

2012 AOKND-
AOKND-
AOKND-
AOKND-

ZAINZA
EPIDEMIOLOGIKOAREN
LABURPENA



MEMORIA
DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA

BERTSIO LABURRA

***Laburpena (bertsio osoa Osaneten:
<http://www.osanet.euskadi.net>)***

Epidemiologia Unitatea:

Jone M Altzibar, Lorea Alvarez, Pilar Amiano, Larraitz Arriola, Juncal Artieda, Mikel Basterretxea, Miren Dorronsoro, Mercedes Laviñeta, Iruñe Lopez, Nerea Larrañaga, Eva Pulido, Rosa Sancho, M^a Carmen San Sebastian

AURKIBIDEA

	Orrialdea
Hitzaurrea	4
Ekintzen laburpena	5
Gaixotasun transmitigarrien zaintza	6
Txertaketak	13
Ospitaletako Morbilitatea	14
Gaixotasun ez transmitigarriak	15
Hilkortasuna	20
Ikerketa epidemiologikoak	22

HITZAURREA

Dokumentu hau epidemiologia-zaintzako jardueraren laburpena da, zeinean deskribapen epidemiologikoa egiten den, bai transmititzen diren gaixotasunena, bai beste gaixotasun ez transmitigarrien batzuen; garrantzizkoak direlako duten prebalentziagatik eta jendearen osasunari eta bizi-kalitateari eragiten dietelako.

Gipuzkoako Osasun Publikoko Zuzendariordetzaren Epidemiologia Unitateak urtero egiten du dokumentu luze bat, non Unitateak egindako jarduerak eta Epidemiologia Zaintzako aktibitateak jasotzen diren. Dokumentua Osanet-en kontsultatu daiteke, gainerako argitalpenen ondoan, Zaintza Atalean (<http://www.osanet.euskadi.net>).

Eskertu nahi dugu, bene-benetan, sare asistentzialeko (lehen mailako atentzioak, ospitaleak, laborategiak, klinikak) profesionalen lana eta lankidetzak; euren ahalegina ezinbestekoa dugu, Gipuzkoan, Epidemiologia Zaintza hobetzeko.

2012ko MEMORIA - EKINTZEN LABURPENA

1. Erdi-mailako intentsitatekoa izan da 2012-2013ko gripearen urtarokako epidemia, eta gailendu den birusa, B birusa (identifikatutako birusen % 78) izan da. Aurten, gripezaintzaren barruan sartu da lehen mailako arretako kontsultetako informazioa ere (Osabide).
2. Denboraldian zehar egin den kasu larrien zaintza dela eta, jakin izan dugu ospitaleratutako paziente larrien %54k gripearentzako arrisku-faktoreen bat zuela eta horietako %36k, bakarrik, zuela txertoa jarrita.
3. Haurren txertaketak estaldura handia izaten jarraitzen du, aurreko urteetako joerari eutsiz; herritarrak txertaketa Programari ondo atxikitzearen ondorio da.
4. Tuberkulosia, lehenengo aldiz, 20/100.000ko tasaren azpitik kokatu zaigu. Eremu batek tuberkulosi-endemia txikia duela jotzeko, OMEk ezarritako maila da hori.
5. 2012. urtea epidemikoa izan da parotiditasarentzat eta kukutxeztularentzat. Kasuen ehuneko handi bat zuzen txertatuta zegoen bere adinerako.
6. Aztertu diren agerraldi epidemikoen artean, *Shigella sonnei* eragindako GEA agerraldia da nabarmentzekoa. Ikastetxe bateko ikasleei eragin zien batez ere. Lagunez lagun transmititu zen, eta eskolan berehala hartu zituzten higiene-neurri zorrotzei esker, eta familien erantzuna onari eta osasun-profesionalen arteko koordinazioari esker lortu zen agerraldia kontrolatzea.
7. Tumore gaiztoen artetik, prostatako tumore gaiztoak jarraitzen du maiztasunik handienekoa izaten gizonezkoetan, eta bularrekoak, berriz, emakumezkoetan; eta kolon-ondestekoak jarraitzen die, bietan.
8. Minbiziak eragindako heriotza eta haren intzidentziak gora egin du termino absolutuetan, azken bi hamarraldietan. Intzidentziaren tasa estandarizatuek gora egin dute, 2002ra arte, gizonezkoetan, eta emakumezkoetan ere gora egin dute, baina aztertutako denboraldi osoan (1986-2009). Bi sexuetan, beherakada esanguratsua gertatu da heriotzaren tasa estandarizatuan. Oro har, bateratasun bat ikusten da eskualdeetako intzidentzia-tasetan; gizonezkoetan, 90eko hamarkadan ikusitako gorakada geratzearen edo moteltzearen ondorio izan daiteke; emakumezkoetan, berriz, eskualdeetako intzidentzia-tasen igoera desberdinen ondorio.
9. 64 urtetik gorako kohorte baten 9 hilabeteko zaintzaren ondoren, 823 istripu aitortu dira (denboraldiko tasa: 53,2/1000). Intzidentziak gora egiten du adinarekin, eta, beti, handiagoa da emakumezkoetan. Istripuen %91 erorikoak izan ziren. Lesiorik ugariena makadura izan da (%73) eta, ondoren, haustura (%15).
10. 2010eko heriotza-kausen artean, lehenak tumore gaiztoak izan dira; hain zuzen ere, heriotza guztien %29,1. Zirkulazio-sistema izan zen bigarren kausa, heriotzen %28,6rekin, eta arnas sistemako eritasunak, hirugarren kausa, heriotzen %9,3rekin.
11. Gipuzkoan, 2010ean, heriotza-kausa guztiengatik galdutako bizitza urte potentzialak (GBUP), 70 urtez azpikoen artean, 18.352 urte izan dira: 11.801 urte, gizonezkoetan eta 6.551, emakumezkoetan. Gizonezkoen artean, heriotza goiztiarraren lehenengo kausak hauek izan dira: trakeako, bronkioetako eta biriketako tumore gaiztoa eta kardiopatia iskemikoa. Emakumezkoen arteko kausak hauek izan dira: trakeako, bronkioetako eta biriketako tumore gaiztoa eta bularreko tumore gaiztoa.

GAIXOTASUN TRANSMITIGARRIEN ZAINTZA

ABGen (aitortu beharreko gaixotasunak) egoera orokorra, 2012an

ABG sistemara jakinarazitako gaixotasunen kasu eta tasa kopurua 100.000 biztanleko. Gipuzkoa, 2007-2012

	2007 Kasuak	2008 Kasuak	2009 Kasuak	2010 Kasuak	2011 Kasuak	Kasu kop.	2012 Tasa	IE 1	IE 2
Sexu-transmisiozko gaixotasunak:									
- Infek. gonokozik.	19	7	11	5	12	9	1,28	0,75	0,82
- Sifilisa	30	12	30	22	30	22	3,13	0,73	0,73
Elikagaien bidez transmit. diren gaix.:									
- Botulismoa	0	0	0	0	0				
- Kolera	0	0	0	0	0				
- Disenteria	8	10	9	8	13	131	18,64	10,08	14,56
- Sukar tifo-paratifoi.	4	1	2	1	2	2	0,28	1,00	1,00
- Trikinosia	3	1	0	0	0				
Arnasa bidez transmit. diren gaix.:									
- Gaix. Meningokozik.	13	18	20	13	12	16	2,28	1,33	1,23
- Gripea	9.372	18.492	24.160	4.342	9.715	11.088	1.577,4	1,14	1,14
- Legionelosisia	50	37	54	46	52	34	4,84	0,65	0,68
- Tuberkulosia	174	149	174	145	148	121	17,21	0,82	0,81
- Barizela	5.189	3.001	3.840	3.225	2.950	4.091	582,02	1,39	1,27
Immunizazioarekin prebenitu daitezken gaixotasunak:									
- Difteria	0	0	0	0	0				
- Parotiditisa	1.070	230	56	22	288	1.438	204,58	4,98	6,25
- Poliomielitisa	0	0	0	0	0				
- Errubeola	0	0	0	0	0				
- Elgorria	0	0	0	0	22	2	0,28	0,09	
- Tetanosa	4	0	0	0	2	0			
- Kukutxeztula	7	21	10	2	134	229	32,58	1,71	22,90
Hepatitis birikoa:									
- A hepatitisia	13	21	34	5	7	2	0,28	0,29	0,15
- B hepatitisia	13	15	8	10	9	5	0,71	0,56	0,50
- C hepatitisia	4	8	2	5	3	2	0,28	0,50	0,50
- Beste hepat. batz.	0	0	0	0	0				
Zoonosia:									
- Bruzelosia	1	1	1	0	0				
- Amorrua	0	0	0	0	0				
Inportatutako gaixotasunak:									
- Sukar horia	0	0	0	0	0				
- Paludismoa	4	2	13	3	6	6	0,85	1,00	1,00
- Izurria	0	0	0	0	0				
- Tifus exantemat.	0	0	0	0	0				
Beste infekzio-gaixotasun batzuk:									
- Legenarra	0	1	1	0	0	1			
- Sortzetiko errubeola	0	0	1	0	0				
- Sortzetiko sifilia	0	0	0	0	0				
- Jaioberrien tetanosa	0	0	0	0	0				

2012an, IE-2 handia eman dute patologia hauek: Barizela, Disentería, Paludismoa, Parotiditisa eta Kukutxeztula.

❖ Arnas bidez transmititzen diren gaixotasunak

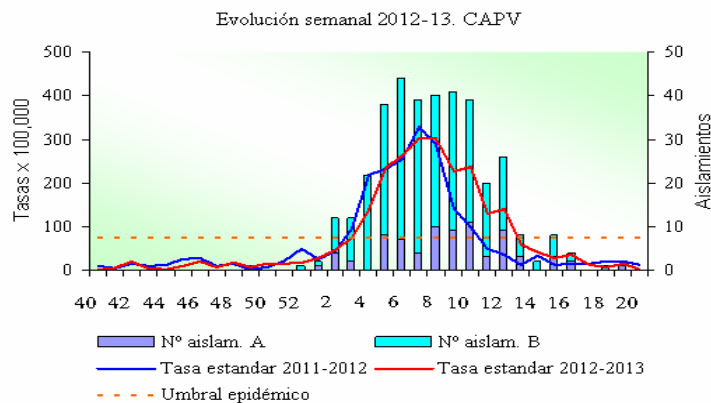
- Gripea:

Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE), 2012-2013 denboran egindako gripearen zaintza hauetan oinarritu da: Gripearen Jagole Sarea, Lehen Mailako Arretako kontsultetako informazioa (Osabide) eta gripea egiaztatuta zuten ospitaleratutako kasuen zaintza. Ez da gertatu Osasun Publikoaren esku-hartzea eragiteko moduko gripe-agerraldirik.

EAEko Jagole Sareak (Osakidetzako lehen mailako arretako 49 familia-mediku / pediatra, Donostiako Laborategi Bateratua (LUD) eta hirugarren adinekoen egoitza bateko mediku bat lurralde bakoitzeko), epidemiologia-unitateekin batera, EAEko populazioaren %3 jagon du 2012ko 40. astetik 2013ko 20.era bitartean.

Epidemiaren gailurra 2013ko 7. astean lortu da, 301,4/100.000ko tasarekin; eta, gero, jaitsi egin da 2013ko 13. astera arte, eta orduan epidemia-atalasetik behera geratu da (1. irudia). Epidemia-gailurrean, erasan handiena jasan duten taldeak 15 urtetik beherakoak izan dira: 1.165,28ko tasa, 0tik 4 urtera bitarteko taldean eta 1.116ko tasa, 5etik 14 urtera bitartekoan.

Gripe-epidemiaren bilakaera 2012-13an, EAEn.



Isolamenduen ehunekoak %75 gainditu du epidemia-gailurraren fasean, eta %40aren azpitik geratu da 2013ko 16. astean.

Gripearen 361 birus isolatu dira. %78,4 (283) B motako birusa izan da, eta %21,6 (78) A motakoa. A motako birusen artean, %6,4 azpimotarik gabeko A birusa izan da, %28,2, AH3 birusa eta %65,4, A motako (H1N1) pdm09 birusa.

Egiaztatutako gripe-kasu larrien zaintza, ospitaleratuetan

2012ko 40. astetik 2013ko 20. astera bitartean, ospitaleratu dituzten egiaztatutako 41 gripe-kasu larri aitortu dira Donostiako, Gurutzetako eta Basurtuko unibertsitate ospitaleetan. 14 emakumezko (%34,1) eta 27 gizonezko (% 65,9) izan dira, 0 eta 85 arteko adin-tartearekin, 36,17ko batez bestekoarekin eta 43 urteko medianarekin.

Horien %61 ZIUn sartu dute, eta konplikaziorik ugariena pneumonia izan da, 35 kasu emanda (%85,4). Arrisku-faktoririk ohikoenak hauek izan dira: arnasketa-gaixotasun kronikoaren eta bihotz-hodietako gaixotasunaren aurrekariak, kasuen %19,5ekin eta immunoeskasia, kasuen %12,2rekin. Ospitaleratuen artean, arrisku-faktoreren bat zeukatenetatik (22), zortzik txertoa jarrita zuten, hamarrek, jarri gabe eta ez dakigu gainerako laurak jarri zuten ala ez.

