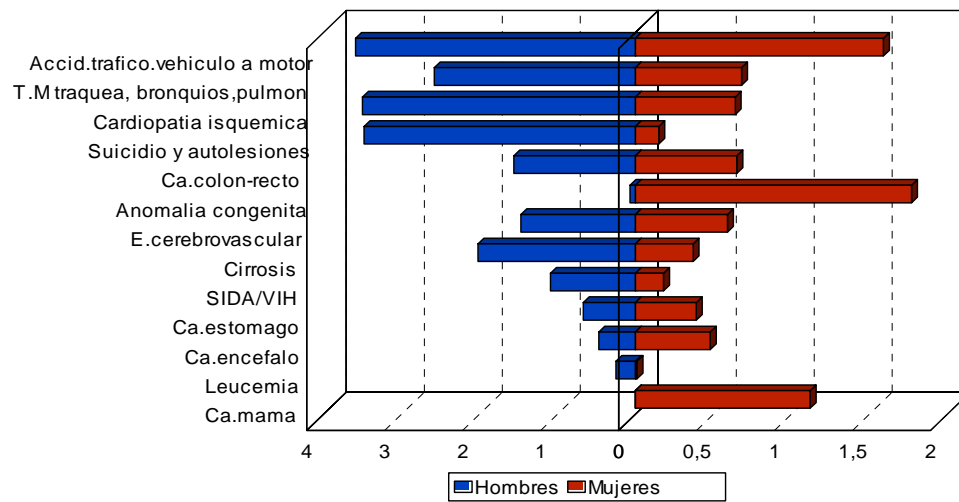
Los accidentes de tráfico por vehículos a motor representan la tasa más alta, seguidos de cardiopatía isquémica y el suicidio. En las mujeres las anomalías congénitas representan la primera causa de años potenciales de vida perdidos, seguidos por los accidentes de tráfico y el cáncer de mama. Entre los hombres el patrón coincide con el patrón general, seguido por el cáncer de traquea, bronquios y pulmón. La tasa de APVP por cirrosis sufrió un incremento en los hombres respecto al año 2001 (1,43 en el año 2001, frente a 2,02 en el 2003).

Tabla 31.- Años potenciales de vida perdidos. Álava 2.003.

CAUSA	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	AÑOS	T:APVP(*)	AÑOS	T:APVP(*)	AÑOS	T:APVP(*)
Accid.tráfico (V01-89)	553	3,59	166	1,59	719	2,61
Ca. Pulmón (C33-34)	370	2,58	103,5	0,68	473,5	1,65
Cardiopatía isquémica (I20-25)	491	3,5	78	0,64	569	2,07
Suicidio (X60-84)	511	3,48	22	0,15	533	1,85
Ca.colón-recto (C18-21)	213,5	1,56	99,5	0,650	313	1,12
Anomalía congénita (Q00-99)	10,5	0,07	127	1,77	137,5	0,90
E.cerebrovascular (I60-69)	174,5	1,47	82,5	0,59	257	1,03
Cirrosis (K70,73,74,76,9)	290	2,02	57,5	0,37	347,5	1,20
SIDA/VIH (B20-24)	171	1,09	28,5	0,18	199,5	0,64
Ca.estómago (C16)	97	0,67	50,5	0,39	147,5	0,53
Ca. Encéfalo (C71)	64,5	0,47	66	0,48	130,5	0,47
Leucemia (C91-95)	35	0,25	25	0,01	37,5	0,13
Ca.mama (C50)	0	0	163	1,12	163	0,56

(*) Tasas por mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea

Gráfico 37.- Años Potenciales de Vida Perdidos por causas. Álava 2003



7.- MORBILIDAD HOSPITALARIA

Se realiza un análisis básico del registro de altas hospitalarias del 2005. Los datos utilizados proceden del Conjunto Mínimo de Datos (CMBD) de la CAPV. Se trata de una base de datos que recoge información clínico-administrativa de los pacientes hospitalizados en el momento del alta, excluidos los hospitales los psiquiátricos.

La unidad de análisis es el alta hospitalaria, lo cual implica que a un paciente pueda corresponderle más de un registro por diferente enfermedad.

Nos centramos en el análisis del diagnóstico principal, que es el motivo del ingreso hospitalario, determinado por el facultativo y en función de éste clasificamos todas las patologías en 17 grandes grupos definidos en la CIE 9.

Para analizar la morbilidad, además de las frecuencias absolutas, utilizamos la tasa de frecuentación hospitalaria (número de ingresos por 1000 habitantes) por edad, sexo y la morbilidad proporcional por sexo. Analizamos estas patologías por grandes grupos de edad y sexo.

La población utilizada como denominador para el cálculo de las tasas de frecuentación hospitalaria es la del censo del 2001.

Durante el año 2.005 se produjeron en la CAPV 220.814 altas hospitalarias; de las cuales 34.799 (15,75%) se corresponden a personas residentes en Álava.. Este número de altas suponen una frecuentación hospitalaria de 1,21 altas por 1.000 habitantes.

El 94,64% de las altas de residentes en Álava se produjeron en los hospitales de agudos (Hospital de Txagorritxu y Santiago) y en el 0,59% restante se corresponde al Hospital de Leza (media y larga estancia). Un 4,75% de las altas se han producido en hospitales o clínicas de otro territorio histórico. Del total de las altas 5.625 tenían una estancia inferior a un día.

En primer lugar se presentan los datos de los hospitales públicos de Álava independientemente del municipio de residencia y después los referentes a la morbilidad de los residentes de Álava ingresados en cualquiera de los hospitales públicos de la CAPV.

ALTAS DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE ÁLAVA

El registro contiene información de los hospitales pertenecientes a la red de Osakidetza: Txagorritxu y Santiago Apóstol (corta estancia) y Leza (media-larga estancia).

