

Índice

	<u>Página</u>
1 Introducción	2
2 Enfermedades infecciosas	4
- Enfermedades respiratorias	5
- Enfermedades de transmisión alimentaria	18
- Hepatitis víricas	21
- Enfermedades prevenibles por inmunización	23
- Otras enfermedades infecciosas	25
3 Brotes	27
- Brotes de toxi-infección alimentaria	27
4 Vacunaciones	32
5 Nacimientos en Gipuzkoa	36
6 Mortalidad en el Territorio Histórico de Gipuzkoa	38
7 Policía Sanitaria Mortuoria	46
8 Morbilidad Hospitalaria - CMBD	48
9 Registro de Cáncer	53
10 Registro de Diabetes Mellitus en la Red de Médicos Vigía	57
Anexo 1: Sistema de Información Microbiológica	60
Anexo 2: Tablas Registro de Cáncer	74
Anexo 3: Población	77

1 Introducción

INTRODUCCION

En este documento se presenta un resumen y análisis básico de la información recogida por la Unidad de Epidemiología e Información de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa durante el año 2006.

El documento se ha ordenado básicamente por enfermedades o procesos sujetos a vigilancia integrándose en cada uno de ellos información aportada por distintos sistemas, aunque también se presenta un análisis de algún sistema de información por separado como es el caso de la mortalidad.

La Vigilancia Epidemiológica exige una relación estrecha entre las estructuras de asistencia sanitaria y las de salud pública; la red asistencial aporta la información referente a la morbilidad y tiene asignado así mismo el desarrollo de muchas de las medidas de control definidas en los diferentes protocolos de actuación. Es labor de todos mantener y estimular esta relación, y creemos que el análisis y difusión de la información generada en el trabajo diario de un gran número de profesionales de la red asistencial y de salud pública puede contribuir a dicha finalidad.

Como en años precedentes, la información se presenta para el Territorio Histórico y para las comarcas sanitarias de Osakidetza. Para el cálculo de las tasas, cuando no se indique lo contrario, se han utilizado las poblaciones del Padrón Municipal de 2001 (Eustat).

SISTEMAS/FUENTES DE INFORMACION

Sistemas gestionados por la unidad de Epidemiología:

E.D.O.: actualmente únicamente hay 4 enfermedades sujetas a declaración numérica (gripe, varicela, sífilis e infección gonocócica) debiendo utilizar el formato individual para el resto de las enfermedades. Durante el año 2006 el porcentaje de notificación en el conjunto del Territorio Histórico (impresos recibidos/impresos a recibir) ha sido del 75%, 10 puntos mayor que el del año pasado; en la comarca Oeste este porcentaje ha subido 3 puntos (79% vs 76%) y 14 en la comarca Este (72% vs 58%). Este aumento en la notificación observado, es debido en gran parte, al programa Osabide; sin embargo sería deseable que se avanzara en las posibilidades que ofrece ese programa para mejorar la vigilancia epidemiológica desarrollando transferencias automatizadas de la información de interés al sistema de vigilancia. Es difícil evaluar la declaración de las E.D.O. con formato individual, ya que pueden declararse tanto por atención primaria como por atención especializada, e incluso la declaración puede variar dependiendo de la enfermedad. Además, el servicio de microbiología del L.U.D. y de los hospitales comarcales notifican precozmente la identificación de determinados microorganismos, realizándose desde la unidad de epidemiología una búsqueda activa de los casos para realizar la encuesta y recomendar las medidas de control que sean necesarias en cada caso. Así mismo las gestoras de casos de tuberculosis realizan una búsqueda activa de casos en distintas fuentes de los servicios asistenciales. Todo ello supone una mejora en la vigilancia epidemiológica de esas enfermedades.

Información microbiológica: el sistema constituye una fuente de información imprescindible para la vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas. Durante el año 2006 los laboratorios declarantes en Gipuzkoa han sido: el Laboratorio Unificado Donostia (LUD), Hospital del Bidasoa, Hospital Ntra. Sra. de la Antigua, Hospital de Mendaró y Hospital Comarcal del alto Deba.

La información aportada por el sistema se ha incluido en la descripción que se hace de cada una de las enfermedades por separado, presentándose al final de este documento la información más relevante separada por microorganismos. Así mismo se hará un informe anual

del Sistema de Información Microbiológica de la C.A.P.V. que estará a disposición de quien esté interesado.

En este ámbito también sería deseable un mejor aprovechamiento de la tecnología informática para mejorar la calidad del sistema: disminuir la demora, controlar los duplicados, garantizar la exhaustividad del registro.

Médicos Vigía: en el año 2006 los médicos de la red vigía han continuado con la vigilancia de la gripe (médicos generales y pediatras) y con el seguimiento de la cohorte de los pacientes diabéticos tipo 2 diagnosticados por los médicos vigía durante el año 2000 (médicos generales).

Registro de cáncer: Durante el año 2006 se ha realizado la recogida de datos del año 2003. La información a partir de enero de 1995 es proporcionada por los Registros de Cáncer Hospitalarios de Osakidetza (Complejo hospitalario Donostia) y el Instituto Oncológico en soporte informatizado, siendo responsabilidad de la Subdirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad la labor de depuración y control de calidad de los datos recibidos y la recogida activa de la información de los hospitales comarcales y el cierre del año mediante la revisión del resto de sistemas de información utilizados (Boletines Estadísticos de Defunción, TIS, etc.).

Registro de vacunación: el desarrollo adecuado del programa de vacunaciones necesita, entre otras cosas, un conocimiento preciso de las coberturas alcanzadas con cada una de las vacunas, lo que exige un registro sistemático y exhaustivo de las dosis administradas.

Las coberturas vacunales se estiman a partir del número de dosis administradas en los centros de vacunación y justificadas a la unidad de epidemiología con el envío de la correspondiente hoja de registro, flujo de información que, en general, funciona de manera satisfactoria, aunque hay aspectos que deben mejorar: retrasos en los envíos de información, exhaustividad de la información enviada...La generalización del uso del programa Osabide debería aprovecharse para mejorar estos aspectos o, incluso, si aportara toda la información necesaria, sustituir el registro en formato papel por el registro informatizado.

Sistemas no gestionados por la Unidad de Epidemiología:

Registro de mortalidad: en 1995 se comenzó a incluir en la memoria anual de la unidad de epidemiología un análisis básico del comportamiento de la mortalidad en el Territorio Histórico de Gipuzkoa referido al último año del que esta disponible la información. En esta memoria se incluye el análisis correspondiente al año 2004.

Registro de altas hospitalarias: desde que en el año 1993 se estableció en los hospitales este registro, se ha mostrado como un instrumento de gran calidad para mejorar la vigilancia epidemiológica, por lo que se utiliza sistemáticamente para tener un mejor conocimiento de cada vez más enfermedades. En este documento se presenta una descripción de la morbilidad hospitalaria a partir del análisis del CMBD de los hospitales públicos de agudos correspondiente al año 2006.

2 Enfermedades infecciosas

Situación general de las E.D.O.

En la tabla 2.1 se presenta el número de casos notificados de cada una de las enfermedades sujetas a declaración, tanto en el año 2006 como en los cinco años anteriores. Asimismo se presentan los índices epidémicos 1 y 2 calculados de la siguiente manera: el índice 1 es el resultado de dividir el número de casos de una enfermedad notificados en el año 2006 entre el número de casos del año anterior; el índice epidémico 2 se calcula dividiendo el número de casos notificados en el 2006 entre la mediana de los casos registrados el quinquenio anterior (2001-2005). Cuando el índice epidémico tiene valores entre 0,76 y 1,24 se considera que la incidencia de la enfermedad es normal; consideramos que la incidencia es baja si el índice es menor o igual a 0,75 y alta cuando es mayor o igual a 1,25. En las enfermedades de baja incidencia hay que tener en cuenta que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en el índice 1, por lo que el índice epidémico 2 es más estable para estas enfermedades.

Tabla 2.1: Casos y tasas x 100.000 hab. de las enfermedades notificadas al Sistema E.D.O.. Gipuzkoa 2001-2006.

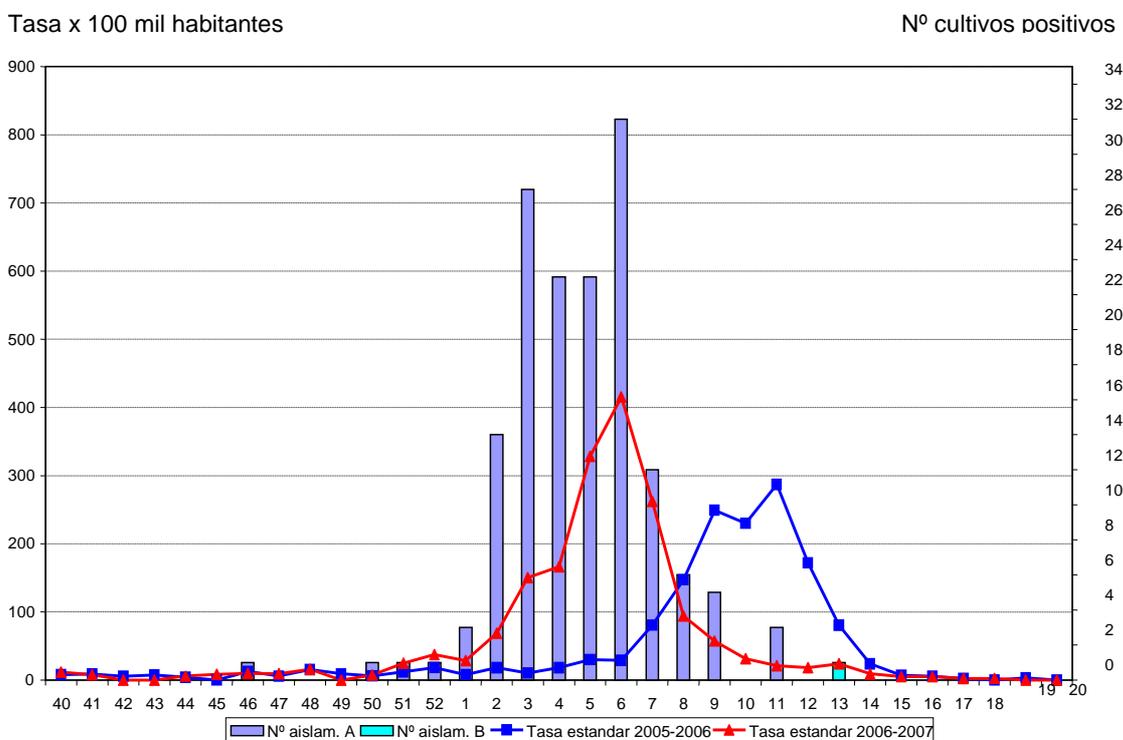
	2001	2002	2003	2004	2005	2006			
	casos	casos	casos	casos	casos	casos	Tasa	IE 1	IE 2
Botulismo	0	0	0	0	0	2	0,30		
Cólera	0	0	0	0	0	0			
Disentería	7	2	9	11	38	12	1,78	0,32	1,09
Fiebre tifo.paratífica	2	4	1	1	1	3	0,45		3,00
Triquinosis	0	0	0	0	0	0			
Enf. Meningocócica	20	39	34	18	25	22	3,27	0,88	0,88
Gripe	3.754	8.579	2.778	3.668	4.336	6.610	981,35	0,46	0,52
Legionelosis	30	34	32	39	49	37	5,49	0,76	1,09
Tuberculosis	195	207	190	171	163	207	30,73	1,27	1,10
Varicela	1.653	2.083	2.685	2.781	3.535	3.166	470,04	0,90	1,18
Infec. Gonocócica	2	5	12	7	6	8	1,19	1,33	1,33
Sífilis	5	3	6	5	3	3	0,45	1,00	0,60
Difteria	0	0	0	0	0	0			
Parotiditis	18	6	10	9	17	25	3,71	1,47	2,50
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0			
Rubéola	0	0	0	0	2	0			
Sarampión	0	0	0	0	0	0			
Tétanos	1	0	2	1	0	4	0,59	0,00	4,00
Tos ferina	8	11	6	11	1	13	1,93	13,00	1,62
Hepatitis A	73	25	15	18	24	53	7,87	2,21	2,21
Hepatitis B	12	11	11	19	12	16	2,38	1,33	1,33
Hepatitis C	4	3	3	5	3	3	0,45	1,00	1,00
Otras hepatitis víricas	0	0	0	0	0	0			
Brucelosis	0	1	2	0	0	0			
Rabia	0	0	0	0	0	0			
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0			
Paludismo	9	8	4	6	6	5	0,74	0,83	0,83
Peste	0	0	0	0	0	0			
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0			
Lepra	0	0	0	0	0	0			
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0			
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0			
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0			

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:**Gripe****Vigilancia de la gripe en la CAPV. Temporada 2006-2007. Red de médicos vigía de la CAPV.****Introducción:**

La Red de Médicos Vigía de la CAPV ha participado por octava temporada consecutiva en la vigilancia de la gripe mediante el registro de datos epidemiológicos y virológicos. Durante 2006-2007 han participado en la Red Vigía 34 médicos y pediatras de Atención Primaria de Osakidetza, de los cuales 7 corresponden a Álava, 16 a Bizkaia y 11 a Gipuzkoa. El laboratorio de microbiología del Hospital Donostia centraliza los análisis virológicos de las muestras recogidas por la red. El conjunto de la red representa a una población de 53.312 habitantes, el 2,5% de la población de la CAPV.

Resultados CAPV:

La temporada 2006-2007 se ha caracterizado por una onda epidémica de gripe estacional de una intensidad mayor que la temporada previa, pero moderada. El primer aislamiento se produjo la semana 46 pero el aumento de la actividad gripal no se inició hasta la semana 1. La semana 3 se superó el umbral epidémico establecido en 78'9 casos por 100.000 habitantes para la presente temporada y la semana 6 se alcanzó el pico de máxima incidencia con una tasa de 415 x 100.000 (Gráfico 2.1)

Gráfico 2.1: Incidencia de Gripe. Tasas estandarizadas por cien mil habitantes, temporadas 05-06 y 06-07

A partir de dicha semana se registró un descenso paulatino en la actividad volviendo a ser las tasas menores al umbral epidemiológico la semana epidemiológica 9. Durante el período de vigilancia se han notificado 952 casos cuyas características se describen en la tabla 2.2.

Tabla 2.2: Características de los casos declarados en el período epidémico 2006-2007

Temporada 2006-2007	CAPV	Gipuzkoa
Número de casos	952	291(30'6%)
hombres	54'2%	57'4%
mujeres	45'6%	42'6%
desconocido	0'2%	0%
Fiebre	98%	96'6%
Síntomas respiratorios	83'5%	79'4%
Mialgia	81'7%	71'1%
Cefalea	76'9%	72'9%
Ninguna patología previa	87'6%	90'7%
P. Respiratoria previa	5%	4'5
P. Circulatoria previa	2'1%	1'4
P. Metabólica previa	1'2%	0'3%
% No vacunados	94'1%	94'8%
% vacunados	5'5%	4'8%
% desconocido	0'4%	0'4%
Nº de muestras enviadas	276	100(34'4%)
Nº de cultivos positivos	117	
Nº PCR positivos	27	
Resultados positivos	154 (55'8%)	44%
A no subtipado	3	
AH1N1	1	
AH3	149	
B	1	

El primer aislamiento se registró la semana 46 y fue un virus AH3 en un varón de 15 años de Bizkaia. Salvo un virus H1N1 aislado la semana 3 y un virus B aislado la semana 13, el resto han sido virus AH3. La proporción de virus tipados y su comparación con datos procedentes de otros países se puede ver en la tabla 2.3

Tabla 2.3: Tipos de virus gripal período epidémico 2006-2007

Tipo virus	EEUU	Europa Red Vigía	España Red Vigía	CAPV Red Vigía
A no subtipado	53%	54%	19%	1'9%
AH3	9'6%	41%	72'4%	96'9%
AH1	16'7%	2%	2'4%	0'6%
B	20'7%	2%	6'2%	0'6%

Como viene siendo habitual la mayor incidencia se ha registrado en la población infantil siendo el grupo de edad más afectado el de 0-4 años seguido del de 5-14 a diferencia de la temporada anterior.

Para el resto de los grupos de edad la incidencia ha ido disminuyendo según ha aumentado la edad, siendo el grupo de mayores de 75 el de menor incidencia. En la tabla 3 se resumen otras características de la epidemia.

Tabla 2.4: Otras características de la epidemia 2006-2007, CAPV

Duración	El período epidémico ha sido de 6 semanas del 14 de enero al 24 de febrero
Tamaño de la epidemia	Alrededor de 37.500 personas afectadas
Edad media	24,8 años
Razón hombre/mujer	1,19
Tasa de hospitalización	0,53%
Resultados microbiológicos + Caracterización antigénica	154 (55,8%) 152 virus AH3, 1 virus H1, 1 virus B
Caracterización genética	Cepa similar a A/Wisconsin/67/2005(H3N2) Cepa similar a A/New Caledonia/20/99(AH1N1)

Según la información proporcionada por el European Influenza Surveillance Scheme (EISS), la actividad de la gripe estacional de la temporada 2006-2007 ha sido de intensidad media en la mayoría de los países, aunque en Escandinavia, Luxemburgo y Países Bajos se registraron niveles más altos de actividad.

Se han aislado 2.710 virus gripales de los cuales 2013 (74,3%) han sido virus A/Wisconsin/67/2005 (H3N2); 444 (16,4%) virus A/California/7/2004(H3N2), una cepa que emergió en la temporada 2004-2005, circuló durante 2005-2006 y está estrechamente relacionada con el virus de referencia A/Wisconsin/67/2005(H3N2);228 (8,4%) fueron A/New Caledonia/20/99(H1N1);14(0,5%) B/Malaysia/2506/2004 (linaje B/Victoria /2/87) y 11(0,4%) virus b/Jiangsu/10/2003(linaje B/Yamagata/46/88).En general ha habido una buena concordancia entre las cepas virales de la vacuna 2006-2007 y las cepas virales aisladas.

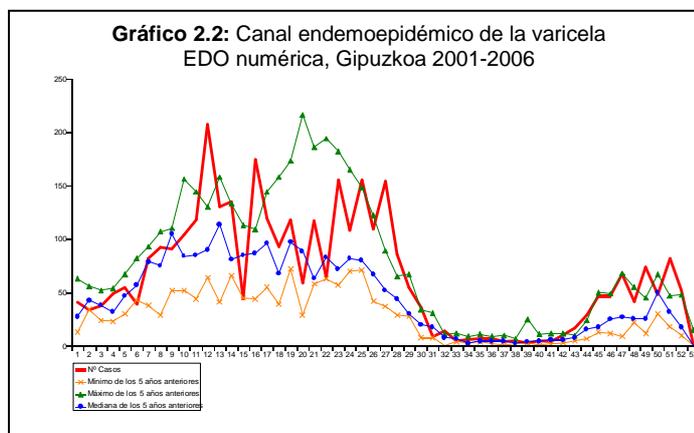
Composición recomendada para la vacuna antigripal en la temporada 2007-2008 en el hemisferio norte:

- Un virus análogo a A/Solomon Islands/3/2006(H1N1)
- Un virus análogo a A/Wisconsin/67/2005(H3N2)*
- Un virus análogo a B/Malaysia/2506/2004

* A/Wisconsin/67/2005 (H3N2) y A/Hiroshima/52/2005

Varicela

Durante 2006 fueron notificados de forma numérica 3.166 casos de varicela, cifra un 10% inferior que al año anterior. Se han presentado varios picos de máxima incidencia en los meses de marzo, abril, junio y julio. Durante los meses de agosto, septiembre la incidencia fue mínima. Durante todo el periodo 2006, el número de casos notificados fue superior a la mediana de los 5 años anteriores (gráfico 2.2)



En la tabla 2.5 se presenta el número de ingresos hospitalarios de los últimos 6 años con diagnóstico al alta de varicela, de residentes en Gipuzkoa obtenido a partir del CMBD de las altas hospitalarias de todos los

hospitales públicos agudos de la CAPV. Los datos muestran que el número de ingresos ha mantenido una tendencia estable.

Tabla 2.5: Ingresos hospitalarios por varicela (CIE 0: 052). Gipuzkoa 2001-2006.

EDAD	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
0-14	18	9	13	15	22	16	93
≥ 15	11	15	15	16	22	16	95
TOTAL	29	24	28	31	44	32	188

La estancia media correspondiente a las altas hospitalarias producidas en el año 2006 ha sido de 4,84 días (DE: 3,31 días). Aunque el número absoluto en menores de 15 años y mayores de esta edad es similar, dado que la varicela es una enfermedad de la infancia el número de ingresos en adultos es proporcionalmente más elevada. De las 16 altas en el grupo de 0-14 años, 3 han presentado neumonitis, 2 encefalitis, y el resto varicela sin mención de otras complicaciones. De los 16 ingresos en el grupo de 15 ó más años de edad, 6 casos presentaron encefalitis, 2 neumonitis y el resto varicela sin mención de otras complicaciones. En los 6 últimos años analizados en CMBD, en 2 casos se presenta la defunción como circunstancia al alta: la primera en el año 2000 un hombre de 69 años de edad, y la segunda el año 2004 otro hombre de 71 años de edad, ambos con diagnóstico de neoplasia. En 2004 a través de un servicio de urgencias se tuvo conocimiento del fallecimiento de un niño de 8 años de edad cuya necropsia confirmó el diagnóstico de varicela con complicaciones. En el año 2005 y 2006 no se ha producido ningún fallecimiento relacionado con varicela.

Tuberculosis

Desde 1995, para garantizar la exhaustividad y comparabilidad de los datos, se realiza una búsqueda activa de posibles casos no notificados al sistema EDO en las siguientes fuentes: laboratorios de microbiología y registro de altas hospitalarias de los hospitales públicos de Gipuzkoa, y el registro de casos de SIDA de la C.A.P.V. Actualmente esta labor de rastreo la realizan las dos gestoras de casos de tuberculosis (una por comarca sanitaria).

Aunque los datos que se presentan son provisionales, los posibles cambios que se puedan producir al cerrar definitivamente el registro del 2006, no afectarán sustancialmente a la información que se presenta.

En el conjunto del Territorio Histórico de Gipuzkoa, en el año 2006 se han registrado un total de 209 casos de tuberculosis lo cual equivale a una tasa bruta de 31,0/100.000 habitantes, que supone un aumento del 28% con respecto a la tasa del año anterior (tabla 2.6). De los 209 casos, 9 tenían antecedentes de tuberculosis en algún momento de su vida, por lo que la incidencia de casos nuevos ha sido 29,7/100.000 habitantes. Al sistema de información microbiológica (S.I.M.) se han notificado 156 micobacterias del complejo tuberculoso, un 36% más que las notificadas el año anterior (tabla 2.7).

Tabla 2.6: Evolución de los casos de TBC y tasa por 100 mil hab. en el Territorio Histórico de Gipuzkoa 1997-2006.

AÑO	Nº DE CASOS	TASA/100.000 hab.	CAMBIO RESPECTO AL AÑO ANTERIOR
1997	298	44.1	-13,0%
1998	282	41.7	-5,4%
1999	256	37.9	-9,2%
2000	217	32.1	-15,3%
2001	195	28.8	-10,3%
2002	208	30,9	+7,3%
2003	189	28,1	-9,1%
2004	171	25,4	-9,6%
2005	163	24,2	-4,7%
2006*	209	31,0	+28,1%

*datos provisionales.

Tabla 2.7: Nº anual de aislamientos de MTC notificados al SIM. Gipuzkoa 1997-2006.

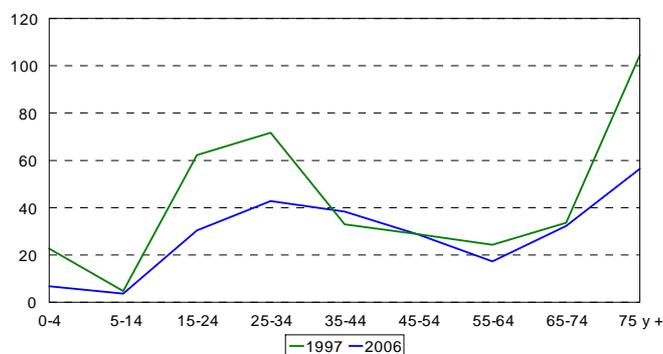
1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
238	206	194	160	159	144	136	133	114	156

La razón de sexos (hombre/mujer) de los casos registrados en el año 2006 es de 1,7, con 132 casos en varones (tasa de 39,9/100000) y 77 casos en mujeres (tasa de 22,3/100000). Respecto a la tasa del año anterior, en los varones se ha producido un aumento del 37% mientras que en las mujeres el aumento ha sido de un 13%. El 56% de los casos tienen menos de 45 años. Tanto en los hombres como en las mujeres la tasa más elevada se observa en el grupo de 75 ó más años, seguido del grupo 25-34 años en las mujeres y del grupo 35-44 años en los hombres (tabla 2.8).

Tabla 2.8: Nº de los casos de TBC y tasas por 100 mil hab. según grupos de edad y sexo. Gipuzkoa 2006.

EDAD	Nº DE CASOS			TASA/100.000		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-4	1	1	2	6,6	7,0	6,8
5-14	2	0	2	7,2	0,0	3,7
15-24	16	9	25	37,8	22,6	30,4
25-34	26	22	48	44,7	40,7	42,8
35-44	28	13	41	52,1	24,4	38,3
45-54	20	7	27	42,3	14,9	28,7
55-64	9	4	13	24,4	10,5	17,3
65-74	15	7	22	48,1	19,0	32,3
>=75	15	14	29	83,7	41,8	56,4
TOTAL	132	77	209	39,9	22,4	31,0

En el gráfico adjunto (2.3) se presentan las tasas específicas por grupos de edad correspondientes a los años 1997 y 2006.

Gráfico 2.3: Tasa de incidencia por grupo de edad. Gipuzkoa 1997-2006.**Tabla 2.9:** Distribución de los casos de TBC según localización. Gipuzkoa 2006.

LOCALIZACION	Nº DE CASOS
Pulmonar/laríngea	146
pleural	33
linfática	11
meníngea	3
osteoarticular	13
peritoneal	2
génito-urinaria	7
diseminada/miliar	5
otra	5

En la tabla 2.9 se pueden observar todas las localizaciones que han presentado los 209 casos (algunos presentan más de una localización). La localización de la enfermedad ha sido pulmonar, con o sin otras localizaciones, en 146 casos (70% del total), lo que supone una tasa de 21,7/100.000 hab. Los tres casos con localización meníngea se han presentado en adultos, uno de los cuales estaba infectado con el VIH.

En cuanto al método diagnóstico, en 152 casos (72,6% del total) hay un cultivo positivo en alguna muestra biológica. Los casos con microscopía directa de esputo positiva son 65 (45% de los casos con afectación pulmonar), lo que implica una tasa de incidencia de bacilíferos de 9,7/100.000 hab., un 14% superior a la del año pasado (gráfico 2.4). Se ha realizado estudio de sensibilidad a 140 cepas correspondientes a otros tantos pacientes (92%). De las cepas estudiadas, 128 han sido sensibles a los fármacos analizados, 6 han presentado alguna resistencia y en 6 cepas el resultado aún está pendiente. Ninguna de las cepas resistentes corresponden a casos nacidos en el extranjero. Solamente una cepa ha presentado resistencia a rifampicina e isoniacida y correspondía a una tuberculosis génito-urinaria; dos cepas han presentado resistencia a la isoniacida (1,4% de las estudiadas) y tres cepas, todas ellas *M. bovis*, han sido resistentes a la piracinamida, correspondiendo a pacientes de 50, 76 y 88 años, todos ellos con tuberculosis ósea.

Gráfico 2.4: Tasa de incidencia de tuberculosis bacilífera. Gipuzkoa 1997-2006.

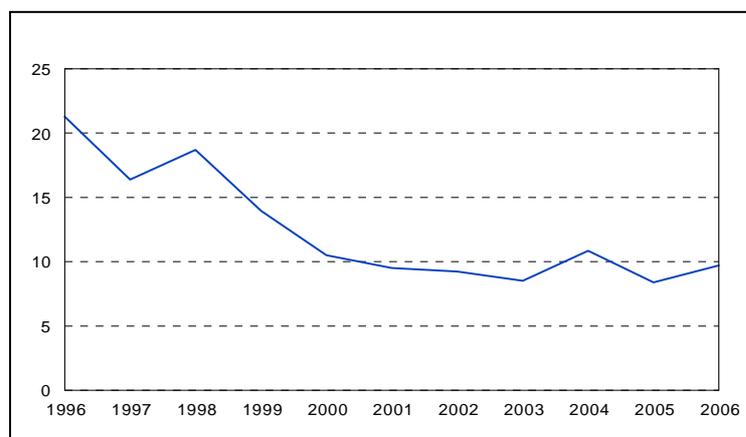


Tabla 2.10: Nº de días de demora diagnóstica en casos con afectación pulmonar. Gipuzkoa 2004.

	bacilíferos	No bacilíferos	Total
N	72	54	126
Media (DE)*	61,7 (69,9)	41,8 (43,1)	53,2 (60,5)
Mediana	46	32	34

* t=-1,84; p=0,07

En la tabla 2.10 se presenta la demora diagnóstica de los casos con afectación pulmonar, entendida como el número de días transcurrido entre la fecha de inicio de síntomas y el comienzo del tratamiento. La demora media es de 66 días, 57 para los casos bacilíferos y 74 para los no bacilíferos, diferencia que no es estadísticamente significativa (p=0,26).

La mediana de la demora diagnóstica para el conjunto de los casos con afectación pulmonar es de 42 días, 41 días para los bacilíferos y 43 para los que no lo son.