B motako 31 birus isolatu dira eta A motako 10. A motakoen artean: 6 A (H1N1)pdm09, 1H3N2 eta 3 azpimotarik gabekoak.

- Gaixotasun meningokozikoa:

2012an, gaixotasun meningokozikoaren 16 kasu erregistratu dira Gipuzkoan. Horrek esan nahi du intzidentziaren tasa gordina 2,28/100.000 biztanleko dela. Kasu guztietatik, 9 gizonetzkoak izan dira (tasa: 2,65/100.000) eta 7, emakumezkoak (tasa: 2,01/100.000). Tasarik altuena bost urtez azpikoen adin-taldean ikusi da: 15,33/100.000. 16 kasuetan egiaztatu da, mikrobiologikoki, *N. meningitidis*a zegoela. B serotaldeko *N. meningitidis*ak eragin ditu 13 kasu, Y serotaldeko *N. meningitidis*ak kasu 1, W 135ek beste kasu bat, eta kasu 1 taldekatu gabe geratu zen.

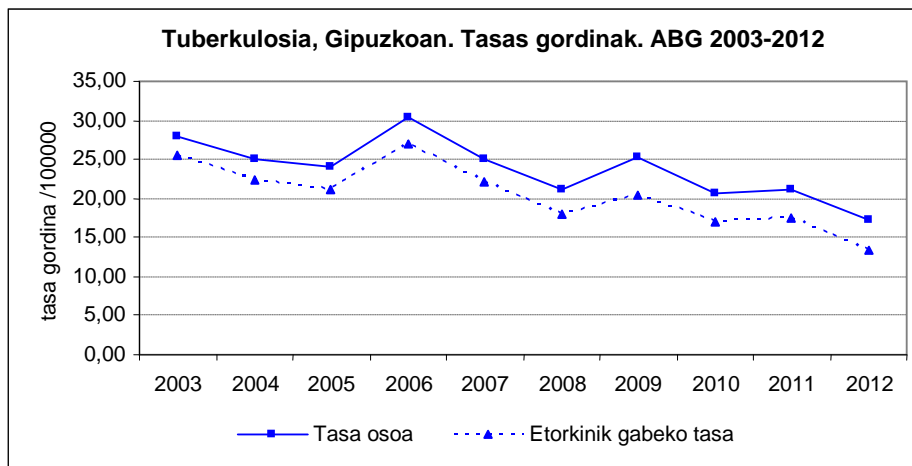
Intzidentzia, adin-taldeka eta serotaldeka. Gipuzkoa, 2012 urtea-

Adin-taldea	Egiaztatutako kasuak				GUZTIRA	
	B	C	Y/W	Serotaldekatu gabe	Kopuru a	Tasa, 100.000ko
0-4 urte	7	--	1/Y	1	9	15,33
5-14 urte	1	--	--	--	1	1,85
15-24 urte	2	--	--	--	2	2,44
25-39 urte	--	--	--	--	--	--
>=40 urte	3	--	1/W	--	4	1,16
GUZTIRA	13	--	2	1	16	2,28

Kasuak urte osoan zehar banatu dira eta denak bakartuta gertatu dira. Kasuen ezaugarri klinikoei dagokienez, 10 kasu sepsiekin eman dira, 3 kasu, meningitisarekin eta beste 3 kasu, sepsiarekin eta meningitisarekin, biek. Adinekoa eta ahultasun handikoa zela-eta arrisku handikotzat hartutako paziente bat hil egin zen, eta gainerakoek eboluzio ona eduki zuten

- Tuberkulosia:

2012. urtean, 122 **tuberkulosi**-kasu jakinarazi dira, 17,4/100.000 biztanleko tasarekin; beraz, %18 behera aurreko urtearekin alderatuz. Sexuen arteko(gizon/emakume) ratioa 1,5koa da: 73 gizonetzko (21,2/100.000ko tasa) eta 49 emakumezko(13,7/100.000ko tasa). Kasuen % 41ek 45 urte baino gutxiago du. Kasuen %22 atzerrian jaiotakoa da. Tokiari dagokionez, biriketakoak 84 izan dira, eta horietako 38k positibo eman dute espektorazio-baziloskopian. Erresistentzia-azterketa egin da kultibo positiboa eman duten 93 kasuetan: Andui batek multierresistentzia azaldu du, beste batek isoniazidarekiko erresistentzia, eta bost anduik beste farmako batzuekiko erresistentzia. 572 kontaktu aztertu dira: lau tuberkulosi-kasu diagnostikatu dira, eta 118 laguni tratamendua agindu zaie ezkutuko infekzioa dela-eta.



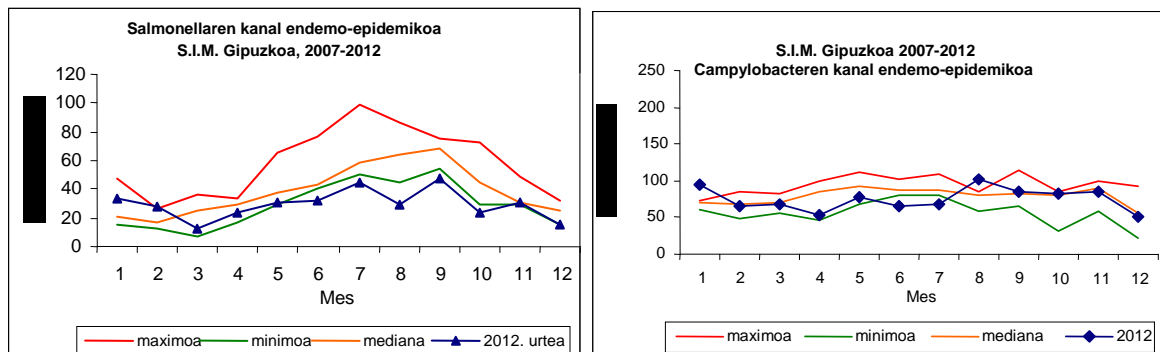
- Legionelosisia:

2012. urtean, 34 legionelosi kasu jakinarazi dira, 4,8 kasu/100.000 biztanleko tasa gordinarekin, hots, aurreko urtekoa baino %37 baxuago. Sexuen (gizon/emakume) arteko ratioa 3,2koa (26/8) da, eta kasuen batez besteko adina, sexu bietan berdintsua (62 eta 59 urte). 32 kasuk ospitaleratu beharra izan dute, eta horietako 7 kasuk zaintza mediko intentsiboak behar izan dituzte. Ez da heriotzarik erregistratu. Kasuen %82k badauka, gainera, arrisku-faktore individualen bat edo beste. 34 kasu bakartuta gertatu

dira. Kasu bat bidai batekin lotu zen eta gainerakoak erkidegoan gertaturiko kasutzat jo zituzten. 7 kasutan, arriskuzko faktoreren baten eraginpean egon izana ikusi zen: erabilera publikoko kirol-instalazio batera joan izana (1), laneko esposizioaren bat izan zitekeena (4), denbora luzez itxita egondako etxeko ur sanitarioekiko esposizioa (1) eta hoteletako ur sanitarioekiko esposizioa (1).

❖ Elikagaien bidez transmititzen diren gaixotasunak

2012an, SIMen (Informazio Mikrobiologikoko Sistema) jakinarazi diren isolamenduetatik, 351 **Salmonellaren**ak izan dira eta 896, **Campylobacteren**ak. **Salmonellaren** hileko isolamendu kopurua aurreko bost urtetako medianaren azpitik egon da ia urte osoan zehar.



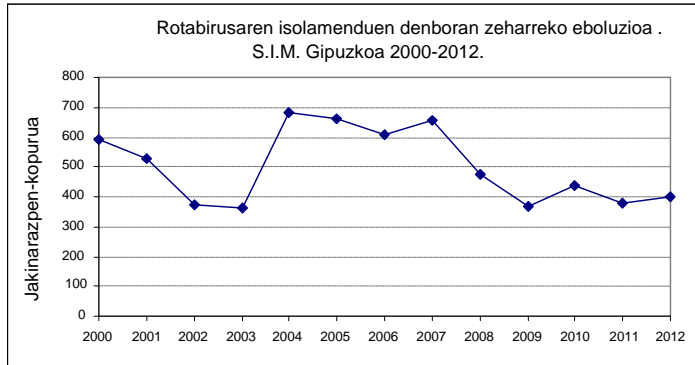
2012an, beherako akutua edukitako 7 kasu aitortu dira, eta horietako 6 kasutan, **E.Coli O157** isolatu da eta batean, **E.Coli O157BLEE**. Kasu bat familia-talde batean gertatu zen, Arnedoko herrian egindako arrisku-esposizio bat zela-eta, baina gainerakoak kasu bakartuak izan ziren.

2012an, 10 gaixoren odoleko eta/edo likido zefalorrakideoko **Listeria monocytogenesen** 10 isolamenduren berri eman da. Kasu guztietatik lau emakume haurdunak ziren, eta horietako bik garaiz aurretik erditu zuten, baina haur osasuntsuak ziren; beste biak kluster batean taldekatu ziren. Klustereko bi amek, sukarra eduki zuten eta erditze goiztiarrak, eta bi umek meningozenfalitasia. Bi amak Gipuzkoako herri berekoak ziren, eta biak harategi bereko bezeroak. Ingurumeneko laginen analisisiek negatibo eman zuten **Listeria monocytogenes**erako. Inkestatik ateratako datuek ere ez zuten gaixotasuna hartzeko bide izan zitekeen elikagairik zehaztu. Donostiako ospitaleko Mikrobiologiako zerbitzuak egindako kanpo pultsatu bidezko elektroforesiaren azterketak (PFGE) eman zuenez, hiru isolamenduak (1. kasuko haurra eta ama eta 2. kasuko haurra) eredu bereiztezin bat azaltzen zuten, eta horrek adierazten zuen, beraz, zepak erlazionaturik zeudela.

Shigelosiaren 131 kasu jakinarazi dira ABGn, eta iaz, berriz, 13. Horietatik, 121 kasu agerraldi batekin zerikusia zutenak ziren, eta gainerako hamarrak bakartuta gertatu ziren; horietako seik eremu endemiko batera egindako bidaia baten aurrekariak dituzte. Lotura zuten kasuak bi agerralditan taldekatu ziren. Agerraldi bat familiakoa izan zen, eta bi eta hiru urteko 2 haurri eragin zieten, Frantzia igarotako oportetan elikagai kutsatua jatea aurrekari zutela. Bigarren agerraldiak 119 lagun taldekatu zituen, eta eskola-eremuan gertatu zen. **Shigella sonnei** eragindako gastroenteritis akutuen agerraldi bat izan zen, haur-hezkuntzako eta lehen-hezkuntzako lehenengo mailako ikasleei eman zitzaizen tratamendua (eraso-tasa %25). Agerraldiaren jatorrian **Shigella** jotako ikasleak zeuden, eta lagunez lagun transmititu zen.

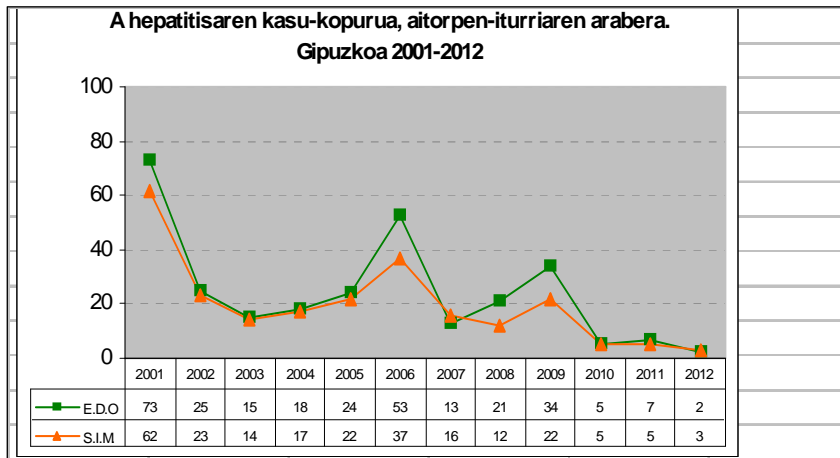
2012an, sukar tifo-paratifikoaren bi kasu jakinarazi ziren. Lehenengo kasua urtebeteko gizonetzko bat zen, eta sukarra eta beherako odoleztatua izan zituen, eta **Salmonella paratyphi B**. germena isolatu zen. Baliteke Navas del Reyko (Valladolid) bainu publikoetan ura edan izana izatea ariksu-esposizioa. Bigarren kasua bi urteko gizonetzko bat izan zen, eta gastroenteritis akutua eta sukarra izan zituen. Isolatutako germena **Salmonella paratyphi B** izan zen, eta arrisku-esposizio baliteke Frantziako kanpin bateko ura edan izana izatea.

❖ Beste gastroenteritisak



Rotabirusaren 400 isolamendu jakinarazi dira SIMen. Horien % 59 gizonetzkoa izan da eta % 41 emakumezkoa. Isolamenduen % 79 urtebeteko edo gutxiagoko haurra izan da.

