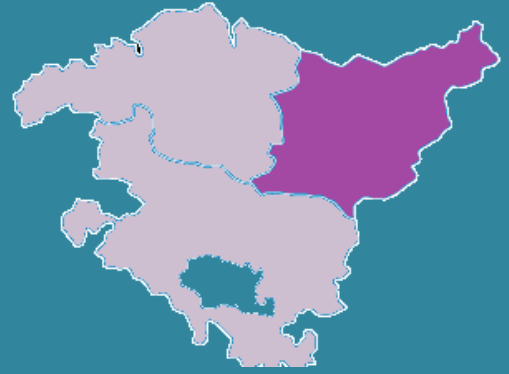


Gipuzkoa



Zaintza

Epidemiologikoko

Unitatea



2018ko memoria

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SALUD

L

AURKIBIDEAOrrialdea

1	Sarrera	4
	Laburpena	5
2	Gaixotasun transmitigarriak	8
	- Aitortu beharreko gaixotasunak	8
	- EAEko Informazio Mikrobiologikoko Sistema (EAEIMS)	9
	- Agerraldiak	10
	- Gaixotasun txertagarriak	11
	- Arnas transmisiozko gaixotasunak	21
	- Elikagai- eta ur-transmisiozko gaixotasunak	31
	- Hepatitis birikoak	36
	- Sexu-transmisiozko gaixotasunak	37
	- Gaixotasun inportatuak (bektore-transm.)	40
	- Beste gaixotasun batzuk	43
	- Entzefalopatia esponjiformeak	43
3	Txertaketak	44
4	Sortzetiko anomaliak Gipuzkoan, 2016	48
5	Minbiziaren erregistroa	52
6	Ospitaleko morbiditatea	55
7	Gipuzkoako hilkortasuna, 2017	59
8	Gaixotasun ez-transmitigarriak	63
	- Minbizia	63
	- Kardiopatia iskemikoa	66
	- Trastorno mentalak eta portaera-trastornoak	67
9	Osasun-planaren egoera	71
10	Gipuzkoako jaiotzak	73
11	Ikerlanak eta proiektuak	75
12	Prestakuntza eta irakaskuntza	79
13	Beste jarduera zientifiko batzuk	82

LABURDUREN ZERRENDA

ABG	Aitortu beharreko gaixotasunak	GPB	Giza papilomaren birusa
ATE	A taldeko estreptokokoa	GPI	Gaixotasun pneumokoziko inbaditzailea
BEE	Behien entzefalopatia espongiformea	HEA	Hilkortasun estandarizatuaren arrazoia
BGBK	Biriketako gaixotasun buxatzaile kronikoa	HEB	Heriotzen estatistika-buletina
CJG	Creutzfeldt-Jakob-en gaixotasuna	HNE	Haurdunaldia nahita etetea
CNM	Mikrobiologiako Zentro Nazionala	IEA	Intzidentzia estandarizatuaren arrazoia
DGOB	Datuen gutxieneko oinarritzko bilduma	IMS	Informazio mikrobiologikoaren sistema
DGOB-AE	Datuen gutxieneko oinarritzko bilduma, arreta espezializatua	KI	Kardiopatia iskemikoa
DM	Diabetes mellitus	KOM	Kolon-ondesteko minbizia
DTPa	Difteria, tetanos, pertusis azelularra	LH	Lurralde historikoa
DUO	Donostia Unibertsitate Ospitalea	LMA	Lehen mailako arreta
EAE	Euskadiko Autonomia Erkidegoa	MEA	Minbiziaren Euskal Erregistroa
EAESAE	EAEko sortzetiko anomalien erregistroa	MIA	Miokardioko infartu akutua
EBG	Ebola birusaren gaixotasuna	NSZ	Nerbio-sistema zentrala
EHL	Ez-Hodgkin linfoma	PCR	Polimerasaren kate-erreakzioa
EI	Epidemia-indizea	PFA	Paralisi flazido akutua
ESI	Erakunde sanitario integratua	RNEETH	GEETen erregistro nazionala
ETI	Elikagaien toxi-infekzioak	STG	Sexu-transmisiozko gaixotasunak
FIH	Familiako insomnio hilgarria	TBC	Tuberkulosia
GBOKL	Gripeba baiezkatuta ospitaleraturiko kasu larria	Td	Tetanosa, difteria
GBUP	Galdutako bizitza-urte potentzialak	TE	Tasa estandarizatua
GEET	Giza entzefalopatia espongiforme transmitigarria	TG	Tasa gordina
GHG	Garun-hodietako gaixotasuna	UBS	Ur bero sanitarioa
GIB	Giza immunoeskasiaren birusa	UAP	Urteko aldaketa portzentaia
GMI	Gaixotasun meningokoziko inbaditzailea		
GNS	Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapena		