El número total de altas producidas en estos hospitales durante el año 2005 fue de 34.007, de las que 33.800 (99,39%) se dieron en hospitales de agudos y 207 (0,60%) en el hospital de media-larga-estancia. Las altas en hospitales de corta estancia sumaron un total de 208.400 días de estancia, lo que supone una estancia media de 6,17 días. Las altas registradas en el hospital de Leza sumaron 12.136 días de estancia, con una estancia media de 58,63 días.

En la siguiente tabla se presenta, por sexo y grupos de edad, el número de altas, el total de días generados por ellas y la estancia media correspondiente.

Tabla 32: Distribución del número de altas, días de estancia y estancias medias, por grupos de edad y sexo. Álava 2005.

	Nº de altas (%)	Nº días de estancia (%)	Estancia media
Hombres	16.978 (49,9%)	119.526 (54,19%)	7 días
Mujeres	17.029 (50,1%)	101.010 (45,80%)	6 días
0-14 años	2.083 (6,1%)	11.287 (5,11%)	5 días
15-44 años	5.357 (15,75%)	21.264 (9,64%)	4 días
45-64 años	11.497 (33,8%)	64.019 (29,02%)	5 días
>=65 años	15.070 (44,31%)	123.966 (56,21%)	8 días
Total	34.007 (100%)	220.536 (100%)	6 días

En el 2005 se han producido 6320 altas más que en el año 2003 y 41.515 días de estancia más. La estancia media en el año 2005 (6,49 días) es ligeramente superior a la del año 2003 (6,45 días).

De las altas registradas en los hospitales de agudos, 5.217 (15,34% del total) se corresponden con actividades del hospital de día con estancia 0. Casi la mitad de estas altas tienen un diagnóstico de grupo de enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales (47,%). La segunda causa de altas hospitalarias son las concernientes a ingresos por tumores (9,4%).

Las patologías que más altas registraron en los hospitales de agudos de Osakidetza de Álava durante el 2005 fueron las enfermedades del aparato circulatorio con un 12,7%, respiratorio 12%, digestivo 11,8%, sistema nervioso y órganos de los sentidos 9,1%, tumores 8,9% que, junto con los ingresos relacionados con el embarazo, parto y puerperio 9% generaron el 63,49% de las altas hospitalarias.

En el Hospital de Leza (media-larga estancia), los procesos patológicos que contabilizaron más ingresos fueron los del aparato respiratorio 37%, seguidas del circulatorio 23,2% .A este respecto destacar el incremento del número de altas vinculadas a ambos grupos de patologías, en comparación al año 2.003. En este año se registraban únicamente un 30,9% y un 16,1% respectivamente.

Tabla 33.- Distribución porcentual según diagnóstico principal por grandes grupos y centro. Hospitales de Osakidetza de Álava 2.005.

CIE9-MC	Diagnósticos	H. de agudos		H. de media-larga estancia	
		Total de altas (%)	Altas con estancia 0 (% de línea)	Total Altas	%
001-139	Infecciosas y parasitarias	629 (1,9%)	21 (3,33%)	2	1%
140-239	Tumores	3.006 (8,9%)	488 (16,23%)	3	1,4%
240-279	Endocrino-metabólicas	482 (1,4%)	32 (6,63%)	5	2,4%
280-289	Sangre y órg hemat	428 (1,3%)	7 (1,63%)		
290-319	Trastornos mentales	929 (2,7%)	47 (5,05%)	5	2,4%
320-389	Sistema nervioso y sentidos	3.068 (9,1%)	2.453(79,95%)	2	1%
390-459	Aparato circulatorio	4.293(12,7%)	277 (6,45%)	48	23,2%
460-519	Aparato respiratorio	4.066 (12%)	230 (5,65%)	77	37,2%
520-579	Aparato digestivo	3.999(11,8%)	273 (6,82%)	9	4,3%
580-629	Aparato genito-urinario	1.959 (5,8%)	257 (13,11%)		
630-676	Embarazo, parto y puerperio	3.029 (9%)	220 (7,26%)		
680-709	Piel y tejido conjuntivo	412 (1,2%)	108 (26,21%)	5	2,4
710-739	Sistema osteomuscular	1.853 (5,5%)	279 (15,05%)	1	0,5
740-759	Congénitas	118 (0,3%)	21 (17,79%)		
760-779	Patología perinatal	329 (1%)	3 (0,911%)		
780-799	Signos y sínt mal definidos	1.940 (5,7%)	66 (3,4%)	7	3,4%
800-999	Traumatismos y enven	2.627 (7,8%)	205 (7,8%)	17	8,2%
V01-V82	Código V	630 (1,9%)	229 (35,83%)	17	8,2%
	Sin codificar	3 (0,0088%)	1 (33,33%)	9	4,3%
	TOTAL	33.800(100%)	5217 (15,43%)	207	100 %

MORBILIDAD HOSPITALARIA SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD

A continuación se analiza el perfil de morbilidad hospitalaria de los residentes en Álava, a partir de las altas con estancia mayor que 0 producidas en todos los hospitales de Osakidetza de la CAPV (se han excluido todos los procedimientos de cirugía ambulatoria o que no hayan precisado hospitalización). En el año 2.005 se han producido un total de 29.173 altas con ingreso, lo que supone una tasa bruta de 101,86 altas/1000 hab; del total de altas 14.686 son varones (tasa 103,39/1000 hab) y 14.487 son mujeres (tasa 100,35/1000 hab). Excluyendo las altas correspondientes a embarazo, parto y puerperio la tasa en las mujeres desciende a 79,93/1.000 habitantes.

La edad media de la población hospitalizada es de 56,34 años para hombres y 53,57 en el caso de las mujeres. En la tabla 34 se presentan el número de altas por grupo de edad y sexo y su tasas correspondientes. Si se excluyen las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, en todos los grupos de edad las tasas de alta de los hombres superan a la de las mujeres y en ambos sexos el grupo de 15-34 años de edad es el que presenta una tasa más baja. El 43,28% de las altas se han producido en mayores de 64 años, altas que suponen el 43,3% de los días de estancia.