❖ Hepatitis birikoak



2012an A hepatitisaren 2 kasu jakinarazi dira, elkarrekin zerikusia dutenak biak. Lehenengo kasua bost urteko gizonetzko bat izan zen. A hepatitisak eragindako kolezistitis akutua eduki zuen, eta arrisku-esposizioa bere anaia izan zen, Pakistanera egindako bidaia batean gaixotu egin baitzen hura.

2012an, B hepatitis akutuen 5 kasu erregistratu dira, eta 0,71/100.000 biztanleko tasa esan nahi du. Jakinarazitako 5 kasuetatik, 3 gizonetzkoak ziren eta 2, emakumezkoak; adinaren mediana, 53 urtekoa eta adin-tartea, 31 eta 78 bitartekoa. Inkesta bidez jasotako informazioaren arabera, babesik gabe sexu-harremanak izatea izan zen arrisku-faktorea.

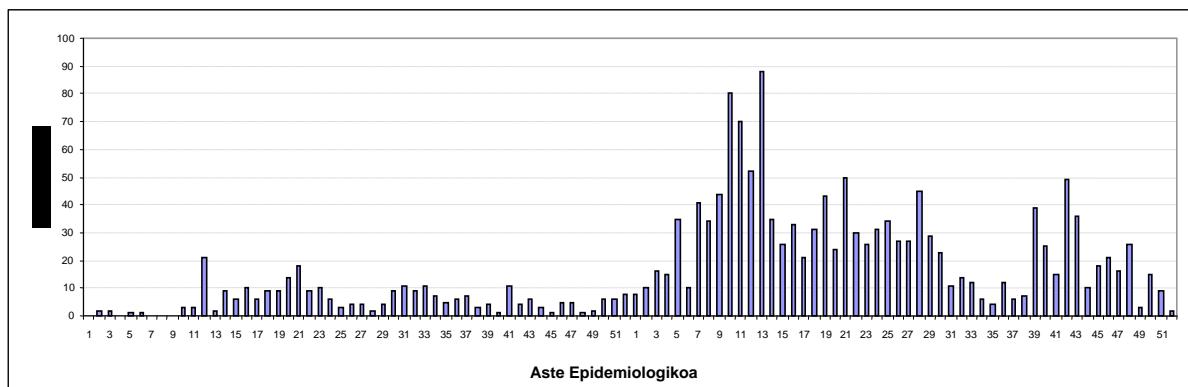
2012an, C hepatitisaren 2 kasu aitortu dira. Lehenengo kasua 28 urteko emakume bat zen, eta arrisku faktorea, drogak hartzea bide parenteralez. Bigarren kasua 59 urteko emakume bat zen, bi hilabete aurretik ebakuntza kirurgiko bat egin izana aurrekari zuela. Egindako ikerketak ez zuen aurrekari hori zehaztu gaixotasunaren arrisku-faktoretzat.

❖ Immunizazio bidez prebenitu daitezken gaixotasunak

2012an, egiaztatutako 3 elgorri-kasu jakinarazi ziren. Gizonezko bat eta bi emakumezko gaixotu ziren, 35 eta 41 urte bitartekoak; horietako bik arrisku-esposizioa beste herrialde baten izan zuten (Portugal eta Frantzia), eta hirugarrena kontaktu bat izan zen.

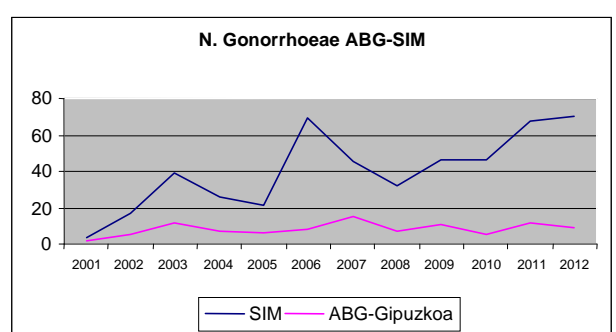
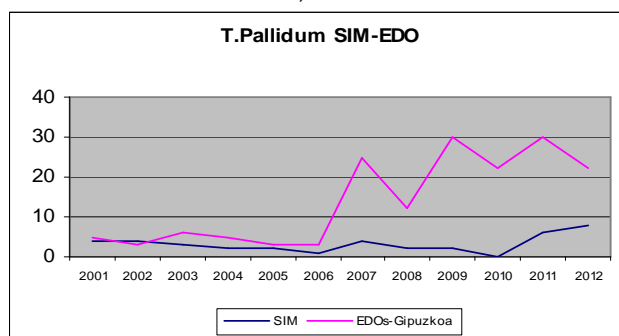
2012an, 226 **kukutxeztul**-kasu aitortu ziren, 2011an 134 eta 2010ean, 2 bakarrik. Horien % 43,8 gizonezkoa zen eta %56,2, emakumezkoa; adinaren mediana, bost urtekoa eta adin-tartea, 27 egunetik 91 urtera bitartekoa. Azpimarratu beharra dago bi hilabetetik sei urtera bitarteko populazioko kasuen %25 kukutxeztularen aurkako batera txertorik jarri gabe zegoela. Hala ere, txerto-estaldura urri hori ez da seitek 13 urtera bitartekoetan gertatzen, horietan %94k jarria baitute. Bi agerraldi eman ziren ikastetxeetan, eta lau urteko haurrei erasan zien. Hirugarren agerraldia kirolari beteranoen talde batean gertatu zen. Ugarien agertutako lotura familiarrekoa izan zen.

Jakinarazitako parotiditis-kasuak 1.438 izan ziren; 201an, berriz, 288 aitortu ziren. Gipuzkoako azken uhin epidemikoa 2007an gertatu zen. Gizon-emakumeen arteko ratioa 1,53koa izan zen, gutxieneko adina 7 hilabetekoa eta gehienekoa 90ekoa, 20 urteko medianarekin. Grafikoan, 2011. eta 2012. urteetako parotiditis-kasuak agertzen dira, aste epidemiologikoaren arabera jasota.



❖ Sexu-transmisiozko gaixotasunak

ABG eta SIM informazio-sistemen bitartez, gaixotasun gonokozikoaren 9 eta 70 kasu jakinarazi dira eta sifiliaren 22 eta 8, hurrenez hurren.



❖ Inportatutako beste gaixotasun batzuk

6 paludismo-kasu aitortu dira. Horietako bat *Plasmodium ovale* izan zen, eta gainerakoak, *Pl. falciparum*. Kasu guztietan, herrialde endemikoetara joan ondoren gaixotu ziren eta horietako 5ek hartu gabe zuten quimioprofilaxia.

❖ **Agerraldien azterketa****1) Elikagai-jatorriko agerraldiak**

Elikagaiek eragindako toxiinfekzio-agerraldiak. Gipuzkoa, 2012

Kop.	Data	Udalerrria	Gertalekua	Zenbat eraginpeko	Zenbat erasandako	Erasan. Kult. +	Ospitaleratzea	Nondik	Aztert. Manei. kop.	Manei. Kult+	Aztert. elikag. kop.	Elika. Kult+	Eragilea
1	Urtarrila	Donostia	Espetxea	196	87	10	0	Txerrikia	0	0	0	0	<i>Clostridium perfringens</i>
2	Maiatza	Zumaia	Etxea	7	6	3	0	Tiramisua	0	0	0	0	<i>Salmonella enteritidis</i>
3-1	Uztaila	Eibar	Enpresa Etzekoa	17	17	7	6	Tortilla	0	0	10	10	<i>Salmonella enteritidis</i>
3-2	Uztaila	Eibar	Etxea	5	5	3	1	Tortilla	3	0	10	10	<i>Salmonella enteritidis</i>
3-3	Uztaila	Eibar	Etxea	1	1	1	0	Arrautza gordina	0	0	10	10	<i>Salmonella enteritidis</i>
4	Abuztua	Hondarribia	Jatetxea	120	66	1	0	Txirlak	--	--	1	1	<i>Norobirusa</i>

2) Beste agerraldi batzuk

1.- Gastroenteritis-agerraldi akutua ikastetxe batean: infekzio-iturria, *Salmonella enteritidis*, eta lagunez lagun transmititua. Jatorri ezezaguna.

2.- Ezkabi-agerraldia, Gipuzkoako udalerrri bateko haurretan. Katu-kaleekin izandako kontaktuz transmititua. Infekzioa kontrolatzeko, Urretxuko udaleko profesionalak neurriak hartu zituzten, ikastetxe (Ikastola, Herri-eskola eta La Salle) Osakidetzako osasun-zentro eta Osasun Publikoa koordinatuta.

3.- Eskabiosi-agerraldia adingabeen abegi-zentro baten. Diagnostikoak baieztatu egin ziren eta batera tratatu ziren kasuak eta arrisku-kontaktuak: harreman sexualetakoak eta bizikideak. Kontaktuei ere tratamendua eman zitzaien, sintomak ageri hala ez.

4.- Megaeritema infekziosoaren (MI) populazio-agerraldia. Apiril-maiatzetan igo egin ziren MI kasuak. Kasuak aitortu zituzten ikastetxeetan gomendiok eman ziren gaixotasunari aurrea hartu eta kontrolatzeko.

5.- Inpetigoa, haurretan, Gipuzkoako eremu batean. Azterketa epidemiologikoak egiaztatu egin zuen 2012an Gipuzkoako zenbait udalerritan inpetigo-kasuak igotzen ari ote ziren pediatrek zeukaten susmoa. Tratamendurako hartu beharreko neurriak mikrobiologia-atalaren, pediatren eta Osasun Publikoaren artean hatu ziren.

6.- Norobirusak eragindako gastroenteritis akutuaren agerraldia laguntzadun egoitza batean, lagunez lagun transmititu zena. Kontrol-neurriak aplikatzeko orduan edukitako zorrotasuna zela-eta, gaixotasunaren transmisioa etetea lortu zen eta agerraldia berehala kontrolatzea.

7.- Kukutxeztul-agerraldia Gipuzkoako ikastola batean. Haur-hezkuntzako 3. mailakoei erasan zien, eta kontrolatzeko, haien kontaktu guztiei txertoa jarri zitzaien.

8.- *Shigella sonnei* eragindako gastroenteritis akutuaren agerraldi batek haur-hezkuntzako eta lehen-hezkuntzako lehenengo mailako ikasleei erasan zien (eraso-tasa %25) Gipuzkoako ikastetxe batean. Agerraldiaren jatorria shigelosia jotako ikasleak ziren, eta lagunez lagun transmititu zen. Eskolan hartutako higiene-neurri zorrotzei, familien erantzun nari eta osasun-profesionalen arretari esker, lortu zen agerraldia kontrolatzea.

TXERTAKETAK

- ✓ Urte horretan zehar bost txerto-biltegi sortu dira, txertoak beraien eragin-eremuan kudeatzen dituzten ESI/Eskualde bakoitzean.
- ✓ 2011-12 ikasturteetik aurrera, desagertu egiten da B hepatitisaren aurkako txertaketa ikastetxeetan; DBHko 1 mailara igarotzen dira-eta 2000. urtean jaiotako haurrak aurretik txertatuta izan dira.

Haurren txertaketa-egutegia

Txerto-estalduren estimazioa, izan ere, osasun-zentroetara banatutako dosiak kontuan hartuta egin da, eta zatitzaile gisa, hain justu, txertoa hartu behar duten haurren populazioa erabili da, metabolo-patien erregistrotik aterata.

Haurren txertaketa: txerto-estalduren estimazioa. Gipuzkoako lurraldea, 2012.