1.- Sarrera

Gipuzkoako Epidemiologia Unitateak 2018an egindako jardueren ondorioz jasotako emaitzak jasotzen dira memoria honetan. Aurreko urteetan bezala, gaixotasun transmitigarrien eta ez-transmitigarrien egoeraren berri ematen da, eta immunizaioen eta hilkortasunaren berri ere bai. Halaber, BIODOSNOTIA fundazioaren eskutik parte hartzen ari den ikerketetan egindako jarduerak ere zehazten dira. Azkenik, unitatearen eguneroko lanetik sortutako jarduera zientifikoen berri ere ematen da.

Memoria hau egiteko, Osasun Publikoko Zuzendariordetzaren eta Osasun Sailaren informazio-sistemen bidez jaso dira datuak: Aitortu Beharreko Gaixotasunak (ABG), EAeko Informazio Mikrobiologikoko Sistema (IMS), Mediku Jagoleen Sarea, Sortzetiko Anomalien Erregistroa (SAE), Hilkortasun Erregistroa Ospitaletako Alteen Erregistroa (DGOB), Minbiziaren Erregistroa (MEA) Txertoen Erregistroa, agerraldien azterketa eta beste esku-hartze espezifiko batzuk.

Datuak hainbat garaitakoak dira; ondorioz, gaixotasuna erregistratu zeneko erroldetako biztanleria erabili da. Osasun Eskualdeka erabili den banaketa, oro har, bat dator kudeaketa sanitarioako Osakidetzak Gipuzkoan egiten duen sektoretzarekin (Bizkaikoak diren udalerrri batzuk ere sartuta: Ermua eta Mallabia; eta Arabako Aramaio), sei ESI direla: Debagoiena, Debabarrena, Bidasoa, Goierri-Urola Garaia eta Tolosaldea. Gaixotasunen batean-edo interesgarri iritzi diogu Osasun Publikoko eskualdea erabiltzea geografia-eremutat.

Epidemiologia-zaintza egiteko ezinbestekoa da ekintza koordinatu bat, osasun asistentziako egituren eta Osasun Publikoaren artekoa, hain zuzen; asistentzia-sareko morbiditateari buruzko informazioa ematen du eta, esleitua du, halaber, ekintza-protokoloetan azalduko kontrol-neurriak ezartzea ere. Guztion egitekoa da harreman horri eutsi eta, bide batez, estimulatzea. Gure ustez, herritarren osasuna hobetzen lagun dezake, inondik ere, asistentzia-sareko eta osasun publikoko profesional askok eguneroko lanean sortzen duen informazioa aztertzeak eta banatzeak.

Bertsio elektronikoa euskadi.eus orrian:

<http://www.euskadi.eus/informacion/memorias-unidad-vigilancia-epidemiologica/web01-a3vipub/es/>

Epidemiologia unitateko kideak:

Lorea Alvarez, Pilar Amiano, Juncal Artieda, Juanjo Barbero, Mikel Basterretxea, Izaskun Etxebarria, Leire Gil, Liher Imaz, Mercedes Laviñeta, Iruñe López, Nerea Larrañaga, Olatz Mokoroa, Mada Oribe, Eva Pulido, Rosa Sancho eta M^a Carmen San Sebastian

Hauek ere lagundu digute txostena egiten:

Amaia Soraluze eta Alvaro Goñi

Laburpena

2018an, 14.218 kasu aitortu ziren guztira, **ABG Sisteman**. Horietatik, 12.099 gripeak izan ziren, 918 barizelak eta 553, parotiditisak. Bestalde, Gipuzkoako mikrobiologiako laborategiek 5.791 mikroorganismo aitortu zituzten, guztira, **Informazio Mikrobiologikoko Sisteman** (IMS); horien % 56,7 enteropatogenoak ziren.