Tabla 34.- N° de altas con ingreso y tasa/1000 por sexo y grupo de edad de los residentes en Álava.

GRUPOS EDAD	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
0-14	1.157	64,97	882	51,83	2.039	58,55
15-34	1.581	35,57	3.222	75,87*	4.803	55,26
35-64	5.237	87,49	4.467	75,73**	9.704	81,65
>=65	6.711	336,72	5.916	228,46	12.627	275,55
TOTAL	14.686	103,39	14.487	100,35&	29.173	101,86

*27,62/1.000 excluyendo las altas correspondientes a embarazo, parto y puerperio:

** 60,64/1.000. excluyendo las altas correspondientes a embarazo, parto y puerperio:

&79,93/1.000 excluyendo las altas correspondientes a embarazo, parto y puerperio:

El patrón de morbilidad es diferente según la edad y sexo (figura 38). **En el grupo de menores de 15 años** las tres principales causas de ingreso para ambos sexos fueron las enfermedades del aparato respiratorio, patología perinatal y aparato digestivo.

En el grupo de 15-34 años, las principales causas de ingreso para los varones se relacionan con traumatismos y envenenamientos, aparato digestivo y respiratorio.

En las mujeres de este grupo de edad, las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio suponen el 63,6% del total, seguidas de las altas relacionadas con el aparato digestivo (6,2%) y el aparato respiratorio (5,7%).

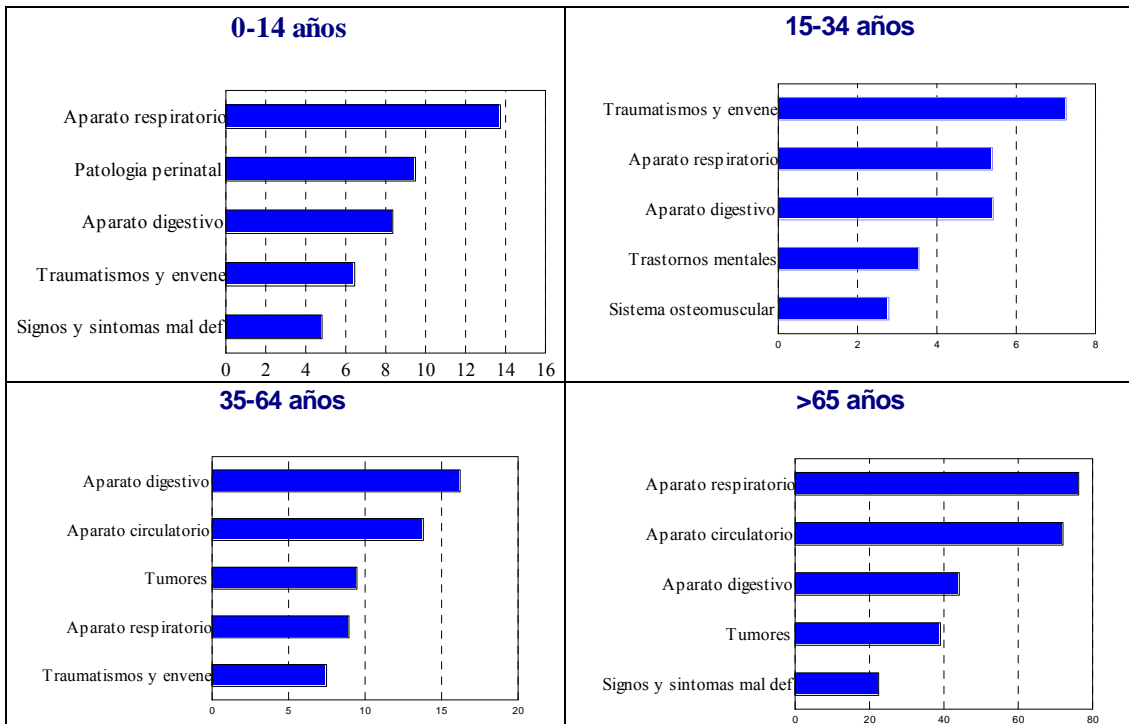
En el grupo de 35-64 años, las principales causas de ingreso en los varones se relacionan con el aparato digestivo (18,5%), aparato circulatorio (15,8%), tumores (10,8%) y aparato respiratorio (10,2%).

Los motivos de ingreso más frecuentes en las mujeres de este grupo de edad, siguen estando relacionados con el embarazo, parto y puerperio (19,9%), a continuación se encuentran los ingresos relacionados con los tumores (14,1%), aparato digestivo (11,2%) y sistema osteomuscular (8,2%).

En los mayores de 64 años la principal causa de ingreso fueron las enfermedades el aparato respiratorio, circulatorio y digestivo (en la mujer la primera y segunda causa son las relacionadas con el aparato circulatorio y respiratorio respectivamente).