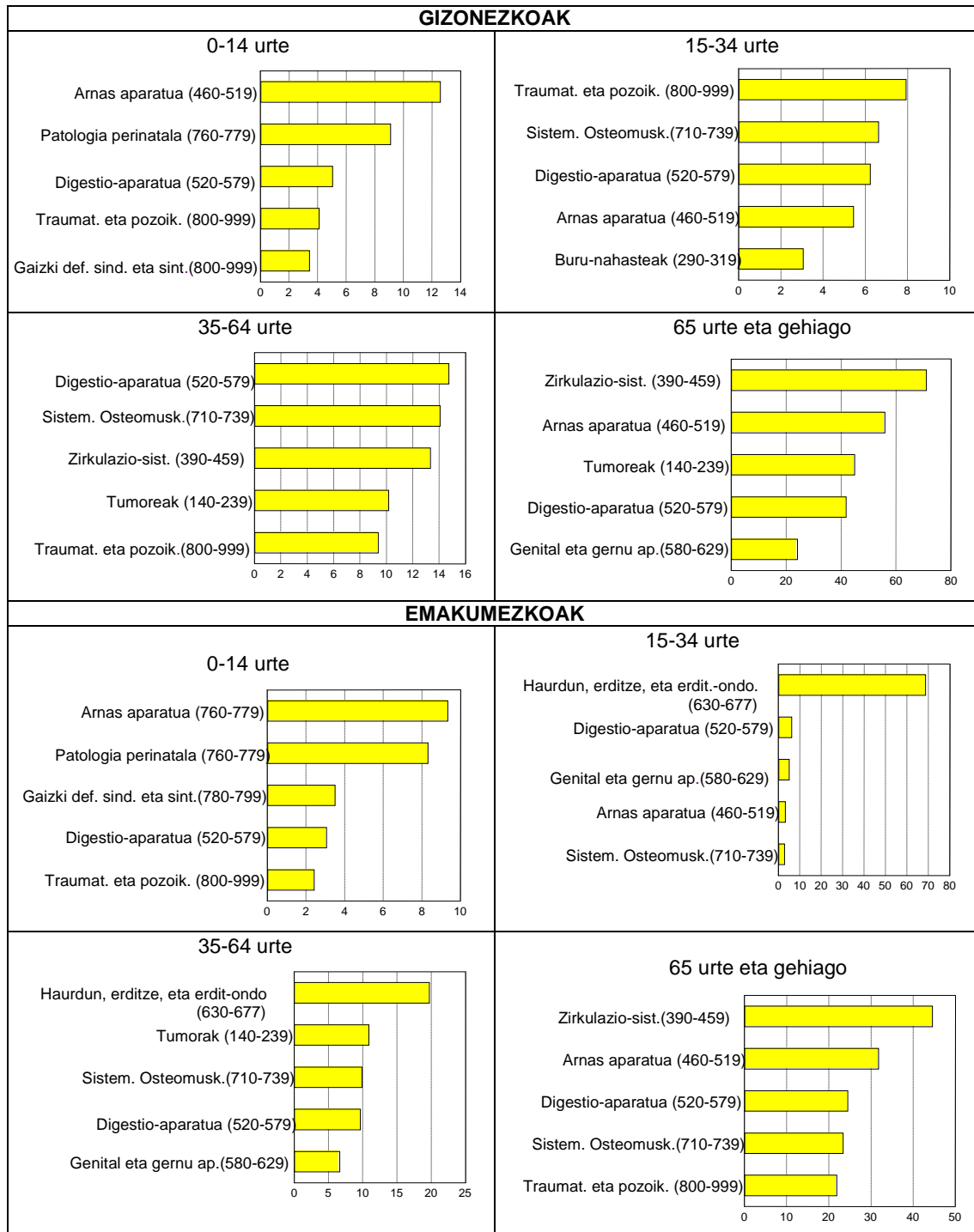
	Emandako dosien estimazioa*	Txertatu beharreko haurrak	Estaldura (KT %95)
BCG	6353	6872	92,4 (93,1- 91,8)
DTP+P+Hib+HB+mening.C 1	6748	7202	93,7 (93,1- 94,3)
DTP+P+Hib+HB+mening.C 2	6748	7247	93,1 (92,5 - 93,7)
DTP+P+Hib+HB 3	6748	7318	92,2 (91,6 - 92,8)
Mening. C3	6763	7333	92,2 (91,6 - 92,8)
Hirukoitz birikoa1	7157	7333	97,6 (97,2 - 97,9)
DTP+P+Hib 4	7055	7490	94,2 (93,7 - 94,7)
Hirukoitza birikoa2	7157	7494	95,5 (95,0 - 96,0)
DTPa	6628	7257	91,3 (90,7 - 92,0)
Barizela	1376	6462	21,3 (20,3 - 22,3)

- *Estimazioa egiteko, osasun-zentroetara banatutako dosiak hartu dira kontutan.

OSPITALETAKO ERIKORTASUNA (2011)

2011. urtean, EAEko ospitaletan (publiko zein pribatu), guztira, 81.995 alta eman dira ohiko ospitaleratzearen ondoren. Hor sartzen dira egun bat edo gehiagoko egonaldiak, eta egun bat baino gutxiagoko larrialdiko ospitaleratzeak ere bai. Tasa gordinaren 116,6/1.000 biztanleko esan nahi du horrek. Alta horietatik, 40.358 gizonzkoenak ziren (117,1eko tasa, 1.000 biztanleko) eta 41.597 emakumezkoenak (116,3ko tasa, 1.000 biztanleko). Alde batera uzten baditugu haurdunaldiaren, erditzearen eta erditze-ondokoaren ondorioz emandako ohiko altak, ikusten da emakumezkoen tasak behera egin duela (93,0/1.000 biztanleko).

Ohiko ospitaleratzeen kausa nagusiak, adin-taldeka eta sexuka, Gipuzkoako egoiliarretan (tasa/1.000 biztanleko). EAEko ospitaleak. DGOM 2011.



Tasak, mila biztanleko

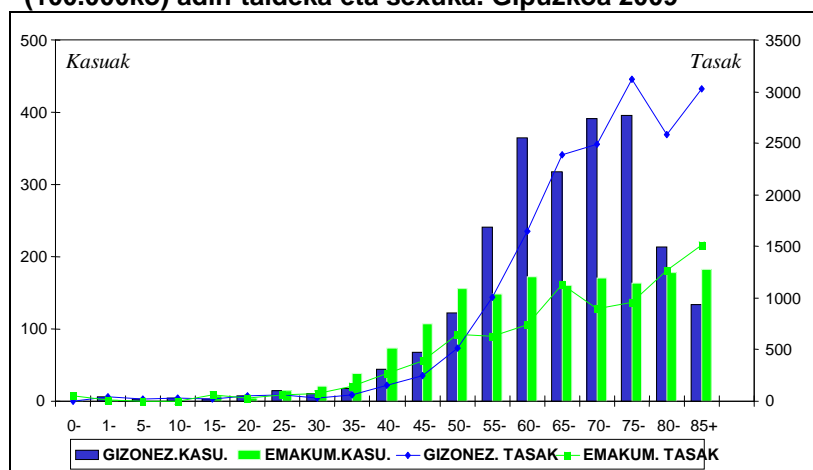
GAIXOTASUN EZ TRANSMITIGARRIAK

❖ Minbizia

Minbizia da mundu-mailako osasun-arazo nagusienetako bat. Gaixotasun kardiobaskularrek, soilik, hartzen diete aurrea. Hura zaintzeko bi informazio-iturri erabiltzen dira, oso baliozkoak kalitatearen eta erabilgarritasunaren aldetik: Heriotza-erregistroa eta minbiziaren populazio-erregistroa. Azken horrek Donostia Ospitaleko, Onkologia Institutuko eta Osasun Publikoko Zuzendariordetzaren arteko lankidetzari esker funtzionatzen du Gipuzkoan. Tumore gaizto inbaditzaile eta "in situ" guztiak erregistratzen dira (kartzinoma epidermoideak eta larruazaleko basozelularrak izan ezik), baita lau tokitako (maskuria, obarioak, nerbio-sistema zentrala eta tumore kartzionioideak) gaixotasun ezezagunekoak ere, eta nerbio-sistema zentralako tumore onberak ere bai. Intzidentzia deskribatzeko, tumore gaizto inbaditzaileak bakarrik zenbatu dira.

2012. urtean, 3.934 tumore gaizto inbaditzaile erregistratu ziren, 2009an Gipuzkoan bizi ziren lagunetan diagnostikatutakoak. Intzidentzia gordinaren tasa, urte hartan eta gizonezkoetan 687koa izan zen, urteko 100.000 laguneko, eta 450ekoa emakumezkoetan. Arrisku metatua, 0tik 75 urte bitartean, % 44koa gizonezkoetan eta %25ekoa emakumezkoetan. Erregistroaren kalitatearen adierazleei dagokienez, maila onean daude.

Minbiziaren intzidentzia: Kasu eta tasa espazifikoak (100.000ko) adin-taldeka eta sexuka. Gipuzkoa 2009



Intzidentzia-tasak paraleloan doaz gizonezko eta emakumezkoetan 25 urtera arte; 25etik 50 urtera bitartean, handiagoak dira emakumezkoetan; eta 50etik aurrera, berriz, izugarri igotzen dira gizonezkoetan; eta diferentzia asko handitzen da adin-taldearen arabera kasu eta tasa espazifikoetan, gizonezkoen eta emakumezkoen artean.

Diagnosia egitean zuten adinaren batez bestekoa 67,3 urtekoa da gizonezkoetan eta 65, 2 emakumezkoetan, eta desberdina da tumoreen tokien arabera.

2009an diagnostikatutako hamar tumorerik ugariena

GIZONEZKOAK		%	ZENBAT GAR.	%	EMAKUMEZKOAK	
C61	Prostata	23,8	1º	27,3	Bularra	C50
C18-C21	Kolon, ondeste eta uzkia	16,3	2º	13,6	Kolon, ondeste eta uzkia	C18-C21
C33-C34	Trakea-bronkio-birika	12,6	3.	6,6	Umetoki-gorputza	C54-C55
C65-C68	Maskuria-ureterra, beste org.	8,5	4.	5,3	Trakea, bronkioak, birikak	C33-C34
C42	Sistema hematopoi. eta SER	5,3	5.	5,2	Sist. hematopoietikoa	C42
C00-C14	Ezpainak, ahoa, faringea	4,2	6.	4,8	Tiroide-guruina	C73
C16	Urdaila	3,8	7.	4,0	Pankrea	C25
C64	Giltzurruna	3,8	8.	3,3	Urdaila	C16
C22	Gibela, gibel-barneko behazun hodiak	3,3	9.	2,7	Obulutegia	C56
C32	Laringea	2,9	10.	2,6	Leku primario ezezaguna	C80

2009ko tumorerik ugariena prostatakoa (gizonezkoetan) eta bularretakoa (emakumezkoetan) izan dira; eta ondoren, kolon-ondestekoak, bai gizonezko, bai emakumezkoetan. Banaketa aldatu egiten da adinaren arabera. Haurretan, leuzemiak dira tumorerik ugariena. 15etik 29 urtera bitartekoetan, berriz, barrabiletakoak (gizonezkoetan) eta tiroide-guruinekoak (emakumezkoetan) hartzen dute lehenengo tokiak, Hodgkinen gaixotasunak jarraitzen diela. 30 urtetik aurrera, emakumezkoetan bularretakoa da tumorerik ugariena, eta atzetik ditu koloneko eta ondesteko minbizia. Gizonezkoetan, biriketako minbizia dago lehenengo tokian 30-49 urte bitartean, eta 50etik aurrera prostatako tumoreak dira ugariena, eta, horren atzetik, koloneko eta ondestekoak.

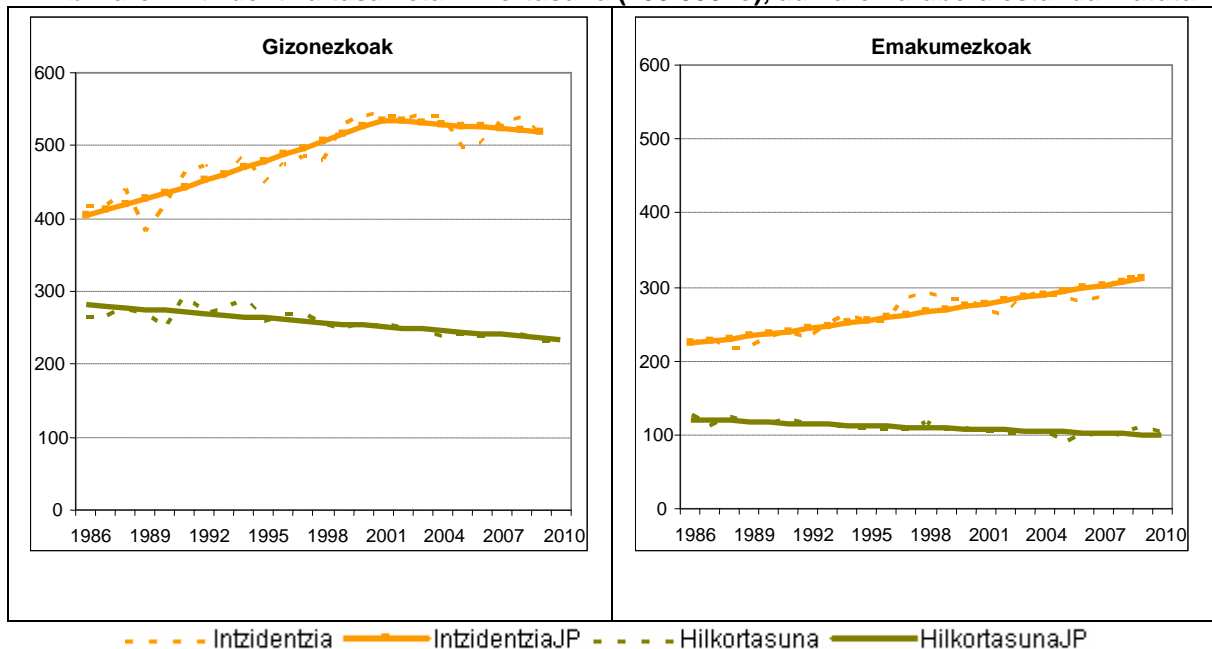
MINBIZIAEN BILAKAERA INTZIDENTZIA (1986-2009) ETA HILKORTASUNA (1986-2010)

Aldi horretako intzidentziaren bilakaera aztertzeko —tumore guztietan eta tokirik ugarieneko tumoreetan—, egutegiko denbora erabiltzen da eta grafikoki azalduta dator, urteka, abszisa-ardatzean, eta adinkako tasa estandarizatuak —europako populazio estandarren arabera— sexu bakoitzerako, ordenatu-ardatzean. Joera aztertzeko, JoinPoint (JP) log linealeko erregresio-eredu bat erabili zen; horrekin zenbatetsi daitezke urteko portzentaje aldaketa (PCA) eta joeren inflexio-puntuak, halakorik balego.