Ur-elikagaiek eragindako 7 agerraldiren berri eman zen; 119 laguni erasan zioten. Hiru agerralditan, agente patogenoak *Clostridium perfringens* izan zen, batean *Salmonella Typhimurium* eta beste hiruretan ez zen isolatu patogeno eragilerik.

Elikagaiek eragindakoak ez diren 7 agerraldi aztertu dira; 198 laguni erasan die. Denak zentro gerontologikoetan gertatu ziren. Etiologiari dagokionez, 4 norobirus-ak sortutakoak ziren, 1 adenobirusak, 1 sapobirusak eta beste baten jatorria ezezaguna zen.

EAEko 2018-2019ko **gripe**-denboraldian, 2018/50 astean gainditu zen epidemia-atalasea, eta epidemia-gailurrera 2019/03 astean iritsi zen, 100.000 biztanleko 532,5eko tasarekin, aurreko denboraldikoa baino handiagoa (418,8/100.000). Tipotu diren ia birus guztiak A motakoak izan dira. Denboraldi hasieratik, baieztaturiko gripearekin ospitaleraturiko 262 kasu aitortu dira Donostia Unibertsitate Ospitalean (DUO), eta horietako 100ek (% 38,2) kasu larriaren definizioa betetzen dute. 2 gripe-agerraldiren berri eman zen.

2018an, 553 **hazizurri** kasuren berri eman zen (77,8ko tasa/100.000 biztanle, eta 2017an, 41,1eko tasa).Tasarik handiena Goierriko ESlan ikusi zen (131/100.000).

Kukutxeztularen intzidentzia, 2018an, 194 kasuren berri emanda eta 100.000ko 27,4ko tasa zuela, jaitsi egin zen 2017koarekin alderatuz gero (104,4ko tasa). Tasarik handiena urtebetez azpiko taldean izan zen (141,1/100.000). Ospitaleratu beharra izan zuten hilabetez azpiko bularreko umeen 2 kasuren berri eman zen. Bularreko ume horietako baten amak dTpa dosi bat hartua zuen haurdunaldian; bestiek ez.

54 **legionellosi** kasuren berri eman da; tasa gordina 100.000 biztanleko 7,6 kasukoa da. Beraz, % 14 jaitsi da aurreko urtearekiko. Debagoieneko eta Goierri-Urola Garaiko ESletan ikusi da intzidentziarik handiena. Bi heriotza erregistratu dira (hilgarritasuna: % 3,7).

2018an 65 **tuberkulosi** kasu erregistratu dira Gipuzkoan: 100.000 biztanleko 9,1eko tasa gordina esan nahi du horrek, eta % 18 jaitsi da aurreko urtearekin alderatuz gero. Azken 10 urteetan, urteko % 8,2 jaitsi da eta batez beste gizon/emakume arrazoia 1,8koa izan zen. Gizonezkoetan, tasarik handiena 65-74 urte bitarteko taldean azaldu da; emakumeen artean, berriz, 25 eta 44 urte bitartekoek erakusten dute tasarik handiena. Haurren arteko kasu bakarra txertorik hartu gabeko ume bat izan zen; endemia handiko herrialde bateko jatorria zuten haren gurasoek. Kasuen % 32 atzerrian jaioa zen. Andui batek multierresistentzia erakutsi zuen.

2018an jakinarazitako enteropatogeno ugarietak *campylobacteria*, *norobirusa cryptosporidiuma*, *errotabirusa* eta *salmonella* izan dira. 2017an baino *cryptosporidium* gehiago atzeman da, baina gainerako patogeno gutxiago.