En 75 casos (36% del total) se notifica un factor de riesgo de padecer tuberculosis y en 28 casos (13%) se declaran dos o más factores. El tabaquismo y el contacto reciente con un enfermo tuberculoso son los factores de riesgo que más frecuentemente se han declarado en el año 2006: 43 (20% del total) y 27 casos (13% del total) respectivamente; en segundo lugar aparece el alcoholismo en 13 casos (6% del total). En 7 casos (3,3% del total) se notifica una coinfección con el VIH y la ADVP se identifica como factor de riesgo únicamente en 3 casos, siendo 1 de ellos también VIH+. Otros procesos que disminuyen la capacidad de respuesta del huésped están presentes en 21 casos (10%).

De los 209 casos, 24 (11,5%) son nacidos en el extranjero, de los que 10 provienen de América central o del sur, 11 de África, y 3 de un país del este de Europa. En todos los casos está registrada la fecha de entrada en nuestro país, por lo que puede estimarse el tiempo transcurrido desde ese momento hasta el diagnóstico de tuberculosis: la mediana de este tiempo es 2,4 años con un mínimo de 4 días y un máximo de 20 años.

En la tabla 2.11 se muestran las tasas brutas anuales por comarca sanitaria correspondientes al periodo 1997-2006. En ambas comarcas se ha producido un aumento de la incidencia respecto al año anterior. En la Comarca Oeste el mayor aumento se observa en la antigua comarca Goierri, mientras que el Bajo Deba presenta el aumento menor. En la Comarca Este, el mayor aumento se observa en la antigua comarca Donosita y el menor en el Bidasoa, que es, así mismo, la comarca de Gipuzkoa con la tasa de incidencia más baja.

Tabla 2.11: Tasas brutas de TBC por 100 mil hab. según comarcas sanitarias. Gipuzkoa 1997-2006

COMARCA	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
Alto Deba	44.9	34.2	28.1	26.7	29.9	20.6	28.6	31.9	36.9	43.3
Bajo Deba	101.9	77.2	95.8	77.5	56.8	46.2	46.6	28.5	37.4	38.8
Goierri	48.6	45.4	49.0	49.3	27.3	38.7	37.6	37.7	27.5	44.7
Tolosa	34.1	37.7	31.0	39.8	29.1	42,9	30.9	22.4	20.7	27.6
C. Oeste*	58.7	49.5	52.7	49.5	35.5	37.4	36.5	30.9	30.7	39.3
Donostia	44.7	43.4	34.9	24.4	26,9	24.1	25.1	20.7	24.5	32.1
Gipuzkoa	33.6	30.4	31.0	25.4	22.3	30,6	27.4	24.9	17.9	23.0
Bidasoa	29.9	36.7	21.0	19.5	27.9	22,2	13.8	16.5	16.4	17.8
C. Este	38.0	37.2	31.0	23.9	25.3	26.2	24.0	21.6	20.6	26.1
TOTAL*	46.7	43.6	40.0	34.2	29.3	30.8	29.1	25.3	24.6	31.4

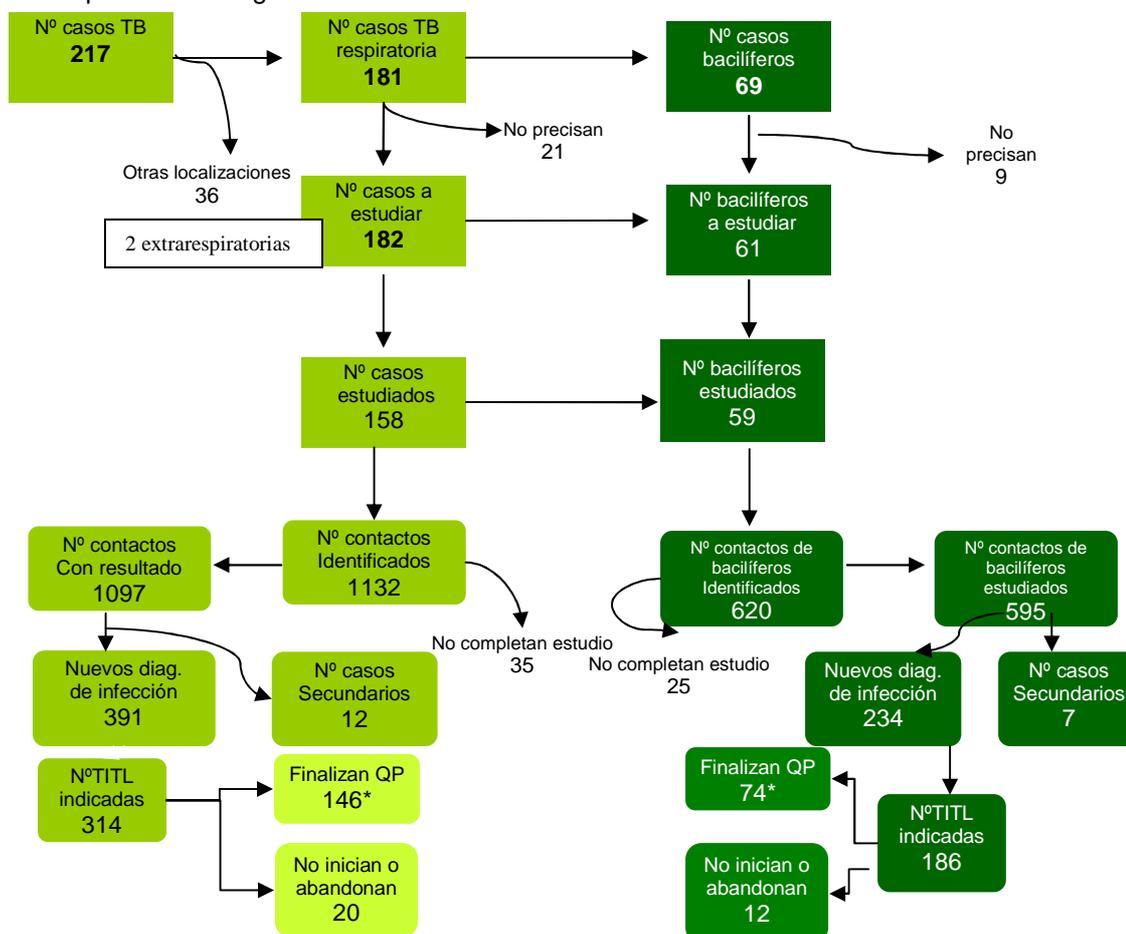
* datos provisionales

+ se incluyen los casos correspondientes a los municipios de Ermua, Mailabia y Aramaio.

Estudios de contactos

Los datos que se presentan corresponden al área sanitaria de Gipuzkoa, en la que se incluyen los municipios vizcaínos de Ermua y Mallabia y el alavés Aramaiona.

Se analizan los resultados de los estudios de contactos en todas las formas pulmonares y pleurales que se han diagnosticado durante 2006.



* provisional

Se han identificado 1132 contactos a riesgo, un 81,7% más que el año anterior, de los que sólo un 3,2 % no han completado el estudio mejorando notablemente los resultados de 2006 en el que hubo un 10% de abandonos en el proceso de estudio. Según el nivel de relación, 477 (43,5%) pertenecían al círculo 1 (convivientes), 435 (39,7%) al círculo 2 (contactos asiduos de alrededor de 5-6 horas diarias) y 185 (16,9%) al círculo 3 (contactos esporádicos).

La media de contactos estudiados por caso ha sido de 6,9. El 42,8% de los contactos estudiados eran mujeres y el 57,2% hombres. La mediana de edad de los contactos estudiados fue de 30 años. El percentil 75 se situó en 49 años.

Se clasifican como infectados los contactos de círculo 1 de bacilífero con Mantoux mayor o igual a 5 mm y en resto de las situaciones el punto de corte se sitúa en 10 mm (positivos con Mantoux mayor o igual a 10).

El 75,6% de los contactos que presentaron una prueba tuberculínica negativa completaron el estudio repitiendo la prueba. El 9,8% presentó un viraje en la repetición de la prueba (incremento de la induración en al menos 6 mm entre una y otra prueba).

Tabla 2.12: Infección según bacteriología del caso índice y grado de contacto. Casos con tuberculosis respiratoria. Gipuzkoa, 2006.

	Nº Contactos identificados	Nº contactos estudiados	Nº total Infectados	virajes	% infectados
Círculo 1 de BK (+)	192	184	94	10	51,1
Círculo 1 de BK (-) y círculo 2 de BK (+)	574	556	160	17	28,8
Otras situaciones	366	357	102	8	28,6
TOTAL	1132	1097	342	35	31,2

Respecto a la situación microbiológica del caso índice, el 54,2% eran contactos de un caso bacilífero y el 13% de un caso con baciloscopia de esputo negativa pero cultivo positivo.

Los casos secundarios detectados en los estudios de contactos han sido 12, de los cuales 5 se produjeron en el entorno de convivientes, 4 en el entorno de asiduos y 3 en el de esporádicos.

Se ha indicado Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (TITL) en el 26,7% de todos los contactos estudiados. En los contactos de bacilífero esta indicación se ha hecho en el 51,1% de los casos con PPD positiva.

Tabla 2.13: Tratamientos indicados y casos diagnosticados según nivel de riesgo de contacto.

	Contactos estudiados	Nº TITL	%	Nº CASOS
Círculo 1 de BK (+)	184	111	60,3	5
Círculo 1 de BK (-) y círculo 2 de BK (+)	556	95	17,1	4
Otros	357	108	30,3	3
Total	1097	314		12

En el grupo de contactos íntimos menores de 21 años de un caso bacilífero el documento de consenso sobre Tuberculosis propone indicar quimioprofilaxis primaria (QPP) en, al menos, un 75% de los individuos tuberculín negativos. Se ha hecho la indicación en el 51,5% de ellos, un resultado muy por debajo del año anterior y bastante lejano del objetivo propuesto.

Los datos sobre cumplimentación de los TITL no son definitivos todavía. Con los datos disponibles hasta el momento nos situamos en un 6,4% de abandonos.

Agrupaciones de casos

Se han identificado 13 agrupaciones, de las que 5 son microepidemias (más de dos casos relacionados). Las agrupaciones se han producido en los siguientes ámbitos:

- Ambito laboral: una empresa con 3 casos (dos en 2006 y uno en 2005)
- Ambito social: centro de rehabilitación de toxicómanos: 3 casos en 2006
- Ambito escolar y familiar: 5 casos en 2006 y uno en 2005
- Ambito familiar y amigos: 18 casos y de ellos 3 están relacionados con casos de 2005 y 2003
- Ambito universitario: un centro universitario: 2 casos.

Cumplimiento del tratamiento:

En la tabla 2.14 se presenta la situación de los casos registrados en el año 2005 a los doce meses del diagnóstico, según comarca sanitaria de residencia. El 92% de los casos han finalizado correctamente el tratamiento, el 4,7% ha fallecido en el curso del mismo y el 3% de los casos presentan un resultado potencialmente insatisfactorio. Ambas comarcas presentan un perfil similar en el cumplimiento del tratamiento.

	Comarca oeste	Comarca este	TOTAL
Trat. finalizado	76 (91,6%)	81 (93,1%)	157 (92,3%)
Defunción	4 (4,8%)	4 (4,6%)	8 (4,7%)
Perdido/abandono	1 (1,2%)	0	1 (0,6%)
Otro	2 (2,4%)	2 (2,3%)	4 (2,4%)
TOTAL	83	87	170

Los 8 casos fallecidos antes de finalizar el tratamiento tenían más de 75 años en el momento del diagnóstico; además uno de ellos presentaba una neoplasia y otro caso tenía un tratamiento inmunosupresor como factor de riesgo para el desarrollo de la tuberculosis.

Infeción Meningocócica

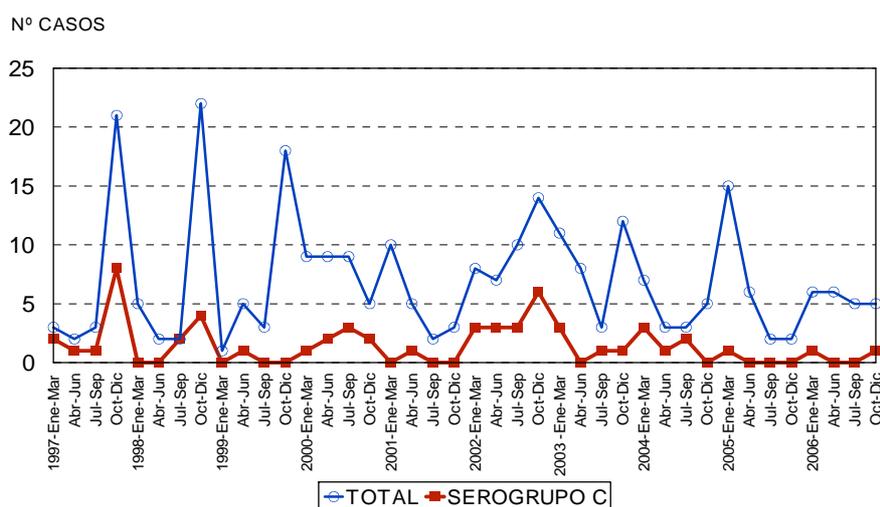
En el año 2006 se han registrado en Gipuzkoa 22 casos de enfermedad meningocócica, lo que supone una tasa bruta de incidencia de 3,25/100.000 hab. Del total de casos, 12 han sido hombres (tasa: 4,84/100.000) y 6 mujeres (tasa: 1,73/100.000). La tasa más alta se observa en el grupo de edad de menores de 5 años: 30,6/100.000 (tabla 2.15). En 21 casos ha habido confirmación microbiológica del diagnóstico, de los que 19 han sido causados por *N. meningitidis* serogrupo B, 2 casos por *N. meningitidis* serogrupo C y otro caso no se aisló meningococo. El Servicio de Microbiología del hospital Donostia ha informado sobre el resultado del estudio genético correspondiente a las cepas estudiadas. Cuatro de las cepas, dos pertenecientes al serogrupo B y dos al serogrupo C pertenecen al clon hipervirulento ST-11/ET-37 complex.

Tabla 2.15: Incidencia por grupos de edad y serogrupo. Gipuzkoa, año 2006.

Grupo de edad	Casos confirmados microbiológicamente			Casos probables microbiol. Neg.	Total	Tasa por 100.000	Nº fallecidos Letalidad %
	B	C	Otros				
0-4 años	9	--	--	..	9	30,6	1
5-14 años	1	--	--	..	1	2,7	1
15-24 años	3	--	--	--	3	3,6	-
25-39 años	--	--	--	--	--	--	-
≥ 40 años	6	2	--	1	9	2,7	1
TOTAL	19	2	--	1	22	3,25	3

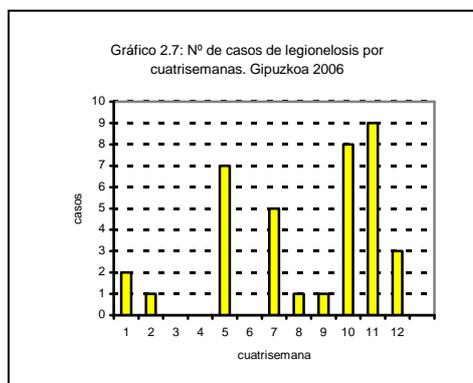
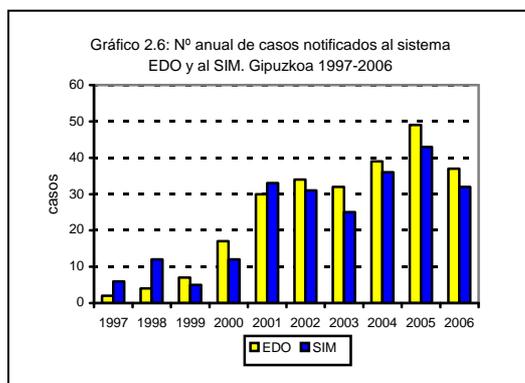
La distribución temporal de los casos puede verse en el gráfico 2.6. Todos los casos se han presentado de forma aislada. En cuanto a las características clínicas de los casos, 7 se han presentado como sepsis, 12 como meningitis y 3 casos como sepsis y meningitis. Se han presentado tres fallecimientos, 2 niños de 1 y 5 años de edad con serogrupo B y 1 adulto con serogrupo sin identificar. En el 100% de los casos se han identificado los contactos y se ha aplicado la quimioprofilaxis (protocolo de profilaxis de la infección meningocócica). La quimioprofilaxis a los contactos familiares ha sido facilitada por el clínico y las intervenciones comunitarias han sido realizadas por la unidad de epidemiología. En ningún caso se han presentado casos secundarios.

Gráfico 2.5: Distribución estacional de los casos de enfermedad meningocócica. Gipuzkoa 1997-2006.



Legionelosis

El año 2006 se han notificado al sistema de vigilancia epidemiológica 37 casos de Legionelosis, lo que supone una tasa de 5,49 casos/100.000 habitantes y un descenso del 25% respecto a la del año anterior. El número de casos desde 1997 queda reflejado en el gráfico 2.6



De los 37 casos, 30 son hombres (tasa de 10,0 /100.000) y 7 mujeres (tasa de 2,1/100.000). Por grupos de edad, 6 casos corresponden al grupo de 25-44 años, 18 al grupo de 45-64, 13 casos al grupo de 65. El 46% de casos se presentaron entre los meses de septiembre y octubre (gráfica 2.7).

El 19% eran residentes en Donostia y el resto de casos se distribuían por diferentes municipios de Gipuzkoa.

En la totalidad de los casos la presentación de la enfermedad ha sido de enfermedad del legionario. En 1 caso se confirmó el diagnóstico por serología y en los 36 restantes el diagnóstico se realizó por detección de antígeno de *Legionella pneumophila* 1 en orina. Del total de enfermos 4 recibieron tratamiento ambulatorio y los restantes fueron hospitalizados; la evolución de los casos fue satisfactoria.

Tabla 2.16: Legionelosis. Nº casos y tasa/100000 E.D.O. Gipuzkoa 2006.

	hombres	mujeres	Total (tasa)
25-44	5	1	6 (2,7)
45-64	15	4	19 (8,5)
>=65	10	2	12 (7,1)
Total	30	7	37
(tasa)	7,3)	(2,1)	(5,5)

De los 37 casos en 4 no se identificó factor de riesgo individual de los que se relacionan con el riesgo de desarrollar la enfermedad del legionario. En los 33 restantes se identificó uno o más factores: 20 casos eran fumadores, 11 presentaban una patología crónica y 6 eran bebedores. En relación a los riesgos ambientales, 3 casos ha sido asociados a viaje, 1 nosocomial y el resto han sido comunitarios.

Del total de casos, 6 se presentaron en 1 agrupación y el resto fueron esporádicos. En base al "Protocolo de actuación ante la notificación de casos de Marzo de 2001 de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)", se considera caso esporádico a aquel caso aislado que no tiene relación epidemiológica con ningún otro caso. Se considera caso agrupado o brote cuando dos o más casos ocurren en un intervalo de tiempo inferior a 6 meses, en personas que hayan frecuentado un mismo lugar en los 2-10 días previos a la fecha de inicio de los síntomas. Según estas definiciones en Gipuzkoa y durante 2006 se presentó 1 agrupación o cluster.

Agrupación de casos de legionelosis en la Comarca Tolosa-Goierri de Gipuzkoa

Esta agrupación ha asociado a 6 casos. Los 6 han sido hombres de edades comprendidas entre 31 y 58 años de edad y con lugar de residencia en diferentes localidades de Gipuzkoa. El inicio de síntomas se presentó en el intervalo de 4 semanas y las seis personas durante el periodo de incubación frecuentaron las localidades de Ordizia y Beasain (polígono industrial). Una vez determinada la posible asociación de casos de legionelosis, se contactó con Sanidad Ambiental de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa y con los técnicos de Salud Pública de la Comarca de Tolosa-Goierri. Estos técnicos realizaron la inspección ambiental según indica el protocolo y procedieron a la recogida de muestras de torres de refrigeración de

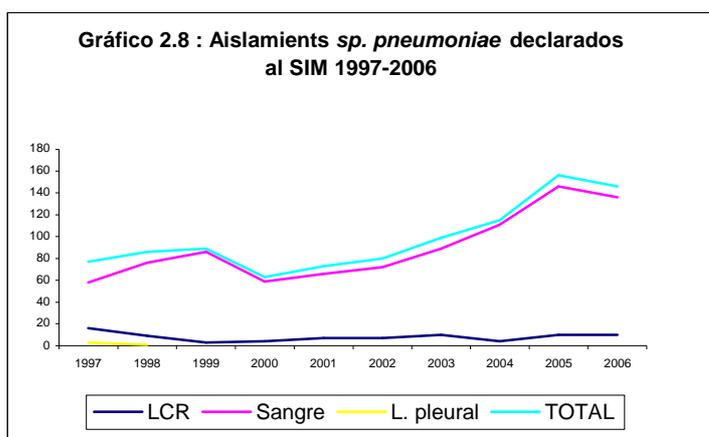
5 empresas del polígono industrial, agua sanitaria de vestuarios móviles de una empresa y fuentes ornamentales.

Las muestras se analizaron en el laboratorio de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa por el método PNTMAG 12. Los resultados de 4 empresas, el agua sanitaria y una fuente ornamental fueron positivas para *Legionella pneumophila* serogrupo 1, 2 y 14.

Las cepas positivas se remitieron al Servicio de Microbiología del Hospital Donostia para ser comparada genotípicamente mediante PFGE (electroforesis en campo pulsado) con la muestra obtenida del cultivo realizado a uno de los pacientes. Los resultados del paciente y de las muestras comparadas no eran coincidentes.

Realizadas las medidas de control y durante el periodo de seguimiento no se han detectado nuevos casos relacionados.

Enfermedad invasiva por Neumococo en Gipuzkoa



La enfermedad invasiva por neumococo incluye los procesos patológicos en los que se detecta presencia de *S. pneumoniae* en sangre, L.C.R. u otras muestras biológicas normalmente estériles. Puede incluir por tanto procesos que cursan con clínica de meningitis, septicemia, neumonía o bacteriemia sin foco. Se presenta un análisis del periodo 1997-2006 de la información aportada por diferentes fuentes: S.I.M. (Sistema de Información

Microbiológica) y el registro del CMBD del alta hospitalaria. Durante el periodo estudiado se han declarado al SIM un total de 984 aislamientos de neumococo, 899 en sangre, 80 en LCR y 5 en líquido pleural (gráfico 2.8). Se observa una tendencia al alza que se interrumpe en 2005.

Durante el año 2006 se han producido 412 altas hospitalarias por neumonía neumocócica, 272 hombres, 140 mujeres, de una media de edad de 57,14 años (DE = 28,24 años) y con una estancia media de 8,29 días (DE = 7,79 días).

En las tablas se presentan los datos de hospitalización por neumonía neumocócica (código 481 de la CIE-9), meningitis neumocócica (código 320.1) y neumococemia (código 38.2), en residentes en Gipuzkoa para el periodo 1998-2006.

Tabla 2.17: Ingresos hospitalarios por neumonía neumocócica (CIE 9: 481). Gipuzkoa 1998-2006.

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0-4	Casos	39	41	16	51	35	24	23	42	41
	Tasas	150,0	159,0	61,3	173,7	119,2	81,7	78,3	143,0	139,6
5-14	Casos	11	11	17	12	11	7	11	18	25
	Tasas	20,0	12,2	42,0	22,1	20,3	12,9	20,3	33,2	46,1
15-64	Casos	129	116	99	87	113	115	169	169	129
	Tasas	26,6	23,9	20,3	18,5	24,0	24,4	35,8	35,8	27,3
65 +	Casos	267	198	138	114	142	171	136	225	217
	Tasas	240,0	172,4	113,4	95,4	118,8	143,0	113,7	188,1	181,4
Total	Casos	446	366	270	264	301	317	339	454	412
	Tasas	66,0	54,0	39,9	39,2	44,7	47,0	50,3	67,4	61,2

Tasas x 100.000

Las tasas de ingreso por neumonía neumocócica más elevadas se observan en los grupos de edad de 0-4 y 65 ó más años y durante este año para el grupo de 0-4 estas tasas se han mantenido similares respecto al año anterior. En el periodo analizado se observa una tendencia creciente en la evolución de las tasas en el grupo de 5 a 14 años de edad. En 15 casos (3,6%) la circunstancia al alta ha sido el fallecimiento todos en adultos, en un 90% alta ha sido con destino al domicilio y el resto se han trasladado a otro centro asistencial.

Tabla 2.18: Ingresos hospitalarios por meningitis/septicemia neumocócica (CIE 9: 320.1 y 38.2). Gipuzkoa 1998-2006.

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0-4	Casos	0	0	3	0	3	2	2	-	1
	Tasas	-	-	11,9	-	10,2	6,8	6,8	-	3,4
5-14	Casos	1	1	2	0	0	1	0	-	2
	Tasas	1,8	2,0	4,9	-	-	1,8	-	-	3,6
15-64	Casos	13	12	11	14	10	9	8	13	11
	Tasas	2,7	2,4	2,2	2,9	2,1	1,9	1,7	2,8	2,4
65 +	Casos	7	9	9	8	10	10	10	13	14
	Tasas	6,3	7,8	7,4	6,7	8,4	8,4	8,4	10,9	11,7
Total	Casos	21	22	24	22	23	22	20	26	29
	Tasas	3,1	3,2	3,5	3,3	3,4	3,2	2,9	3,8	4,2

Tasas x 100.000

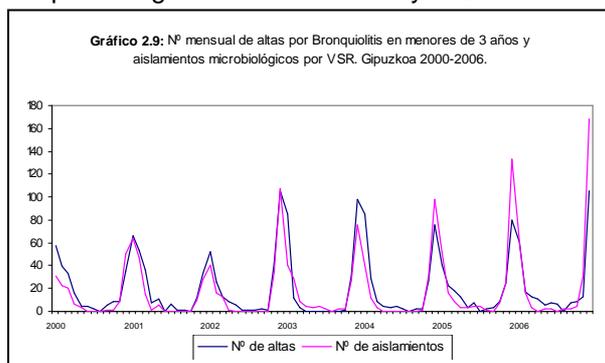
De las 29 altas con diagnóstico de meningitis/septicemia neumocócica ocurridas en 2006, en 6 la circunstancia al alta fue el fallecimiento y todos en adultos. En la evolución de las tasas de los grupos de 65+, se observa una tendencia discretamente ascendente.

Bronquiolitis en Gipuzkoa

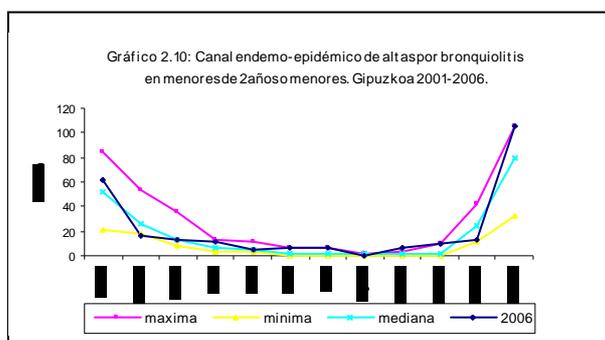
La bronquiolitis es la infección respiratoria aguda de vías aéreas inferiores más frecuente durante los dos primeros años de vida, estimándose que un 11-12% de los lactantes padece la enfermedad y hasta un 2% de los mismos requiere hospitalización. En los lactantes y niños pequeños el virus sincitial respiratorio (VSR) es la causa más importante de bronquiolitis, produciéndose las epidemias en los meses de diciembre, enero y febrero.

El VSR es un paramixovirus y el hombre es la única fuente de infección. La transmisión tiene lugar habitualmente por contacto directo o estrecho con secreciones contaminadas, bien por aerosoles respiratorios o fómites. El periodo de incubación varía de 2 a 8 días y el periodo de excreción vírica es habitualmente de 3-8 días, pero puede ser más prolongado, sobre todo en lactantes, en los que llega a persistir hasta 3-4 semanas. El ojo y la nariz parecen ser puertas de entrada igualmente sensibles siendo la boca una vía mucho menos sensible.

Para la descripción epidemiológica de la bronquiolitis se han analizado dos fuentes de información: CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de las altas hospitalarias de los hospitales agudos de Osakidetza y el Sistema de Información Microbiológica.



A partir del CMBD se ha obtenido el número de altas hospitalarias que presentaban como diagnóstico una bronquiolitis (rúbrica 466.1 de la CIE-9). A partir del S.I.M. (Sistema de Información Microbiológica) se han obtenido el número mensual de aislamientos de VSR notificados por el servicio de microbiología del Laboratorio Unificado Donostia en el periodo 2000-2006.



Durante 2006 se han producido 254 ingresos por bronquiolitis, de los que 252 (98%) son de 2 años o menores y el resto mayores de esta edad. Del total, 151 (59%) son hombres y 103 (41%) son mujeres. La media de días de ingreso ha sido de 4,9 (DE=2,6 días). En el 98% de los ingresos, la circunstancia al alta fue el destino a su domicilio habitual.

En la distribución temporal de las altas se observa un claro patrón estacional con predominio de altas en los meses de invierno, con alternancia en la intensidad de los brotes y una clara relación con la circulación del VSR en la comunidad.

Tal y como se presenta en el gráfico 2.11 el número de altas por bronquiolitis ha sido similar a la mediana de los 5 años anteriores y en ningún caso ha superado la máxima del quinquenio.