Sartu ditugun bi hamarralditan, Gipuzkoan bizi direnei diagnostikatutako kasu berrien kopurua 2.000 izatetik 3.950 izatera pasa da. Igoera hori tasa gordinetan ere ikusten da, eta ez da hain nabarmena adinaren araberrako tasa estandarizatuetan. Bestalde, minbiziak jotakoen heriotza-kopuruak gora egin du 25 urteetan, intzidentziak bezalaxe, 1.230 heriotza izatetik 1.752 izatera igaro baitira 1986tik 2010era bitartean. Adinkako tasa estandarizatuak, aldiz, beherakada jasan dute, eta garai horretako pronostikoen hobekuntza islatzen dute.

Intzidentzian eta hilkortasunean, azken bi hamarkadetan gertatutako aldaketak desberdinak dira sexuaren arabera. Gizonezkoetan, igoera esanguratsua izan du, 1986 eta 2001 artean, adinaren arabera estandarizaturako intzidentziak, prostatako minbiziaren gorakadaren ondorioz, gerora jaitsi egin bada ere (ez da esanguratsua). Emakumezkoetan, aldiz, gorakada ikusi da aldi osoan zehar. Bestalde, hilkortasunak behera egin du gizonezko nahiz emakumezkoetan.

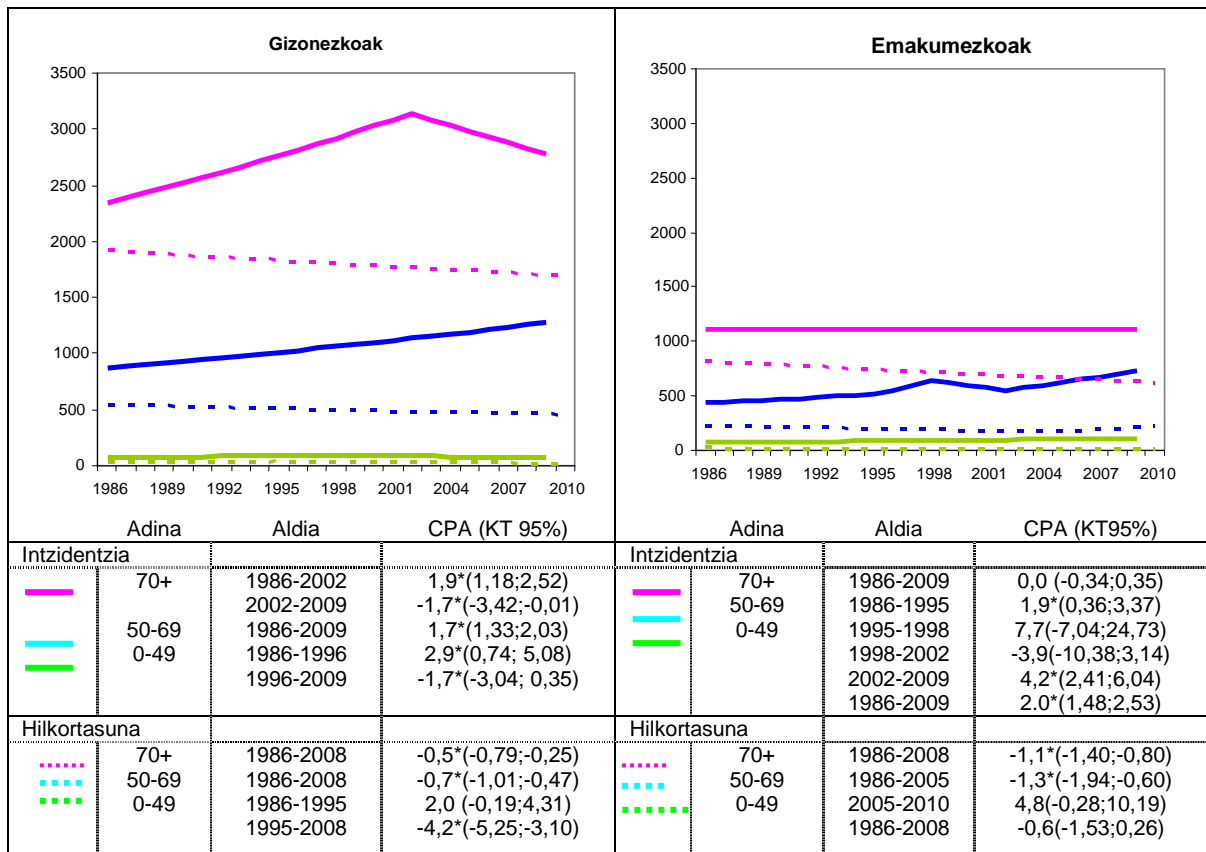
Minbiziaren intzidentzia-tasak eta hilkortasuna (100.000ko), adinaren arabera estandarizaturak



Minbiziaren bilakaera adin-taldeka

Ikusi diren aldaketak desberdinak dira adinaren arabera. 70 urteko edo gehiagoko gizonezkoetan igoera esanguratsu bat gertatu da intzidentzia-tasetan (urteko %1,9) 1986 eta 2002 artean, eta, ondoren, %1,7 jaitsi da. Hilkortasuna, berriz, urteko %0,5 jaitsi da aldi horretan. 50-69 urte bitarteko gizonezkoetan, %1,7 igo zen intzidentzia eta %0,7 jaitsi, berriz, hilkortasuna, aldi guzian. Gazteenen artean, urteko %2,9ko igoera ikusi zen 1986 eta 1996 bitartean, hilkortasunaren igoera ez esanguratsurekin 1986 eta 1995 artean, eta, gerora, beherakada bat: %1,7, intzidentzian eta %4,2, hilkortasunean. Emakumezkoetan, ez da aldaketarik ikusi intzidentzian, eta hilkortasunak %1,1 egin du behera 70 urteko eta zaharragoetan. 50-69 bitarteko emakumezkoetan, intzidentziaren % 1,9ko igoera esanguratsua ikusten da urteko, 1986 eta 1995 urte bitartean, eta, ondoren, goraldi bat egon zen, igoera eta jaitsiera ez-esanguratsua zian zuena, eta urteko %4,2ko igoera 2002tik aurrera. Hilkortasunak %1,3ko beherakada bat izan zuen 1986-2005 urte bitartean, eta, ondoren, esanguratsua izan ez zen igoera bat, adin-talde horretan. Gazteenen artean, urteko %2 igo zen intzidentzia, eta hilkortasunean, ez zen aldaketa esanguratsurik egon.

Minbiziaren intzidentzia-tasak eta hilkortasuna (100.000ko), adinaren arabera estandarizatuta, adin-talde handitan.



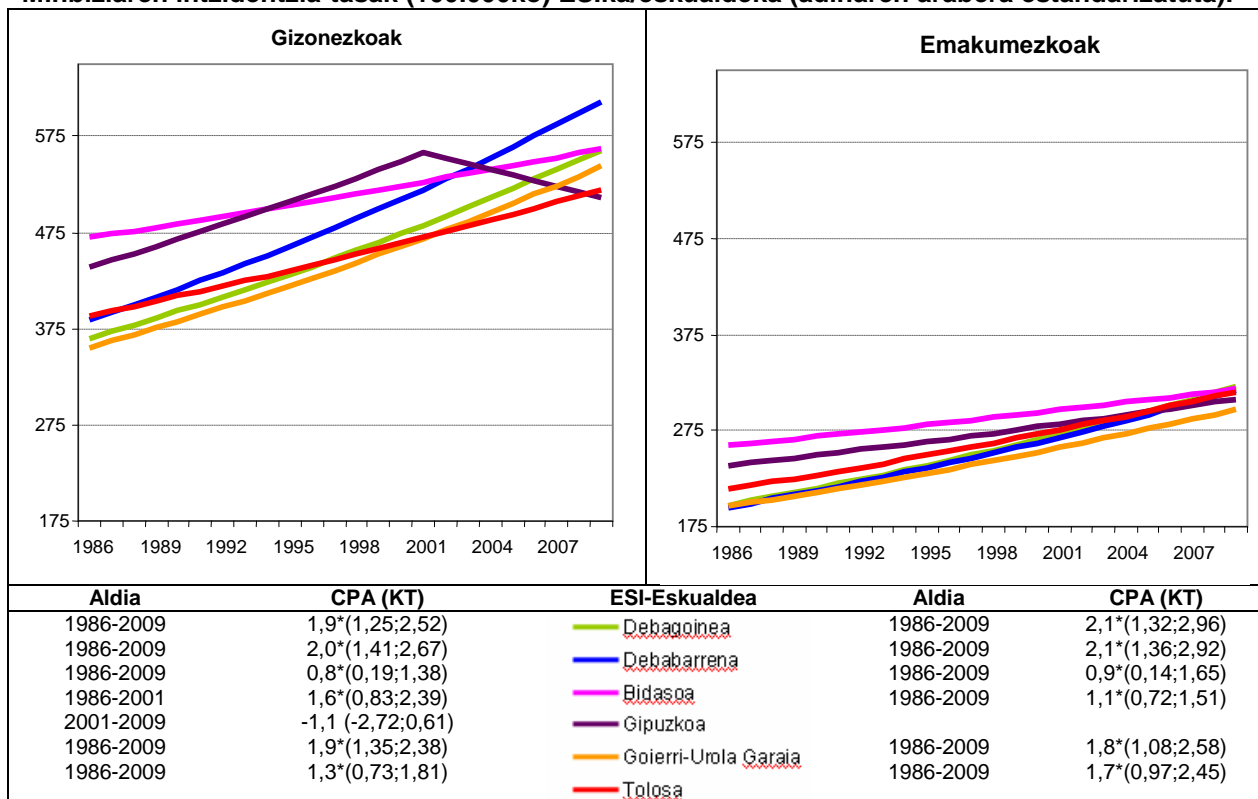
*estatistikoki esanguratsua; CPA= urteko ehuneko-aldaketa

Minbiziaren bilakaera, eskualdeka

Intzidentziaren bilakaeran badira desberdintasunak eskualdeka. Desberdintasunak ikusten dira hasierako intzidentzia-tasetan eta denboran zeharreko bilakaeran. Gipuzkoa eskualdeko bilakaeraren eredu eta lurralde osorako azaltzen denaren oso antzekoa da. Debagoienan eta Goierri-Urola Garaian hasierako tasak eta bilakaera oso antzekoak izan ziren; emakumezkoetan, hasierako tasak eta bilakaera ia berdina dira Debagoienan eta Debabarrenan, igoerarik handiena azterketa garaian izanik, Debabarreneko gizonezkoekin batera. Bidasoako eskualdean, erdi mailako igoera bat ikusten da tasetan, nahiz eta hura izan tasarik handienekin habiatu zen eskualdea. Oro har, bat etortze bat ikusten da gizonezkoen

intzidentzia-tasetan, azken denboraldian; ziurrenez, 90eko hamarkadan ikusitako igoeran beherakada edo moteltze bat gertatu delako, Debarrenean izan ezik. Emakumezkoetan, berriz, bat etortze hori (bai baitago) intzidentziaren gorakadaren —handiagoa edo txikiagoa— ondorio da, baina konstantea izan da eskualde guztietan.

Minbiziaren intzidentzia-tasak (100.000ko) ESIka/eskualdeka (adinarean arabera estandarizatuta).



*estatistikoki esanguratsua; CPA= urteko ehuneko-aldaketa

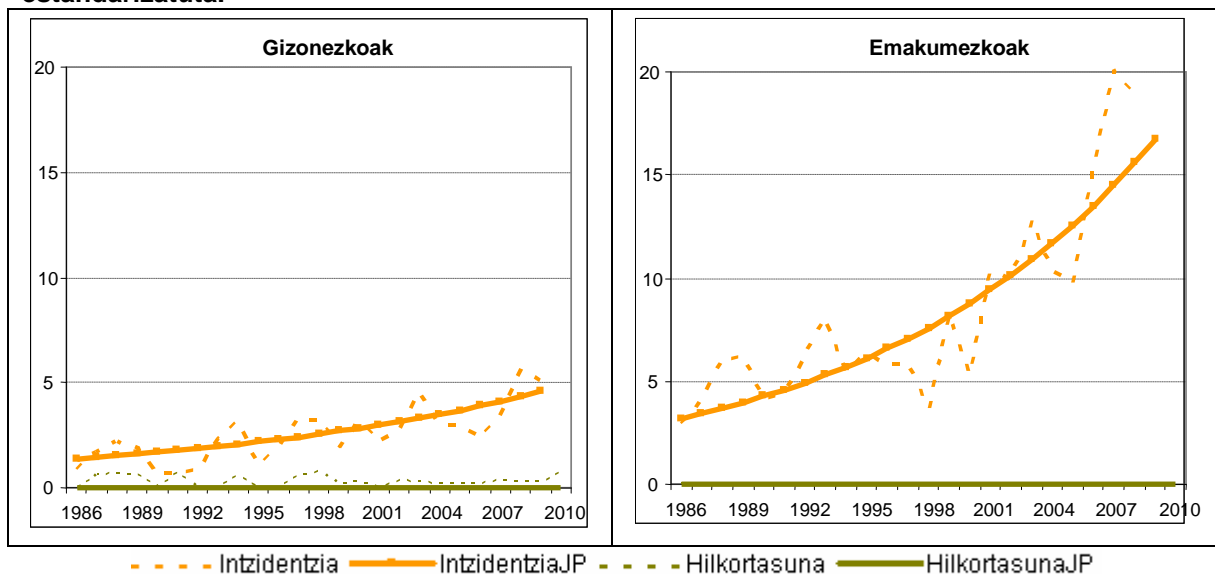
Kokapen espezifiko batzuk.