2018an, Gipuzkoan bizi direnen artean, hiru **denge** kasu konfirmaturen berri eman zen, eta **zika-birusak** eragindako gaixotasunaren kasu probable baten berri. Kasu guztiak haurdun ez zeuden emakumeak ziren, inkubazioaldian zonalde eremu batera bidaiatu

egin zutenak. Zaintza horrekin batera, zaintza entomologikoa ere egiten ari da, eta, 2018an, eltxo tigre heldua atzema zen, lehenengo aldiz, Bidasoan.

Gero eta gehiago dira **sexu-transmisiozko gaixotasuna** eragiten duten germen jakinarazpenak: *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* eta *Chlamydia trachomatis*.

2018an, A hepatitisaren (AH) 30 kasuren berri eman da, hots, 4,2 kasuko tasa 100.000 biztanleko, 2017an baino txikiagoa (7,3 kasu 100.000ko). Beherakada horrek, ziurrenez, zerikusia du 2016ko ekainaz geroztik Europan gizonezkoekin sexua duten gizonezkoen arteko (GSG) agerraldiei loturiko kasu kopurua jaitsi izanarekin.

2018an, ez da aldaketarik egin haurren txertaketa-egutegian. Egokitu egin da bi arrisku-egoeratan: prematuritatean (haurdunaldia \leq 32 aste) eta aspleniarekin jaiotakoetan. Sakelako egutegi bat eginda egoera bakoitzerako.

2016an, **sortzetiko anomalien** 199 kasu erregistratu ziren Gipuzkoan; horrek 329,7ko prebalentzia esan nahi du jaiotako 10.000 biztanleko, 2015ean erregistraturikoa baino prebalentzia handiagoa (239 kasu, jaiotako 10.000ko). Kasuen % 67 bizirik jaio zen, eta % 33 haurdunaldi borondatez eten ziren (HBE); hilik jaiotako bat ere ez zen erregistratu. % 45 emakumezkoa zen, eta % 53, gizonezkoa (5 kasu zein sexutakoa zen ez zen jakin).

2015ean, 4.233 **tumore gaizto** diagnostikatu ziren (2.350, gizonekoetan eta 1.883, emakumezkoetan), Gipuzkoako biztanleen artean. Prostatakoak izan ziren tumore gaizto ugarienak gizonezkoen artean (% 21,5), eta, ondoren, biriketakoak (% 15,6). Emakumezkoen artean, berriz, bularreko tumoreak daude lehen tokian (% 30) eta kolon-ondesteko tumoreak ondoren (% 12,6).

2017an, ohiko **ospitaleratze osteko** 76.966 **alta** erregistratu ziren; tasa gordina da 108 ospitaleratze /1.000 biztanleko. Ospitaleratzeen % 49,6 emakumezkoenak dira, eta % 45,3ra jaisten da ehunekoa, haurdunaldi, erditze edo erdiberriarolari loturikoak kentzen baditugu. Kausa horregatik ospitaleraturikoak kenduz gero, handiagoa da gizonezkoen ospitaleratze-tasa emakumezkoena baino, eta areagotu egiten da aldea 50-54 urte bitarteko taldetik aurrera. Kausarik ohikoenak, emakumezko nahiz gizonezkoetan, zirkulazio, arnas eta digestio sistemen patologiei loturikoak dira.

2017an, Gipuzkoan bizi ziren 7.006 lagun hil ziren, 2016an baino % 3,4 gehiago. Sexuaren arabera, % 50 bakoitzetik (3.502 emakumezko eta 3.504 gizonezko). Gipuzkoako **heriotza**-tasa 1.000 biztanleko 8,1ekoa izan zen (6,2/1.000 emakumezkoetan eta 11/1.000 gizonezkoetan) eta beheranzko joerari eusten zaio.