Otras Enfermedades Respiratorias

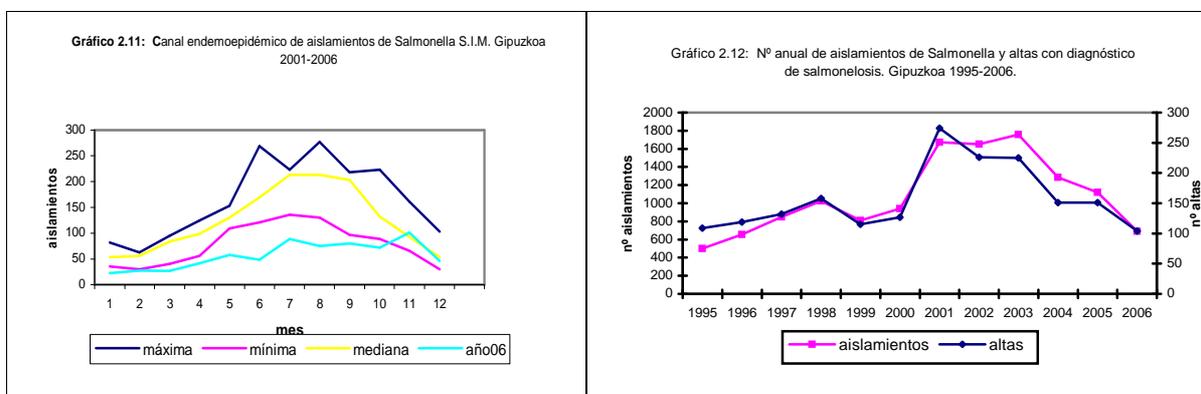
En el año 2006 se han notificado al S.I.M. 24 aislamientos de *Coxiella burnetti*. El total de casos declarados se han producido en personas mayores de 20 años, y 21 son hombres y 3 mujeres. Todos los casos se han producido en los meses de febrero a agosto. Es muy difícil la transmisión directa persona-persona de las rickettsias y por lo común se transmiten por diseminación aérea de las partículas que contienen estos microorganismos; la enfermedad también se contrae en otros casos por contacto directo con animales o material contaminado.

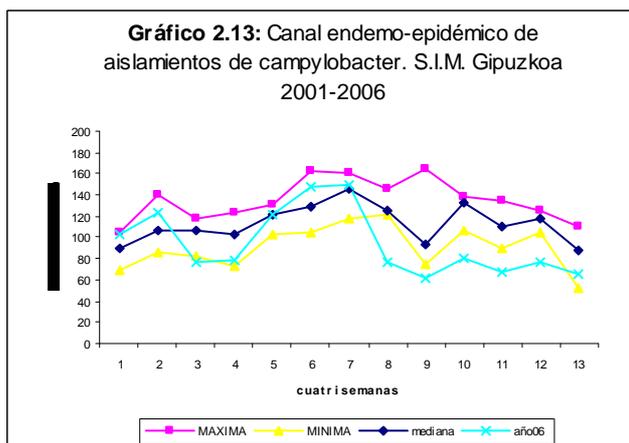
Se han notificado al S.I.M. 17 casos de *Mycoplasma pneumoniae*. De los 17 casos declarados 13 son hombres y 4 mujeres; el 82% de los casos tienen menos de 10 años. La enfermedad por *Mycoplasma* es fácilmente transmisible; en la mayoría de los casos el contagio se produce a partir de pacientes sintomáticos.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION ALIMENTARIA:

Procesos diarreicos

En el año 2006 se han notificado al S.I.M. 690 aislamientos de *Salmonella*, un porcentaje del 60% inferior con respecto al año anterior (gráfico 2.11). El número mensual de aislamientos se ha mantenido por debajo de la mínima de los 5 años anteriores. Esta reducción ha podido estar motivada en parte, por la aplicación de un programa Interdepartamental de control y minimización de *Salmonella* iniciado en la CAPV en el 2005, y a través del cual se han adoptado diversas medidas eficaces de vigilancia y control de la salmonelosis en los distintos eslabones de la cadena alimentaria, incidiendo principalmente en los establecimientos de producción y manipulación del huevo y alimentos derivados. Los serotipos más frecuentemente aislados son *S. enteritidis* (73% de las notificaciones) y *S. typhimurium* (15%). El 50% de las notificaciones corresponden a niños menores de 10 años. En la distribución temporal se observa un aumento de casos de julio a noviembre. El número anual de altas con diagnóstico de salmonelosis (CIE-9 003) en los hospitales públicos, se correlaciona con el número de aislamientos notificados al S.I.M. (gráfico 2.12). Las 104 altas correspondientes al año 2006 han presentado una estancia media de 6,6 días (DE: 4,1 días); en 2 altas se presenta la defunción como circunstancia al alta.





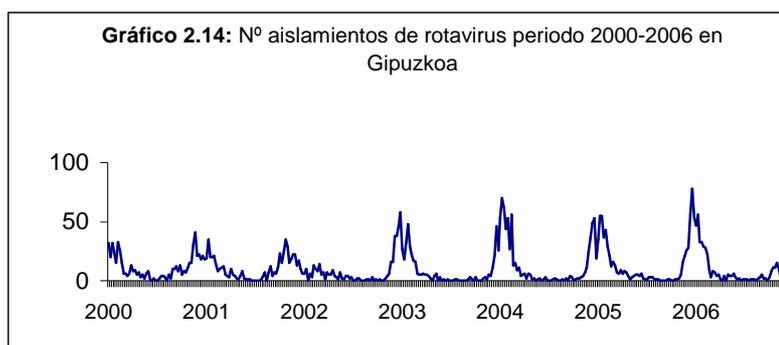
El número de aislamientos de **Campylobacter** notificados al S.I.M. es de 1.226 lo que supone un descenso respecto al número de aislamientos notificados en el año 2005, Gráfico 2.13.

Durante tres cuatrisesemanas el número de aislamientos se ha mantenido por encima de la mediana del quinquenio anterior y en el resto por debajo. El 57% de los aislamientos corresponden a hombres y el 43% a mujeres; del total de aislamientos, 14% corresponden a niños menores de 1 año y el 63% tienen entre 1 y 9 años.

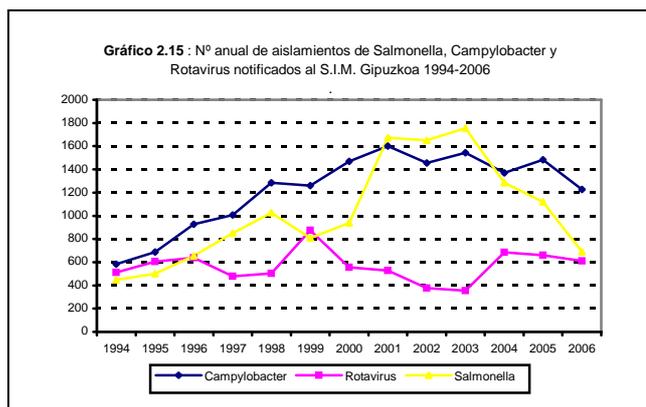
En la distribución temporal de los aislamientos se observa un aumento en el número de aislamientos durante los meses de mayo, junio y julio (anexo 1). El reservorio de esta bacteria es el tracto intestinal de aves y animales domésticos o salvajes. La transmisión se produce por ingestión de alimentos contaminados por contacto directo con las heces de animales o personas infectadas. El modo de adquisición más común es por contaminación cruzada a partir de la carne cruda de pollo, bien a través de las manos o bien a través de utensilios y superficies de la cocina que no han sido lavadas tras el contacto con la carne cruda de ave y antes de manipular otro alimento de consumo en crudo o sin tratamiento térmico posterior. Las temperaturas de refrigeración y congelación reducen la viabilidad de estas bacterias en la carne cruda, por lo que es recomendable su congelación.

Medidas preventivas: mantener almacenada la carne de pollo a temperaturas de refrigeración o congelación hasta su uso. Cocinar bien todo el producto de modo que las temperaturas de cocción lleguen hasta el centro del mismo. Prevenir la contaminación cruzada en la cocina mediante un correcto lavado de manos, útiles y superficies tras la manipulación de productos crudos de origen animal. Evitar consumir leche no pasteurizada y agua no tratada.

En el año 2006 el número de aislamientos de **rotavirus** notificados al S.I.M. ha sido de 610, cifra inferior al año anterior. (Gráfico 2.14). En la distribución por sexos, 361 (59%) son hombres y 248 (41%) mujeres. Del total de casos, el 41% tienen menos de 1 año y 72% son igual o menores de 2 años. El 73% de casos se presentaron en los meses de invierno (anexo 1).



A partir del CMBD se ha obtenido el número de altas hospitalarias que presentaban como diagnóstico una infección por rotavirus (rúbrica 008.61). Durante 2006 se han registrado 82 altas hospitalarias, 54 niños y 28 niñas. El 98% de 2 años o menores. Excepto en un caso que la circunstancia al alta fue la muerte en un niño con patología crónica de base en el resto de casos la circunstancia al alta fue la curación, tras una estancia media de 7,9 días (DE=21,1 días).



Los aislamientos correspondientes a los tres enteropatógenos más frecuentemente registrados en el S.I.M. se presentan en la gráfico 2.15.

Disentería

Durante el año 2006 a través del S.I.M. se han registrado 19 aislamientos de *Shigella*. Las *Shigellas* aisladas han sido: 10 *flexneri*, 8 *sonnei* y 1 *spp*. Al sistema E.D.O. se han notificado 12 casos de Disentería 5 hombres y 7 mujeres. La distribución de los casos por grupo de edad es la siguiente: 2 menores de 14 años, 5 entre 15 y 44 años y el resto de 45 ó más edad.

De los casos declarados, todos han sido confirmados. En cuanto a la presentación de los casos, 3 estaban asociados a otro caso y 9 han sido esporádicos. Con respecto a los factores de riesgo, 7 han viajado a zona endémica, 1 presenta el antecedente de trabajar con aguas residuales y en 4 no se conoció el factor de riesgo.

Fiebre Tifoparatófica

Se ha notificado al S.I.M. 1 aislamiento de *Salmonella paratyphi* y 2 *Salmonella typhi*. La *S. paratyphi* correspondía a un hombre de 24 años de edad y presentaba el antecedente de viaje a Mexico, 1 *S. typhi* correspondía a un hombre de 61 años y antecedente de viaje por el Amazonas y la segunda a una mujer de 89 años de edad y portadora crónica.

Taenia saginata y Cisticercosis bovis

Durante el periodo 2000-2003 en las inspecciones postmortem realizadas en los mataderos de Gipuzkoa a las carnes de vacuno, se observó un incremento gradual del número de cisticercosis bovis. Se comunicó esta situación a los responsables de las ganaderías integradas y se puso en marcha una desparasitación temprana con Albendazol. Asimismo, la Unidad de Sanidad Alimentaria comunicó este aumento a la Unidad de Epidemiología y en coordinación con el Servicio de Microbiología del hospital Donostia se planteó la vigilancia activa y el estudio epidemiológico de los aislamientos de tenia saginata y tenias spp. en pacientes del territorio histórico de Gipuzkoa a partir de 2005. El objetivo era valorar la incidencia de teniasis-cisticercosis en la población humana y animal de Gipuzkoa, conocer los factores de riesgo y establecer las medidas preventivas oportunas.

Durante el año 2006 los servicios de microbiología han declarado a la Unidad de Epidemiología 31 casos de *Taenia* (28 *Taenia saginata* y 3 *Taenia spp*). Los datos referentes a los años estudiados se presentan en la tabla 2.19.

Tabla 2.19: Número de casos de teniasis declarados al S.I.M. 2000 – 2006.

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nº	43	48	29	57	39	39	31

Del total de casos declarados, se realizó la encuesta a 28 (90%). La edad de los pacientes varió entre 12 y 77 años, y la mediana fue de 40 años. Uno caso fue menor de 14 años, 13 de 15 a 39 años y el resto mayores de 40 años de edad. De los casos notificados, 16 eran varones y 23 mujeres. Con respecto a la distribución geográfica, el 23,1% de los casos eran residentes en Donostia y el resto se distribuían por diferentes municipios de la provincia. La presentación de los casos fue aislada y no se detectaron casos relacionados. De los 28 encuestados, 15 (54%) presentaban como factor de riesgo la ingesta de carne cruda o poco cocinada. En 1 solo caso la carne de vacuno consumida procedía de una explotación particular; 4 casos presentaban el antecedente de viaje y un sólo caso habían residido los 3 meses precedentes al inicio de los síntomas en otro país fuera del estado español. El motivo de la consulta médica en todos los casos fue la visualización de segmentos en heces. El tratamiento recomendado a 26 pacientes fue Niclosamida, 1 Praziquantel y 1 Mebendazol. Según la información facilitada por Sanidad Alimentaria el número de cisticercosis bovis diagnosticados en la inspección postmortem ha sido de 51. Esta cifra es inferior a la del año 2004 y 2003. Los resultados de cisticercosis bovis en vacunos sacrificados en los mataderos de Gipuzkoa se expresan en la tabla 2.20.

Tabla 2.20: Número de vacunos sacrificados y cisticercosis. Periodo 2000-2006

AÑO	Nº VACUNOS SACRIFICADOS	Nº CISTICERCOSIS
2000	47.585	25
2001	52.185	47
2002	52.898	96
2003	50.482	146
2004	47.920	118
2005	48.670	49
2006	50.285	51

Los resultados de la vigilancia activa son satisfactorios y las Unidades de Epidemiología, Sanidad Alimentaria junto con el laboratorio de Microbiología del hospital Donostia continuará con la vigilancia epidemiológica para conocer los factores de riesgo y establecer las medidas preventivas oportunas.

HEPATITIS VIRICAS:

Hepatitis A

Durante el año 2006 se han notificado 53 casos de hepatitis A (tasa: 10,6/100.000 hab.), cifra superior a la del año pasado. A los 37 casos declarados al S.I.M. hay que añadir 10 estudios serológicos positivos de hepatitis A realizados en un centro no declarante habitual del S.I.M.

Tabla 2.21: Hepatitis A, nº de casos . Gipuzkoa, 1999-2006.

Fuente	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
E.D.O	11	81	73	25	15	18	24	53
S.I.M.	20	71	62	23	14	17	22	37

De los 53 casos, 33 son varones (tasa: 9,9/100.000 hab.) y 20 mujeres (tasa: 5,7/100.000 hab.). En la distribución por edad, 14 (26%) han sido menores de 15 años, 17 (32%) pertenecen al grupo de 15 a 29, 20 (38%) al grupo de 30 a 44 y 2 (4%) son mayores de 45 años de edad. Los casos están repartidos por diferentes localidades de Gipuzkoa. Se realizó encuesta epidemiológica a todos los casos y se identificaron 16 casos que pertenecían a 6

agrupaciones familiares, 5 agrupaban a 2 casos y 2 a tres casos. En relación al factor de riesgo 19 casos presentaban el antecedente ingesta de marisco crudo, 10 el desplazamiento a zona endémica, 12 contacto familiar con niños de preescolar, 4 eran niños preescolares y en 8 casos no fue conocido. En la distribución temporal (gráfica 2.16) se observa un pico en la cuatrisesmana 2 que correspondió a 9 casos que presentaban el antecedente de consumo de almeja crudas o semicrudas en las fiestas navideñas. La encuesta permitió conocer los establecimientos de compra o consumo de los moluscos y se comunicó la situación de brote a la Unidad de Sanidad Alimentaria. Esta Unidad procedió a la investigación del origen de los productos, estudio de las principales fuentes de contaminación y establecimiento de las recomendaciones correspondientes tanto a los centros de depuración como a los consumidores.

Del total de casos declarados 10 precisaron de ingreso hospitalario, el resto seguimiento médico ambulatorio y la evolución de todos los casos fue satisfactoria.

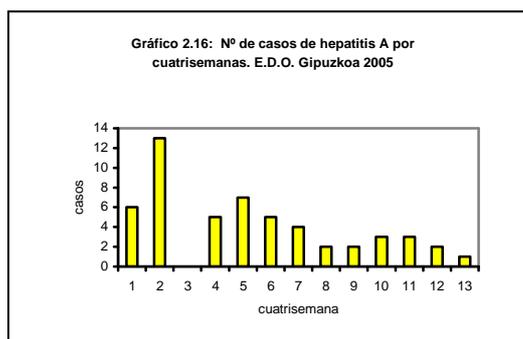


Tabla 2.22: Hepatitis A. Nº casos y tasa/100000. E.D.O. Gipuzkoa 2006.

	hombres	mujeres	Total (tasa)
0-14	10	4	14 (16,8)
15-29	10	7	17 (11,9)
30-44	12	8	20 (12,2)
> 45	1	1	2(0,6)
Total	33	20	53
(tasa)	(9,9)	(5,7)	(7,9)

Previamente a la realización de la encuesta epidemiológica a cada uno de los pacientes se contacta con el médico del centro de salud correspondiente, con el que se coordina la aplicación de la profilaxis a los convivientes del caso con el fin de minimizar los riesgos de transmisión de la infección de hepatitis A.

Hepatitis B

En el año 2006 se han registrado 16 casos de hepatitis B, lo que supone una tasa de 2,3/100.000 hab., similar a la de los años anteriores (tabla 2.23). Se considera caso de hepatitis B aguda confirmado como aquel que cumple con la definición clínica (sintomatología de hepatitis y elevación de las transaminasas) y está confirmado por el laboratorio (Ig M anti Hbc y AgHBs positivo), por lo que se excluyen los portadores crónicos.

Tabla 2.23: Casos y tasa por cien mil habitantes de Hepatitis B. EDO, Gipuzkoa 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Casos	9	12	11	13	9	12	16
Tasa	1,3	1,8	1,6	1,9	1,3	1,7	2,3

Tabla 2.24: Hepatitis B. Nº de casos y tasa/100000. E..D.O. Gipuzkoa 2006.

	hombres	mujeres	Total (tasa)
<30	2	-	2 (0,9)
30-49	9	2	11 (4,8)
>=50	2	1	3 (1,2)
Total	13	3	16
(tasa)	(3,9)	(0,9)	(2,3)

De los casos notificados, 13 son varones (tasa de 3,3/100.000 hab.) y 1 es mujer (tasa: 0,9/100.000 hab.). Todos los casos se han presentado en adultos, 2 casos en menores de 30 años, 11 en el grupo de 30 a 49 años, 3 igual o mayores de 50 años. Con respecto al factor de riesgo, un caso ha sido ADVP, 13 casos se han relacionado con prácticas sexuales de riesgo y en dos no ha sido conocido. De

los 16 casos 12 han sido esporádicos y cuatro se presentaron en dos agrupaciones familiares de dos casos cada una y cuya transmisión fue persona a persona. Los casos han sido distribuidos por diferentes localidades de Gipuzkoa.

Ninguno de los casos registrados estaba previamente vacunado contra la enfermedad. La profilaxis preexposición con la vacuna constituye la medida más efectiva para evitar la infección y sus secuelas, estando recomendada a todas las personas que presentan un riesgo alto de infección. En todos los casos se ha hablado con el médico del caso y se ha realizado la profilaxis de los contactos según el protocolo.

Hepatitis C

De las 20 notificaciones de hepatitis C recibidas en el año 2006, se definieron 3 como casos incidentes, ya que el resto no cumplían con el criterio de caso (clínica de hepatitis aguda y/o seroconversión reciente), y corresponde a una tasa de 0,4/100.000 hab., similar a la de los últimos años (tabla 2.25).

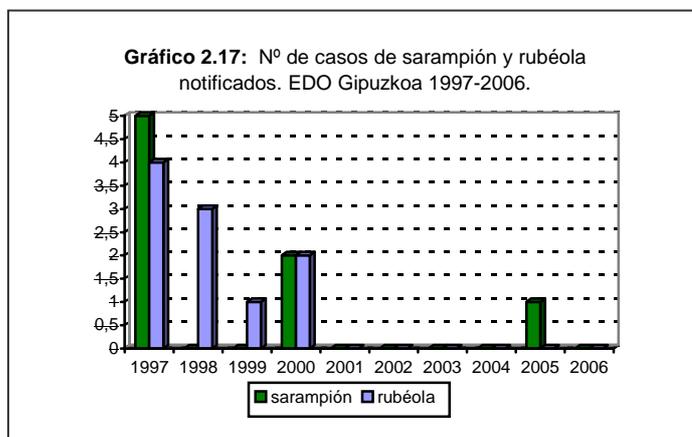
Tabla 2.25: Nº de casos y tasas por cien mil de Hepatitis C. EDO Gipuzkoa 2000-2006.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Casos	2	4	3	3	5	3	3
Tasa	0,3	0,6	0,4	0,4	0,7	0,4	0,4

Los tres casos notificados corresponden a dos hombres y 1 mujer adultos de 34, 30 y 37 años de edad los 2 con antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral y los tres con clínica de hepatitis aguda, presencia en suero de Anti VHC y seroconversión documentada.

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACION:

El 2006 es el sexto año consecutivo en el que no se han notificado casos de **sarampión**. En el



marco del Plan de Eliminación del Sarampión en la CAPV, se contempla entre sus objetivos el "conseguir la confirmación mediante pruebas serológicas del 100% de los casos de sarampión notificados. Asimismo en el marco del Plan de Eliminación del Sarampión en el Estado Español, se requiere "con el objetivo de poder caracterizar las cepas que están circulando antes de la eliminación del sarampión para poder identificar posteriormente casos importados se aconseja recoger muestras de orina o de

exudado nasofaríngeo de los casos confirmados y se remitan a un laboratorio especializado para el aislamiento del virus del sarampión". Tanto el diagnóstico serológico de confirmación como los cultivos celulares necesarios para el aislamiento del virus del sarampión se realizan en el hospital de referencia previo contacto con la Unidad de epidemiología. Una vez detectado un caso sospechoso se debe de notificar a la unidad de epidemiología para realizar la encuesta epidemiológica y toma de muestra para aislamiento virológico en el laboratorio.

Este año 2006 no se ha presentado ningún caso de **rubéola**. Como se presenta en la gráfica 2.18 en los cuatro años anteriores no se había notificado ningún caso de esta enfermedad.

Se han notificado 25 casos de **parotiditis**, 12 fueron hombres y 13 mujeres y el 56% perteneciente al grupo de 15 a 19 años de edad. El diagnóstico fue confirmado en 21 casos y 4 fueron probables. El 91% de los casos estaban correctamente vacunados. El diagnóstico se

realizó en 4 casos por Ig M, en 5 por aislamiento del virus de la parotiditis y en 17 casos por vínculo epidemiológico. Del total de casos el 50 % se presentaron en las 4 últimas semanas del año y de los 13 casos 11 correspondieron a un brote. El brote agrupaba a escolares de un centro escolar de la localidad de Azpeitia y residentes en los municipios de Zestoa y Azpeitia. El caso índice, tres semanas antes de enfermar, había estado en contacto con un familiar enfermo de parotiditis y estudiante en Navarra. Durante el año 2006 en la comunidad de Navarra se presentaba una epidemia de parotiditis importante. Como medidas de prevención y control del brote se estableció una vigilancia activa de presentación de casos de parotiditis, se comunicó la situación a padres y médicos de primaria para la revisión de los calendarios vacunales y se dieron las recomendaciones pertinentes de actuación ante la presentación de casos y sus contactos.

Durante el año 2006 se han constatado 15 casos de **tos ferina** (13 declarados a E.D.O. y 2 contactos no declarados), 4 han sido hombres y 11 mujeres. 4 casos fueron en lactantes, 5 en el grupo de 1a 14 años de edad y el resto en mayores de 15 años. En todos los casos se aisló *Bordetella pertussis* de exudado faríngeo. De los 15 casos solamente 3 estaban vacunados. La presentación de los casos ha sido en 5 agrupaciones. La primera agrupaba a 6 personas pertenecientes todas ellas a un centro pedagógico con ideología contraria a la vacunación. Enfermaron 4 niños y dos adultos, madre y profesor del centro. El segundo correspondió a una madre vacunada y su hijo recién nacido que precisó de ingreso en UVI. El tercer grupo también agrupó a una madre no vacunada y con tos ferina y su hijo de 2 meses de edad que también precisó de ingreso en UVI. El cuarto grupo correspondió a dos hermanos no vacunados y el último grupo a 3 casos aislados (uno solamente vacunado). Teniendo en cuenta que el pico de máxima incidencia se da en los menores de 1 año y, dentro de esa edad, los menores de 3 meses precisando en su totalidad de ingreso hospitalario; que la inmunidad conferida por la vacuna es limitada (en general 12 años); que las coberturas vacunales existentes son buenas, es evidente que los adultos con tos ferina atípica no diagnosticada, representan una fuente de contagio importante para la enfermedad. Es posible que haya un infradiagnóstico de la enfermedad debido a la falta de sospecha diagnóstica de la enfermedad en adultos.

Gráfico 2.18: N° anual de casos de parotiditis.
EDO Gipuzkoa 1997-2006.

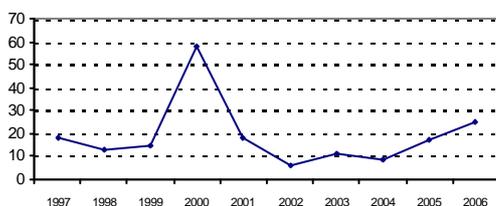
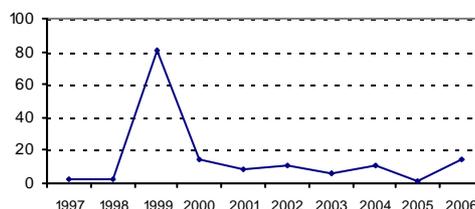


Gráfico 2.19: N° anual de casos de toserina.
EDO Gipuzkoa 1997-2006.



En el año 2006 se ha notificado al sistema E.D.O. cuatro casos de **tétanos**. Dos casos correspondieron a dos mujeres de 88 años de edad que ambas presentaron una herida, otro caso se trataba de un hombre de 74 años de edad y que presentó una picadura de un ave y el cuarto caso correspondió a un hombre de 44 años ADVP. No hay ningún alta hospitalaria con diagnóstico de tétanos neonatal en residentes en Gipuzkoa.

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*: las enfermedades producidas por este germen no están sujetas a notificación en el sistema E.D.O., pero en el Sistema de Información Microbiológica se recogen los aislamientos de este microorganismo en sangre, L.C.R. u otros líquidos estériles. En el año 2006 no se ha notificado a este sistema ningún caso de *Haemophilus influenzae* prevenible por vacunación.

OTRAS ENFERMEDADES:

En el año 2006 se han notificado al sistema E.D.O. 5 casos de **paludismo**, 4 hombres y 1 mujer, con edades comprendidas entre 1 y 71 años. Las especies de Plasmodium, el país de contagio y la quimioprofilaxis se detallan en la tabla 2.26.

Tabla 2.26: Especies de Plasmodium, lugar de contagio y quimioprofilaxis. Gipuzkoa 2006.

caso	1	2	3	4	5
especie	falciparum	falciparum	falciparum	falciparum	falciparum
país	Guinea	Camerun	Guinea	Guinea	Ecuador
Qp.	no	No conocido	no	no	no

Al S.I.M. se han declarado 7 casos de visualización de plasmodium en sangre. El registro del CMBD del alta hospitalaria de Euskadi (CIE-9-MC 084), ha registrado 9 altas hospitalarias, 5 hombres y 4 mujeres, 2 niños de 1 y 4 años de edad y el resto adultos. La estancia media fue de 4,4 días (D.E.=2,8 días). La circunstancia al alta ha sido en todos los casos de destino al domicilio habitual y en un caso fallecimiento.

En todo el año 2006 no se ha notificado ningún caso de **brucelosis**.

En 2006 se notificó un brote familiar de **botulismo**. El brote agrupaba a dos personas una mujer de 46 años de edad y su pareja hombre de 50 años de edad. La descripción del brote se realiza en el apartado de brotes.

INFECCIÓN GONOCÓCICA

La gonococia es una enfermedad de declaración numérica a E.D.O. En el año 2006 se han declarado 8 casos (tasa 1,19 por 100000). En la atención sanitaria a esta enfermedad existe la particularidad que se realiza a través de una consulta hospitalaria externa específica para el estudio de enfermedades de transmisión sexual y no se realiza la declaración a las EDOS. Por lo tanto una aproximación a la incidencia de la infección gonocócica son los aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae* que se declaran al Sistema de Información Microbiológica. En la tabla xx se presentan los datos obtenidos desde 2001a 2006. Durante este periodo no se observa una tendencia a excepción de este último año que se han triplicado los aislamientos.

Tabla 2.27: Aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae* declarados al S.I.M.

AÑO	2001	2002	2003	2004	2005	2006
EDAD MEDIA	31	39	32	33	34	35
HOMBRE	4	23	34	26	20	65
MUJER	--	4	5	--	--	4
TOTAL	4	27	39	26	21	69

REGISTRO DE ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS (EETH) EN LA CAPV

Desde 1995 se mantiene un sistema de vigilancia especial para la **enfermedad de Creutzfeld-Jacob (ECJ)** con la creación de un registro de ámbito nacional de esta enfermedad. En cada hospital existe un neurólogo responsable de declarar el caso a la unidad de epidemiología recogiendo de cada caso toda la información clínico-epidemiológica. El día 7-09-2001 se publicó en el BOPV la orden del Consejero de Sanidad por la que se incluyen las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas en el listado de enfermedades de declaración obligatoria al sistema de vigilancia epidemiológica.

El registro en Gipuzkoa durante 1993-2007* ha recogido 15 casos esporádicos de EETH, 13 casos definitivos, 1 posible y 1 probable. Además, se han diagnosticado 5 casos familiares: 1 síndrome de Gerstmann-Strussler-Scheinker, 2 Insomnio Familiar Fatal y una ECJ Familiar.

*No se han registrado casos yatrogénicos y nueva variante de la ECJ.

Tabla 2.28: Casos de EETH en la CAPV. 1993-2007.