Ugarien azaltzen diren tumoreen bilakaera azaldu izan da aurreko urteetan. Ez da funtsezko aldaketarik egon tumore horien joeran. Hala ere, hain ugariak ez diren beste tumore batzuek igoera handia izaten ari dira azken hamarkadetan, eta, beraz, sartzea erabaki da.

2012an, EAEko Minbiziaren Herriz Herriko Atlasa egin da eta eskuragarri dago Osasun sailaren web-orrian: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkvgi05/es/contenidos/informacion/epidemiologica_publicaciones/es_epidemi/adjuntos/Atlas%20del%20Cancer.pdf. Atlas horrek zenbait minbiziren intzidentzia handia daukaten udalerrri edota eremuak identifikatzen lagundu du. Minbizi horiek, besteak beste, larruzaleko melanoma eta tiroideko minbizia dira eta Gipuzkoan intzidentzia handia izateagatik nabarmentzen dira.

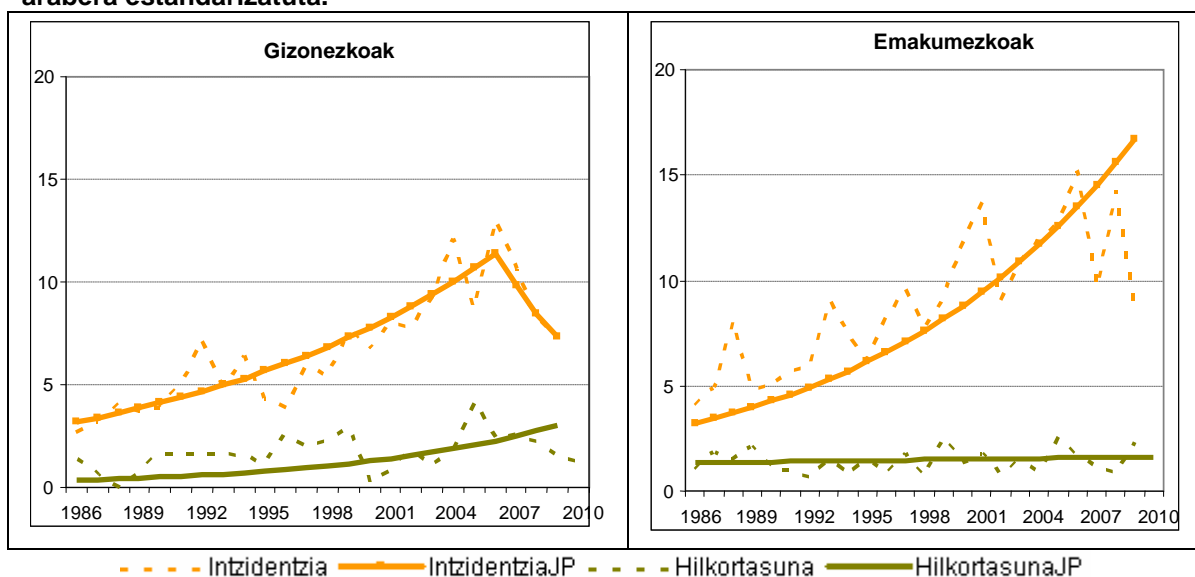
Tiroideko minbizia (C73) ugariagoa da emakumezkoetan; seigarrena, hain zuzen, maiztasunean. Gizonezkoetan, 21 kasu diagnostikatu ziren 2009an, 100.000 biztanleko 6,1eko tasa gordinarekin, eta, urteko, tasa estandarizatuaren %5,4ko igoerarekin. Emakumezkoetan, 76 kasu ikusi ziren 2009an, 100.000 biztanleko 21,5eko tasa gordinarekin, eta, urteko, tasa estandarizatuaren %57,5eko igoerarekin. Ez da aldaketa esanguratsurik behatu hilkortasunean.

Tiroideko minbiziaren intzidentzia-tasak eta hilkortasuna (100.000ko), adinaren arabera estandarizatuta.



Larruazaleko melanoma (C43) ere ugariagoa da emakumezkoetan. Gizonezkoetan, 32 kasu diagnostikatu ziren 2009an, eta emakumezkoetan, 40. Intzidentziaren tasa estandarizatuak urteko %6,6 igo ziren 2006ra bitartean, beherakada ez-esanguratsu bat egon bazen ere gerora; eta emakumezkoetan, berriz, %4,2, 1986-2009 aldian. Ez da aldaketa esanguratsurik ikusi hilkortasunean.

Larruazaleko melanomaren intzidentzia-tasak eta hilkortasuna (100.000ko), adinaren arabera estandarizatuta.



HILKORTASUNA OROKORRA (2010)

2010ean, 6.130 heriotza gertatu ziren Gipuzkoan; horietatik 3.131 (%51,07) gizonezkoak izan ziren eta 2.999 (%48,93), emakumezkoak. Heriotza-tasa orokorra, 100.000 biztanleko, 879,30koa izan zen: 914,82 gizonezko eta 845,01 emakumezko, 100.000ko

Europako populazioko adinaren arabera estandarizatutako tasa, 100.000ko, 458koa izan da: 620 gizonezkoentzat eta 335,3 emakumezkoentzat.

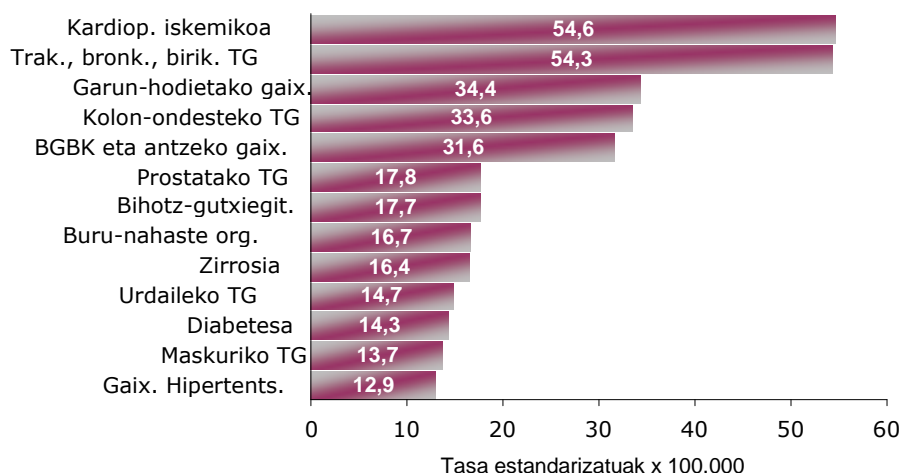
Haurren heriotza-tasa (< urtebete), 2010ean, bizirik jaiotako 100.000ren artetik, 2,9 heriotzakoa izan da: 2,1ekoa mutikoetan eta 3,7koa neskatuetan Garai perinataleko (hilda jaiotakoak eta jaio eta lehenengo astera hildakoak) heriotza-tasa, jaiotako guztien 1.000ren artetik, 6,4koa da: 7,3koa mutikoetan eta 5,4koa neskatuetan.

Hilkortasun proportzionala eta heriotza kausa nagusiak

Populazio osoarentzat, 2010eko heriotzen lehenengo kausa tumore gaiztoak izan ziren; gertatutako heriotza guztien %29,1 izan baitziren. Zirkulazio-sistema izan zen bigarren kausa, heriotzen %28,6rekin, eta arnas sistemako eritasunak, hirugarrena, heriotzen %9,3rekin.

Heriotza-kausak nagusiak eta heriotza-tasak desberdinak dira gizonezkoentzat eta emakumezkoentzat. Gizonezkoen artean, kausa nagusiak kardiopatia iskemikoa eta bronkio eta biriketako tumore gaiztoa izan ziren, 54,6 eta 54,3ko tasekin, 100.000 biztanleko.

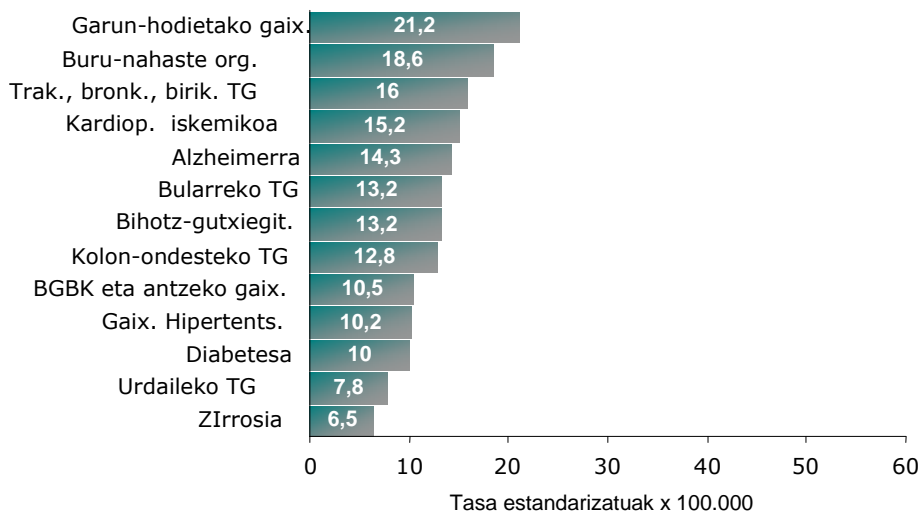
Heriotza-kausak nagusiak, gizonezkoetan. Gipuzkoa 2010



Ondotik jarraitzen die garun-hodietako gaixotasun, kolon eta ondesteko tumore gaizto, eta BGBK-k eta kideko gaixotasunek,

Emakumezkoen artean, heriotzaren lehenengo kausa garun-hodietako gaixotasunak izan ziren, eta buruko nahaste organikoak, bigarren kausa, 100.000 biztanleko 21,2 eta 18,6ko heriotzekin, hurrenez hurren.

Bronkio eta biriketako tumore gaiztoa hirugarren kausa da, jada, kardiopatia iskemikoaren aurretik; eta Alzheimeren gaixotasuna kokatu da, berriz, bularreko tumore gaiztoaren, bihotz-gutxiegitasunaren, eta kolon eta ondesteko tumore gaiztoen aurretik.

Heriotza-kausa nagusiak, emakumezkoetan. Gipuzkoa 2010**Hilkortasun goiztiarra**

Adin gazteetako hilkortasun-inpaktua neurtzeko Galdutako Bizitza Urte Potentziala (GBUP) erabiltzen da. Adierazle horrek adinarekiko alderantzizko erlazioan haztatzen ditu heriotzak; adin gazteetan ematen diren intzidentzia handiko kausek garrantzi handiagoa hartzen dutela. Gipuzkoan, 2010ean edozein heriotza-kausagatik galdutako bizitza-urte potentzialak, 70 urtez azpikoen artean, 18.352 urte izan dira: gizonzkoen artean galdutako urte kopurua 11.801ekoa izan da, emakumezkoetan, berriz, 6.551koa. GBUPren lehenengo kausak ezberdinak dira gizonzkoetan eta emakumezkoetan. Gizonzkoetan, lehenengo kausa trakeako, bronkioetako eta biriketako tumore gaiztoa izan da, Europako populazioaren arabera estandarizatutako 8,0ko tasarekin 1.000 biztanleko; kardiopatia iskemikoa, 7,1eko tasarekin, 1.000ko. Emakumezkoetan, heriotzarik goiztiarrena trakeako, bronkioetako eta biriketako tumore gaiztoari eta bularreko tumore gaiztoari zor zaio, 1.000 biztanleko 3.9ko eta 3.7ko tasekin, hurrenez hurren.

IKERKETA EPIDEMIOLOGIKOAK

❖ Gripearen birusa eta Asma okerragotzeak (AD)

Sarrera;

Asma, arnas bideen hanturazko gaixotasun kronikoa, munduko gaixotasun kronikorik ohikoena da eta haren prebalentzia handitzen ari da, bereziki, umeetan (1). Gure ingurunean, haurren eta nerabeen (2) arteko gaixotasun kronikorik ugarienez hartzen da, eta haurren %5i eta helduen (3) %10i erasaten dio.

Asma-sintomen arrisku-faktore ohikoenak hauek ditugu: alergenoen eraginpean egotea, laneko substantzia narritatzaileak, tabako-kea, birusek eragindako arnas infekzioak, ariketa, emozio gogorak, narritatzaile kimikoak eta drogak.

Asma-krisi akutuetan gehien eragiten duten birusak rinobirusak, koronabirusak, VRS eta gripearen birusa ditugu.

Gure helburua asmaren eta gripe-birusaren arteko lotura aztertzea izan da.