70 urtez azpikoen **galdutako bizitza-urte potentzialen** (GBUP) kausa nagusia, gizonezkoen artean, biriketako tumore gaiztoa izan zen (1236); ondoren, kardiopatia iskemikoa (959) eta nork bere buruaz beste egin eta bere burua zauritzea (711). Emakumezkoen artean, bularreko tumore gaiztoak izan ziren kausa nagusia (614) eta, ondoren, biriketakoa (584) eta obulutegikoa (251).

2017an gainditu zen **2003-2020 Osasun Planaren** indarraldiaren ekuatorea. Urteko ebaluazioa EAE mailan egiten da, eta, erakutsi duenez, hasita edo inplementatuta daude helburuen % 83 eta Planeko ekintzen % 89. Dokumentuaren arduradunen esanetan, lehentasunezko arreta jasoko dute, 2018an, ekintza eta helburu horiek, horien lorpenean ahalik eta gehien aurreratzeko. Urteko gure txostenean, helburu horien egoera aztertu nahi izan dugu, gure informazio-sistemekin kontrola ditzakegun adierazleen bidez. Atal hauek sartu dira:

Minbizia

Emaitzen artean nabarmenena emakumeen minbiziari buruzko helburu batzuk bete gabe egotea da. 65 urtez azpiko emakumeen minbizi intzidentzia areagotzen ari da, urteko % 2,2 adina (helburua: % 10 jaistea), gizonezkoen tasa gainditzeraino 2015ean (eskura dugun azken urtea) Antzeko zerbitu gertatzen da 65 urtez azpiko emakumeetan biriketako minbiziarekin ere, urteko % 4 adina igotzen ari da (helburua: igoera gelditzea). Bularreko minbizia ere nabarmentzen da; izan ere, intzidentziak igotzen jarraitzen du emakumeetan (helburua: % 5 jaistea) eta heriotza-tasak egonkortzen ari dira (helburua: % 10 jaistea). Dena den, kolon-ondesteko minbizia jaitsi egin da azken 3-4 urteetan, intzidentzian nahiz hilkortasunean, eta Osasun Planaren helburuak bete egin dira.

Kardiopatia iskemikoa

Modu esanguratsuan jaitsi da kardiopatia iskemikoaren morbiditatea, bai gizonezkoetan, bai emakumezkoetan. Hilkortasuna ere murriztu da gizonezko eta emakumezkoetan, nahiz eta hilkortasun goiztiarra (25etik 74 urtera) gizonezkoen artean bakarrik jaitsi.

Miokardioko infartu akutuak (MIA) eragindako heriotza murriztu egin da gizonezko nahiz emakumezkoetan, eta heriotza goiztiarra (25-74 urte) gizonezkoetan jaitsi da, eta emakumezkoetan egonkortu; beraz bete egin da jarritako helburua.

Beste adierazlea batzuk

Diabetesak eragindako heriotza goiztiarra (25-74 urte) % 50 murriztu da gizonezkoetan, jarritako helburua baino askoz gehiago. Dena den, emakumezkoetan ez da ikusten espero zen murrizketa, nahiz eta tasak gizonezkoenak baino askoz txikiagoak diren.

Gaixotasun mentalek eta suizidioak eragindako heriotza ez zen murriztu modu esanguratsuan, baina suizidioak eragindako heriotzak oso gutxi direnez, tasen gorabeherak zaildu lezakete ebaluazioa. Zirkulazio-istripuen ondoriozko hilkortasunarekin ere gauza bera gertatzen da, biztanleria orokorrean nahiz gazteen artean (15etik 29 urtera).

2.- Gaixotasun Transmitigarriak

Aitortu Beharreko Gaixotasunak (ABG)

2018an, 14.218 gaixotasun aitortu ziren guztira, Aitortu Beharreko Gaixotasunen Sistematan. Horietatik, 12.099 gripeak izan ziren, 918 barizelak eta 553 parotiditisak. Paludismo, B hepatitis, sifilis, parotiditis, disenteria eta gizakien entzefalopatia espongiforme transmitigarrien (GEET) kasuak gehiago izan dira 2017an baino (EUD 1 \geq 1,25). Informazioa 2.1 taulan dator zehaztuta.