	Alava	Gipuzkoa	Bizkaia	CAPV
Casos Esporádicos EETH	5	15	40	60
Casos Posibles	0	1	4	5
Casos Probables	2	1	16	19
Casos Definitivos	3	13	20	36
Tasa ECJ Prob+Def / 1.000.000 hab.	1,18	1,39	2,11	1,75
Tasa ECJ total / 1.000.000 hab.	1,18	1,49	2,35	1,91
Casos Familiares EETH	10	5	5	20
ECJ Familiar	1	2	0	3
IFFatal	9	2	5	16
SGSS	0	1	0	1
Tasa Casos Familiares / 1.000.000 hab.	2,36	0,50	0,29	0,64
Total EETH	15	20	45	80
Tasa total de EETH / 1.000.000 hab.	3,55	1,99	2,64	2,55

3 Brotes

Brotes de toxi-infección alimentaria

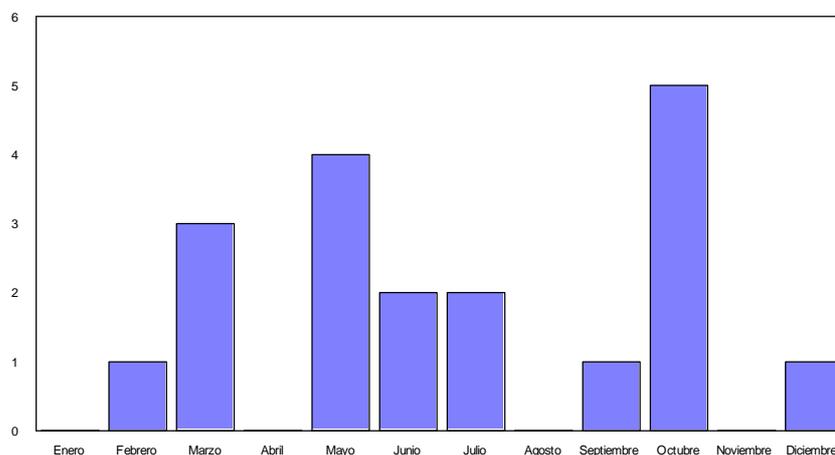
Durante el año 2006 se han notificado 20 brotes de toxi-infección alimentaria. El número total de personas afectadas como consecuencia de estos brotes ha sido de 377, de los que 15 (4%) han sido hospitalizados. Con respecto al año anterior, ha disminuido el número de brotes declarados mientras que el número de afectados por brote ha sido similar.

Tabla3.1: Evolución de los brotes de toxi-infección alimentaria. Gipuzkoa 1997-2006

AÑOS	Nº BROTES	Nº AFECTADOS	CASOS/BROTE
1997	13	222	18
1998	21	322	15
1999	15	3.470	231
2000	19	216	11
2001	23	354	15
2002	29	217	7
2003	35	440	13
2004	25	398	16
2005	28	514	18
2006	20	377	19

Del total de 20 toxi-infecciones alimentarias, en 2 de ellas el agente causal probable ha sido *Norovirus* y en 1 *Vibrio parahemolyticus*. En 10 ocasiones se confirmó *S. enteritidis*, 1 *Norovirus*, 1 Toxina estafilocócica, 1 enterobacterias, 1 enterobacterias y *Norovirus* simultáneamente y 1 toxina botulínica. En 2 de los brotes el agente causal fue desconocido. La mediana del número de afectados por brote ha sido de 6. En el 90% de los brotes cuyo agente causal ha sido *S. enteritidis*, el vehículo de transmisión confirmado ha sido el huevo.

Gráfico 3.1: Nº mensual de brotes T.I.A. Gipuzkoa 2006.



MEMORIA 2006 - Unidad de Epidemiología

Brotos toxi-infección alimentaria. Gipuzkoa 2006

	Fecha	Municipio	LugarSuceso	NExp	N Afec	Afect Cult. +	Ingresos	vehiculo	Nº mani estudi.	Manip Cult+	Nºalim estud.	Alim Cult +	AgenteCausal
1	Febrero	Getaria	Restaurante	8	7	0	0	Probable almejas	8	0	5	0	Probable <i>Norovirus</i>
2	Marzo	Oñate	Hogar privado	11	5	0	0	Ostras	-	-	-	-	Probable <i>Vibrio parahemolyticus</i>
3	Marzo	Aretxabaleta	Restaurante	42	23	8	1	Salsa de chipirones	3	1	-	-	<i>Salmonella enteritidis</i>
4	Marzo	Aretxabaleta	Restaurante	11	9	3	0	Probable salsa de chipirones	3	1	-	-	<i>Salmonella enteritidis</i>
5	Mayo	Orio	Restaurante	2	2	0	0	Desconocido	-	-	-	-	Desconocido
6	Mayo	Zarautz	Restaurante	33	20	1	0	Probable ensalada	4	0	-	-	<i>Norovirus</i>
7	Mayo	Arrasate-Mondragon	Bar	14	12	-	0	Queso de oveja	-	-	1	1	Toxina estafilocócica
8	Mayo	Irun	Bar	4	3	3	0	Huevo	-	-	-	-	<i>Salmonella enteritidis</i>
9	Junio	Donosita	Restaurante	350	73	1	0	Probable sopa de pescado	12	-	6	5	1 + <i>Norovirus</i> ; 5 aerobios y enterobacterias
10	Junio	Mutiloa	Restaurante	200	51	0	0	Desconocido	-	-	-	-	Probable <i>Norovirus</i>
11	Julio	Hondarribia	Restaurante	12	3	1	1	Desconocido	-	-	-	-	<i>Salmonella enteritidis</i>
12	Julio	Orio	Albergue	46	20	0	0	Embutido	4	-	2	2	Enterobacterias
13	Septiembre	Azpeitia	Restaurante	9	7	2	0	Huevo	1	0	1	0	<i>Salmonella enteritidis</i>
14	Octubre	Villabona	Restaurante	5	4	0	0	Helado	-	-	-	-	Desconocido
15	Octubre	Azkoitia	Escuela	129	56	19	6	Huevo	2	1	6	1	<i>Salmonella enteritidis</i>
16	Octubre	Urnietz	Restaurante	200	45	5	2	Mayonesa casera	8	2	6	0	<i>Salmonella enteritidis</i>
17	Octubre	Urnietz	Restaurante	3	3	2	1	Mayonesa casera	8	2	6	0	<i>Salmonella enteritidis</i>
18	Octubre	Urnietz	Restaurante	22	18	1	1	Mayonesa casera	8	2	6	0	<i>Salmonella enteritidis</i>
19	Diciembre	Donostia	Hospital	50	14	10	1	Rape rebozado	10	2	-	0	<i>Salmonella enteritidis</i>
20	Diciembre	Lazkao	Hogar privado	2	2	0	2	Alcachofas	-	-	2	1	<i>Toxina botulinica</i>

BROTE DE ENFERMEDAD DE ORIGEN ALIMENTARIO POR YERSINIA ENTEROCOLÍTICA

El día 2 de junio de 2006, una pediatra del Centro de Salud de Zarautz comunicó a la Unidad de Epidemiología la existencia de varios casos de gastroenteritis aguda entre los alumnos de un mismo centro escolar de Zarautz. Desde la Unidad se contactó con el colegio, confirmándose la existencia de casos de gastroenteritis aguda entre los alumnos de 3^o-4^o de primaria que habían estado en un campamento de Araba los días 24 al 26 de mayo del 2006. Se procedió a realizar las encuestas epidemiológicas y se contactó con el Servicio de Microbiología del Laboratorio Unificado de Donostia (L.U.D.) para la realización de los análisis microbiológicos de las heces de los afectados.

En el campamento se encontraban alojados escolares pertenecientes a 9 centros escolares y los casos se presentaron solamente en escolares pertenecientes a uno de ellos. El total de expuesto fue 153 (142 niños y 11 adultos) y enfermaron 66 (64 niños y 2 adultos). Las tasas de ataque fueron del 45% y del 9% respectivamente. La sintomatología se caracterizó por dolor abdominal, fiebre, cefalea, diarrea y vómitos y la duración de los síntomas fue de 1 a 9 días. La curva epidémica presentó un patrón de origen común y tras el aislamiento del microorganismo se pudo conocer el periodo de exposición. La exposición de riesgo fue la comida del día 26 de mayo. El menú servido ese día fue: alubias, lomo fresco con patatas y plátano. El retraso en la comunicación del brote no permitió realizar la encuesta alimentaria por falta de recuerdo de los alimentos ingeridos por parte de los expuestos. Los escolares del centro afectado el día de la exposición de riesgo adelantaron la comida 30 minutos al resto de los colegios. Se recogieron 8 muestras de heces y 6 resultaron positivas para *Yersinia enterocolitica*.

La investigación ambiental sugirió la existencia de factores de riesgo: posible contaminación en origen del alimento (lomo de cerdo), insuficiente tratamiento térmico del alimento de riesgo y/o posible contaminación cruzada entre producto crudo y elaborado.

Conclusión

Brote de gastroenteritis aguda por *Yersinia enterocolitica* vehiculado por alimento contaminado que afectó a un total de 66 personas. La demora en la declaración no permitió realizar el estudio analítico necesario para la confirmación del origen del brote. No obstante, un abordaje epidemiológico descriptivo permite confirmar la existencia de estos brotes y enfatiza la necesidad de mantener siempre las máximas medidas de control.

BROTE FAMILIAR DE BOTULISMO

El día 31 de diciembre la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Donostia comunicó al servicio de Emergencias de Salud Pública la sospecha de dos casos de botulismo en dos personas pertenecientes a la misma familia.

El primer caso la mujer, inició síntomas el día 30 de diciembre a las 8 horas y presentó visión borrosa, diplopia, parálisis flácida descendente, vértigos y disartria. Ese mismo día ingresó en la Unidad de Intensivos del hospital Donostia y se instauró tratamiento con antitoxina botulínica. El segundo caso inició sintomatología el día 31 a las 8 horas y presentó visión borrosa e irritabilidad. Quedó ingresado en la Unidad de Intensivos y se inició tratamiento con antitoxina botulínica. El primer caso y más grave permanece a los cinco meses ingresada en la Unidad de Intensivos con una evolución lenta pero favorable y al segundo caso se le dio el alta a la semana del ingreso y continuó con tratamiento domiciliario.

Según la información recogida en la encuesta epidemiológica la exposición de riesgo tuvo lugar el día 29 de diciembre y el alimento sospechoso de la toxiinfección fueron unas alcachofas consumidas en conserva. La muestra alimentaria se remitió al laboratorio Nacional de referencia y el resultado obtenido fue positivo para toxina botulínica en las alcachofas en conserva. Desde la agencia Nacional del Alimento y Salud Pública de Gipuzkoa se procedió a la retirada de todos los lotes de conservas. Asimismo, se comunicó a la población el riesgo de la situación y ante cualquier duda la conveniencia de puesta en contacto con los servicios de Salud Pública.

CLUSTER DE GASTROENTERITIS POR E. COLI O157.H7

Durante el periodo del 31 de enero al 28 de junio de 2006 el laboratorio de microbiología del hospital Donostia comunicó a la unidad de epidemiología la existencia de 5 casos de gastroenteritis cuyo agente causal fue el E. Coli O157:H7. Los datos referentes a la edad, sexo, localidad, fecha de inicio de síntomas, clínica, complicaciones y origen de la carne que consumían los casos se presentan en la tabla 3.2.

Tabla 3.2: Datos epidemiológicos de los casos de GEA por E. Coli O157:H7

CASO	EDAD	SEXO	LOCALIDAD	FECHA	CLÍNICA	COMPLICACIONES	COMPRA CARNE
1	11 m	Mujer	Errenteria	31/01/06	Diarrea	Ninguna	Carnicería 1
2*	13 m	Mujer	Errenteria	6/02/06	Diarrea	Ninguna	Carnicería 1
3	6 años	Hombre	Errenteria	12/06/06	Diarrea	Ninguna	Carnicería 1
4	12 m	Hombre	Errenteria	19/04/06	Diarrea	Ninguna	Carnicería 2
5	10 m	Hombre	Oiartzun	28/06/06	Diarrea	Ninguna	Carnicería 1

Caso 2 y 3 hermanos

A cada uno de los casos se realizó la encuesta epidemiológica y según la información recogida: 4 eran lactantes y un niño hermano de un lactante tenía 6 años de edad. Dos eran mujeres y tres hombres. Cuatro niños pertenecían a la misma localidad y el quinto a otra diferente. Todos los casos presentaron diarrea mucoide líquida y uno sanguinolenta. Ninguno de los casos presentó complicaciones. Con respecto al estudio de posibles factores de exposición todos los casos habían comido carne de vacuno cocinada y en 4 casos del total la compra de la carne se había realizado en la misma carnicería.

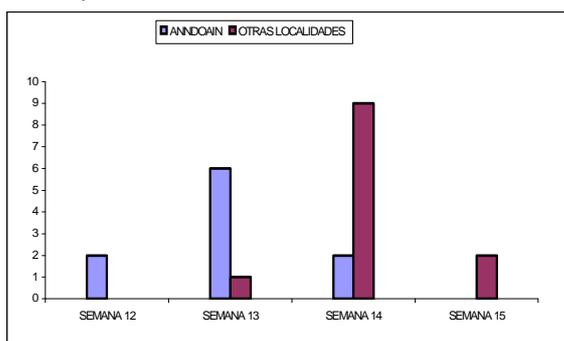
Se comunicó la situación a los técnicos de salud pública de la comarca Bidasoa y como principales medidas adoptadas procedieron a la inspección de las instalaciones, estudio de las prácticas de manipulación, educación sanitaria y recogida de muestras de carne y heces de manipuladores para análisis microbiológico. Los resultados microbiológicos fueron negativos. A partir de la fecha de intervención de los técnicos en el establecimiento al año de la presentación de los casos no se han comunicado más casos de gastroenteritis por E. Coli O157:H7 en la localidad.

MENINGITIS LINFOCITARIA:

Durante 2006 se han declarado al S.I.M. 208 aislamientos de enterovirus en líquido cefalorraquídeo y el 90% de casos se han presentado en los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio. Los años 2004 y 2005 se declararon 78 y 74 aislamientos respectivamente. El 74% de aislamientos es en menores de 10 años de edad, el 62% son hombres y el 38% mujeres. Los casos de meningitis linfocitaria se presentaron en diferentes localidades de Gipuzkoa y se declararon dos agrupaciones, una en una localidad y otra en un centro escolar.

Brote 1

Curva epidémica



La semana epidemiológica 13, un pediatra del hospital Donostia comunicó a esta Unidad de epidemiología, la sospecha de un brote de meningitis vírica en niños de la localidad de Andoain. La búsqueda activa confirmó el aumento de casos de meningitis linfocitaria y se procedió a la monitorización de los casos. Para el estudio del brote se definió como caso probable de meningitis linfocitaria por enterovirus a toda persona, residente en Andoain, que presentase a partir de la semana 13 un cuadro clínico de

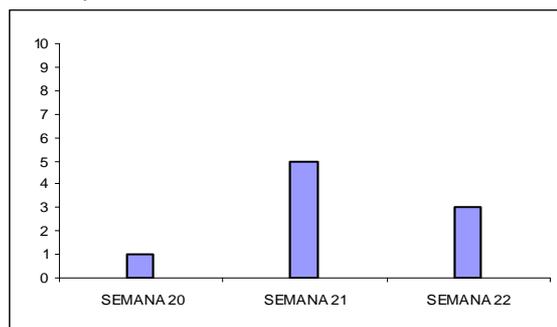
meningitis y pleocitosis con linfocitosis en el análisis de L.C.R.. Se definió caso confirmado al caso probable con aislamiento de Enterovirus en el cultivo de L.C.R. En el periodo del 23 de marzo a 9 de abril se comunicaron 22 casos con un rango de edad de 4 meses a 9 años y una mediana de 4, 18 eran hombres y 4 mujeres. De los 22 casos 11 pertenecían a la localidad de Andoain y de ellos 6 niños al mismo centro escolar.

De los 11 casos de la localidad de Andoain el rango de edad fue entre 2 a 7 años y la mediana de 4, 3 eran mujeres y 8 hombres. Del total de casos 8 fueron confirmados y 3 probables. El primer caso inició síntomas el día 23 de marzo y el último el día 31 del mismo mes.

Brote 2

La semana epidemiológica 20, la dirección de un centro escolar de Donostia comunicó a la Unidad la existencia de casos diagnosticados de meningitis linfocitaria. Para el estudio del brote se definió como caso probable de meningitis linfocitaria por enterovirus a toda persona, perteneciente al centro escolar, que presentase a partir de la semana 20 un cuadro clínico de meningitis y pleocitosis con linfocitosis en el análisis bioquímico de L.C.R.. Se definió caso confirmado al caso probable con aislamiento de Enterovirus en el cultivo de L.C.R.

Curva epidémica



En el periodo comprendido entre el 15 de mayo a 1 de junio se declararon 9 casos todos confirmandos de meningitis y 5 pertenecían al mismo aula (tasa de 24%). El rango de edad fue de 4 meses a 5 años con una mediana de 4, 4 eran mujeres y 5 hombres.

La sintomatología que presentaron fue cefalea, vómitos, fiebre leve y rigidez de nuca. A todos los casos que presentaban cuadro compatible con meningitis, se les realizaba punción lumbar y se procedía al ingreso del paciente hasta la mejoría clínica del mismo. La evolución de todos los casos fue satisfactoria.

Desde la Unidad se envió una nota a los centros escolares con información de los brotes y recomendaciones para el control de la infección.

4 Vacunaciones

Novidades

✓El Departamento de Sanidad decide introducir la vacunación sistemática contra el neumococo en las personas de mayor riesgo de complicaciones por infección neumocócica que corresponden a los mismos grupos de riesgo de la vacunación antigripal. Durante el último trimestre del año se inicia la vacunación de los mayores de 65 años institucionalizados.

✓A partir de marzo se sustituye la vacuna combinada pentavalente (DTPa-Hib-VPI) por la vacuna combinada hexavalente (DTPa-Hib-VPI+ HB) para su utilización en el calendario infantil.

✓Se modifica la pauta vacunal frente al meningococo C según recomendación del Comité Asesor de Vacunaciones. Los estudios han demostrado una mejor eficacia con esta nueva pauta:

Primera dosis a los **2 meses** de edad.

Segunda dosis a los **4 meses** de edad

Tercera dosis a los **12 meses** de edad.

✓En el marco del Plan de Erradicación del Sarampión, se incorporan medidas preventivas adicionales de vacunación con Triple Vírica de grupos susceptibles que se llevarán a cabo en los centros de salud y servicios de medicina preventiva de los hospitales de Osakidetza. La vacunación se realizará en los siguientes grupos:

Personal sanitario menor de 50 años, nacido antes de 1981 y que no tenga antecedentes de vacunación frente al sarampión o de haber padecido esta enfermedad. (Dos dosis de vacuna)

Personal sanitario nacido después de 1981 y que no tenga antecedentes de vacunación con dos dosis de vacuna frente al sarampión o de haber padecido esta enfermedad.

Población nacida entre 1977 y 1981 que no esté vacunada y no haya padecido la enfermedad. (Una dosis de vacuna)

Población infantil nacida entre 1997 y 1999 (introducción de la 2ª dosis de triple vírica a los 4 años) que no esté adecuadamente vacunada (2 dosis de vacuna triple vírica).

Grupos de población más vulnerables: colectivos marginales, adultos jóvenes y niños procedentes de países con menor tradición de vacunación con vacuna triple vírica, etc.

Vacunación infantil

Coberturas vacunales del Programa de Vacunación sistemática.

La estimación de coberturas se ha realizado teniendo en cuenta las dosis registradas por los centros sanitarios y por Salud Escolar durante el año y utilizando como denominador la población de niños susceptibles de vacunación para cada dosis según su fecha de nacimiento y según el calendario vacunal vigente. Este denominador se ha obtenido del registro de metabolopatías para las dosis que se administran desde el periodo del recién nacido hasta los 6 años. Para realizar la estimación de las coberturas vacunales de Td 16 años se ha utilizado la población nacida en 1990 según la última actualización del censo de 2001 publicado por el EUSTAT.

Tabla 4.1: Vacunación infantil; coberturas estimadas. Territorio de Gipuzkoa 2006.

	Dosis registradas	Nº niños a vacunar	Cobertura (IC 95%)
BCG	6.397	7.069	90,5(89,8-91,2)
DTP+P+Hib+HB+mening.C 1	6.568	7.010	93,7(93,1-94,3)
DTP+P+Hib+HB+mening.C 2	6.517	6.912	94,3(93,7-94,8)
DTP+P+Hib+HB+mening.C 3	6.280	6.861	91,5(90,9-92,2)
TV1	6.740	6.814	98,9(98,7-99,2)
DTP+P+Hib 4	6.455	6.928	93,2(92,6-93,8)
TV2	5.522	6.281	87,9(87,1-88,7)
DTPa	5.414	6.000	90,2(89,5-91)
Td 16 a.	3.781	5.268	71,8(70,6-73)
Varicela	333	575*	57,9(53,9-61,9)

* Estimación de población susceptible

Tabla 4.2: Vacunación infantil; coberturas estimadas según comarca sanitaria. Gipuzkoa 2006.

	ESTE			OESTE*		
	Dosis registradas	Nº niños a vacunar	Cobertura	Dosis registradas	Nº niños a vacunar	Cobertura
BCG	3.841	4.223	91	2.681	2.990	89,7
DTP+P+Hib+HB+mening. C 1	3.858	4.215	91,5	2.836	2.936	96,6
DTP+P+Hib+HB+mening. C 2	3.862	4.165	92,7	2.776	2.885	96,2
DTP+P+Hib+HB+mening. C 3	3.714	4.181	88,8	2.687	2.811	95,6
TV1	4.067	4.175	97,4	2.823	2.786	101,3
DTP+P+Hib 4	3.869	4.229	91,5	2.726	2.858	95,4
TV2	3.426	3.943	86,9	2.241	2.488	90,1
DTPa	3.301	3.702	89,2	2.113	2.454	86,1
Td 16 a.	2.319	3.182	72,9	1.462	2.252	64,9
Varicela	146	354	41,2	187	221	84,6

*se incluyen los municipios de Ermua, Mallabia y Aramaio.

La cobertura vacunal para varicela se encuentra por debajo de lo previsto, teniendo en cuenta que, según los datos de la encuesta de seroprevalencia nacional de 1996, alrededor del 10% de los niños eran susceptibles a la edad de 11 años. Es llamativa la diferencia entre las dos comarcas sanitarias, el doble en Oeste que en Este. Posiblemente parte de los susceptibles no se hayan vacunado todavía ya que la modificación del calendario se produjo en el último trimestre del año.

Tabla 4.3: Evolución de las coberturas vacunales estimadas. Territorio de Gipuzkoa 1997-2006.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BCG	92,3	87,7	91,2	91,1	92,4	91,7	92,8	91,7	96,0	90,5
DTP+Po+Hib +mening. C1(*)	94,8	92,7	93,7	92,5	92,5	92,0	94,6	94,6	96,2	93,7
DTP+Po+Hib +mening. C 2	96,1	93,6	94,0	95,2	94,4	93,8	97,6	95,2	95,8	94,3
DTP+Po+Hib +mening. C 3	92,9	93,4	93,6	93,8	92,9	91,0	96,9	95,1	95,3	91,5
TV1	95,4	94,7	97,1	96,0	95,4	94,5	99,0	96,4	97,3	98,9
DTP+Po+Hib 4	91,6	92,3	92,9	90,9	93,6	90,8	94,3	93,4	95,9	93,2
DT+Po(&)	96,3	92,8	91,6	88,2	90,2	95,8	93,2	95,7	95,5	87,9
TV2	89,2	92,8	88,1	83,4	88,3	93,0	93,7	94,1	93,7	90,2
Td 16 a				76,1	65,7	84,7	100	89,9	79,8	71,8
VARICELA(##)										57,9

(*) Hib desde 1-1-96 y desde 2001 meningococo C

(&) desde 1-1-01 se añade Pa y a partir de 2004 se elimina la dosis de polio

##)Desde octubre de 2006

Vacunación contra el VHB en escolares. Curso 2005-2006

Durante este curso se han vacunado 5029 niños, que supone una cobertura de 96,2%, una vez descontados los niños que estaban previamente vacunados, que constituyen el principal motivo de no vacunación. El 0,4% de niños que iniciaron la vacunación no la completaron.

El número total de dosis administradas en 2006 ha sido de 15.130, que corresponden a la tercera dosis del curso 2005-2006 y dos primeras dosis del curso 2006-2007.

Tabla 4.4: Vacunación contra el VHB en escolares. Gipuzkoa. Curso 2005-06

	Nº alumnos	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	Cobertura (*)	Vac. Previa.
ESTE	3.512	3042	3.041	3.034	95,7	343
OESTE	2.250	2009	2.009	1.995	96,9	192
TOTAL(**)	5.762	5051	5.050	5.029	96,2	535

(*) descontados los previamente vacunados

(**) Incluidos Ermua, Mallabia y Aramaio.

Tabla 4.5: Evolución de las coberturas vacunales contra el VHB en escolares. Gipuzkoa cursos 96-97 a 2005-06.

1996-97	1997-98	1998-99	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06
96,8	96,8	97,5	98,3	95,8	95,9	96,4	96,5	95,4	96,2

La tendencia es estable en las coberturas obtenidas con esta vacunación. La realización en el medio escolar y los años de experiencia de la misma contribuyen de forma importante a ello.

Vacunación contra el VHB en colectivos de riesgo

Tabla 4.6: Vacunación contra el VHB según grupo de riesgo. Gipuzkoa 2006.

	Pareja sexual de portador	Otros contactos familiares	Riesgo laboral	Estudiantes sanitarios	Pinchazos accidentales	viajes	Otros riesgos	TOTAL
Nº pers. inician vacunación	15	15	50	19	5	621	88	965
Nº personas que completan vacunación	19	22	54	10	5	93	166	454
Nº total dosis administradas	50	53	147	44	14	1.078	305	2047

Se ha recogido específicamente el grupo de riesgo correspondiente a las personas que viajan a países de alta endemia ya que actualmente es el motivo mayoritario de vacunación de hepatitis B, acaparando el 52,7% de las dosis totales administradas.

Un 6,7 % de las dosis se han administrado a personas que no pertenecían a ninguno de los grupos de riesgo definidos para la vacunación de la hepatitis B.

Todavía hay un 10,6% de las dosis justificadas en las que no se recoge el grupo de riesgo por lo que se incidirá en el personal que realiza la vacunación para mejorar la recogida de información.

Vacunación contra el Tétanos-Difteria en adultos

Este año se han administrado 37.726 dosis de esta vacuna en todo el Territorio (se han excluido las administradas a los 16 años). Se han administrado alrededor de un 10% más dosis que el año anterior; este aumento está relacionado con la introducción de un aviso introducido en la historia electrónica de OSABIDE para identificar a la población que se encontraba sin vacunar. De todas estas vacunas administradas alrededor de un 3% lo han sido en el medio laboral a través de los diferentes servicios médicos de empresa.

Vacunación contra el neumococo en mayores institucionalizados

Se inició la vacunación de la población de mayor riesgo de complicaciones producidas por el neumococo captando a la población que vive en Residencias de ancianos. Los datos que se presentan corresponden a las coberturas vacunales obtenidas en cada comarca sanitaria.

Tabla 4.7: Vacunación contra el neumococo en residencias de ancianos por comarca sanitaria. 2006

	Nº residentes	Nº vacunados	Cobertura
ESTE	3.597	3.279	91,16
OESTE	1.626	1.312	80,70
TOTAL	5.223	4.591	87,90

Rendimiento vacunal

Tabla 4.8: Rendimiento de las dosis de vacuna distribuidas desde la Subdirección de Salud Pública. Gipuzkoa 2006

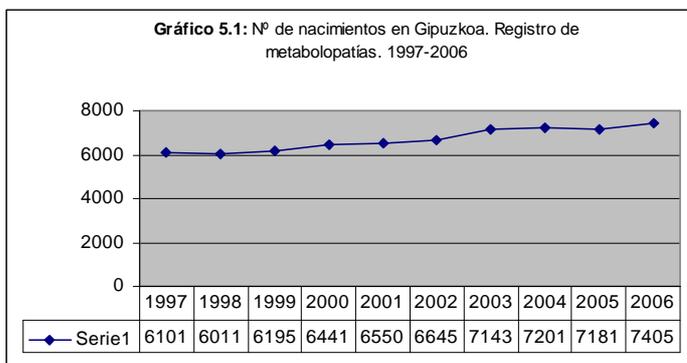
	Distribuidas Subdirección S.P.	Dosis registradas	Rendimiento
BCG	13.800	6.599	47,8
DTP+Hib+VPI	10.490	9.729	92,7
DTP+P+Hib+HB	19.155	16.121	84,2
DTPa	6.350	5.713	90,0
MENINGOCOCO C	15.381	15.148	98,5
T.VIRICA	13.490	12.290	91,1
HEPATITIS B infantil	18.143	16.187	89,2
HEPATITIS B adultos	1.859	1.257	67,6
Td	53.508	41.493	77,5
VARICELA	585	327	55,9

Tabla 4.9: Rendimiento vacunal por comarca sanitaria. Gipuzkoa 2006

	ESTE			OESTE		
	Distr.	Adm.	Rendimiento	Distr.	Adm.	Rendimiento
BCG	8.080	3.855	47,7	5.720	2.744	48,0
DTP+Hib+VPI	6.130	5.799	94,6	4.360	3.930	90,1
DTP+P+Hib+HB	11.381	9.515	83,6	7.774	6.606	85,0
DTPa	3.715	3.308	89,0	2.635	2.405	91,3
MENINGOCOCO C	9.119	8.365	91,7	6.262	6.783	108,3
T.VIRICA	8.150	7.507	92,1	5.340	4.783	89,6
HEPATITIS B infantil	10.760	9.966	92,6	7.383	6.221	84,3
HEPATITIS B adultos	605	528	87,3	.429	.377	87,9
Td	25.831	20.873	80,8	25.835	19.502	75,5
VARICELA	303	146	48,2	27	282	66,3

5 Nacimientos en Gipuzkoa

Los datos que se presentan a continuación han sido obtenidos a partir del Programa de Detección de Metabolopatías. Se incluyen todos los nacimientos producidos en el Territorio de Gipuzkoa, independientemente del lugar del parto (hospital público, hospital privado o domicilio) y del territorio de residencia de la madre.