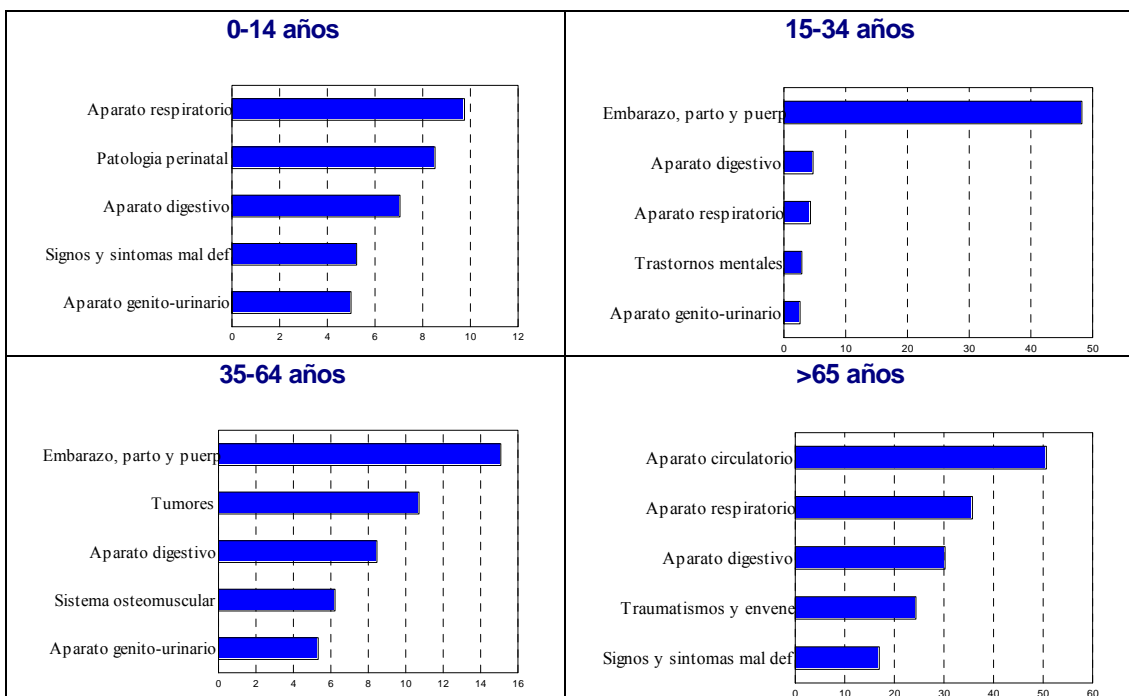
Figura 38.- Principales causas de ingreso hospitalario según edad y sexo. En residentes de Álava (tasa /1000 hab). Hospitales de Osakidetza. CMBDO 2005.

VARONES



Tasas/ 1000 habitantes.

MUJERES



Tasas/1000 habitantes

8.- VACUNACIONES

A partir del mes de **octubre de 2005**, el Departamento de Sanidad, siguiendo las recomendaciones del Comité Asesor de Vacunaciones de Euskadi, introdujo la vacuna de la varicela en el calendario de vacunación infantil de la CAPV. Esta vacuna va dirigida a toda la población infantil de 10 años de edad (nacidos a partir del 1 de enero de 1995) que no haya pasado dicha enfermedad.

Se considerará susceptible y, por lo tanto, objeto de vacunación toda aquella persona incluida en el rango de edad recomendado de vacunación, que conste en su historial clínico que no ha pasado la enfermedad o, en su defecto, que sus padres o tutores refieran no haberla pasado o no lo recuerden y que no ha recibido anteriormente vacunación de varicela por cualquier otra causa.

La vacuna además está indicada en pacientes con leucemia aguda, tratamiento inmunosupresor, trasplantes de órgano sólido, ciertas enfermedades crónicas y personas sanas que cuidan a pacientes incluidos en las categorías previas.

Calendario Vacunal Infantil recomendado para la CAPV. Octubre 2005.

1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	4 años	6 años	10 años	13 años ²	16 años
BCG	Hepatitis B	Hepatitis B	Hepatitis B	Sarampión		Sarampión		Varicela	Hepatitis B tres dosis	
	Difteria	Difteria	Difteria	Rubéola	Difteria	Rubéola	Difteria			
	Tétanos	Tétanos	Tétanos	Parotiditis	Tétanos	Parotiditis	Tétanos			Tétanos-difteria (adulto) ³
	Tos ferina acelular	Tos ferina acelular	Tos ferina acelular		Tosferina acelular		Tosferina acelular			
	Poliomielitis (VPI)	Poliomielitis (VPI)	Poliomielitis (VPI)		Poliomielitis (VPI)					
	Hib ¹	Hib	Hib		Hib					
	Meningococo C	Meningococo C	Meningococo C							

¹ *Haemophilus influenzae b*.

² Pautas provisionales hasta completar cohortes en edades intermedias.

³ Dosis de recuerdo cada 10 años.

1.- PRIMOVACUNACIÓN INFANTIL

La estimación de coberturas se ha realizado teniendo en cuenta las dosis registradas por los centros sanitarios durante el año 2005 y por los equipos de salud escolar en el curso 2004/05. Los denominadores corresponden a la población de niños susceptibles de vacunación para cada dosis según su fecha de nacimiento y según el calendario de vacunación vigente, dato que ha sido obtenido del registro de metabopatías para las dosis que se administran desde el periodo de recién nacido hasta los 6 años. El denominador para las coberturas de las vacunas de hepatitis B y Td correspondiente a las edades de 13 y 16 años respectivamente se han obtenido de los datos depurados de los listados actualizados aportados por todos los centros escolares del T.H. para la campaña extraordinaria de vacunación frente a meningococo C llevada a cabo en enero de 2005.

1.1.- B.C.G.

Se alcanzó una cobertura del 99,5%, aplicándose 2.736 dosis de vacuna en una población de 2.749 nacidos.

1.2.- D.T.Pa. – Hepatitis B - Hib - Polio - Meningococo C

En la tabla 35 pueden observarse las dosis aplicadas en Vitoria-Gasteiz y en los centros de vacunación rurales del Territorio Histórico y coberturas de las tres primeras dosis de vacunación infantil.

Tabla 35.- Cobertura de DTPa-HB-Hib-Polio-Meningococo C (1ª-2ª-3ª dosis). Álava 2005

	1ª DOSIS (2 meses)			2ª DOSIS (4 meses)			3ª DOSIS (6 meses)		
	PROG.	APLIC.	%	PROG.	APLIC.	%	PROG.	APLIC.	%
Gasteiz	2247	2122	94,4	2255	2102	93,2	2252	2116	94,0
Rural	538	530	98,5	548	542	98,9	554	548	98,9
Total	2785	2652	95,2	2803	2644	94,3	2806	2664	94,9

1.3.- Triple vírica

En la tabla 36 se detallan las vacunas programadas, aplicadas y cobertura de Triple Vírica a los 12 meses.