2.1 taula. Kasu-kopurua eta tasak, 100.000 biztanleko. ABG Gipuzkoa, 2018

Gaixotasuna	Kasuak	Tasa	EUD 1	EUD 2
Gaixotasun txertagarriak				
Gaixotasun meningokoziko inbaditzailea	3	0,42	0,43	0,43
<i>Haemophilus influenzae</i> eragindako gaixot inbaditzailea	13	1,82	2,17	--
Gaixotasun pneumokoziko inbaditzailea	84	11,76	0,97	--
Barizela	918	128,52	0,37	0,37
Elgorria	1	0,14	--	--
Parotiditisa	553	77,42	1,89	10,43
Kukutxeztula	194	27,16	0,26	0,49
Arnas transmisiozko gaixotasunak				
Gripea	12.099	1.693,62	1,18	0,93
Tuberkulosia	66	9,24	0,84	0,57
Legionellosia	54	7,56	0,90	1,46
Zoonosia				
Buzelosia	1	0,14	--	--
Leptospirosia	6	0,84	0,55	--
Q sukarra	8	1,12	0,36	--
Elikagai- eta ur-transmisiozko gaixotasunak				
Sukar tifo-paratifikoa	3	0,42	--	3,00
Shigellosia	38	5,32	1,41	1,41
Listeriosia	15	2,10	1,88	--
<i>E. Coli</i> inf. vero edo shiga toxinarekin sortzailea	27	3,78	1,69	--
Sexu-transmisiozko gaixotasunak				
Infekzio gonokozikoa	9	1,26	0,75	0,75
Sifilisa	48	6,72	1,45	1,45
Hepatitis birikoak				
A hepatitis	30	4,20	0,58	3,33
B hepatitis	4	0,56	2,00	2,00
C hepatitis	3	0,42	--	--
Beste hepatitis batzuk	5	0,7	1,00	5,00
Transmisio bektorialeko gaixotasunak				
Paludismoa	21	2,94	3,50	2,10
Dengea	3	0,42	0,75	--
Lymeren gaixotasuna	3	0,42	--	--
Zika	1	0,14	--	--
Beste batzuk				
Gizakien entzefalopatia espongiforme transmitigarriak (GEET)	2	0,28	2,00	--
A taldeko estreptokokoak eragindako gaix. inbaditzailea	17	2,38	--	--

Ez da erregistratu honako gaixotasun hauetako kasurik: botulismo, trikinosi, kolera, sukar hori, peste, difteria, poliomieltis, amorrua, exantema-tifus, errubeola, tetanos, legenar, tuberkulosi meningeo, kaparrek eragindako entzefalitis, lupu, exantema-sukar mediterraneo, kaparrek eragindako sukar itzulkor, leishmaniasi, baztanga, tularemia, arnas sindrome akutu larri, Mendebaldeko Niloko sukarra, chikungunya, sukar hemorragiko birikoa edo sortzetiko sifilisa.

EAEko Informazio Mikrobiologikoko Sistema (EAEIMS)

2018an, Gipuzkoako mikrobiologiako laborategiek, guztira, 5.791 mikroorganismo aitortu zituzten Informazio Mikrobiologikoko Sistemari (IMS), horien % 56,7 enteropatogenoak ziren. Enteropatogeno ugarienetakoak *Campylobacter* eta *Cryptosporidium* izan ziren.