Durante 2006 han nacido en Gipuzkoa 7405 niños (gráfico 5.1), continuando la tendencia ascendente iniciada hace unos años aumentando un 2,8% respecto al año anterior.

El 51,8% de los nacidos corresponden al sexo masculino y el 48,2% al femenino. El 95% de las madres eran residentes en Gipuzkoa, el 3,1% en Bizkaia y el 1,2% en Navarra.

De todos los nacimientos que se produjeron en Gipuzkoa, 95,5% fueron partos únicos. Hubo 4,3% partos gemelares y 2 partos de trillizos.

Tabla 5.1: Distribución porcentual de los nacimientos en Gipuzkoa según edad de la madre 1997-2006.

Grupo de edad	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
< 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0,9	0,7	0,7	0,7	0,7	0,9	0,7	0,8	0,8	0,7
20-24	4,7	4,6	4,2	3,7	3,5	3,7	3,6	3,7	3,3	3,3
25-29	27,5	25,8	23,6	22,4	23,1	21,7	21,2	20,7	20,3	25
30-34	48,0	47,7	48,5	48,2	46,8	47,0	46,9	46,5	46,9	46,3
35-39	17,2	19,2	20,8	22,2	23,4	24,1	24,0	24,8	25	28,7
> 39	1,7	2	2	2,4	2,5	2,6	3,6	3,5	3,5	5,6

Tabla 5.2: Número de nacidos vivos por vía abdominal según tipo de centro. Gipuzkoa 1997-2006

	Publico	%	Privado	%
1997	1.094	20,5	181	23,3
1998	966	18,3	154	21,3
1999	956	17,3	144	21,4
2000	908	15,9	160	22,4
2001	885	15,1	214	31,8
2002	1.037	17,5	195	27,3
2003	1.107	17,2	203	28,6
2004	1.077	16,8	211	27,3
2005	924	14,4	173	23,4
2006(*)	917	14,1	218	25,4

OR 2,09 (IC95% 1,76-2,47)

La diferencia entre los dos tipos de centro es significativa, recuperándose el descenso que había experimentado el sector privado respecto al año anterior

Gráfico 5.2: Evolución porcentual de los partos por vía abdominal en Gipuzkoa. 1997-2006

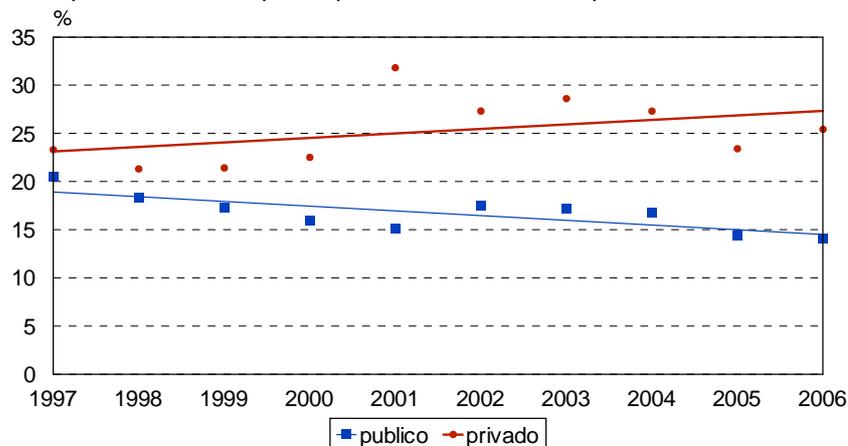


Tabla 5.3: Distribución porcentual del tipo de alimentación en niños nacidos en Gipuzkoa 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Natural	49,6	52	58,1	58,7	62,1	57,6	55,3	61,3	61,2	62,2
Artificial	13,8	15,1	15,2	13,7	14	15,4	16,7	15,7	16,5	16,7
Mixta	35,3	31,4	25,5	26,5	23,6	26,3	27,6	21,7	21,1	20,1
No consta	1,3	1,5	0,6	0,5	0,4	0,6	0,3	0,7	0,7	0,5
Otros						0,2	0,6	0,7	0,6	0,6

Se mantiene la tendencia ligeramente ascendente en la proporción de mujeres que optan por la lactancia materna. (tabla 5.3).

Evolución del peso los Recién Nacidos (RN) en los últimos diez años

El bajo peso al nacer (niños con peso al nacimiento por debajo de 2.500 gramos) es uno de los factores que influyen sobre la morbilidad neonatal y, fundamentalmente, el muy bajo peso (RNMBP: niños que nacen con un peso inferior a 1.500 grs). La evolución del peso de los Recién Nacidos se mantiene estable no encontrándose relación lineal con la edad materna en el momento del parto.

Tabla 5.4: Evolución del peso de los recién nacidos en Gipuzkoa en el periodo 1997-2006

Año	Peso RN	IC 95%	
1997	3.259,0	3.246,4	3.271,6
1998	3.240,6	3.227,2	3.254,0
1999	3.231,6	3.218,5	3.244,7
2000	3.238,0	3.225,7	3.250,3
2001	3.252,8	3.240,5	3.265,1
2002	3.241,2	3.228,5	3.254,0
2003	3.247,9	3.235,7	3.260,2
2004	3.262,7	3.250,7	3.274,7
2005	3264,9	3252,7	3277,3
2006	3285,9	3273,3	3298,7

Ni en la proporción de RN de bajo peso, ni en la de RN de muy bajo peso, se observa una tendencia lineal significativa a lo largo del periodo (tabal 5.5).

Tabla 5.5: porcentaje de recién nacidos de bajo peso y muy bajo peso. Gipuzkoa 1997-2006.

AÑO	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
RNBP	5,7	6,5	7,3	6,1	6,2	7	7	6,1	6,6	5,9
RNMBP	0,5	0,9	0,8	0,7	0,7	0,9	0,9	0,9	0,9	0,6

6 Mortalidad en el Territorio Histórico de Gipuzkoa

Introducción

En este apartado se analizan las defunciones correspondientes a la población residente en el Territorio Histórico de Gipuzkoa y ocurridas durante el año 2004, último año disponible para el análisis.

Los datos de los fallecimientos proceden del Registro de Mortalidad de la CAPV, para la codificación de la causa básica de defunción se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la población del año 2004 se ha estimado mediante interpolación lineal tomando como referencia la población del padrón de 1996 y del censo de 2001. Para la estandarización de tasas se ha utilizado la población europea como referencia.

Mortalidad general

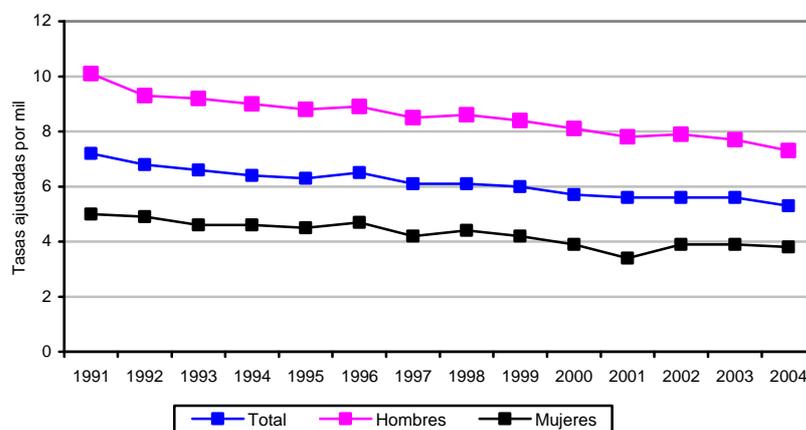
Durante el año 2004 se produjeron en el THG un total de 6.021 defunciones de las cuales 51,3% se produjeron en hombres y el restante 48,7% en mujeres. La tasa de mortalidad general fue de 9,0 por mil habitantes, siendo superior en los hombres que en las mujeres (9,4 y 8,6 por mil respectivamente).

La tasa estandarizada por edad a la población europea fue de 5,3 por mil siendo la de los hombres de 7,3 por mil y de 3,8 por mil la de las mujeres.

La tendencia de la mortalidad en el Territorio Histórico de Gipuzkoa en la última década ha sido descendente tanto en hombres como en mujeres, tal como reflejan las tasas estandarizadas por edad presentadas en el gráfico (Gráfico 6-1)

La mortalidad infantil en el THG ha sido de 4,4 por mil nacidos vivos.

Gráfico 6.1: Evolución mortalidad general. Tasas por cien mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea, Gipuzkoa 1991-2004

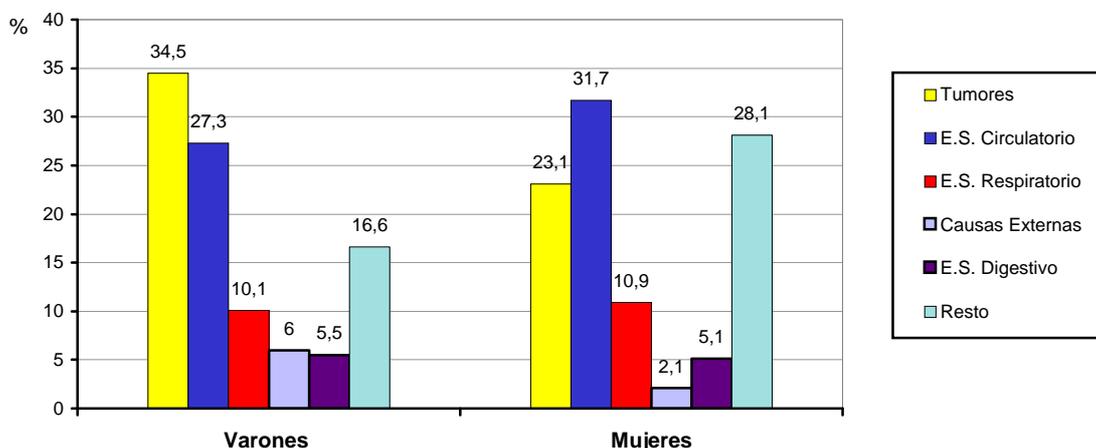


Mortalidad proporcional

Para la población general del THG la primera causa de muerte en el año 2004 fueron las enfermedades del aparato circulatorio con un 29'5% del total de fallecimientos. Los tumores fueron la segunda causa (29%) y las enfermedades del aparato respiratorio la tercera (10'5%). Para los hombres las tres primeras causas han sido los tumores, las enfermedades del aparato circulatorio y las enfermedades del aparato respiratorio con porcentajes del 34,5, 27,3 y 10,1 respectivamente.

En el caso de las mujeres, la primera causa fueron las enfermedades del sistema circulatorio que supusieron un 31,7% de todos los fallecimientos, la segunda los tumores con un 23,1% de los fallecimientos y la tercera las enfermedades del sistema respiratorio responsables del 10,9% de las muertes. (Gráfico 6-2).

Gráfico 6-2. Mortalidad proporcional. Porcentaje de mortalidad por grandes grupos de enfermedades y sexo, Gipuzkoa 2004



Mortalidad por Causas

Grandes Grupos de Causas de Muerte

La Tabla 6.1 muestra la distribución de las defunciones según sexo de los 19 grandes grupos de causas de muerte y las tasas estandarizadas por edad de la población europea. Entre los hombres la tasa de mortalidad más alta corresponde al grupo de tumores y en las mujeres al grupo de enfermedades del sistema circulatorio. En todos los grupos, las tasas son más elevadas para los hombres que para las mujeres.

Tabla 6.1: Mortalidad por grandes grupos de enfermedades y sexo. Tasas por cien mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea, Gipuzkoa 2004

Grupo	Códigos		Hombres		Mujeres		Total	
			Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
I	A, B	E. infecciosas y parasitarias	65	15,8	60	7,8	125	11,9
II	C, D ₀₀₋₄₉	Tumores	1066	249,9	678	111,6	1744	170,3
III	D ₅₀₋₈₉	E. sangre y órganos hematopoyéticos	10	2,3	15	1,6	25	1,9
IV	E	E. endocrinas, nutricionales y metabólicas	80	18,8	103	12,8	183	15,5
V	F	Trastornos mentales y del comportamiento	75	17,5	185	19,1	260	18,9
VI	G	Enfermedades del sistema nervioso	100	22,9	174	20,9	274	22,0
VII	H ₀₀₋₅₉	Enfermedades del ojo	0	0	0	0	0	0
VIII	H ₆₀₋₉₅	Enfermedades del oído	0	0	0	0	0	0
IX	I	Enfermedades del sistema circulatorio	844	195,1	930	105,0	1774	144,2
X	J	Enfermedades del sistema respiratorio	311	70,8	319	35,8	630	48,4
XI	K	Enfermedades del sistema digestivo	170	39,6	150	20,3	320	28,8
XII	L	Enfermedades de piel y tejido subcutáneo	7	1,7	6	0,6	13	0,9
XIII	M	E. sistema osteomuscular y tej. conjuntivo	17	3,6	53	3,7	70	5,6
XIV	N	Enfermedades del sistema genitourinario	61	13,3	59	3,8	120	9,0
XV	O	Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	0
XVI	P	Afecciones perinatales	10	4,7	5	2,5	15	3,6
XVII	Q	Malformaciones congénitas, cromosómicas	11	4,2	8	2,8	19	3,6
XVIII	R	Causas mal definidas	79	20,2	125	13,9	204	17,4
XIX	V-Y	Causas externas	184	47,7	61	10,6	245	27,9
Total			3090	728,1	2931	379,1	6021	530,0

Principales causas de muerte

La tabla 6.2 muestra tasas de mortalidad estandarizadas por edad para las principales causas, tanto en hombres como en mujeres. En el conjunto de la población de Gipuzkoa las enfermedades cerebrovasculares y la cardiopatía isquémica son las dos principales causas de defunción, ambas con valores muy similares. Para los hombres la cardiopatía isquémica se sitúa en primer lugar de importancia, ocupando ya el segundo lugar el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Las tercera y cuarta causas las ocupan las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades de las vías respiratorias inferiores respectivamente.

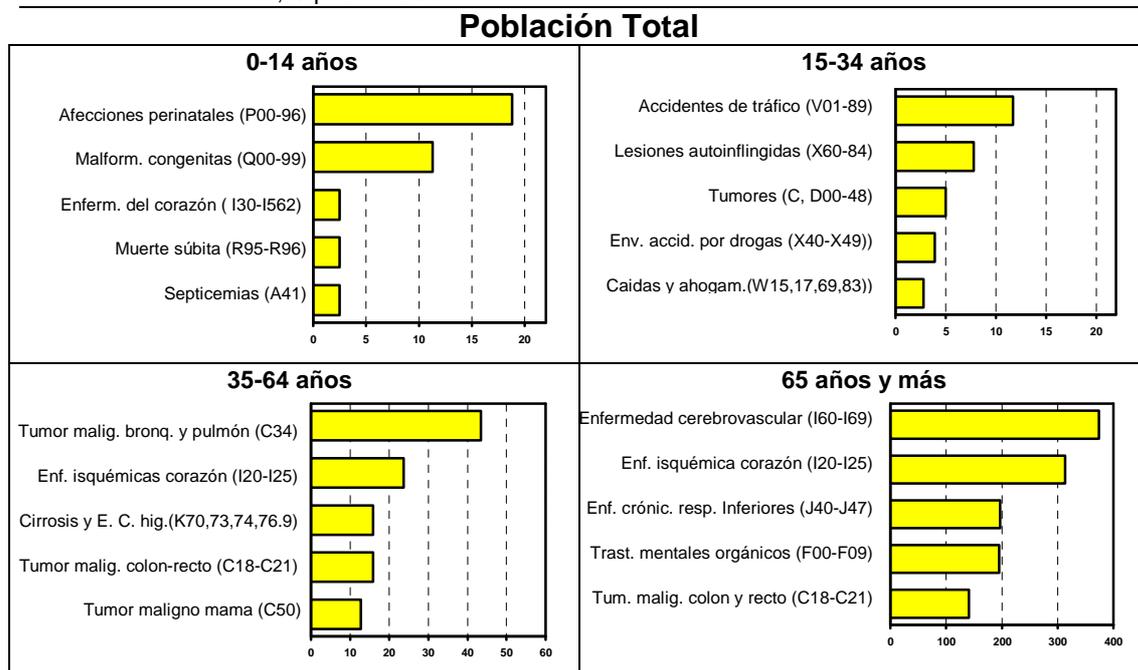
En las mujeres, las principales causas son las enfermedades cerebrovasculares, la cardiopatía isquémica y el cáncer de mama como en los últimos años y los trastornos mentales orgánicos con tasas similares a las del cáncer de mama.

Tabla 6.2: Mortalidad por las principales causas de muerte y sexo. Tasas por cien mil habitantes estandarizada por edad de la población europea, Gipuzkoa2004.

Causa	Código	Total		Hombres		Mujeres	
		Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Cardiop. isquémica	I 20-25	470	40.0	275	63.6	195	22.9
E. cerebrovascular	I 60-69	522	41.3	232	52.3	290	31.6
Ca. Pulmón T y B	C 33-34	296	32.2	239	57.4	57	12.3
EPOC y enf. afines	J 40-44, 47	265	20.7	176	38.9	89	10.5
Ca. colon-recto	C 18-21	226	21.1	134	30.9	92	13.4
Insuf. cardíaca	I 50	221	17.0	74	17.9	147	15.8
Trast. mentales org.	F 00-09	252	18.2	70	16.5	182	18.6
Accidentes tráfico	V 01-89	67	8.8	57	16.1	10	2.0
Diabetes	E 10-14	153	12.4	67	15.2	86	10.4
Ca. estomago	C 16	107	10.3	76	17.5	31	4.9
Ca. mama	C 50	103	10.5	2	0.4	101	18.7
Cirrosis	K 70,73,74, 76.9	101	11.2	71	17.5	30	5.5
Alzheimer	G 30	149	10.8	34	7.9	115	12.2
Ca. próstata	C 61	84	6.7	84	18.5		
Enf. hipertensiva	I 10-15	128	10.3	63	14.9	65	6.8
Neumonía	J 12-18	97	7.4	44	10.6	53	6.0
Ca. vejiga	C 67	90	7.8	67	15.0	23	2.9
SIDA/VIH	B 20-24/ R75	17	2.2	14	3.6	3	0.7

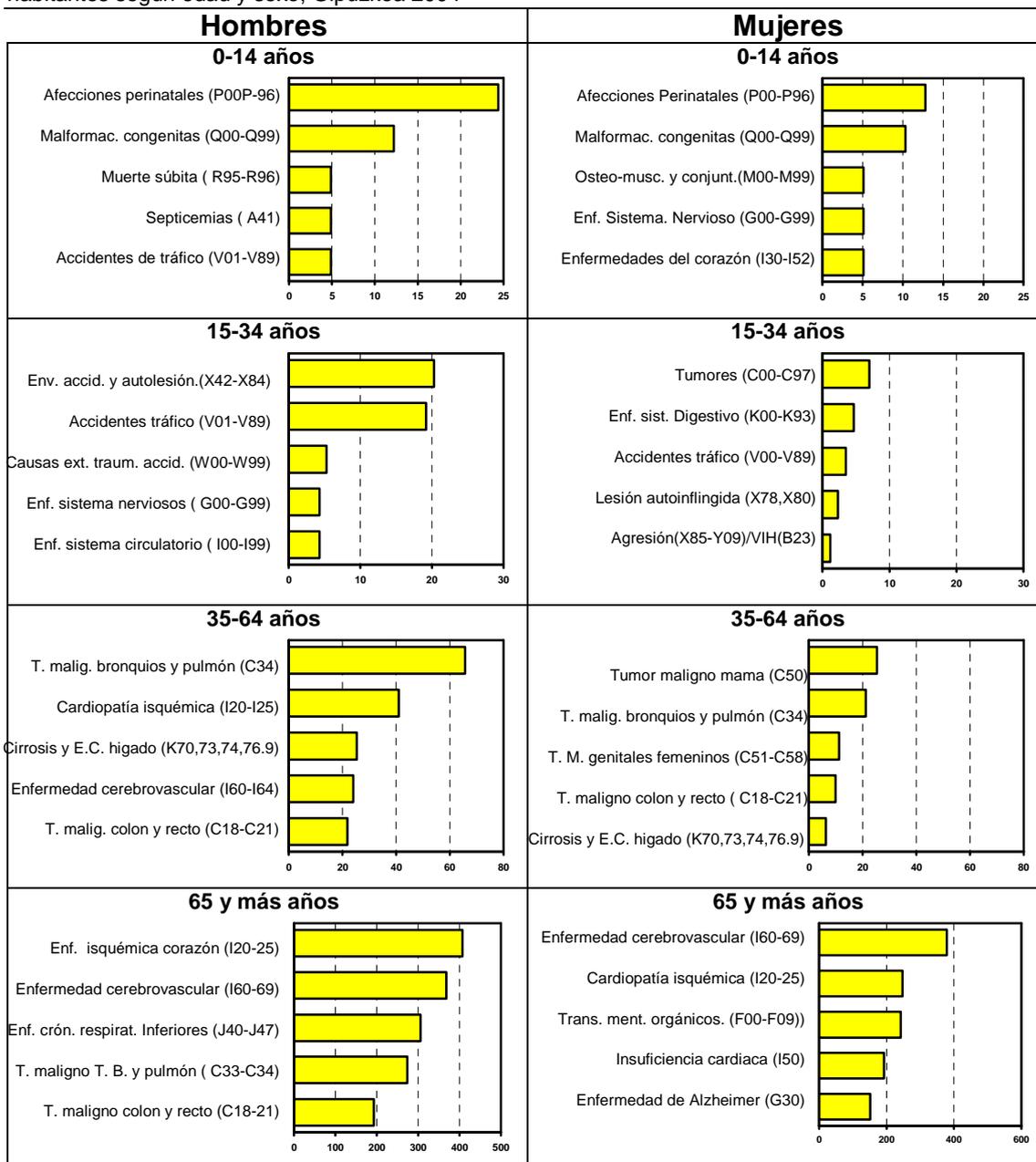
Causas de muerte según edad y sexo

La distribución de las causas de muerte también varía según la edad. Entre los menores de 15 años, la mayoría de las defunciones están causadas por afecciones perinatales, seguidas de las malformaciones congénitas. En el grupo de edad de 15 a 34 años, aunque siguen siendo los accidentes de tráfico la principal causa de muerte la tasa ha disminuido a la mitad de la del año 2003. Esta disminución se ha producido a expensas tanto de los ocupantes de automóvil como de los motociclistas lesionados que han sido menos de la mitad que el año anterior. Los suicidios y autolesiones suponen la segunda causa y los tumores la tercera. El 89% de los fallecimientos de este grupo de edad se han debido a lesiones accidentales o autoinflingidas. En la población de 35-64 años, el cáncer de bronquios y pulmón fue la primera causa de muerte, seguido de las enfermedades isquémicas del corazón y las del hígado que ocuparon el segundo y tercer lugar respectivamente. Entre los mayores de 65 años, la primera causa de muerte fueron las enfermedades cerebrovasculares, seguidas por las enfermedades isquémicas del corazón y de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (Gráfico 6.3).

Gráfico 6.3: Mortalidad por las principales causas de muerte y edad. Tasas específicas por cien mil habitantes, Gipuzkoa 2004

En cada grupo de edad, la importancia de determinadas causas de muerte varía según el sexo. En el grupo de 0-14 años tanto en varones como en mujeres la mortalidad está ligada fundamentalmente a afecciones perinatales y malformaciones congénitas. En el grupo de edad de 15-34 llama la atención el hecho de que las tasas de mortalidad de los varones triplican las de las mujeres y su porcentaje de fallecidos por causas externas con respecto al total (69%) duplica el porcentaje correspondiente de las mujeres (32%). En el grupo de edad de 35-64 años la primera causa de muerte entre varones se debe al tumor maligno de bronquios y pulmón y la segunda a la cardiopatía isquémica. En el caso de las mujeres el tumor maligno de mama ocupa el primer puesto y el de bronquios y pulmón la segunda. Para el grupo de edad de 65 y más años la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares en ese orden para los varones y en el orden inverso para las mujeres son las dos primeras causas de muerte.

Gráfico 6.4: Mortalidad por las principales causas específicas de muerte. Tasas específicas por cien mil habitantes según edad y sexo, Gipuzkoa 2004



Evolución de las causas de muerte

Mantienen una tendencia descendente clara el cáncer de próstata, la cardiopatía isquémica para ambos sexos, los accidentes de tráfico para ambos sexos y la enfermedad cerebrovascular en mujeres.

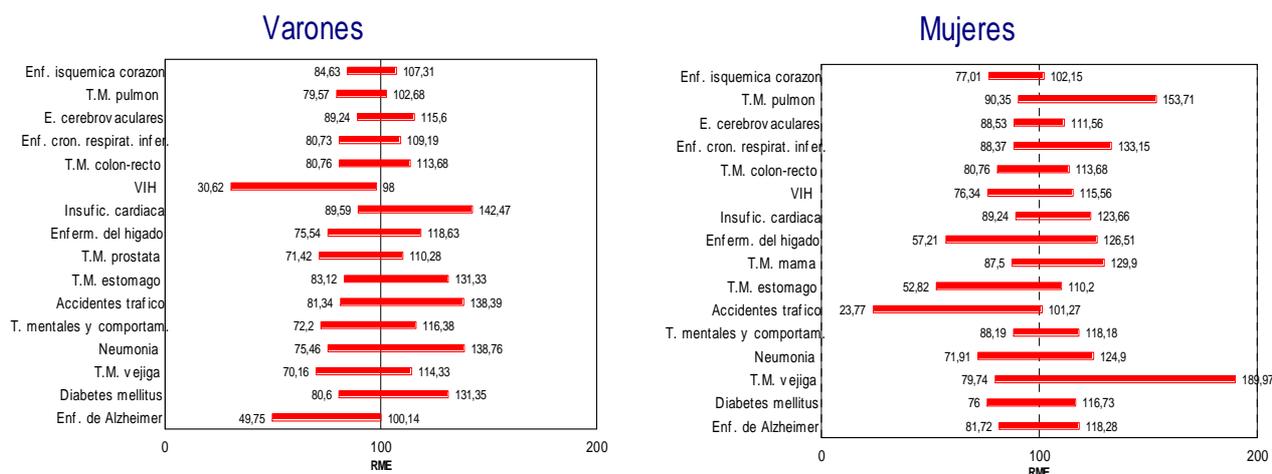
El cáncer de pulmón en hombres tiene una tendencia muy ligeramente descendente, tendencia que en las mujeres es ascendente, el cáncer de colon y recto mantiene su tendencia ascendente para ambos sexos y la enfermedad cerebrovascular cuya tendencia descendente es más pronunciada en hombres, ha sufrido un ascenso durante el último año.

Gráfico 6.5: Evolución de algunas causas de muerte según sexo. Tasas por cien mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea, Gipuzkoa 1991-2004



Mortalidad en Gipuzkoa comparada con la CAPV

Mediante la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) podemos comparar la mortalidad en Gipuzkoa por las principales causas de muerte con la mortalidad de la CAPV por las mismas causas. Tal como refleja el gráfico VIII-6, en el año 2004, la mayoría de las causas de muerte analizadas en Gipuzkoa presentaron un comportamiento similar al del conjunto de la CAPV en ambos sexos. Son excepción en hombres la mortalidad por VIH con una mortalidad significativamente menor y la Enfermedad de Alzheimer también con menor mortalidad y rozando la significación estadística. En el caso de las mujeres las Enfermedades isquémicas del corazón y los accidentes de tráfico también presentan una mortalidad inferior siendo la diferencia muy cercana a la significación estadística.

Grafico 6.6: Mortalidad por causas seleccionadas. Razón de Mortalidad Estandarizada (RME), Gipuzkoa 2004

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

En la tabla 7.3 se comparan las tasas (número en el caso del SIDA) de mortalidad en el intervalo 1999-2004 con los objetivos marcados por el Plan de Salud 2010. Las tasas de cáncer en menores de 65 años no cumplen los objetivos del Plan de Salud. En el caso del cáncer el de *Cabeza y cuello en hombres* es el único con tendencia descendente clara y mantenida, y el *Cáncer en hombres <65 años* presenta la tasa más baja de los últimos 6 años. En el resto de cánceres no se cumplen los objetivos del PS 2010. En las enfermedades del aparato circulatorio, en el caso de las mujeres se cumplen los objetivos y en el caso de los hombres sólo en *Cardiopatía isquémica*. Han disminuido mucho tanto las tasas de *Accidentes de tráfico* como de *Causas externas entre 15 y 29 años* y cumplen objetivos por primera vez en estos seis últimos años.

Tabla 6.3: Mortalidad por causas seleccionadas. Tasas por cien mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea, Gipuzkoa 2004.