Materiala eta metodoa:

Ikerketa-populazioa EAEkoa izan da, batez besteko 2.100.000 biztanlerekin, ikerketa-garai guztirako: 1998-2010.

EAEko ospitale guztietako asma krisi akuetak aztertu dira (GSE-9: 493 lehenengo diagnostikoan), DOGM (Datuen Gutxienezko Oinarrituko Multzoa) baliatuta.

Gripearen birusaren eragina Gripearen Jagole Sareko intzidentzia-tasen bidez neurtu da.

Aparte aztertu da pediatria-adineko (<15) eta helduaroko (≥ 15) aldagaien artean dagoen erlazioa.

Lotura hori aztertzeko, Pearson-en korrelazio-koefizientea erabili da.

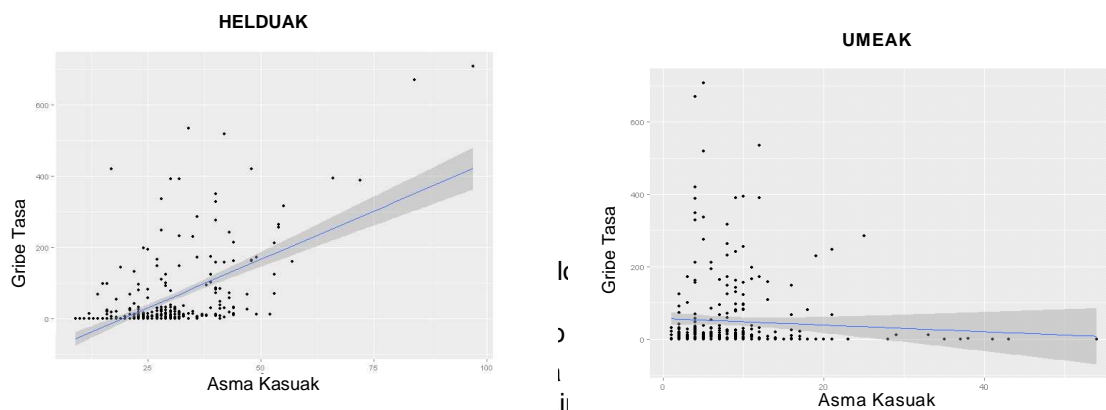
Emaitzak:

Azterketaldian, ADren ondorio izan diren ospitaleko 24.631 alta erregistratu dira, 89,52 gertaera, 100.000 biztanleko: 67,1 gizonezko eta 110,9 emakumezko. 15 urtez azpikoaren arteko tasa 179,3 gertakari 100.000 laguneko izan da, eta helduen artean, berriz, 76,9 gertakari.

Urtarrila izan da asmak jotako ospitaleratzetik ugarienezko hilabetea (%11,8) eta, ondoren, abendua (%11,3) eta iraila (%10,5). Maiztasunik handiena neguko hilabeteetan izan da helduei dagokienez, baina, haurretan, udazken hasieran gertatu dira kasurik gehienak.

Gripe-epidemiak azarotik otsailera bitartean gertatu izan dira –2009an gertatutako pandemia izan ezik– eta tasak aldakorrak izan dira, < 100 eta > 800 kasu bitartean, 100.000 biztanleko.

Bi aldagaien arteko korrelazioa da $p: < 0.0001$; $kor=0.582$ (0.503, 0,651) helduetan eta $p: 0.2877$; $kor= -0.060$ (-0.170; 0.051) 15 urtez azpikoetan.



Ondorioak:

Gripearen birusak asma areagotzerekin daukan lotura ez da berdina haurretan eta helduetan. Helduetan, badago korrelazio positibo sendo bat estatistikoki esanguratsua dena, eta haurretan, berriz, korrelazioa negatiboa da eta oso ahula.

Emitza horiek komunztatuta daude haurren eta helduen asma krisi akutuek azaltzen duten urtaro-desberdintasunarekin; beraz, badirudi hainbat modutan erantzun dakiokela eragile desberdinei.

Bibliografia:

1. Global initiative for asthma(GINA) global strategy for asthma management and prevention.Updated 2012.
2. Osasun Saila. EAEko Osasun Inkesta ESCAV'07.
3. Osakidetza. Guía de Práctica Clínica sobre Asma. Osakidetza-Euskal Osasun Zerbitzua, 2005.

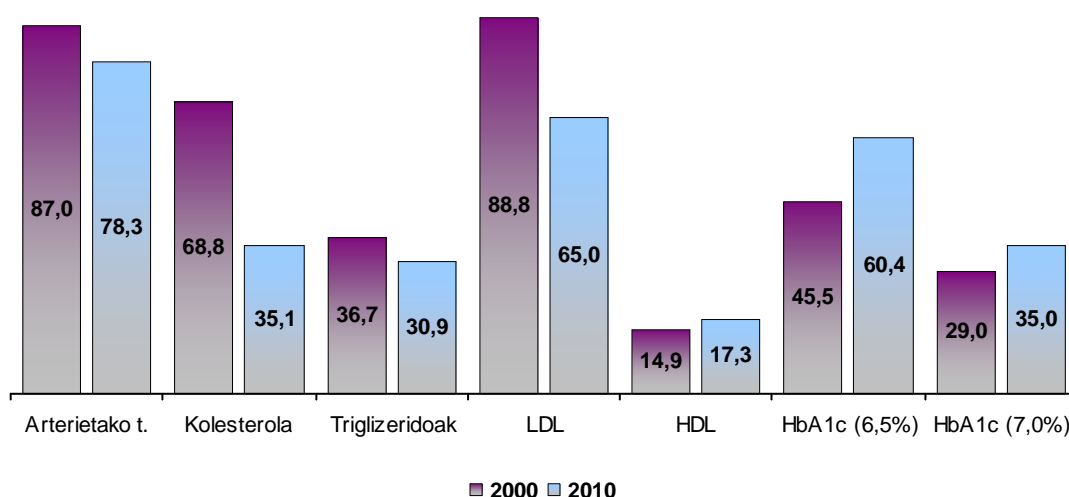
❖ 2. Motako Diabetes Mellitus-en jarraipen ikerketa lehen mailako arretan.

EAEko Mediku Jagoleen Sareak, 2. motako diabetes mellitusa ikertu du lehen mailako arretan 2000-2010 bitartean, 777 pazienteren artean: 410 gizonezko eta 367 emakumezko. Batez besteko adina, diagnosia egitean, 65,3 urtekoa izan zen gizonezkoetan, eta 65,9koa, emakumezkoetan.

Ikerketak iraun duen bitartean egindako jarraipenetan, hiru alderdien eboluzioa aztertu da: arrisku kardiobaskularren faktoreak, gaixotasunaren konplikazioak eta tratamendua.

Tratamendua bete den edo ez ere aztertu da, baita pazienteak bere osasun egoeraz duen pertzepzioa ere, eta lehen mailako arretako eskariak, ospitaleratzeak eta heriotzak ere bai.

Arrisku faktoreen eboluzioa (%) jarraipenean zehar (2000-2010)



Arrisku faktoreak

Arrisku faktoreen artean, modu esanguratsuan egin dute onera presio arterialak, kolesterol totalak, triglizeridoek eta LDLk. Okerrera egin dute, berriz, HDLk ($p=0,258$) eta HbA1c-k ($p=0,001$), \geq %6,5 baloreetarako. Erretzaileen ehunekoak behera egin du, %16,1etik %8,3ra, bereziki, gizonezkoengatik; obesitateak ere behera egin du, %44,7tik %42,7ra, eta sedentarismoak, %38,3tik %37,3ra.

Konplikazioak

Gaixotasun koronarioen 118 kasu erregistratu dira; horrek, 21,6 kasuko intzidentzia-dentsitatea adierazten du, urteko mila laguneko. Intzidentzia handiagoa egon zen emakumezkoetan, baina gizon eta emakumeen arteko intzidentzia-ratioa 0,9 ($p=0,400$) izan zen; beraz, ez esanguratsua. Emakumeak gizonezkoak baino 6,1 urte zaharrago ($p=0,001$) ziren gertaera koronarioa izan zutenean, eta hori alde esanguratsua da.

Garun-hodietako istripuetan, 14,6 kasuko intzidentzia egon zen, urteko mila laguneko. Tasak begiratura, sexuen arteko desberdintasunak ez dira esanguratsuak izan, bai, ordea, batez besteko adina. Emakumeek 79,4 urterekin izan zuten jazoera, hau da, gizonezkoek baino 5,1 urte beranduago. Gaixotasun arterial periferikoaren tasa 12,3 kasukoa izan zen eta batez besteko adina 71,8koa. Sexuen arteko desberdintasunak ez ziren esanguratsuak izan.

Jarraipenean zehar, gaixotasun kardiobaskularraren intzidentzia 38,7koa izan zen, urteko mila laguneko, eta batez besteko adina 72,5 urtekoa. Nefropatiaren intzidentzia-tasa 37,5koa izan zen, neuropatiarena, 41,8koa eta retinopatiarena 23,3koa. Batez besteko adinak, hurrenez hurren, ondorengoak izan ziren: 70,3, 70,1 eta 69,7.

Tratamendua

Ahotik hartzen diren diabetesaren aurkako botika edo/eta insulina hartu zuten pazienteen kopurua %49,1 igo zen jarraipenean zehar; sulfonilureen erabilera jaitzi egin zen, metforminarena, berriz, igo, baita bi farmakoen konbinatuen erabilera ere.

2003an, pazienteen %62,9k hartzen zituen antihipertentsiboak, eta 2010an, %75ek. Ikerketaren amaieran, gorakada nabaritu zen konbinatuta eman ziren farmako antihipertentsiboetan. Izan ere, pazienteen %61,2k bi antihipertentsibo edo gehiago behar izan zituen.

Hipolipemianteei dagokienez, estatinareen erabilera %12,2 igo zen 2003 eta 2010 urte artean, baina fibratoen eta bi horien (estatina eta fibratoak) arteko konbinaketan ehunekoak ez zuen ia aldaketarik jasan. Antiagreganteen erabilera %15,4tik %35,9ra igaro zen.

Tratamenduaren betetzea eta lehen mailako arretako eskaria

Jarraipenaren amaieran, pazienteen %65,3k bete zituen dietari buruzko gomendioak, %85,7k medikazioa hartzen zuen, pazienteen %29k bere glukosa kapilarra neurtzen zuen eta %73,6 kontsultara jaten zen diabetesa kontrolatzeko. Urteko kontsulta erregistratuen batez bestekoa 5,6koa izan zen.

Osasun egoeraren pertzepzioa

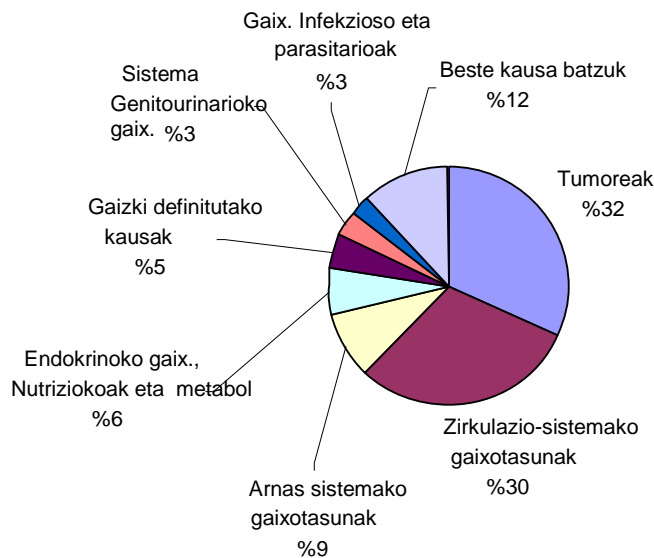
10 urteko jarraipenaren ondoren, datudun kasuen %63,4k uste zuen bere osasun egoera bikaina, ona edo oso ona zela.

Hilkortasuna

10 urteko jarraipenean zehar, 220 heriotza erregistratu dira, eta Europako populazioaren arabera estandarizatutako tasa 1450,52x100.000 izan da. Aldi horretan, populazio orokorraren tasa 983,33koa izan da. EBS 1,475 da (KT: 0,951; 2,288). Zertaz hil den jakin izan dugun kasuen %30ean (64) zirkulazio-sistemakoa izan da kausa (GNS- 10: I-00-I99). Horrek 100.000 biztanleko 407,50eko tasa estandarizatu adierazten du; aldiz, populazio orokorraren tasa 281,18koa izan da garai horretan bertan. EBS 1,449 da (KT 0,597; 3,518).

Diabetikoen arteko hilkortasuna biztanleria orokorrarena baino ia 1,5 aldiz handiagoa izan zen, bai era guztietako kausek eragindako heriotza, bai zirkulazio-sistemako arrazoiek eragindakoa. Dena dela, desberdintasuna ez da estatistikoki esanguratsua.

Paziente diabetikoen heriotza-kausak



❖ EAE-n bizi diren 64 urtetik gorako pertsonek izandako istripuen azterketa epidemiologikoa

Istripuak dira Europar Batasuneko heriotza-eragileen artean laugarrenak. European Network for Safety among Elderly (EUNESE) Partners-en datuen arabera, Europar Batasunean, egunean 15.000 heldu adineko inguruk lesioen bat —tratamendu medikoa eskatu behar izaterainokoa— jasaten duela uste da. Horietatik, 5.500 ospitalera joaten dira eta 275 hil egiten dira; ehunka eta ehunka, berriz, ez dira inoiz etxera itzultzen eta epe luzerako zentro batean sartzen dira.