2.2 taula. IMSen aitorturiko mikroorganismoak Gipuzkoa, 2015-2018

1- SEXU-TRANSMISIO. GAIXOT.	2015	2016	2017	2018
	606	725	858	916
• Chlamydia trachomatis	378	474	567	546
• 2 motako herpes soila	73	95	101	108
• Neisseria gonorrhoeae	128	116	153	219
• Treponema pallidum	27	40	37	43
2- URDAIL-HESTEETAKO INFEKZIO.	2.875	2.749	3.043	3.283
• Adenobirusa	6		1	0
• Campylobacterra	1.047	946	980	861
• Norobirusa	709	885	992	815
• Cryptosporidiuma	241	65	74	422
• Giardia Lamblia			32	346
• E. coli enterohemorragik	10	21	18	25
• Errotabirusa	496	487	672	493
• Salmonella typhi eta paratyphi	1	4	0	2
• Salmonella, beste espezie bat	273	284	214	245
• Shigella	39	25	28	36
• Taenia	13	2	8	4
• Yersinia enterokolitikoak	40	30	24	34
3- ARNAS INFEKZIOAK	648	593	764	636
• Legionella pneumophila	44	27	45	38
• Mycoplasma pneumoniae	0	2	2	0
• Streptococcus pneumoniae	78	98	76	81
• Arnas birus sinzitiala	526	466	641	517
4. MIKROBAKTERIOAK	80	75	44	60
• Mikobakterio tuberkulosoak	78	75	44	60
• Beste mikobakterio batzuk	2	0	0	
5- NSZko INFEKZIOAK	116	49	41	35
• Enterobirusa	103	42	28	25
• Neisseria meningitidis	11	5	9	1
• Streptococcus pneumoniae	2	2	4	9
6- GAIX. IMMUNOPREBENIGARRIAK	854	296	891	696
• Bordetella pertussis	846	252	642	180
• Haemophilus influenzae b	0	0	1	2
• Parotiditisaren birusa	8	44	248	511
• Elgorria	0	0	0	3
7. HEPATITIS BIRIKOAK	4	17	56	34
• A hepatitis	2	7	50	23
• B hepatitis	2	1	1	4
• C hepatitis	0	0	0	1
• E hepatitis	0	9	5	6

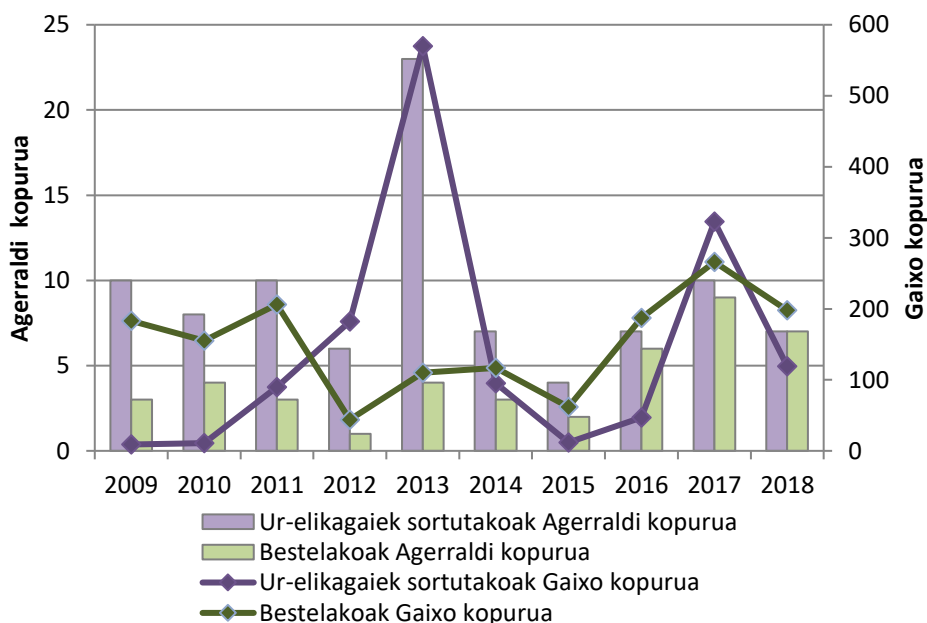
8- ZONOSIAK	2015	2016	2017	2018
		19	27	29
• Leptospira	0	1	8	6
• Coxiella Burnetti	19	25	19	7
• Borrelia burgdorferi	0	1	2	3
9. KUADRO INBADITZAILEAK	22	24	25	30
• Listeria monocytogenes	9	11	7	15
• Streptococcus agalactiae	1	4	2	1
• Streptococcus pyogenes	12	9	16	14
10- IMPORTATUTAKOAK	16	23	17	29
• Chikungunya			5	0*
• Zika			0	1*
• Denguea			6	5*
• Plasmodium spp	16	23	6	23
GUZTIRA	5.240	4.578	5.768	5.735

*2018ko urrira arte jasotako datuak

Agerraldiak

2018an, 14 agerraldiren jakinarazpena egin zen. 7 ur-elikagaiek eragindakoak eta beste 7 jatorri hori ez zeukatenak. 2.1 grafikoan, 2009-2018 tartean izandako agerraldien banaketa eta eragindako pertsona-kopurua agertzen da.