Causas	Tasa 1999	Tasa 2000	Tasa 2001	Tasa 2002	Tasa 2003	Tasa 2004	Objetivos del PS. 2010
Cáncer en hombres < de 65 años	107,3	106,9	104,2	106,1	106,7	100,1	Iniciar tendencia descend.
Cáncer en mujeres < de 65 años	55,5	53,3	51,1	50,0	49,1	51,8	47,1
Ca. de pulmón en hombres <65 años	30,0	30,2	25,5	25,1	29,6	31,0	Invertir tendencia ascend
Ca. de pulmón en mujeres <65 años	5,8	6,4	6,41	6,4	5,7	9,6	Frenar tendencia ascend
Cáncer de mama en mujeres	19,7	17,2	21,6	16,3	17,9	18,7	18,4
Ca. de colón-recto en hombres	30,0	29,6	29,8	29,2	32,5	30,9	Estabilizar tasas
Ca. de colón-recto en mujeres	12,6	15,9	10,4	14,2	12,9	13,4	Estabilizar tasas
Ca. de cabeza y cuello en hombres	15,8	19,5	16,5	16,3	16,9	15,7	20,3
Enf. apar. circul. en hombres < de 65 años	55,5	51,8	57,5	47,5	46,1	48,9	45,7
Enf. apar. circul. en mujeres < de 65 años	15,1	14,7	11,0	11,0	13,8	9,2	12,9
Enf. cerebrovascular en hombres < 75 años	21,0	21,4	22,8	19,2	15,3	21,2	18,4
Enf. cerebrovascular en mujeres < 85 años	23,3	24,1	20,6	20,5	19,7	16,7	20,4
Cardiopatía isquemia en hombres 25- 74 años	70,1	72,4	58,2	67,5	53,4	50,7	70,6
Cardiopatía isquemia en mujeres 25- 74 años	17,0	9,2	9,1	10,6	8,3	9,5	14,7
Accidente de tráfico	14,7	14,0	13,4	13,8	13,6	8,8	10,3
Mortalidad por SIDA (número de casos)	21	20	14	23	16	17	< 22 casos/año*
Causas externas entre 15-29 años	22,4	22,5	22,6	37,8	34,4	22,4	31,0
Suicidio	6,7	6,7	6,1	9,2	5,9	6,9	< 7
Mortalidad Infantil	4,8	5,7	4,1	3,5	3,1	4,4	< 4,8

(*) Objetivo para 2010 en la CAPV <50 casos/año, para Gipuzkoa según la proporción de población: <22 casos/año.

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer para la población del THG en el año 2004 fue de 81,08 años, menor en los hombres (77,42) que en las mujeres (84,64). Sin embargo, la diferencia entre ambos sexos ha disminuido desde el año 2000. Así, en el año 2000, la esperanza de vida de las mujeres superaba a la de los hombres en 8,2 años, la diferencia fue de 7,5 años para el año 2003 y es de 7,2 para el 2004. La esperanza de vida al nacer de hombres y de mujeres alcanza el objetivo del Plan de Salud, de 76,8 y 84,3 años respectivamente.

Tabla 6.4: Esperanza de Vida según edad, Gipuzkoa 1991-2004

Tabla	SEXO	1991	1995	2000	2004	1991-2004 (%)
0 Años	H	72,46	74,81	76,18	77,42	6,8
	M	81,51	82,08	84,38	84,64	3,8
	T	76,94	78,76	80,31	81,08	5,4
40-44	H	35,74	37,25	37,84	38,85	8,7
	M	43,09	44,2	45,32	45,46	5,5
	T	39,47	40,81	41,66	42,24	7,0
65-69	H	15,05	16,19	16,56	17,63	17,1
	M	20,23	20,99	22,18	22,19	9,7
	T	17,89	18,85	19,61	20,14	12,6

Mortalidad prematura

El impacto de la mortalidad en edades jóvenes se mide mediante los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). Este indicador pondera las defunciones en relación inversa a la edad, cobrando mayor relevancia las causas con alta incidencia en las edades jóvenes. En el año 2004 los Años Potenciales de Vida Perdidos por todas las causas de muerte fueron 21.158, lo que equivale a una tasa ajustada de 35,42 años por mil habitantes, algo inferior a la del año 2003 (35,61 años). A diferencia de años anteriores y por primera vez la primera causa de APVP totales es el cáncer de pulmón, los accidentes de tráfico pasan a segundo lugar y el tercero lo ocupan los suicidios. Para los hombres aún son los accidentes de tráfico la primera causa pero para las mujeres ya lo es el cáncer de mama. Tanto para hombres como para mujeres es el tumor maligno de pulmón la segunda causa de APVP. La tercera la cardiopatía isquémica en el caso de los hombres y las malformaciones congénitas en el de las mujeres.

Tabla 6.5: Años potenciales de vida perdidos y tasa estandarizada por mil, Gipuzkoa 2004

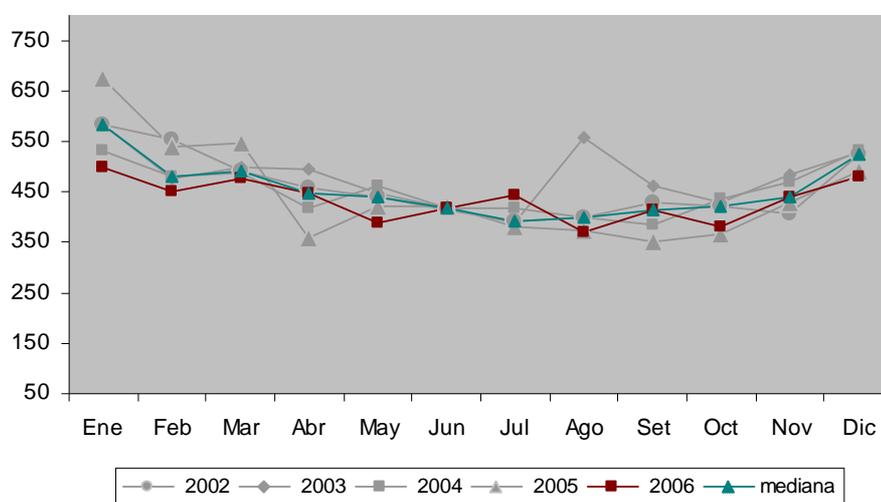
Causas	Hombres		Mujeres		Total	
	APVP	Tasa APVP	APVP	Tasa APVP	APVP	Tasa APVP
Accidentes de tráfico (V01-V89)	1.357	4,54	188	0,51	1.545	2,57
T. maligno de pulmón (C33-C34)	1.440	4,39	570	1,70	2.010	3,04
Cardiopatía isquémica (I20-I25)	945	2,79	149	0,44	1.093	1,61
Suicidio (X60-X84)	887	2,73	259	0,81	1.146	1,79
T. maligno colon-recto (C18-C21)	512	1,57	209	0,61	721	1,08
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	428	2,14	291	1,56	719	1,86
E.cerebrovascular (I60-69)	588	1,77	86	0,25	674	1,01
Enf. hígado (K70-K77)	602	1,83	247	0,72	849	1,27
SIDA (B20-24)	402	1,11	69	0,19	471	0,65
T. maligno estómago (C16)	294	0,90	96	0,30	390	0,60
T. maligno encéfalo (C71)	155	0,46	248	0,71	403	0,58
Leucemia (C91-C95)	97	0,50	84	0,25	181	0,37
T. maligno mama (C50)	3	0,01	727	2,16	729	1,08

7 Policía Sanitaria Mortuoria

La Policía Sanitaria Mortuoria (PSM), a diferencia del Registro de Mortalidad no es un registro completo porque no registra el 100% de las defunciones. El subregistro se sitúa en el 9'7% para los datos correspondientes al año 2004, porcentaje que ha aumentado desde el 6'6% del año 2003. No obstante como registro cuya característica principal es la rápida obtención de los datos y mientras no se produzcan grandes variaciones en el porcentaje de fallecimientos registrados, consideramos que sigue siendo un buen instrumento para observar "de cerca" la evolución en el número de defunciones. Permite detectar excesos de mortalidad relacionados con el efecto de los fenómenos ambientales o picos epidémicos de determinadas enfermedades.

Gráfico 7.1: Evolución mensual de las defunciones en Gipuzkoa , PSM 2002-2006

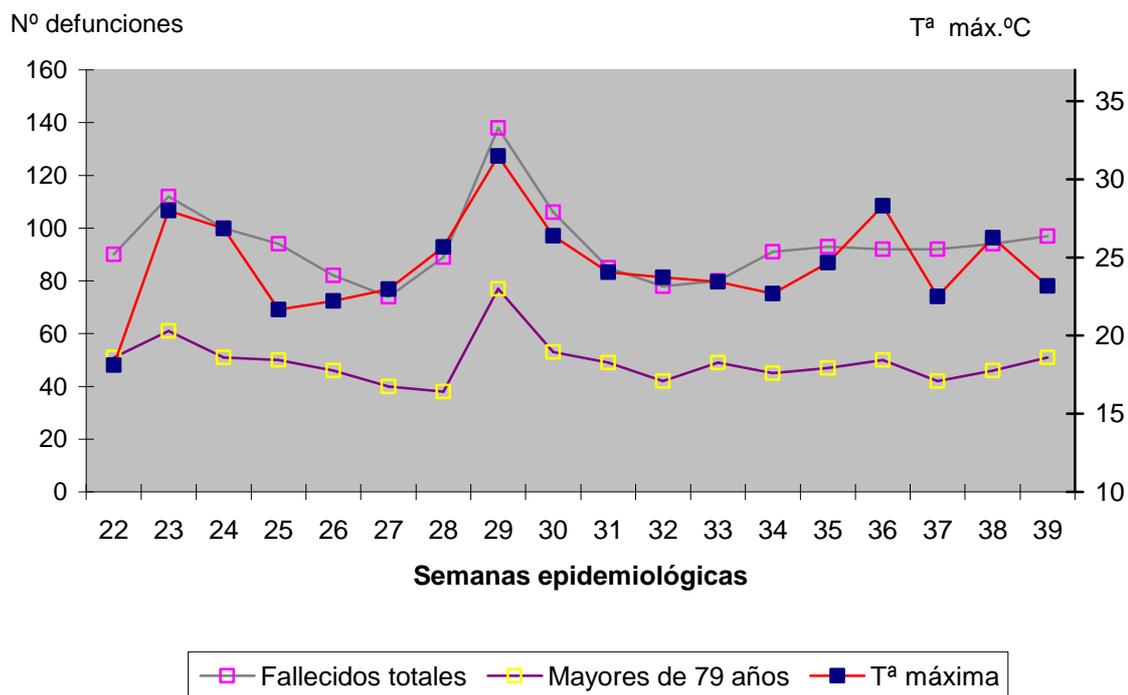
Nº defunciones



El número de fallecidos que se ha producido a lo largo del año 2006 reproduce la imagen habitual de los años anteriores- a excepción del año 2003 - en la cual el número máximo de muertes se produce a primeros de año para ir disminuyendo hasta el período estival momento a partir del cual comienza a aumentar hasta el primer mes del año nuevo. Un análisis más detenido muestra sin embargo un año, el 2006, con mortalidad más baja que la mediana de los 4 años anteriores y un ligero aumento de mortalidad en los meses de junio, julio y septiembre, únicos en los que el número de muertos del 2006 iguala y supera al de la mediana.

Como se puede apreciar en la figura 2 el exceso se produce tanto en los mayores de 79 como en las muertes totales y coincide con subidas de temperatura por encima del *Umbral de Ola de Calor* establecido para la Zona Costera por la Dirección de Meteorología y Climatología del Departamento de Transportes y Obras Públicas. Además y al igual que en anteriores ocasiones tuvo mayor impacto en los mayores y se presentó con el retraso característico (1-3 días) de las muertes debidas a los excesos de calor

Grafico 7.2: Incremento del número de fallecidos durante el período estival.
Semanas epidemiológicas 22-39, año 2006



8 Morbilidad Hospitalaria - CMBD

El Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD) constituye un grupo de datos clínico-administrativos sobre los pacientes hospitalizados, que sintetiza la información contenida en el alta hospitalaria. Se presenta un análisis básico de los datos del registro del año 2006 correspondientes a los hospitales de Osakidetza. Primeramente se presentan los principales datos de la actividad hospitalaria de los hospitales públicos de Gipuzkoa y a continuación se presenta el perfil de morbilidad de los residentes en este Territorio ingresados en cualquiera de los hospitales públicos de la C.A.P.V.

Registro del CMBD del Alta Hospitalaria de los Hospitales Públicos de Gipuzkoa

El registro recibe información de los 5 hospitales de agudos (los cuatro hospitales comarcales y los pabellones Aranzazu y Gipuzkoa del complejo Donostia) y uno de media-larga estancia (hospital Amara). El número total de altas producidas en el año 2006 en estos hospitales fue de 77.465, de las que 76.675 (99%) se dieron en centros de agudos y 790 (1%) en el hospital público de media-larga estancia. Las altas en los hospitales de corta estancia sumaron un total de 444.218 días de estancia lo que supone una estancia media de 5,79 días. Las altas registradas en el hospital Amara sumaron 24854 días de estancia, con una estancia media de 31,46 días.

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

Tabla 8.1: Distribución del nº de altas, días de estancia y estancias medias, por grupos de edad y sexo Gipuzkoa 2006.

	Nº de altas (%)	Nº días de estancia (%)	Estancia media
Hombres	36.434 (47,0)	242.825 (51,8)	6,7 días
Mujeres	41031 (53,0)	226.247 (48,2)	5,5 días
0 - 14 años	4.705 (6,1)	22.686 (4,8)	4,8 días
15-34 años	12.460 (16,1)	47.958 (10,2)	3,9 días
35-64 años	25.784 (33,3)	143.262 (30,5)	5,6 días
>=65 años	34.516 (44,6)	255.166 (54,4)	7,4 días

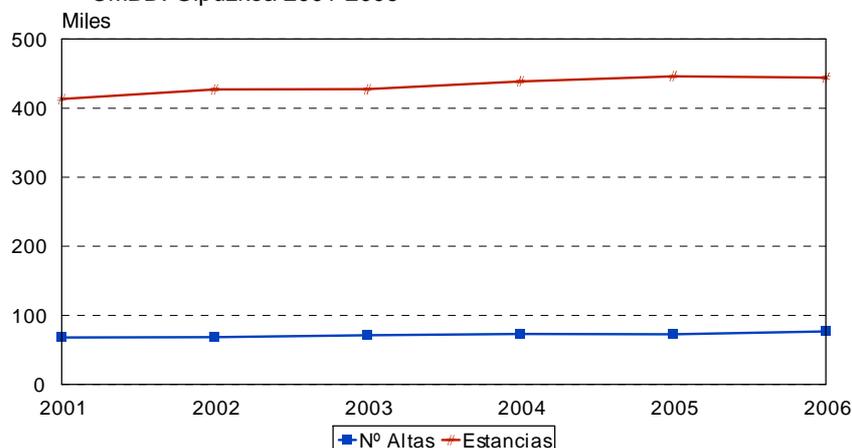
De las altas registradas en los hospitales de agudos, 15.348 (20% del total) corresponden a actividades del hospital de día con estancia 0. Casi la mitad de estas altas (7.423 altas) tienen un diagnóstico del grupo de enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales, de las que el 78% presentan un diagnóstico de catarata.

Tabla 8.2: Distribución porcentual según diagnóstico principal por grandes grupos y tipo de centro. Hospitales de Osakidetza. Gipuzkoa, 2006.

CIE 9-MC	Diagnósticos	H. de agudos		H. de media-larga estancia	
		Total altas (%)	Altas con estancia 0 (% de línea)	Altas	%
001-139	Infecciosas y parasitarias	1.280 (1,7)	64 (5,0)	3	0,4
140-239	Tumores	6.173 (8,1)	1.171 (19,0)	47	5,9
240-279	Endocrino-metabólicas	1.073 (1,4)	95 (8,9)	4	0,5
280-289	Sangre y órganos hematopoyéticos	843 (1,1)	196 (23,3)	6	0,8
290-319	Trastornos mentales	1.547 (2,0)	94 (6,1)	5	0,6
320-389	Sistema nervioso y órganos sensoriales	8.978 (11,7)	7.423 (82,7)	8	1,0
390-459	Sistema circulatorio	8.997 (11,7)	435 (4,8)	32	4,1
460-519	Aparato respiratorio	8.679 (11,3)	800 (9,2)	48	6,1
520-579	Aparato digestivo	8.841 (11,5)	858 (9,7)	12	1,5
580-629	Aparato genito-urinario	4.205 (5,5)	708 (16,8)	5	0,6
630-676	Embarazo, parto y puerperio	8.493 (11,1)	617 (7,3)	-	-
680-709	Piel y tejido conjuntivo	1.073 (1,4)	209 (19,5)	4	0,5
710-739	Sistema osteomuscular	5.325 (6,9)	1.274 (23,9)	2	0,3
740-759	Congénitas	483 (0,6)	151 (31,3)	1	0,1
760-779	Patología perinatal	721 (0,9)	12 (1,7)	-	-
780-799	Signos y síntomas mal definidos	3.374 (4,4)	159 (4,7)	3	0,4
800-999	Traumatismos y envenenamientos	4.630 (6,0)	366 (7,9)	2	0,3
V01-V82	Código V	1.913 (2,5)	704 (36,8)	604	76,5
	Sin codificar	47 (0,1)	12 (25,5)	4	0,5
TOTAL		76.675 (100)	15.348 (20,0)	790	100

Las patologías que más altas registraron en los hospitales de agudos de Osakidetza durante el año 2006 fueron las enfermedades del sistema circulatorio, del sistema nervioso y órganos sensoriales, del aparato digestivo que, junto con los ingresos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, generaron el 57% de las altas hospitalarias. En el hospital de media-larga estancia una gran mayoría de las altas (77%) presenta un Código V en el diagnóstico principal. En el 3,6% de las altas con ingreso se produce el fallecimiento en el hospital, porcentaje que supone el 3,4 para los hospitales de agudos y el 19% para el hospital de media-larga estancia.

En la gráfica se presenta la evolución del número de altas y estancias en los hospitales de agudos de Osakidetza de Gipuzkoa. Se han registrado 4.107 altas más pero 2,043 días de estancia menos que en el año anterior. La estancia media en el año 2006 (5,8 días) es inferior a la correspondiente al año 2005 (6,6 días).

Gráfico 8.1: Altas y estancias hospitalarias. Hospitales de agudos de Osakidetza. CMBD. Gipuzkoa 2001-2006

Del total de altas registradas en el conjunto de los hospitales públicos de Gipuzkoa, el 94,5% corresponden a residentes en este territorio histórico, el 3,1% a residentes en Bizkaia y el 1,4% a residentes en Navarra.

El 64,7% de las altas generadas en los hospitales de agudos se dieron en el Complejo Donostia, correspondiendo al Hospital Ntra. Sra. de la Antigua el 10,1% de las altas, al Hospital Bidasoa el 9,5% , el 8,9% al Hospital de Mendara y el 6,5% al Hospital del Alto Deba.

Morbilidad Hospitalaria según sexo y grupos de edad

Se presenta el perfil de morbilidad hospitalaria de los residentes en Gipuzkoa 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); la población para el año 2006 se ha calculado por interpolación lineal, tomando como referencia las poblaciones del padrón de 1996 y el censo de 2001. En el año 2006 se han producido un total de 60.731 altas con ingreso lo que supone una tasa bruta de 90,5 altas/1.000 hab; del

	hombres	mujeres	Total (tasa)
0-14	2.234 (56,2)	1.650 (43,6)	3.884 (50,1)
15-34	2.589 (29,0)	7.735 (95,0)*	10.324 (60,5)
35-64	10.476 (72,7)	9.671 (67,1)**	20.147 (69,9)
>=65	13.676 (243,8)	12.700 (161,8)	26.376 (211,6)
Total (tasa)	28.975 (88,0)	31.756 (92,9)[§]	60.731 (90,5)

* 28,7/1.000 excluyendo altas por embarazo, parto o puerperio

** 52,2/1.000 excluyendo altas por embarazo, parto o puerperio & 70,8/1.000 excluyendo altas por embarazo, parto o puerperio

total de altas, 28.975 corresponden a varones (tasa de 88,0/1000 hab.) y 31.756 a mujeres (tasa de 92,9/1.000 hab.); si se excluyen las altas debidas a embarazo, parto y puerperio, la tasa en las mujeres desciende a 70,8 altas/1.000 hab.

La edad media de la población hospitalizada es de 55,8 años, 57,9 años para los hombres y 53,9 para las mujeres, cifra que sube a 60,6 años si se excluyen las altas del grupo embarazo, parto o puerperio. En la tabla 8.3 se presenta el número de altas por grupo de edad y sexo y su tasa correspondiente. Si se excluyen las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, en todos los grupos de edad excepto en el de 15-34 años, la tasa de altas de los hombres supera a la de las mujeres, y en ambos sexos es ese grupo de edad el que presenta una tasa más baja. El 43% de las altas con ingreso se han producido en los mayores de 64 años, altas que suponen el 54% del total de días de estancia.

El patrón de morbilidad es diferente según la edad y el sexo (gráfico 8.1). 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 enfermedades del aparato digestivo, suponiendo en conjunto más de la mitad de las altas con ingreso de este grupo; dentro de la patología respiratoria, en ambos sexos el 60% de los ingresos se asocia a neumonía, bronquitis/bronquiolitis aguda o asma; en la patología perinatal los diagnósticos más frecuentes son el síndrome de distress respiratorio y los trastornos relacionados con la gestación acortada y el bajo peso en el nacimiento; el 44% de los ingresos por patología del aparato digestivo presenta un diagnóstico de apendicitis aguda.

En el **grupo de 15-34 años**, las principales causas de ingreso en los varones se relacionan con traumatismos y envenenamientos, el aparato digestivo y el aparato respiratorio; en el apartado de traumatismos y envenenamientos los tres diagnósticos más frecuentes, que en conjunto suponen el 19% de los ingresos de este grupo, están relacionados con fracturas de tobillo, de cúbito y radio y de tibia y peroné; dentro del aparato digestivo, el 35% de las altas presentan un diagnóstico de apendicitis aguda; los diagnósticos más frecuentes relacionados con el aparato respiratorio son neumotórax (16% de las altas de este apartado) y asma (13%).

En las mujeres de este grupo de edad, las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio suponen el 70% del total, seguidas de las altas relacionadas con el aparato digestivo y el aparato genito-urinario; en el aparato digestivo destacan los diagnósticos de apendicitis

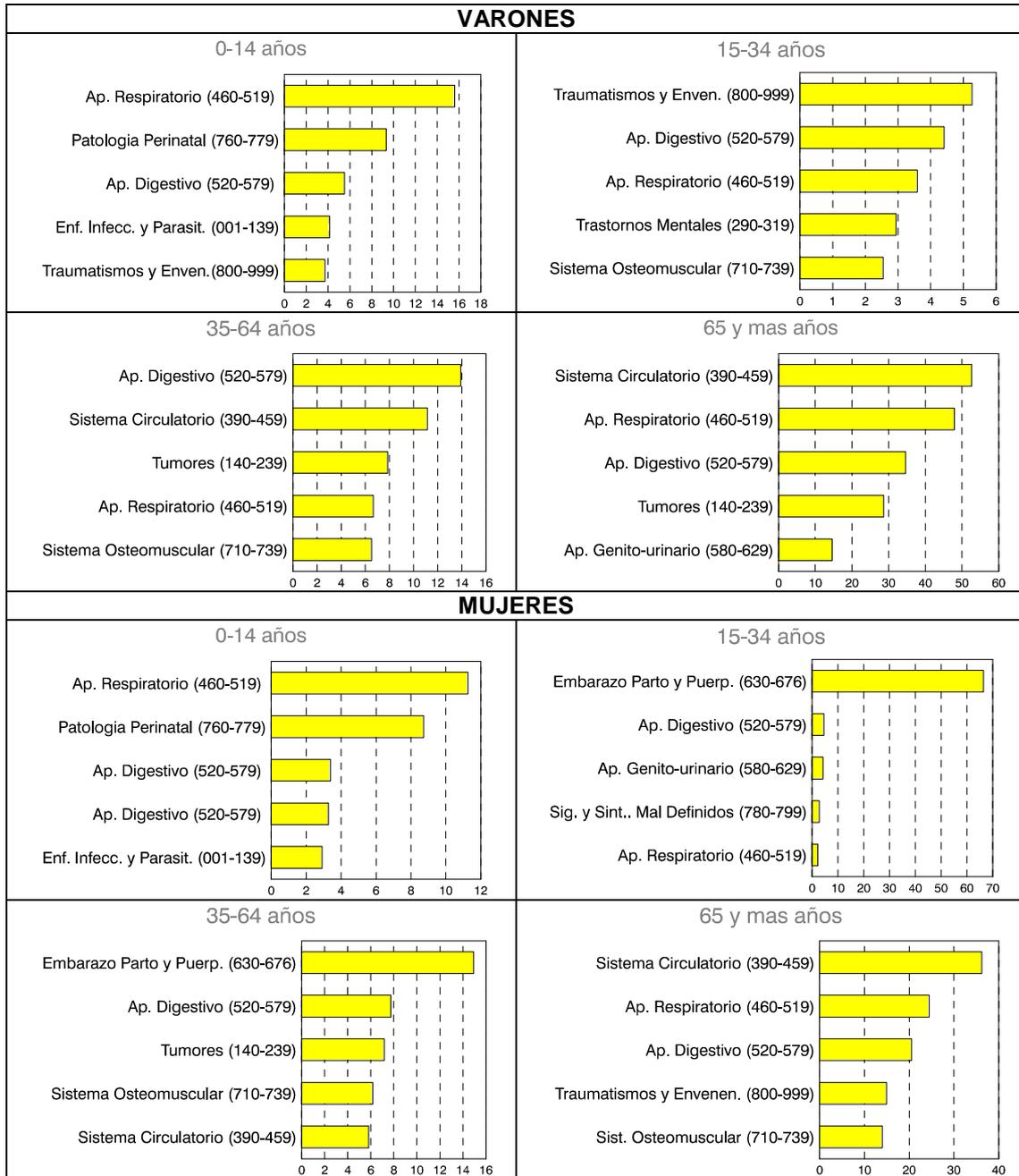
aguda y colelitiasis; los diagnósticos más frecuentes del aparato génito-urinario son endometriosis, patología quística de ovario e infecciones renales.

En el **grupo de 35-64 años**, las principales causas de ingreso en varones se relacionan con el aparato digestivo, el sistema circulatorio y los tumores; el 28% de las altas con patología digestiva presentan algún diagnóstico relacionado con una hernia de la cavidad abdominal; la cardiopatía isquémica está presente en el 22% de las altas del sistema circulatorio; en el capítulo de tumores, el diagnóstico más frecuente es el de cáncer de tráquea, bronquios o pulmón (15% de las altas de este grupo) seguido de los cánceres de vejiga (9%), correspondiendo a tumores benignos el 6% de las altas de este grupo.

Los motivos de ingreso más frecuentes en las mujeres de este grupo de edad, siguen estando relacionados con el embarazo, parto y puerperio (22% de los ingresos); a continuación se encuentran los ingresos relacionados con el aparato digestivo, los tumores y el sistema osteo-muscular; el 25% de los ingresos por patología digestiva presentan al alta un diagnóstico de colelitiasis. Entre los tumores, predominan los tumores benignos con el 34% de las altas con ingreso de este grupo, siendo el más frecuente el leiomioma uterino (19% de las altas); el cáncer de mama es responsable del 12% de las altas de este apartado. Dentro de la patología osteo-muscular los diagnósticos más frecuentes son los relacionados con patología crónica del cartílago articular o del menisco de la rodilla (19% de las altas de este grupo) y con las deformaciones adquiridas del dedo gordo del pie (18%).

En los **mayores de 64 años**, las tres primeras causas de ingreso en ambos sexos son las enfermedades del sistema circulatorio, aparato respiratorio y aparato digestivo. En el sistema circulatorio predominan, tanto en hombres como en mujeres, los diagnósticos de insuficiencia cardíaca (23% y 24% de los diagnósticos respectivamente), de enfermedad cerebro-vascular (20%/22%) y cardiopatía isquémica (15%/11%); en el aparato respiratorio las dos principales causas de ingreso en los varones son la bronquitis crónica (27% de las altas con ingreso de este grupo) y la neumonía (20%), mientras que en las mujeres son la patología respiratoria no especificada (23%) y el fracaso respiratorio (20%); en el aparato digestivo predominan dos diagnósticos que se presentan en orden inverso según el sexo: hernia abdominal como primer diagnóstico en los hombres y colelitiasis como primer diagnóstico en las mujeres.

Gráfico 8.2: Principales causas de ingresos hospitalarios por grupo de edad y sexo en residentes en Gipuzkoa (tasa/1000 hab.). Hospitales de Osakidetza de la CAPV. CMBD 2006.



Tasas por mil habitantes

9 Registro de Cáncer (RC)

El registro poblacional de cáncer dispone de datos incidencia de tumores diagnosticados en residentes en el Territorio Histórico de Gipuzkoa desde 1986. Durante 2006 se ha realizado la recogida de los casos nuevos de cáncer diagnosticados en 2003 en el Territorio. Las fuentes de información del registro son los Registro de cáncer hospitalarios del Hospital Donostia y el Instituto Oncológico, los hospitales comarcales del Territorio Histórico de Gipuzkoa, otros centros hospitalarios privados y/o concertados y los certificados de defunción.