Tabla 36. Vacunación de triple vírica a los 12 meses – Álava 2005

	Triple Vírica (12 meses)		
	PROG.	APLIC.	%
GASTEIZ	2198	2054	93,5
RURAL	552	543	98,4
TOTAL	2750	2597	94,4

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

En la tabla 37 se detallan las vacunas programadas, aplicadas y cobertura de D.T.P. - Hib - Polio a los 18 meses.

Tabla 37. Vacunación 4ª dosis de D.T.Pa. - Hib – Polio. Álava 2005

	4ª DOSIS (DTP-Polio-Hib)		
	PROG.	APLIC.	%
GASTEIZ	2104	1996	94,9
RURAL	545	548	100,5
TOTAL	2649	2544	96,0

La evolución de la cobertura vacunal en el Territorio Histórico de Álava entre los años 2002 y 2005 se puede observar en la tabla 38.

Tabla 38.- Evolución de la cobertura vacunal infantil en Álava 2002-2005

	2002		2003		2004		2005	
	GASTEIZ	RURAL	GASTEIZ	RURAL	GASTEIZ	RURAL	GASTEIZ	RURAL
1ª DOSIS	98,5	98,6	99,7	98,7	97,7	96,9	94,4	98,5
2ª DOSIS	98,7	98,2	98,5	96,9	93,0	95,1	93,2	98,9
3ª DOSIS	97,1	96,9	98,0	96,6	95,0	97,3	94,0	98,9
4ª DOSIS	97,1	93,3	95,2	98,2	97,6	90,1	93,5	100,5
T. Vírica	98,2	96,4	95,5	97,8	96,6	97,9	94,9	98,4

1.5.- DOSIS DE RECUERDO

Triple vírica (4 años)

Durante el año 2005 la vacunación de triple vírica a la edad de 4 años se ha llevado a cabo mayoritariamente por los equipos de salud escolar. Los niños no vacunados en el centro escolar fueron derivados a los centros de atención primaria por ello, las coberturas de la vacuna triple vírica de los 4 años que se presentan a continuación son las de los niños que cursaron 2º de educación infantil (curso 2004/05).

Tabla 39. Vacunación de triple vírica a los 4 años – Álava 2005

Triple vírica 4 años	DOSIS
PROGRAMADAS	2584
S. ESCOLAR VITORIA-GASTEIZ	1721
CENTROS DE SALUD	765
VACUNADOS ANTERIORMENTE	36
TOTAL	2522
COBERTURA	97,6%

Tétanos-Difteria-Pertussis acelular (6 años)

Tabla 40.- Revacunación (6 años)

DTPa	DOSIS
PROGRAMADAS	2232
S. ESCOLAR VITORIA-GASTEIZ	1532
CENTROS DE SALUD	662
TOTAL	2194
COBERTURA	98,3

En 2005 se han vacunado un total de 2.194 niños/as de los 2232 programados consiguiéndose una cobertura del 98,3%.

Td (16 años)

El número total de vacunas administradas es de 1843 dosis de las 2.065 programadas alcanzándose una cobertura del 89,3%, muy superior al pasado año (81,2%).

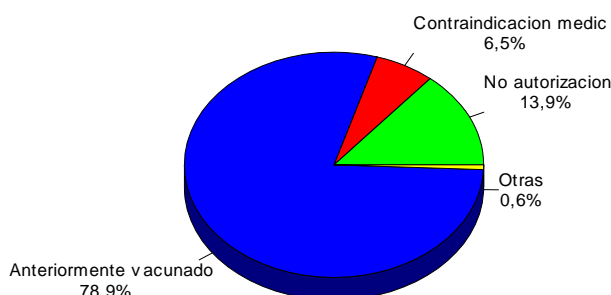
1.6.- Hepatitis B de adolescentes

Los datos que a continuación se exponen son los datos definitivos de la campaña de vacunación frente a hepatitis B iniciada en octubre de 2004, para los alumnos matriculados en el curso 2004/05

El total de alumnos censados fue de 2.610, de los cuales completaron la vacunación 2.069 (79,3%), habiendo 5 abandonos entre la 1ª y 2ª dosis y 59 entre la 2ª y 3ª dosis.

De los 474 que no iniciaron la vacunación, 66 (13,9%) fue por “no autorización” de los padres, 31 (6,5%) por contraindicación médica, 374 (78,9%) estaban anteriormente vacunados y en 3 personas (0,6%) fueron otras las causas de no vacunación. (figura 39).

Figura 39.- Distribución de causas de no vacunación Hepatitis B en adolescentes. Álava 2004-05



La cobertura de vacunación fue del 79,3%. Si consideramos los adolescentes vacunados con anterioridad al inicio de la campaña, la cobertura de correctamente vacunados asciende a 93,6%, siendo la cobertura más baja de los últimos años. (97,1% en 2004, 96,3% en 2003, 96,1% en 2002, 96,9% en 2001 y 96,7% en 2000).

Los datos de gestión de la campaña quedan reflejados en la tabla 41

Tabla 41.- Gestión de vacuna de hepatitis B de la campaña de adolescentes Álava 2004-2005

VACUNA RECIBIDA		VACUNA ADMINISTRADA		VACUNA NO JUSTIFICADA	
Nº	%	Nº	%	Nº	%
6440		6334	98,35	105	1,63

2.- OTRAS VACUNACIONES

2.1.- Tétanos-difteria (adultos)

Los datos remitidos de las vacunas aplicadas en los centros de salud se detallan en la tabla 42.