Istripua ez da kasualitatez gertatzen, faktore indibidual, inguruneko eta sozial anitzen konbinaketaren daitekeen ondorio aurreikusgarria da. Istripuak kontrolatzeko, faktore etiologikoen (inguruneko arriskuak eta portaera arriskutsuak) duten eragina ezagutu behar da eta prebentzio-neurriak hartu; eta oinarritzko betekizuna izango da zainketan inplikaturik dauden alderdi guztientzat.

EAEko adinekoen istripu-tasa neurtzeko eta talde horren istripu-arriskuak gutxitze aldera esku-hartze bat diseinatzeko asmoz, diziplina anitzeko lan-talde bat eratu zen. Ebaluazio hori egiteko, populazio-azterketa bat jarri zen martxan hauxe lortzeko:

- EAE n bizi eta instituzioren baten sartu gabeko 64 urtetik gorakoen istripu-intzidentzia zenbatekoa den jakitea.
- Istripu-tasan eragiten duten arrisku-faktoreak zein diren jakitea.
- Arrisku indibidualaren profil bat lantzea, istripua izan dutenen ezaugarri kliniko eta epidemiologikoekin.

Materiala eta metodoa;

2012ko otsailaren 15etik 2013ko otsailaren 14ra bitartean, 44 taldek osatutako jagole-sare batek jarraipena egin die 64 urtetik gorako lagunei. EAEko osasun-zentroetako lehen mailako arretako mediku eta erizainak ziren talde horietako kideak. Zainketa aktiboaren pean egon den populazioa 15.463 lagunekoa izan da, 64 urtetik gorakoa eta instituzioren batean sartu gabekoa. Honela daude banatuta lurraldeka: %16 Araban, %41 Bizkaian eta %43 Gipuzkoan.

Kasua definitu zen: Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) egoiliarra, 64 urtetik gorakoa, zainketa-garaian "identifikatzeko moduko gorputzeko oinaze bat eragin zuen aurrez pentsatu gabeko gertakari bat" izan zuena.

Beste arrazoi batengatik kontsultara joandako 64 urtetik gorako pazienteei galdetu zitzairen ea istripurik izan zuten azterketa-garai horretan.

Baztertzeko irizpideak:

-Egoitza publiko nahiz pribatuetan zeuden pertsonak.

-Jagole-taldeak artatutako pazienteak izan arren, bere kupokoak ez zirenak (beste taldeetatik bidalitakoak)

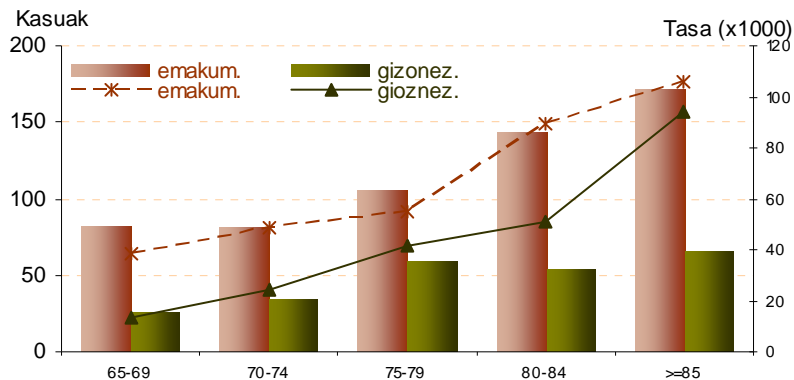
Bakoitzari inkesta bat egiten zitzaion, azterketa horretarako propio diseinatua, eta bertan, istripuari buruzko informazioaz gain, datu soziodemografikoak eta osasun-aurrekariei buruzkoak eta mendekotasunaren balioespenari buruzko informazioa (Barthel-en eskala) jasotzen ziren. Istripuen patologia kronikoari buruzko informazioa ere jaso zen, "Euskadiko Biztanleen Estratifikazioaren datu-base"tik.

Aurretzeko emaitzak (2012ko otsailaren 15etik 2012ko azaroaren 15erako aldia)

Zaintzako lehenengo bederatzi hilabetetan 823 istripu aitortu dira. Horrek esan nahi du, aldi horretako tasa 53,22/1.000 laguneko izan dela.

Istripuen %71 emakumezkoen artean gertatu zen; eta batez besteko adina 80 urtekoa izan zen, bi sexuetan. Intzidentziak gora egiten du adinarekin, eta beti handiagoa da emakumezkoetan.

Aitortutako istripuak, adinaren eta sexuaren arabera. Jagole Sarea. EAE. Otsailak 15 - azaroak 15



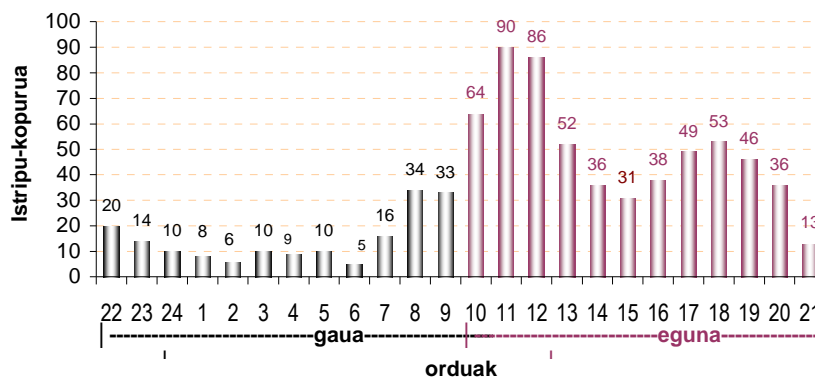
Istripua izan duten emakumezkoen %30 eta gizonezkoen %16 bakarrik bizi zen. Istripua izan zutenen %58 gizona zegoen. Istripua izan zutenen %62 aktiboa zen, %36, sedentarioa eta %2 mugikortasunik gabe zegoen. Jarduera fisikoa gutxitu egiten da adinarekin. Istripuaren aurreko sei astetan hartutako botikei dagokienez, %77k "hiru edo gehiago" hartu zituen, %17k, "hiru baino gutxiago" eta, soilik, %6k ez zuen batere hartzen. %49k psikofarmakoak hartzen zituen. Emakumezkoek (%52) gizonezkoek (%40) baino psikofarmako gehiago hartzen dute.

Mendekotasuna Barthelen eskalarekin neurtu zen. Ez da desberdintasun esanguratsurik ikusten bi sexuen artean. Istripua izan dutenen %57 bere buruaren jabe da; ehunekoa aldatu egiten da, ordea, adinaren arabera, 65-74 urte bitartekoetan %81 izatetik, 85 urte edo gehiagokoetan %33 izateraino.

Istripuari buruzko datuak

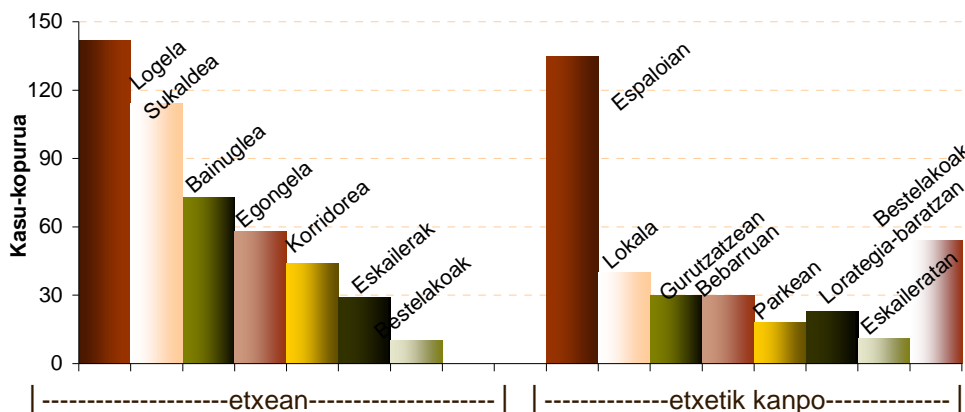
Garaia Kasuen %93an badakigu istripua zer orduan izan zen. Istripu gehien izaten diren orduak goizekoak dira, hamarretatik ordu bietara bitartean. Ordu horietan gertatu da aitortu diren istripuen %38. Beste intzidentzia-igoaldi bat ere egon zen arratsaldeko orduetan, bostetatik zazpietara bitartean, istripuen %20rekin.

**Istripuak geratutako eguneko orduak
Jagole Sarea. EAE. Otsailak 15 – azaroak 15**



Istripu-tokia: Istripuen %57 eragindako lagunaren etxean bertan gertatu da. Etxe-barruan, maiztasunaren arabera: logelan (%30), sukaldean (%24) eta bainugelan (%15). Etxetik kanpo gertatutako istripuen artean %40 espaloian izaten da.

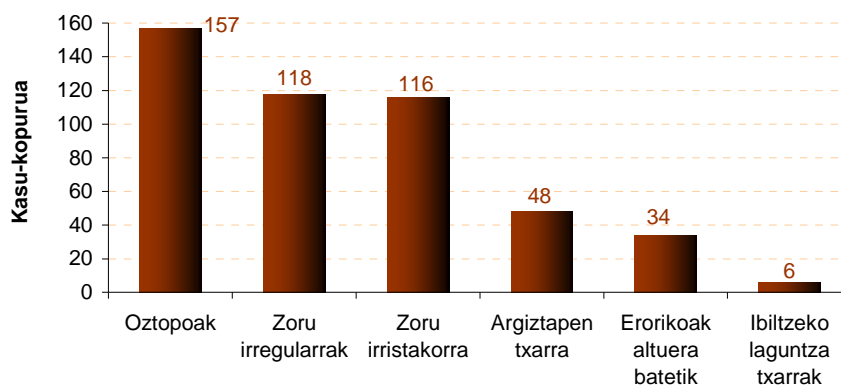
**Istripu-tokia.
Jagole Sarea. EAE. Otsailak 15 - azaroak 15**



Istripu mota: 750 istripu (%91) errikoak izan ziren, 20 (%2,4), erredurak, eta gainerakoak, kolpeak, zauriak eta eztarriko tratatze bat.

Istripua izateko arrazoia: Faktore intrintsekoan artean, gehien aipatu direnak: giarre edo oreka eskasiak eragindako ibiltzeko zailtasunak (%22), zorabioak (%6) eta erortzeko beldurra (%2). Aipatu dituzten beste arrazoi batzuk: oinak/zangoak huts egitea, distantzia gaizki kalkulatzeko eta nahasketa neurologikoak edukitzea (aurreko iktus bat, parkinsona, edo dementzia) Aitortu dituzten kausa estrintseko ugariak hauexek dira: oztopoak, zoru irregularrak, zoru irristakorra eta argiztapen txarra.

**Istripuen kausa estrintsekoak .
Jagole Sarea. EAE. Otsailak 15 - azaroak 15**



Bederatzi zirkulazio-istripu izan dira. Sei kasutan, oinezkoak ziren, eta gainerako hiru istripuetan, hauek izan zuten istripua: kopilotua, gidaria eta txirrindulari bat.

Lesio mota. Lesiorik ugariena makadura izan da (%73) eta, ondoren, haustura (%15), ebakiak/zauriak (%7) eta erredurak (%2).

Gorputzeko tokia. Maiztasunaren arabera: beheko gorputz-adarrak (%40), burua (%30), goiko gorputz-adarrak (%29) eta enborra (%28). Haustura-istripuak toki hauetakoak izan dira: beheko gorputz-adarrak %48 (60), goiko gorputz-adarrak %32 (40), enborra %25 (31) eta burua %5 (6).

Asistentzia-mota: %84 etxean artatu zituzten, %59, kontsultan, %72, ospitaleko larrialdi-zerbitzuetan eta %6,1 ospitaleratu egin zituzten.

Aurreko urtean istripua eduki izanaren aurrekaria. Pazienteen %30ak aitortu duenez, aurreko urtean ere beste istripu bat izan zuten. Aztertutako bederatzi hilabete horietan, 62 lagunek aurreko istripu bat baino gehiago izan zituzten: 50 lagunek, bi istripu, 11 lagunek, hiru eta batek, lau.

Oharrak

EAEn, 64 urtetik gorakoak istripuak ikertzeko abiarazitako jagole-sarea tresna oso erabilgarria da planteatu diren helburuak betetzeko: istripuen intzidentziaren berri jakin, arrisku-faktoreak zein diren jakin, bakoitzak duen arriskuaren profila landu, eta, ondorioz, esku-hartze bat diseinatu populazioko talde horren istripu-arriskuak gutxitu edo murrizteko.

Azpinarratu behar da, jagole-sarearen lankidetzarekin, aukera handia dugula informazio hori eskuratzeko, adinekoengandik oso gertu egoten baitira; eta alderdi soziodemografikoei, osasun-aurrekariari eta istripuei buruz jasotako informazio hori osoa eta zehazta izan dela, proportzio garrantzitsu batean.