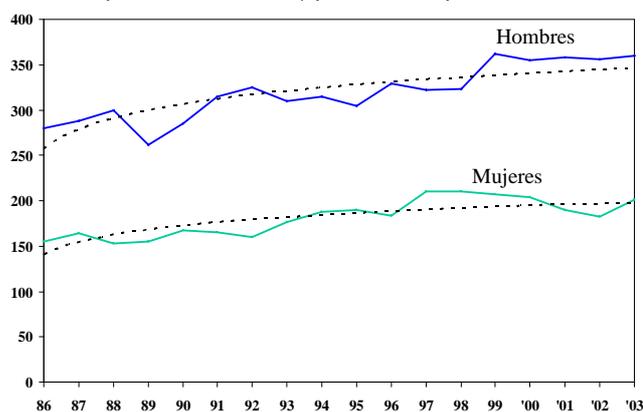
Se registran, al igual que en años anteriores, todos los tumores malignos invasivos y no invasivos, excepto los carcinomas epidermoides y basocelulares de piel, diagnosticados en residentes del Territorio Histórico de Gipuzkoa, además de los diagnosticados en pacientes no residentes, asistidos en los centros sanitarios de Gipuzkoa. A partir de la incidencia de 2003, los tumores son codificados utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, tercera edición (CIE-O-III) lo cual puede suponer algún cambio de incidencia en algunos tumores como los hematopoyéticos, puesto que tumores codificados como "borderline" con la clasificación anterior, se codifican como invasivos con esta nueva versión.

Se contabilizan para la incidencia los tumores malignos invasivos diagnosticados en residentes de Gipuzkoa. Por último, se estiman las tasas de incidencia anuales brutas y específicas por edad y sexo y las tasas estandarizadas utilizando el método directo y la población mundial de referencia.

Incidencia de Tumores Malignos. Gipuzkoa 2003

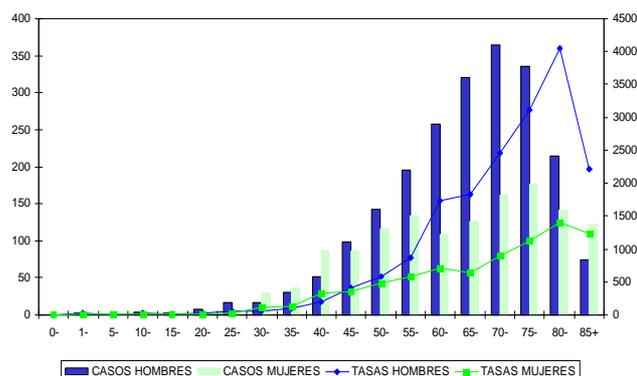
El total de tumores registrados en residentes de Gipuzkoa ha sido de 3.677 de los cuales 3.477 se corresponden a casos de cáncer invasivos que supone una tasa de incidencia bruta de 517 casos por 100.000 habitantes y serán los que se presenten en el análisis.

Gráfico 9.1: Tasas de incidencia de cáncer por 100.000, (ajustadas a la población mundial) por sexo. Gipuzkoa, 1986-2003



En 2003 se registraron 2.136 tumores nuevos malignos invasivos en hombres y 1.341 en mujeres. Las tasas de incidencia brutas fueron de 647,4 y de 391,4 por 100.000 en hombres y mujeres respectivamente. El gráfico 10.1 representa las tasas ajustadas a la población mundial, así como su evolución desde 1986. La razón de tasas (ajustadas) es de 1,8, es decir, que el riesgo de cáncer es casi el doble en los hombres con respecto a las mujeres.

Gráfico 9.2: Casos de cáncer y tasas de incidencia (por 100.000) específicas por grupos de edad y sexo. Gipuzkoa 2002



Con respecto a la distribución por edad y sexo para todas las localizaciones, el gráfico 9.2 muestra que la incidencia es muy similar en varones y en mujeres hasta los 45 años de edad. A partir de dicha edad se produce un incremento paulatino en ambos grupos, siendo el aumento de tasas específicas por edad más acusado en los hombres.

Los indicadores de calidad indican un alto grado de exhaustividad y buena calidad en la información recogida. Se podrían resumir en:

- No hay ningún caso con edad desconocida.
- El 2% de los casos incidentes tienen como única fuente de información el Certificado de Defunción, y el porcentaje se mantiene por debajo del 3% tanto en hombres como en mujeres.
- El 84% de los casos tienen confirmación histológicamente, un 5% citológica y el 0,4% de autopsia. Los tumores diagnosticados en varones presentan una mayor confirmación anatomopatológica (90,2%) que en mujeres (87,6%).
- En el 3,6% de los casos registrados se desconoce la localización del tumor primario.

Los casos y tasas brutas y ajustadas por localización específica y por sexo se presentan en las tablas X1 y X2 del Anexo 2.

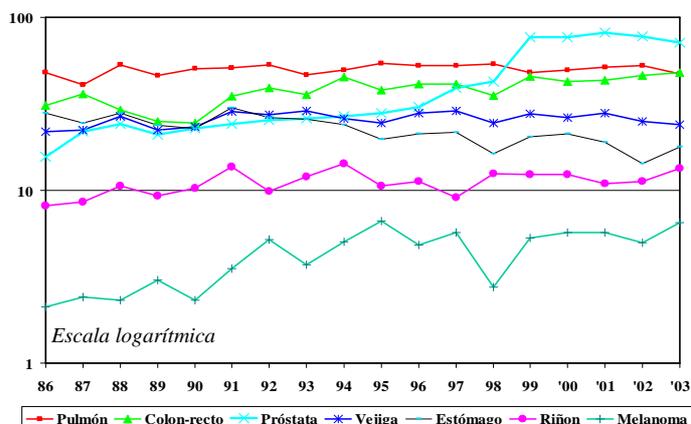
Localizaciones más frecuentes

Las 10 localizaciones más frecuentes aparecen reflejadas en la tabla 9.1. En este último año, la próstata sigue siendo la localización más frecuentemente afectada en hombres seguidos del colon-recto. Los tumores de pulmón pasan a ocupar el tercer lugar. Entre las mujeres, ha habido algunas variaciones con respecto al año 2002. La mama sigue siendo la localización más frecuentemente afectada, seguida del colon-recto y el pulmón sigue aumentando su frecuencia relativa. Así mismo, se observa un incremento porcentual de los tumores hematopoyéticos, como consecuencia de la nueva clasificación utilizada.

Tabla 9.1: Diez tumores más frecuentes. Gipuzkoa 2002

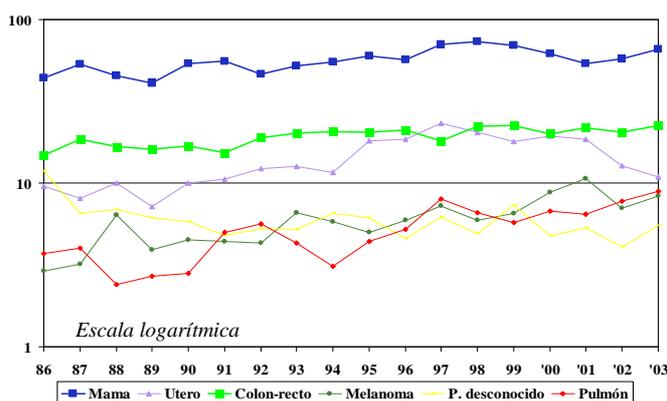
HOMBRES		%	Nº DE ORDEN	%	MUJERES	
C61	Próstata	22,3	1º	28,7	Mama	C50
C18-C21	Colon, recto y c. anal	14,2	2º	13,7	Colon, recto y c. anal	C18-C21
C33-C34	Traquea, Bronquio y Pulmón	13,3	3º	7,1	Utero	C53-C55
C67	Vejiga	6,9	4º	4,8	Sist. hematopoyético	C42
C00-C14	Labio, cav.oral y faringe	5,4	5º	4,6	Estómago	C16
C16	Estómago	5,4	6º	4,3	Traquea, Bronquio y Pulmón	C33-34
C32	Laringe	3,9	7º	4,3	Piel	C44
C64-C66	Riñón, pelvis renal y uréter	3,7	8º	3,9	Primario desconocido	C80
C80	Primario desconocido	3,5	9º	3,4	Ovario	C56
C22	Hígado y cond. biliares extrahepáticos	2,7	10º	2,8	Pancreas	C25

Gráfico 9.3: Tasas de incidencia de cáncer por 100.000 (ajustadas a la población mundial) específicas por localización en varones, Gipuzkoa 1986-2003.



En el gráfico 9.3, observamos que las tasas de incidencia de próstata se mantienen elevadas, en las cifras alcanzadas en el año 1999 tras el rápido incremento de los años 97-99. El cáncer colorectal iguala la incidencia del cáncer de pulmón y los tumores de riñón y melanomas presentan una tendencia ascendente.

Gráfico 9.4. Tasas de incidencia de cáncer por 100.000 (ajustadas a la población mundial) específicas por localización en mujeres. Gipuzkoa 1986-2002



La mama sigue siendo la localización más frecuente en mujeres, invirtiéndose la tendencia al descenso iniciada en el bienio 99-2000 y, que tuvo lugar tras la primera vuelta del programa de detección precoz. En segundo lugar, los tumores de colon y recto, con una ligera tendencia al alza. Por otra parte, el melanoma presenta un ligero aumento tras el descenso experimentado en al años 2002. Por último, destacar el lento pero progresivo incremento de la incidencia del cáncer de pulmón en las mujeres.

Evolución del Cáncer en el Territorio Histórico de Gipuzkoa

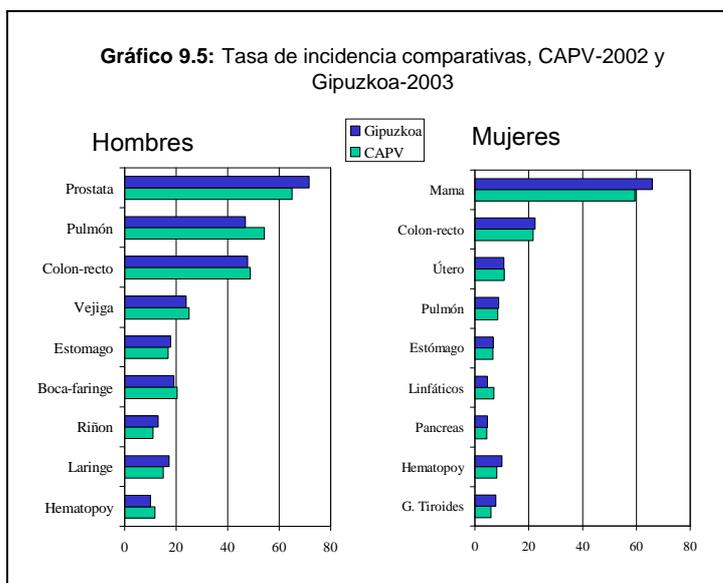
En el año 2003 se ha producido un incremento tanto en el número de casos como en las tasas bruta y ajustada a la población mundial. Por otra parte, el indicador de calidad utilizado (porcentaje de casos cuya única fuente ha sido el boletín estadístico de defunción-SCD) ha mejorado en la última década de vida del registro.

Tabla 9.2: Evolución de la incidencia de tumores invasivos e indicadores de calidad más relevantes. Gipuzkoa 1992-2001

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
VARONES										
nº casos	1.625	1.570	1.658	1.759	1.738	1.994	2.032	2.088	2.086	2.136
Tasa bruta	489,2	473,1	499,9	530,5	524,5	602,1	613,8	631,8	631,7	647,4
Tasa ajustada	314,8	304,5	320,0	322,5	323,2	361,9	355,3	358,2	356,3	359,6
SCD (%)	3,8	2,8	3,1	2,5	2,5	2,4	1,7	1,7	1,9	1,6
MUJERES										
nº casos	1.108	1.131	1.116	1.286	1.294	1.294	1.304	1.240	1.207	1.341
Tasa bruta	322,0	328,5	324,0	373,2	375,3	375,1	377,7	361,4	351,2	391,4
Tasa ajustada	188,1	189,8	182,8	210,1	209,9	207,0	203,8	189,5	182,4	201,0
SCD (%)	3,8	5,1	3,9	4,4	2,8	3,2	3,1,	3,6	3,2	2,6

SCD: solo certificado de defunción

Situación de Gipuzkoa con respecto a la CAPV



Se presenta la comparación de la incidencia de cáncer en la CAPV del año 2002 (último año disponible al cierre de esta memoria) y la incidencia de Gipuzkoa del 2003. En el total de tumores registrados para todas las localizaciones no se constatan grandes diferencias en las tasas ajustadas entre los hombres de Gipuzkoa y la CAPV y éstas son ligeramente más elevadas en Gipuzkoa, aunque hay que considerar que el sistema de clasificación utilizado en Gipuzkoa en 2003 puede elevar algo este dato.

Entre las localizaciones más frecuentemente afectadas en hombres, en el año 2003, cabe señalar que en Gipuzkoa el cáncer de próstata continúa presentando tasas notablemente superiores respecto a las de la CAPV del 2002. Existen en hombres diferencias menores en otras localizaciones. Así, en las localizaciones de pulmón, vejiga las tasas siguen siendo superiores en la CAPV. Respecto a las mujeres la diferencia más marcada se observa en los tumores de mama cuya tasa es más elevada en Gipuzkoa.

10 Registro de Diabetes Mellitus en la Red de Médicos Vigía

Estudio de complicaciones y riesgo cardiovascular en diabéticos tipo 2 en Atención Primaria.

Antecedentes:

Durante el año 2000, la red de Médicos Vigía del País Vasco realizó un estudio sobre incidencia, prevalencia, complicaciones y riesgo cardiovascular de la diabetes tipo 2 conocida en personas mayores de 24 años. La población a estudio fue de 65.651 personas, el 4% de la población mayor de 24 años de la CAPV. Se registró información de 2920 diabéticos tipo 2; la prevalencia ajustada de diabetes tipo 2 conocida fue de 4'6% (IC 85%: 4'5 - 4'7) y la incidencia acumulada anual de 5 por 1.000 habitantes (IC 95%: 4'6 - 5'1). Con los 777 pacientes con diabetes diagnosticada a lo largo de los años 1998, 1999 y 2000 se diseñó un estudio prospectivo de 10 años de seguimiento con el objetivo de conocer la incidencia de las complicaciones crónicas de la diabetes y de los factores de riesgo cardiovascular.

Conociendo los factores de riesgo y la incidencia de los eventos cardiovasculares a través del seguimiento de la cohorte se pretende obtener un modelo del riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos sin enfermedad cardiovascular (ECV) al inicio del estudio. En éste proyecto participan las redes centinela de las Comunidades de Extremadura, La Rioja y Castilla y León.

Descripción de la muestra:

La cohorte de la CAPV está compuesta por 367 mujeres (47'2%) y 410 hombres (52'8%). La edad media en el momento del diagnóstico de la diabetes fue de 63'5 años, siendo de 65'9 años en las mujeres y de 61'3 en los hombres ($p < 0.000$).

Factores de riesgo cardiovascular:

Las características de las personas estudiadas en relación a los factores de riesgo cardiovascular se presentan en la tabla adjunta como media y desviación estándar para las variables cuantitativas y como porcentaje para las cualitativas. Se presenta además la diferencia entre las mediciones correspondientes al año 2000 y al año 2005 y su intervalo de confianza (tabla 10.1).

Como se puede observar en los cinco años de seguimiento han mejorado los valores medios de la presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), colesterol total, triglicéridos, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) y colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (cHDL). El porcentaje medio de la fracción más estable de hemoglobina unida a la glucosa (HbA1c) sin embargo ha subido en éstos cinco años de seguimiento. La disminución observada en el porcentaje de pacientes diabéticos tipo 2 con estilo de vida sedentario, hábito tabáquico u obesidad no es significativa.

Tabla 10.1: Evolución de los factores de riesgo cardiovascular, 2000-2005.

Factor de riesgo	Media \pm DE 2000	Media \pm DE 2005	Diferencia (IC 95%)	P
PAS (mm Hg)	138'14 \pm 0'57	136'12 \pm 0'63	-2'02(-3'68,-0'36)	0'017
PAD (mm Hg)	81'45 \pm 0'34	78'10 \pm 0'40	-3'35(-4'38,-2'32)	0'000
Colesterol total(mg/dl)	217'38 \pm 1'47	198 \pm 1'55	-19'24(-23'44,-15'03)	0'000
Triglicéridos (mg/dl)	145'40 \pm 4'14	134'56 \pm 3'22	-10'84(-21'40,-0'28)	0'044
cLDL (mg/dl)	39'04 \pm 2'04	113'29 \pm 1'31	-25'76(-30'63,-20'88)	0'000
cHDL (mg/dl)	53'62 \pm 0'61	56 \pm 0'62	3,27(1'57, 4'99)	0'000
HbA1c (%)	6'57 \pm 0'49	6'76 \pm 0'48	0'19(0'061, 0'34)	0'005
Hábito sedentario (%)	38'3	33'4	-4'9(-10'4,-0'5)	0'087
Hábito tabáquico (%)	16'8	13'1	-3'7(-7'7,-0'2)	0'068
Obesidad (%)	45'6	44'3	-1'3(-7, 4'3)	0'070

Complicaciones de la enfermedad:

Los pacientes diabéticos recién diagnosticados ya presentan una prevalencia elevada de complicaciones crónicas en el momento de ser diagnosticados de la enfermedad como se puede ver en la tabla 10.2.

Tabla 10.2: Prevalencia de las complicaciones al diagnóstico de la enfermedad

Complicaciones	Porcentaje
Neuropatía	15'6
Nefropatía	14'9
Enfermedad cardiovascular	14'7
ACV	4'8
EC	7'5
Enf. arterial periférica	13'5
Retinopatía	9'5

La neuropatía es la complicación más frecuente y afecta al 15'6% de los diabéticos. Le siguen la nefropatía, presente en el 14'9%, la ECV en el 14'7% y la retinopatía en el 9'5%.

Enfermedad cardiovascular

Entre el año 2000 y 2005 se registraron 98 episodios de ECV (EC, ACV ó enfermedad arterial periférica) con una incidencia acumulada de 15'2% considerando siempre el primer evento registrado. Las mujeres tuvieron 51 eventos cardiovasculares y los hombres 47 ($p=0'662$) $RR=1'09$ [IC 95% (0'76, 1'57)]

La tasa de incidencia de ECV fue de 3'37 casos por cada 100 personas-año de seguimiento: 3'48 por 100 personas-año en mujeres y de 3'07 en hombres ($p=0'533$). La Razón de Incidencias (RI) = 1'1340 (0'7630, 1'6855).

La edad media a la que se produce la ECV es de 68 años para los hombres y de 74 años para las mujeres. La diferencia entre las medias de edad es estadísticamente significativa ($p=0'007$) y su intervalo de confianza (IC95%: 1'7, 10'4).

Accidentes cerebrovasculares

Se registraron 29 primeros episodios de ACV lo que supone una tasa de 9 por cada 1000 personas año de seguimiento. El 51'7% se produjeron en mujeres y el 48'3% en hombres. La tasa de incidencia en mujeres es de 9'6 por 1000 personas-año y de 8'4 en hombres. La RI = 1'14 (IC 95%: 0'55, 2'46) ($p=0'725$)

Enfermedad coronaria

Se registraron 49 primeros eventos de enfermedad coronaria, 28 en mujeres y 21 en hombres. La tasa de incidencia de enfermedad coronaria fue de 1'49 por cada 100 personas-año, 1'76 en mujeres y 1'24 en hombres con una IR = 1'42 (IC 95%: 0'80, 2'50) ($p=0'222$). Existe diferencia estadística significativa en la edad media de aparición del primer evento de enfermedad coronaria entre sexos: 73'03 años en mujeres frente a 63'95 años en hombres (IC 95%: 3'54, 14'61) ($p=0'002$)

Nefropatía

La tasa de incidencia de neuropatía fue de 3'9 por cada 100 personas-año, de 4'1 para los hombres y de 3'7 para las mujeres. La IR = 1'11 (IC 95%: 0'76- 1'61) ($p=0'59$).

Las mujeres desarrollaron neuropatía a una edad media de 70'77 años frente a los 66'40 años en hombres, diferencia de 4'37 (IC 95% : 0'15-8'58) ($p=0'042$).

Neuropatía

La tasa de incidencia fue de 4'2 por cada 100 personas-año. La tasa fue de 4'5 para las mujeres y de 3'9 en los hombres. La IR = 1'14 (0'79-1'64) ($p=0'482$)

Las mujeres desarrollaron neuropatía a una edad media de 70'40 años frente a 66'13 años en los hombres (IC 95%: -0'03, 8'56) ($p=0'051$).

Retinopatía

La tasa de incidencia de retinopatía fue de 2'54 por 100 personas año en mujeres y de 2'35 para los hombres. La RI= es 1'08 (IC 95%: 0'62,1'88)(p=0'786).

La edad media de las mujeres en el momento de la retinopatía era de 70'58 años frente a los 67'57 años de los hombres(IC95%: -2'98,9)(p=0'318).

Mortalidad:

En los cinco primeros años de seguimiento han sido 127 los fallecidos (16'3%), 55 mujeres y 72 hombres. Al comprobar si existen diferencias en los factores de riesgo entre los fallecidos y los supervivientes de la cohorte al momento del diagnóstico, sólo se aprecian diferencias estadísticamente significativas en tres variables: la hemoglobina glicosilada, la tensión arterial diastólica y la edad. El porcentaje medio de la hemoglobina glicosilada fué de 6'89 entre los que han fallecido en los 5 años de seguimiento frente a 6'51 en los que no han fallecidos. 0'39% de diferencia (IC 95%:0'037-0'741)(p=0'034).Respecto a la edad, los pacientes fallecidos habían sido diagnosticados de la diabetes a una edad media de 72'12 años y a una edad media de 61'81 los que siguen vivos(IC 95%: 8'21,12'401)(p=0'000)

Riesgo cardiovascular:

En el año 2000 se calculó el nivel de riesgo coronario mediante el modelo propuesto por el "The United Kingdom Prospective Diabetes Study(UKPDS)" en 644 pacientes de la cohorte libres de enfermedad cardiovascular. Dicho cálculo estimó que el 39'2% de los diabéticos tipo 2 recién diagnosticados presentaban un riesgo de sufrir un evento coronario en 10 años mayor o igual al 20%. Los hombres tenían un riesgo coronario significativamente mayor que las mujeres (52'5% frente al 25'4% respectivamente)(p<0'000).

En el año 2005 calculado el riesgo de la misma manera, el 38'1% de los diabéticos tenía un riesgo mayor o igual a 20% de sufrir un evento coronario en 10 años (53'8% los hombres y 23'4% las mujeres). Es decir el riesgo se mantiene estable tras 5 años de seguimiento.

Tratamiento:

En el año 2000 se registraron únicamente datos sobre el uso de antidiabéticos orales e insulina pero no se recogió información de otros tipos de tratamiento lo cual se ha venido realizando a partir del año 2003.

En el período de seguimiento se observa que con los años de evolución de la enfermedad aumenta el uso de antidiabéticos orales, estatinas y fármacos antihipertensivos, así como la necesidad de emplear combinaciones de varios fármacos.

Conclusiones:

- Los diabéticos tipo 2 presentan una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en el momento del diagnóstico de la diabetes.
- La evolución de los principales factores de riesgo de la enfermedad, a excepción de la hemoglobina glicosilada, presentan mejorías durante los primeros cinco años de seguimiento.
- Los factores de riesgo más dependientes del estilo de vida como el hábito sedentario, el hábito tabáquico o la obesidad sin embargo no mejoran significativamente.
- Los diabéticos tipo 2 recién diagnosticados ya presentan prevalencias elevadas de complicaciones crónicas de la enfermedad.
- Las mujeres diabéticas desarrollan ECV a edad más avanzada que los hombres.
- El riesgo de un primer evento de ECV aumenta considerablemente a medida que los años de evolución de enfermedad.
- Asimismo, el riesgo de presentar neuropatía, retinopatía y nefropatía diabéticas aumenta con los años de evolución de la diabetes.
- Con los años de evolución aumenta el uso de antidiabéticos orales, estatinas, y fármacos antihipertensivos así como la necesidad de emplear combinaciones de varios fármacos.

Anexo 1

Sistema de Información Microbiológica. Gipuzkoa 2006

Mycobacterias

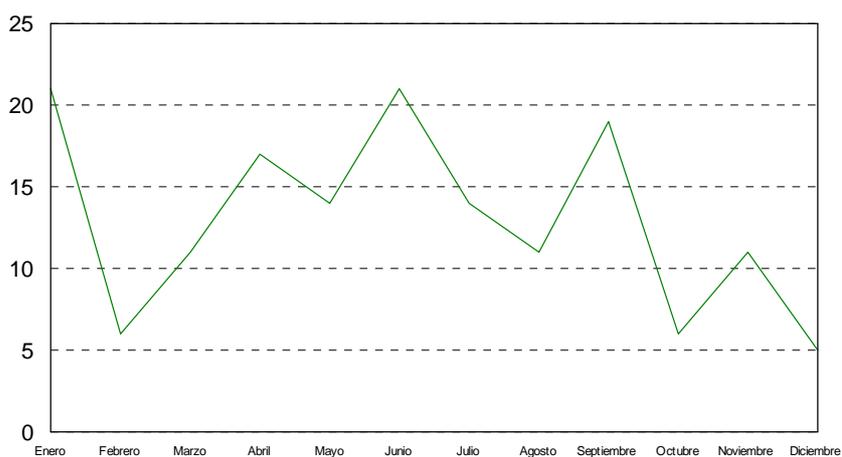
1. Según centro declarante

Centro	M.tuberculosis	M.kansasii	M. Avium complex	M.fortuitum
L.U.D.	89	0	0	0
H. Bidasoa	4	1	0	0
H.Mendaro	23	0	0	0
H. Zumarraga	28	0	5	1
H. Alto Deba	12	0	0	0
Total	156	1	5	1

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
de 1 a 9 años	1	0	1
de 10 a 19 años	4	1	5
de 20 a 29 años	18	12	30
de 30 a 39 años	21	12	33
de 40 a 49 años	13	6	19
de 50 a 59 años	10	1	11
de 60 a 69 años	13	1	14
de 70 a 79 años	10	5	15
más de 80 años	6	6	12
No consta	8	8	16
Total	104	52	156

3. Según mes de declaración



Neisseria Meningitidis

1. Según centro declarante y serogrupo

Centro	N.men B	N.men C	Total
L.U.D.	10	1	11
H. Zumarraga	5	-	5
H.Bidasoa	1	-	1
H.Mendaro	3	-	3
Total	19	1	20

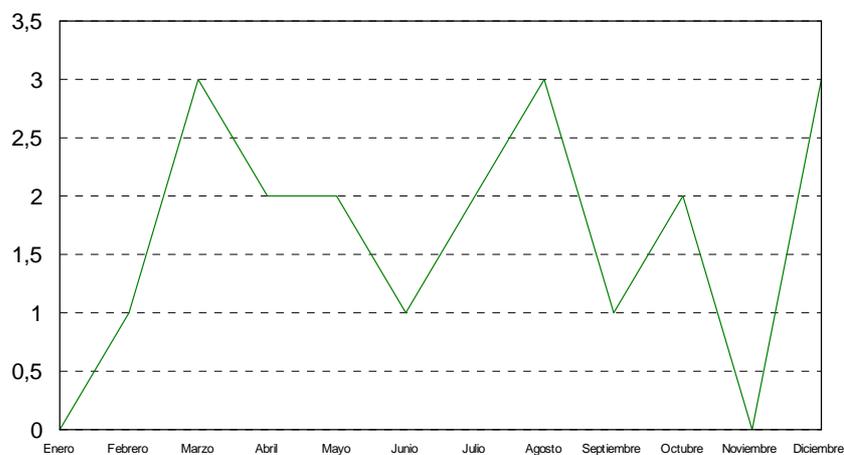
2. Según grupo de edad y serogrupo

Grupo de edad	N.men B	N.men C	Total
menos de 1 año	5	-	5
de 1 a 9 años	5	-	5
de 20 a 29 años	3	-	3
de 40 a 49 años	1	-	1
de 50 a 59 años	1	-	1
de 60 a 69 años	1	1	2
de 70 a 79 años	1	-	1
Más de 80 años	2	-	2
TOTAL	19	1	20

3. Muestra según serogrupo

Muestra	N.men B	N.men C	Total
Sangre	4	-	4
L.C.R.	15	1	16
Total	19	1	20

4. Según mes de declaración



Streptococcus Pneumoniae

1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	77
H.Bidasoa	14
H.Mendaro	18
H.Zumarraga	23
H. Alto Deba	14
Total	146

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	4	2	6
de 1 a 9 años	12	11	23
de 10 a 19 años	-	1	1
de 20 a 29 años	2	2	4
de 30 a 39 años	6	2	8
de 40 a 49 años	13	3	16
de 50 a 59 años	8	4	12
de 60 a 69 años	11	4	15
de 70 a 79 años	25	6	31
más de 80 años	14	13	27
No consta	2	1	3
Total	97	49	146

3. Según muestra

Muestra	Nº
L.C.R	10
Sangre	136
Total	146

4. Según mes de declaración



Legionella

1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	24
H.Zumarraga	4
H. Alto Deba	4
Total	32

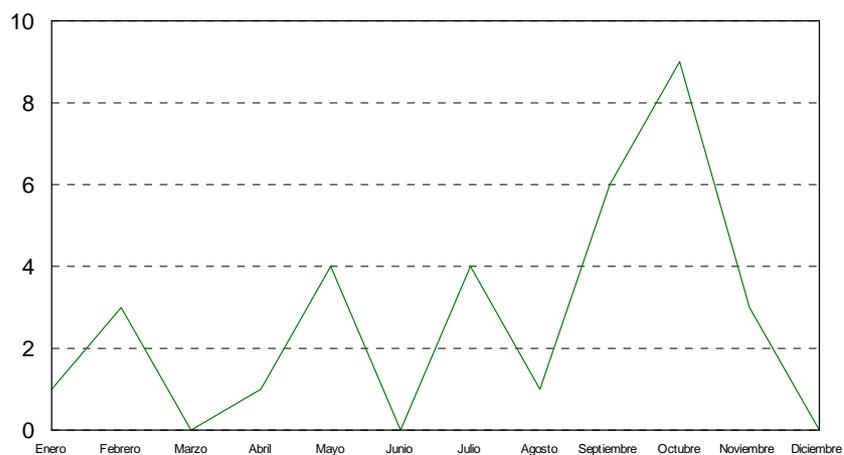
2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
de 30 a 39 años	1	-	1
de 40 a 49 años	6	2	8
de 50 a 59 años	8	1	9
de 60 a 69 años	3	-	3
de 70 a 79 años	7	2	9
más de 80 años	2	-	2
Total	27	5	32