Tabla 42. Vacunación Td. Centros de Salud, Gasteiz - 2005

	1ª DOSIS	2ª DOSIS	3ª DOSIS	RECUERDO	SIN ESPEC.	TOTAL
ABETXUKO	219	217	105	65	5	611
ARANBIZKARRA I	411	460	249	184	25	1.329
ARANBIZKARRA II	345	372	303	129	96	1.245
CASCO VIEJO	433	447	177	216	21	1.294
HABANA	303	400	174	164	11	1.052
LAKUA-ARRIAGA	234	253	128	171	5	791
LAKUABIZKARRA	249	305	359	524	8	1.445
OLAGUIBEL	739	872	273	222	14	2.120
OLARIZU	606	641	214	112	11	1.584
P.A.C.	140	33	12	35	4	224
SAN MARTIN	545	747	415	250	31	1.988
SANSOMENDI	276	296	101	137	10	820
ZARAMAGA	351	391	130	131	5	1.008
TOTAL	4.851	5.434	2.640	2.340	246	15.551

El total de las vacunas Td aplicadas en todos los centros del T.H. durante 2005 se refleja en la tabla 43.

Tabla 43. Vacunación Td. Álava 2005

	1ª	2ª	3ª	RDO.	16 AÑOS	S. ESPEC.	TOTAL
Delegación Territorial	237	99	69	150	66	73	694
Salud Escolar Gasteiz	0	0	0	0	1.468	0	1.468
C. Salud Gasteiz	4.851	5.434	2.640	2.340	22	246	15.533
C. P. Nanclares	119	96	68	17	0	0	300
Alava Rural	1.144	1.081	748	938	375	65	4.351
TOTAL	6.351	6710	3.525	3.445	1.931	384	22.346

2.2.- Hepatitis B en grupos de riesgo

Durante 2005 se han administrado 775 dosis de vacuna contra el VHB a la población que pertenece a alguno de los grupos de riesgo establecidos (tabla 44).

Los colectivos en los que se ha definido claramente el grupo de riesgo que han iniciado más primovacunas son el de reclusos (31,2%), los contactos familiares que engloba tanto parejas sexuales como convivientes (4,1%), y los grupos de parasanitarios (al que pertenecen los miembros de ONG que viajan a países con riesgo) y monitores de disminuidos psíquicos con un 2,7% cada uno.

Según el total de vacunas puestas e cada grupo, el más numeroso es el de reclusos, seguido de contactos familiares y el grupo de personal sanitario. En el grupo de “otros” están incluidos los viajeros a zonas endémicas que no pertenecen a ONGs, las personas que precisan vacunación previa a una intervención quirúrgica o a trasplante y riesgo laboral de profesión no sanitaria. El grupo de “sin riesgo” está formado por aquellas vacunaciones en las que no se ha hecho constar el grupo de riesgo al que pertenece la persona vacunada.

Tabla 44.- Distribución de dosis de VHB por grupo de riesgo. Álava 2005

Grupos	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	4ª dosis	s. espec.	TOTAL
Cont. Familiar	12	13	6	0	0	31
Parejas sexuales	7	6	4	0	0	17
Convivientes	5	7	2	0	0	14
Punciones accidentales	0	1	0	0	1	2
Homosexuales	7	4	2	0	0	13
Toxicómanos	0	0	0	0	0	0
Prostitución	0	1	1	0	0	2
Reclusos	91	74	45	5	25	240
Disminuidos psíquicos	0	0	0	0	0	0
Monitor disp. psíquicos	8	6	3	0	0	17
Personal sanitario	6	5	7	0	0	18
Parasitarios	8	3	0	0	0	11
Estudiantes sanitarios	1	0	0	0	0	1
Otros	69	54	45	0	0	168
Sin riesgo	90	97	72	1	12	272
Total	292	258	181	6	38	775

CAMPAÑA EXTRAORDINARIA DE VACUNACIÓN FRENTE A MENINGOCOCO C

Tras analizar la situación epidemiológica de la enfermedad meningocócica en la CAPV, siguiendo las recomendaciones del Comité de Vacunaciones de Euskadi, el Departamento de Sanidad decidió:

- Realizar una campaña extraordinaria de vacunación con vacuna conjugada frente al meningococo C a partir de enero de 2005 a las cohortes de niños nacidos entre los años 1987 y 1993 en el medio escolar, lo que supondría cubrir los cursos entre 6º de primaria y 2º de Bachiller y Ciclos Formativos, y completar la vacunación, por tanto, hasta los 18 años. Asimismo, se ofertó la vacuna en los centros de salud y universidad hasta los 20 años de edad, es decir, los nacidos en 1984, 1985 y 1986.
- Revisar la vacunación de los grupos de edad que ya habían entrado en campaña para recapturar niños no vacunados, fundamentalmente aquéllos que han venido a vivir a la CAPV con posterioridad a la campaña de vacunación del año 2000.

Esta estrategia permite inmunizar al colectivo infantil-adolescente y jóvenes más vulnerables en la actualidad.

Objetivo general de la campaña de vacunación

- Reducir la incidencia de la enfermedad meningocócica por serogrupo C entre la población de mayor riesgo.
- Disminuir la tasa de morbimortalidad causada por el meningococo C en la población de la CAPV.

Objetivos operacionales

- Vacunar al menos al 90 % de la población diana objeto de dicha campaña.

EVALUACIÓN DE LA CAMPAÑA

La cobertura de vacunación utilizando como denominador el censo poblacional de 2001 no alcanza el objetivo planteado (89,56%), sin embargo si utilizamos como denominador un dato mas actualizado y real como el número de alumnos que asisten por clase y curso, se ha obtenido una cobertura superior (93,27%) en la población que cursa algún tipo de estudio, tanto enseñanza obligatoria como no obligatoria dentro de las cohortes de nacimiento previstas en la campaña (Tablas 45 y 46).

Tabla 45.- Campaña extraordinaria de vacunación frente a meningococo C. Álava. 2005
Cobertura de vacunación por año de nacimiento, según censo poblacional de 2001.