3. Según tipo de muestra

Muestra	Nº
Orina	25
Espuito	6
Otra muestra	1
Total	32

4. Según mes de declaración



Coxiella Burnetti

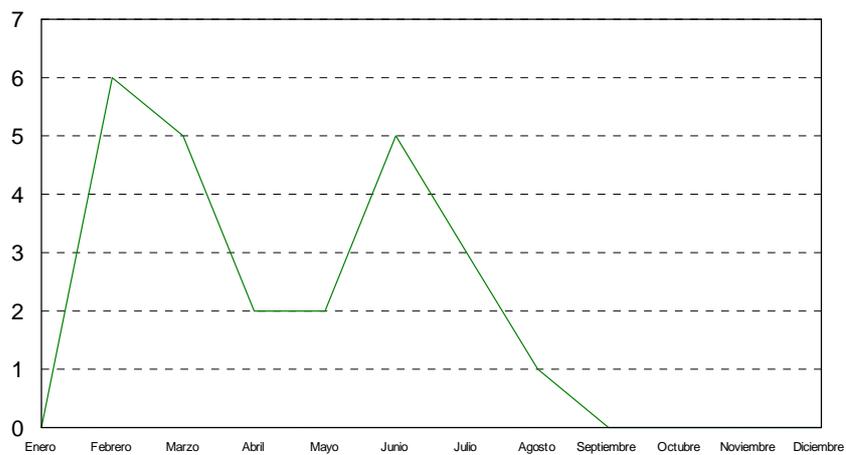
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D:	24
Total	24

2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	Hombre	Mujer	Total
de 1 a 9 años	-	1	1
de 20 a 29 años	4	-	4
de 30 a 39 años	8	1	9
de 40 a 49 años	7	1	8
de 50 a 59 años	2	-	2
Total	21	3	24

3. Según mes de declaración



Mycoplasma pneumoniae

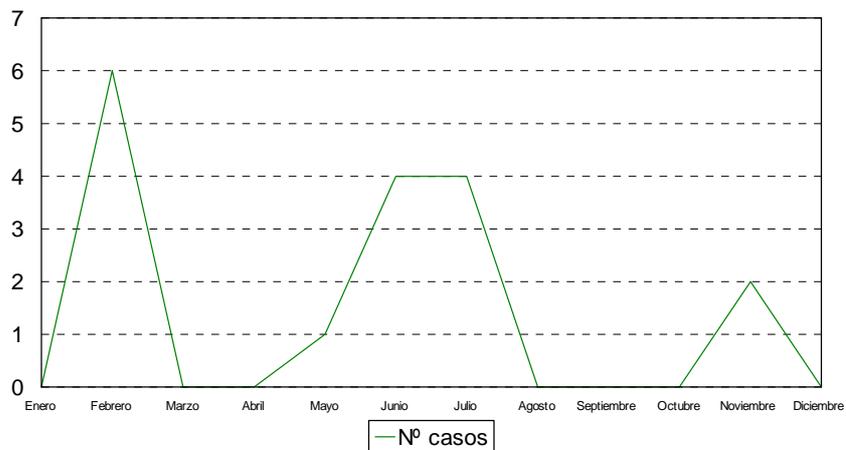
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D:	6
H. Alto Deba	11
Total	17

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
de 1 a 9 años	10	4	14
de 10 a 19 años	1	-	1
de 30 a 39 años	1	-	1
No consta	1	-	1
Total	13	4	17

3. Según mes de declaración



Virus sincitial respiratorio

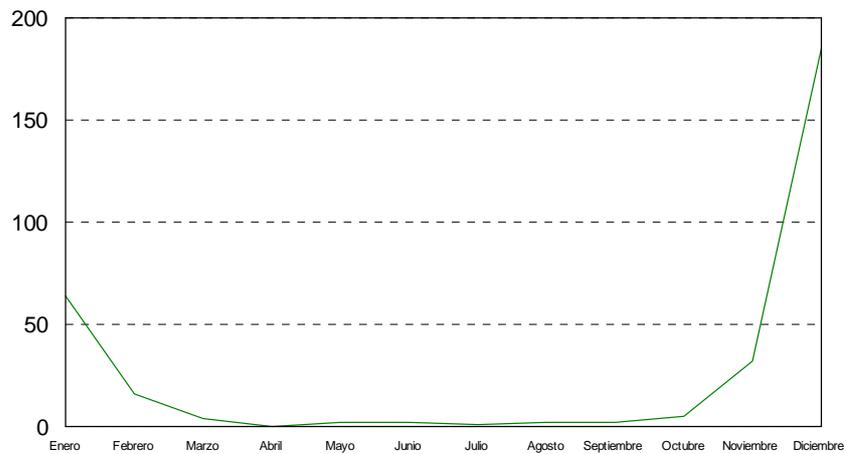
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D:	214
H. Zumarraga	94
H. Alto Deba	7
Total	315

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
< 1 año	133	85	218
de 1 a 9 años	47	35	82
>= 10 años	-	1	1
No consta	11	3	14
Total	191	124	315

3. Según mes de declaración



Hepatitis A

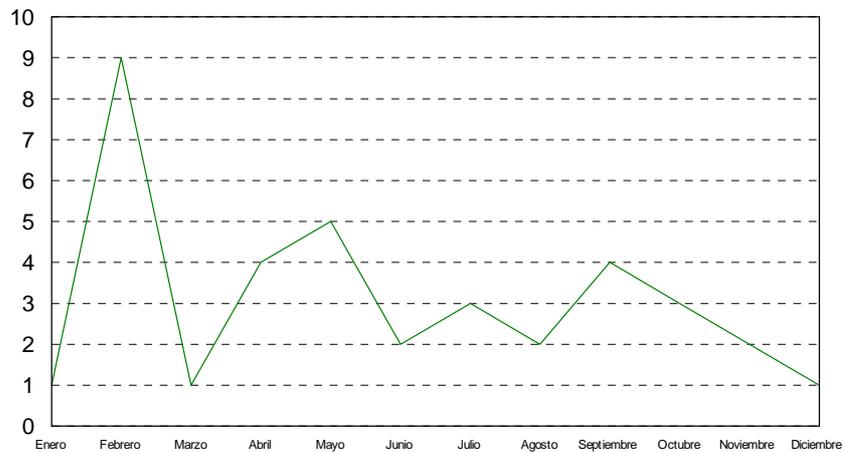
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	34
H. Alto Deba	1
H. Mendaro	2
Total	37

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
de 1 a 9 años	8	3	11
de 10 a 19 años	2	2	4
de 20 a 29 años	7	1	8
de 30 a 39 años	6	5	11
de 40 a 49 años	2	1	3
Total	25	12	37

3. Según mes de declaración



Otras Salmonellas

1. Según centro declarante

CENTRO	L.U.D.	H. ZUMARRAGA	H. ALTO DEBA	H.BIDASOA	H. MENDARO	TOTAL
S. grupo B	-	1	-	-	2	3
S. braenderup	1	-	-	-	-	1
S. typhimurium	65	9	9	12	8	103
S. grupo C	-	5	2	-	1	8
S. E. london	4	1	-	-	-	5
S. hadar	3	-	-	-	-	3
S. infantis	1	-	-	-	-	1
S. montevideo	2	-	-	-	1	3
S. newport	3	-	-	1	1	5
S. grupo D	-	1	-	-	-	1
S. enteritidis	275	83	61	59	28	506
Salmonella spp	26	-	-	1	10	37
Otra especie	3	7	-	-	4	14
Total	383	107	72	73	55	690

2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	35	28	63
de 1 a 9 años	136	149	285
de 10 a 19 años	25	23	48
de 20 a 29 años	33	26	59
de 30 a 39 años	27	14	41
de 40 a 49 años	13	14	27
de 50 a 59 años	23	19	42
de 60 a 69 años	19	16	35
de 70 a 79 años	15	21	36
más de 80 años	7	9	16
no consta	16	22	38
Total	349	341	690

3. Según mes de declaración



Campylobacter

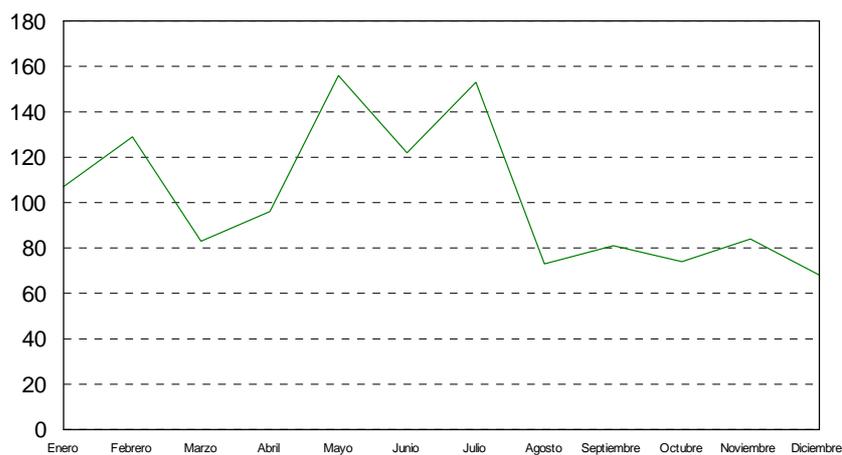
1. Según centro declarante

Centro	C. jejuni	Campyl. sp.	Total
L.U.D.	817	-	817
H. Zumarraga	112	-	112
H. Alto Deba	94	-	94
H. Bidasoa	99	-	99
H. Mendara	98	6	104
Total	1.220	6	1.226

2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	No consta	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	1	106	62	169
de 1 a 9 años	6	426	335	767
de 10 a 19 años	-	18	8	26
de 20 a 29 años	-	13	15	28
de 30 a 39 años	-	15	9	24
de 40 a 49 años	-	16	6	22
de 50 a 59 años	-	14	9	23
de 60 a 69 años	-	10	9	19
de 70 a 79 años	-	13	18	31
más de 80 años	-	10	5	15
no consta	1	61	40	102
Total	8	702	516	1226

3. Según mes de aislamiento



Rotavirus

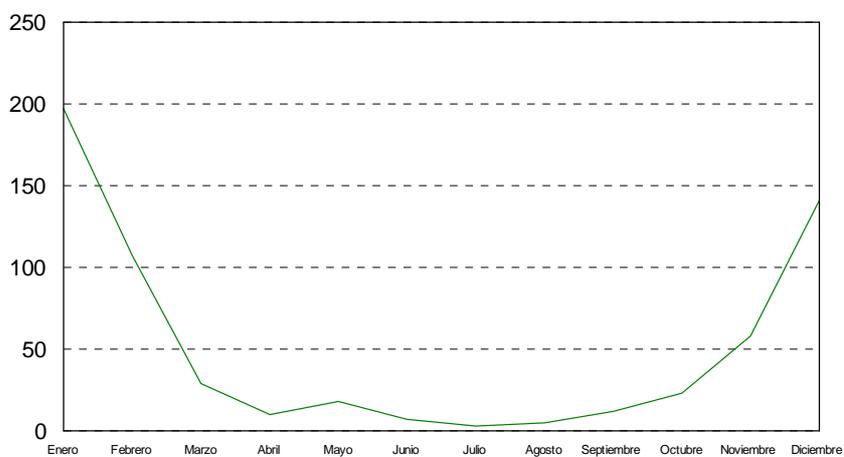
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	367
H. Zumarraga	142
H. Alto Deba	3
H. Bidasoa	24
H. Mendaro	74
TOTAL	610

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	No consta	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	-	152	101	253
de 1 a 9 años	-	169	128	297
>= 10 años	-	3	6	9
no consta	1	37	13	51
Total	1	361	248	610

3. Según mes de aislamiento



Yersinia

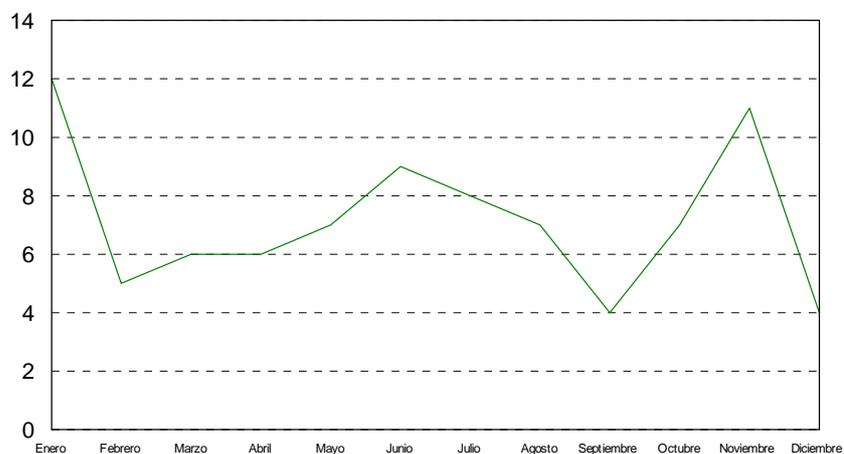
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	70
H. Zumarraga	3
H. Bidasoa	6
H. Mendaro	7
TOTAL	86

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	3	5	8
de 1 a 9 años	27	29	56
de 10 a 19 años	6	4	10
de 20 a 29 años	2	-	2
de 40 a 49 años	-	1	1
de 50 a 59 años	2	-	2
de 70 a 79 años	-	1	1
más de 80 años	-	2	2
no consta	2	2	4
Total	42	44	86

3. Según mes de aislamiento



Shigella

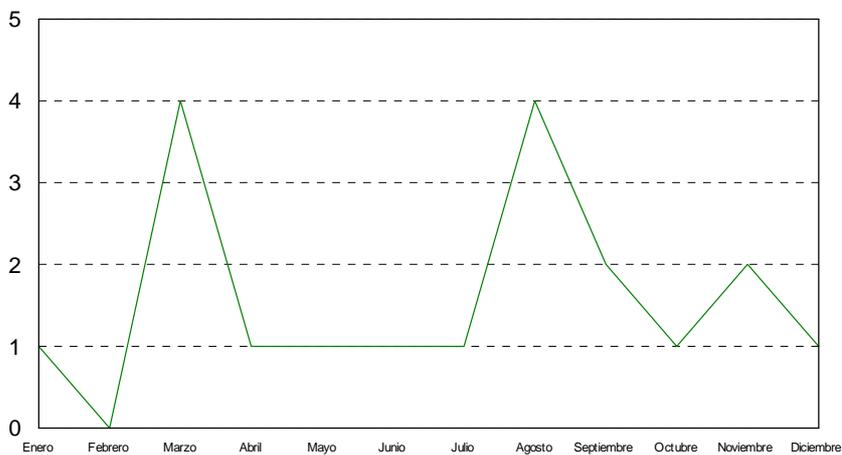
1. Según centro declarante y especie

Centro	S. flexneri	S. sonnei	S. sp	Total
L.U.D.	9	5	1	15
H. Bidasoa	-	3	-	3
H. Alto Deba	1	-	-	1
Total	10	8	1	19

2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	Hombre	Mujer	Total
de 1 a 9 años	1	-	1
de 10 a 19 años	-	2	2
de 20 a 29 años	2	3	5
de 30 a 39 años	1	3	4
de 40 a 49 años	2	1	3
de 50 a 59 años	-	1	1
de 60 a 69 años	-	1	1
de 70 a 79 años	1	-	1
no consta	-	1	1
Total	7	12	19

3. Según mes de aislamiento



Anexo 2

Tablas Registro de Cáncer

Tabla X.1.- Incidencia de tumores malignos en hombres. Gipuzkoa 2003

CIE-O-II-LOCALIZACION	CASOS	Notificado Certificado Defunción %	Verificación Histológica- Citológica %	Solo certificado defunción %	Tasa Bruta	Tasa Ajustada (población mundial)
C00 LABIO	11	-	100	-	3,3	1,9
C01 BASE DE LA LENGUA	2	-	100	-	0,6	0,3
C02 OTRAS PARTES Y NO ESP. LENGUA	14	-	100	-	4,2	2,4
C03 ENCIA	4	-	100	-	1,2	0,5
C04 SUELO BOCA	10	-	100	-	3	2,3
C05 PALADAR	4	-	100	-	1,2	0,8
C06 OTRAS Y NO ESPEC DE BOCA	12	-	100	-	3,6	2,3
C07 GLANDULA PAROTIDA	5	-	100	-	1,5	0,8
C08 OTRAS GLAND SALIVALES MAY.	1	-	100	-	0,3	0,1
C09 AMIGDALA	6	-	100	-	1,8	1,1
C10 OROFARINGE	8	-	100	-	2,4	1,7
C11 NASOFARINGE	9	-	100	-	2,7	1,9
C12 SENO PIRIFORME	14	-	100	-	4,2	2,5
C13 HIPOFARINGE	6	-	100	-	1,8	1,1
C14 FARINGE Y MAL DEFINIDOS	10	-	100	-	3	2
C15 ESOFAGO	47	2,1	91,5	-	14,2	8,1
C16 ESTOMAGO	115	5,3	92,1	4,4	34,9	17,9
C17 INTESTINO DELGADO	5	-	100	-	1,5	1
C18 COLON	190	4,2	94,2	2,6	57,6	29,4
C19 UNION RECTOSIGMOIDEA	29	-	96,6	-	8,8	4,7
C20 RECTO	84	-	100	-	25,5	13,5
C21 ANO Y CANAL ANAL	1	-	100	-	0,3	0,1
C22 HIGADO Y VIAS BILIR. INTRAHEP.	57	7	29,9	1,8	17,3	8,4
C23 VESICULA BILIAR	4	-	100	-	1,2	0,4
C24 NO ESPECIFIC. DE VIAS BILIARES	11	-	54,5	-	3,3	1,9
C25 PANCREAS	34	8,8	64,7	5,9	10,3	6,1
C26 OTRAS LOC. Y MAL DEFIN. AP. DIG.	4	-	50	-	1,2	0,5
C30 FOSA NASAL Y OIDO MEDIO	2	-	100	-	0,6	0,3
C31 SENOS ACCESORIOS	2	-	100	-	0,6	0,4
C32 LARINGE	84	-	98,8	-	25,5	17,3
C33 TRAQUEA	-	-	-	-	-	-
C34 BRONQUIO Y PULMON	285	5,7	86,2	2,5	86,4	46,9
C37 TIMO	-	-	-	-	-	-
C38 CORAZON, MEDIASTINO Y PLEURA	4	-	100	-	1,2	0,9
C39 OT. Y MAL DEF. AP. RESP.E INTRAT.	-	-	-	-	-	-
C40 HUESO, ARTIC. Y CART. DE EXTR.	1	-	100	-	0,3	0,2
C41 O. LOC. Y MAL DEFINIDAS	2	-	100	-	0,6	0,5
C42 SIST. HEMATOPOYETICO Y RETIC.	56	1,8	94,6	1,8	17	9,9
C44 PIEL	49	-	100	-	14,9	9,2
C47 NERVIOS PERIF. Y SIS. NERV. AUT.	1	-	100	-	0,3	0,2
C48 RETROPERITONEO Y PERITONEO	1	-	100	-	0,3	0,1
C49 TEJ. CONJUNTIVO, SUBCUT. OTROS	16	-	100	-	4,8	3
C50 MAMA MASCULINA	6	-	100	-	1,8	0,9
C60 PENE	6	-	100	-	1,8	0,9
C61 GLANDULA PROSTATICA	477	1,9	96,2	1,3	144,6	71,7
C62 TESTICULO	17	-	100	-	5,2	4,9
C63 OTRAS LOC. Y NO ESPECIFICADAS	-	-	-	-	-	-
C64 RIÑON	76	2,7	79,8	1,4	23	13,4
C65 PELVIS RENAL	2	-	100	-	0,6	0,3
C66 URETER	4	-	100	-	1,2	0,7
C67 VEJIGA	147	0,7	98	-	44,6	23,9
C68 OTRAS LOC. Y NO ESPECIFICADAS	-	-	-	-	-	-
C69 OJOS Y ANEXOS	3	-	66,7	-	0,9	0,5
C70 MENINGES	1	-	100	-	0,3	0,2
C71 ENCEFALO	45	4,4	68,9	2,2	13,6	9
C72 MEDULA ESP. NERV. CRAN. Y OTR.	3	-	66,7	-	0,9	1
C73 GLANDULA TIROIDES	18	-	100	-	5,5	3,7
C74 GLANDULA SUPRARRENAL	3	-	66,7	-	0,9	0,5
C75 O. GLAND. ENCOCR. Y ESTR. AFIN.	-	-	-	-	-	-
C76 LOCALIZ. MAL DEFINIDAS	2	50	50	50	0,6	0,9
C77 GANGLIOS LINFATICOS	52	-	100	-	15,8	11,6
C80 LOC. PRIMARIA DESCONOCIDA	74	8,2	65,8	5,5	22,4	12,5
TODAS LAS LOCALIZACIONES	2.136	2,8	84,3	1,614	647,4	359,6

Se excluyen los tipos histológicos cuyo 5º dígito es un 1 (malignidad incierta) o 2 (in situ)

Tabla X.2.- Casos y tasas de tumores malignos en mujeres. Gipuzkoa 2003

CIE-O-II-LOCALIZACION	CASOS	Notificado Certificado Defunción %	Verificación Histológica + Citológica %	Solo certificado defunción %	Tasa Bruta	Tasa Ajustada (población mundial)
C00 LABIO	1	-	100	-	0,3	0,1
C01 BASE DE LA LENGUA	-	-	-	-	-	-
C02 OTRAS PARTES Y NO ESP. LENGUA	9	-	100	-	2,6	1,5
C03 ENCIA	1	-	100	-	0,3	0,3
C04 SUELO BOCA	-	-	-	-	-	-
C05 PALADAR	1	-	100	-	0,3	0,3
C06 OTRAS Y NO ESPEC DE BOCA	3	-	100	-	0,9	0,4
C07 GLANDULA PAROTIDA	1	-	100	-	0,3	0,2
C08 OTRAS GLAND SALIVALES MAY.	1	-	100	-	0,3	0,2
C09 AMIGDALA	1	-	100	-	0,3	0,3
C10 OROFARINGE	1	-	100	-	0,3	0,2
C11 NASOFARINGE	3	-	100	-	0,9	0,5
C12 SENO PIRIFORME	1	-	100	-	0,3	0,2
C13 HIPOFARINGE	-	-	-	-	-	-
C14 FARINGE Y MAL DEFINIDOS	2	-	100	-	0,6	0,4
C15 ESOFAGO	9	-	100	-	2,6	1,2
C16 ESTOMAGO	62	6,9	86,2	5,2	18,1	6,9
C17 INTESTINO DELGADO	2	-	100	-	0,6	0,3
C18 COLON	122	4,9	91,8	3,3	35,6	13,8
C19 UNION RECTOSIGMOIDEA	11	-	100	-	3,2	1,1
C20 RECTO	49	-	97,9	-	14,3	7,4
C21 ANO Y CANAL ANAL	2	-	100	-	0,6	0,2
C22 HIGADO Y VIAS BILIR. INTRAHEP.	23	21,7	26,1	8,7	6,7	2,7
C23 VESICULA BILIAR	12	8,3	75	-	3,5	1,3
C24 NO ESPECIFIC. DE VIAS BILIARES	15	6,7	26,7	-	4,4	1,3
C25 PANCREAS	38	18,4	47,4	10,5	11,1	4,5
C26 OTRAS LOC. Y MAL DEFIN. AP. DIG.	5	60	20	40	1,5	0,5
C30 CAVIDAD NASAL, ETC	3	-	100	-	0,9	0,4
C31 SENOS ACCESORIOS	5	-	100	-	1,5	0,9
C32 LARINGE	4	-	100	-	1,2	0,8
C33 TRAQUEA	-	-	-	-	-	-
C34 BRONQUIO Y PULMON	58	5,3	82,5	1,8	16,9	8,9
C37 TIMO	1	-	-	-	0,3	0,1
C38 CORAZON, MEDIASTINO Y PLEURA	3	-	100	-	0,9	1,2
C39 OT. Y MAL DEF. AP. RESP.E INTRAT.	-	-	-	-	-	-
C40 HUESO, ARTIC. Y CART. DE EXTR.	4	-	100	-	1,2	1,3
C41 O. LOC. Y MAL DEFINIDAS	2	-	100	-	0,6	0,3
C42 SIST. HEMATOPOYETICO Y RETIC.	64	12,5	89,1	6,3	18,7	10
C44 PIEL	57	-	100,0	-	16,6	10,7
C47 NERVIOS PERIF. Y SIS. NERV. AUT.	-	-	-	-	-	-
C48 RETROPERITONEO Y PERITONEO	6	-	83,3	-	1,8	0,8
C49 TEJ. CONJUNTIVO, SUBCUT. OTROS	11	-	100	-	3,2	1,9
C50 MAMA FEMENINA	385	0,8	98,5	0,5	112,4	66
C51 VULVA	10	-	100	-	2,9	1,2
C52 VAGINA	2	-	100	-	0,6	0,1
C53 CUELLO DEL UTERO	23	4,3	95,7	4,3	6,7	4,5
C54 CUERPO DEL UTERO	69	-	98,5	-	20,1	10,8
C55 UTERO, SAI	3	33,3	33,3	33,3	0,9	0,2
C56 OVARIO	45	10,2	83,6	6,1	13,1	6
C57 O. LOC. Y NO ESPECIFICADAS	2	-	100	-	0,6	0,3
C58 PLACENTA	-	-	-	-	-	-
C64 RIÑON	32	3,1	81,2	-	9,3	4,4
C65 PELVIS RENAL	3	-	100	-	0,9	0,4
C66 URETER	-	-	-	-	-	-
C67 VEJIGA	27	-	92,6	-	7,9	2,5
C68 OTRAS LOC. Y NO ESPECIFICADAS	-	-	-	-	-	-
C69 OJOS Y ANEXOS	2	-	100	-	0,6	0,2
C70 MENINGES	1	100	-	-	0,3	0,1
C71 ENCEFALO	22	9,1	54,5	9,1	6,4	2,9
C72 MEDULA ESP. NERV. CRAN. Y OTRO	1	-	100	-	0,29	0,25
C73 GLANDULA TIROIDES	36	-	100	-	10,5	7,8
C74 GLANDULA SUPRARRENAL	-	-	-	-	-	-
C75 O. GLAND. ENCOCR. Y ESTR. AFIN.	-	-	-	-	-	-
C76 LOCALIZ. MAL DEFINIDAS	3	-	66,7	-	0,9	0,5
C77 GANGLIOS LINFATICOS	31	-	100	-	9	4,6
C80 LOC. PRIMARIA DESCONOCIDA	52	21,2	46,2	9,6	15,2	5,5
TODAS LAS LOCALIZACIONES	1.341	4,7	83,3	2,6	391,4	201

Se excluyen los tipos histológicos cuyo 5º dígito es un 1 (malignidad incierta) o 2 (in situ)

Anexo 3

Población

Tabla Población. Censo 2001.

GRUPO DE EDAD	COMARCA GIPUZKOA - ESTE			COMARCA GIPUZKOA OESTE			TOTAL TERRITORIO GIPUZKOA		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-4	9.440	8.864	18.304	6.068	5.798	11.866	15.102	14.255	29.357
5-9	8.530	8.014	16.544	5.654	5.225	10.879	13.811	12.906	26.717
10-14	8.474	8.204	16.678	5.981	5.630	11.611	14.011	13.468	27.479
15-19	10.567	9.799	20.366	7.643	7.167	14.810	17.647	16.424	34.071
20-24	14.796	14.064	28.860	10.655	10.095	20.750	24.657	23.384	48.041
25-29	18.485	17.261	35.746	12.444	11.252	23.696	29.976	27.684	57.660
30-34	17.453	16.802	34.255	11.636	10.389	22.025	28.193	26.379	54.572
35-39	17.010	17.108	34.118	11.456	10.736	22.192	27.664	27.071	54.735
40-44	15.699	16.213	31.912	11.140	10.620	21.760	26.085	26.137	52.222
45-49	14.291	14.765	29.056	10.237	9.688	19.925	23.818	23.748	47.566
50-54	13.901	14.392	28.293	10.263	9.469	19.732	23.446	23.204	46.650
55-59	12.516	13.267	25.783	9.144	8.762	17.906	20.951	21.359	42.310
60-64	9.419	10.321	19.740	7.136	6.914	14.050	15.994	16.696	32.690
65-69	9.849	11.744	21.593	7.808	8.199	16.007	17.100	19.434	36.534
70-74	8.089	10.442	18.531	6.314	7.383	13.697	14.068	17.454	31.522
75-79	5.573	8.904	14.477	4.336	5.855	10.191	9.714	14.545	24.259
80-84	2.889	6.064	8.953	2.188	3.796	5.984	5.008	9.727	14.735
85 +	1.881	5.812	7.693	1.389	3.561	4.950	3.209	9.234	12.443
TOTAL	198.862	212.040	410.902	141.492	140.539	282.031	330.454	343.109	673.563

Pirámide de población. Territorio Histórico de Gipuzkoa. Censo 2001.