AÑO	CENSO 01	VACUNADOS	COBERTURA %
1993	2.221	2.141	96,40
1992	2.215	2.216	100,05
1991	2.289	2.242	97,95
1990	2.316	2.255	97,37
1989	2.380	2.354	98,91
1989-1993	11.421	11.208	98,14
1988	2.595	2.492	96,03
1987	2.563	2.409	93,99
1987-1988	5.158	4.901	95,02
1986	2.706	2.193	81,04
1985	3.043	2.254	74,07
1984	3.124	1.795	57,46
1984-1986	8.873	6.242	70,35
TOTAL	25.452	22.351	87,82
Población diana		25.452	
Vacunación en campaña		22.351	
Previamente vacunados		443	
COBERTURA		89,56%	

Tabla 46.- Campaña extraordinaria de vacunación frente a meningococo C. Álava. 2005
Cobertura de vacunación por año de nacimiento, según censo de alumnos por clase.

CURSO	Nº ALUMNOS	VACUNADOS	PREVIAMENTE VACUNADOS	COBERTURA
6º PRIMARIA	2.412	2.290	94	98,84
1º ESO	2.628	2.447	72	95,85
2º ESO	2.469	2.338	55	96,92
3º ESO	2.724	2.558	49	95,70
4º ESO	2.293	2.231	47	99,35
1º BACH	2.206	2.028	32	93,38
2º BACH	2.067	1.935	21	94,63
1º CFGM	893	876	16	99,89
2º CFGM	654	588	11	91,59
1º CFGS	754	714	13	96,42
2º CFGS	522	458	3	88,31
CIP	490	351	12	74,08
1º UNIVERSIDAD	1.298	1.106	2	85,36
2º UNIVERSIDAD	1.183	1.007	5	85,55
3º UNIVERSIDAD	696	621	3	89,66
OTROS	288	207	8	74,65
TOTAL	23.577	21.548	443	93,27

3.- GESTIÓN DE LAS VACUNAS

En 2005, el porcentaje de notificación de vacunas administradas en la zona rural y en los centros de salud de Gasteiz ha sido del 92,3%. El porcentaje total de vacunas no justificadas ha aumentado ligeramente con respecto a años anteriores. El aumento se debe sobre todo al descenso en la declaración de vacuna Td de adultos, la vacuna DTPa-VPI+Hib y la campaña extraordinaria de vacunación frente a meningococo C ya que la pérdida en la vacuna de BCG es un dato parecido todos los años (Tabla 47).

Tabla 47.- Gestión de las vacunas. Álava 2005.

VACUNA	SUMINIS.	ADMINIS.		DEVUELTAS		NO JUSTIF.	
	Nº	Nº	%	Nº	%	Nº	%
B.C.G.	7290	2846	39,0	0	-	4.444	61,0
DTPa-VPI+Hib	12.988	10.504	80,9	63	0,5	2.421	18,6
DTPa	2375	2194	92,4	4	0,2	177	7,4
TRIPLE VÍRICA	5959	5227	87,7	180	3,0	552	9,3
HEPATITIS B	15.239	15.069	98,9	65	0,4	105	0,7
TETANOS/Td	28.674	22.346	77,9	239	0,8	6.089	21,2
MENINGOCOCO C	30.459	28251	92,8	568	1,8	1640	5,4
VARICELA	249	191	76,7	7	2,8	51	20,5
TOTAL	102.984	86.714	84,2	1231	1,2	15039	14,6

Desglosando los motivos por los que se han devuelto vacuna durante 2005, vemos que el problema mas frecuente en los centros es la rotura de la cadena de frío (tabla 48).

Tabla 48.- Motivos de devolución de las vacunas. Álava 2005.

VACUNA	ROTA CADENA FRIO		CADUCADAS		PRÓXIMA CADUCIDAD		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
POLIO	0	-	14	100,0	0	-	14	1,2
DTPa-VPI+Hib	63	100,0	0	-	0	-	63	5,5
DTPa	0	-	4	100,0	0	-	4	0,4
TRIPLE VÍRICA	125	69,4	25	13,9	30	16,7	180	15,8
HEPATITIS B	38	58,5	10	15,4	17	26,1	65	5,7
Td	235	98,3	4	1,7	0	-	239	21,0
MENINGOCOCO C	124	21,8	18	3,2	426*	75,0	568	49,8
VARICELA	7	100,0	0	-	0	-	7	0,6
TOTAL	592	51,9	75	6,6	473	41,5	1140	100,0

*Incluidas las devoluciones de vacuna al finalizar la campaña extraordinaria de vacunación frente a meningococo C

9.- OTRAS ACTIVIDADES

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS

En 1995 se inició un sistema de vigilancia especial de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) y del resto de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH). Se creó entonces un Registro Nacional de EETH de base poblacional. Durante el año 2001 se estableció la declaración obligatoria de las EETH.

Estas enfermedades neurodegenerativas, que se caracterizan por la vacuolización del tejido cerebral, están causadas por priones que son agentes extremadamente resistentes a los métodos de desinfección y esterilización utilizados habitualmente.

Entre las EET descritas en humanos se encuentran las formas esporádicas (ECJ), adquiridas (ECJ iatrogénica y variante ECJ) y hereditarias (ECJ familiar, Insomnio Familiar Letal y Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker).

Aunque la sospecha diagnóstica se establece en base al cuadro clínico, el diagnóstico definitivo requiere el estudio anatomopatológico del tejido cerebral. Los casos de EETH son diagnosticados habitualmente por un especialista en neurología que, en general, además de ponerse en contacto con los centros diagnósticos de referencia y recoger la información clínica en un cuestionario, también se encarga de obtener el permiso para la realización de la necropsia una vez que el paciente fallece.

En Álava, en el período 1993-2005 se han registrado 13 casos; de ellos 3 fueron ECJ esporádicos y 10 son casos familiares. La mayoría de estos casos familiares presentan la mutación específica de la forma clínica denominada Insomnio Familiar Letal (9 casos), constituyendo una de las mayores agrupaciones mundiales de esta enfermedad.

SISTEMA DE VIGILANCIA DE POLIOMIELITIS Y DE PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA

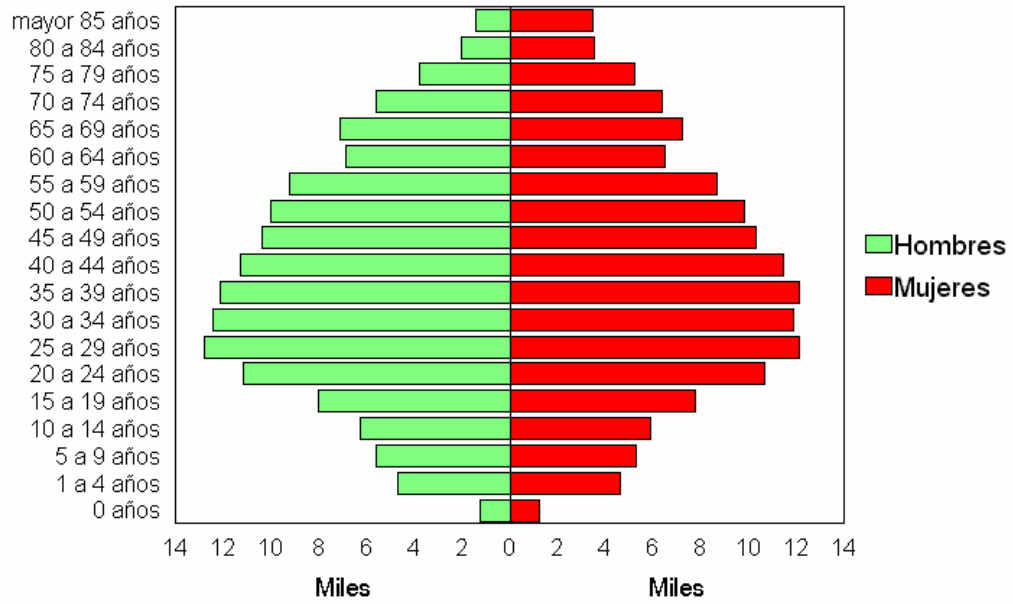
La Organización Mundial de la Salud emitió la certificación en la cual se establece la interrupción de la transmisión del poliovirus salvaje en la Región Europea en junio de 2002. Esto, junto a la sustitución de la administración de la vacuna oral atenuada de la polio por la vacuna inyectable inactivada, reduce la posible circulación del virus de la poliomielitis a su importación. Dada la dificultad de control de la poliomielitis en algunos países, debe mantenerse una buena calidad en la vigilancia de la parálisis flácida aguda y buenas coberturas de vacunación frente a la polio, para asegurar el control de cualquier posible importación de poliovirus.

La vigilancia de la PFA implica la notificación urgente de todo caso sospechoso de parálisis flácida en menores de 15 años, para descartar o confirmar con criterios de calidad adecuados la posible existencia de casos de poliomielitis.

Desde la implantación del sistema de vigilancia de parálisis flácida aguda en menores de 15 años, en 1998, se han declarado en Álava 4 casos sospechosos. Los cuatro casos se han clasificado como “descartados” de polio y el diagnóstico final de tres de ellos ha sido Polirradiculoneuritis infecciosa o Síndrome de Guillain Barré.

CENSO 2001.

Piramide poblacion Alava



CENSO 2001	MUNICIPIO	VARONES	MUJERES	TOTAL
ARABA OESTE	Añana	105	87	192
	Armiñon	87	79	166
	Berantevilla	234	225	459
	Bernedo	309	224	533
	Iruña de Oca	1033	920	1953
	Kripan	102	88	190
	Kuartango	205	165	370
	Lagran	108	89	197
	Lantaron	531	427	958
	Peñacerrada	129	111	240
	Ribera Alta	308	214	522
	Ribera Baja	375	323	698
	Valdegobia	524	428	952
	Zambrana	194	170	364
	TOTAL	4244	3550	7794
ARABA NORTE	Amurrio	4692	4768	9460
	Aramaio	769	697	1466
	Arrazua-Ubarrundia	385	336	721
	Artziniega	657	679	1336
	Ayala	1067	1050	2117
	Legutiano	704	655	1359
	Llodio	9426	9505	18931
	Okondo	456	420	876
	Urkabustaiz	472	405	877
	Zigoitia	706	578	1284
	Zuia	967	939	1906
	TOTAL	20301	20032	40333
ARABA ESTE	Alegria-Dulantzi	788	745	1533
	Arraia-Maeztu	394	323	717
	Asparrena	782	798	1580
	Barrundia	368	272	640
	Campezo	560	511	1071
	Elburgo	227	191	418
	Harana	187	147	334
	Iruraiz-Gauna	234	206	440
	Salvatierra	1981	2025	4006
	San Millan	394	315	709
	Zalduondo	76	63	139
	TOTAL	5991	5596	11587
RIOJA ALAVESA	Baños de Ebro	184	152	336
	Elciego	467	463	930
	Elvillar	192	175	367
	Labastida	679	590	1269
	Laguardia	718	683	1401
	Lanciego	325	306	631
	Lapuebla de Labarca	442	410	852
	Leza	107	91	198
	Moreda de Alava	131	130	261
	Navaridas	121	102	223
	Oyón-Oion	1254	1210	2464
	Samaniego	157	151	308
	Villabuena	158	163	321
	Yécora	135	125	260
	TOTAL	5070	4751	9821
VITORIA-GASTEIZ		106428	110424	216852
ARABA	TOTAL	142034	144353	286387