2.1 grafikoa. Agerraldi eta eragindako pertsona-kopurua urteka. Gipuzkoa, 2009-2018



2018an ur-elikagaiek sortutako 7 agerraldietan 119 lagun kutsatu ziren; hiru agerralditan agente patogenoa *Clostridium perfringens* izan zen, batean, *Salmonella typhimurium* eta beste hiruretan ez zen patogeno sortzailea isolatu.

Jatorria elikagaietan ez zutenei dagokienez, 7 gastroenteritis-agerraldi izan dira, akutuak, denak zentro gerontologikoetan: 4 norobirusak sortutakoak, bat adenobirusak, bat sapobirusak eta beste bat jatorri ezezagunekoak. Guztira 198 kutsatu izan ziren, bi

ingresatu egin behar izan ziren, eta horietako bat, paziente pluripatologikoa, ospitaleratzean hil zen.

Gaixotasun txertagarriak

Gaixotasun meningokoziko inbaditzailea (GMI)

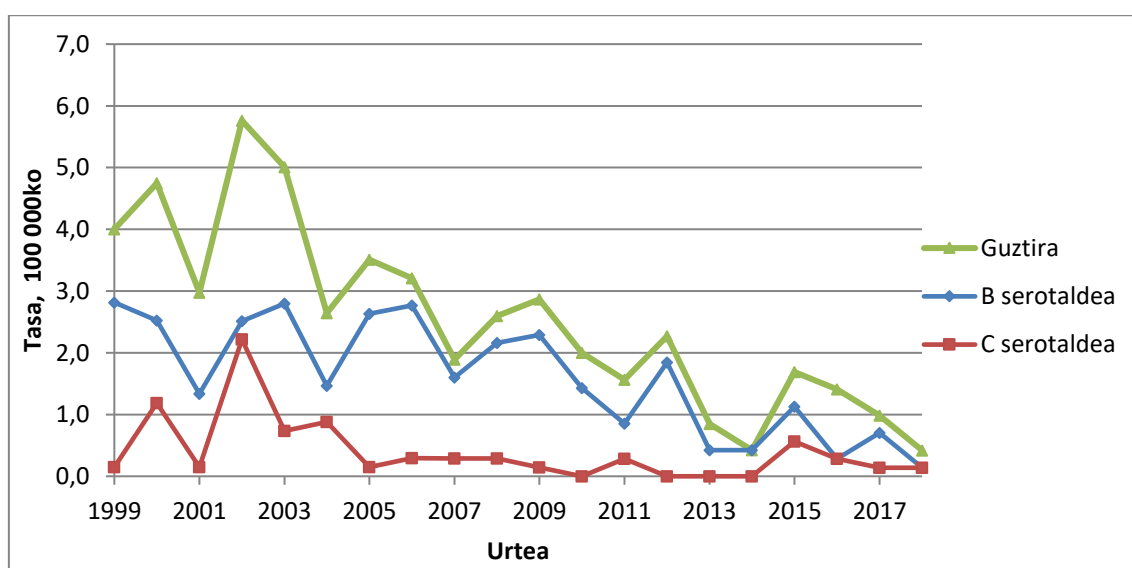
2018an, Gipuzkoako biztanleen 3 GMI kasu aitortu ziren, horrek esan nahi du 100.000 biztanleko 0,4ko tasa. Horietako bi kasu baieztatuak izan ziren eta bat susmagarria. Denak modu isolatuan agertu ziren. Hirurak emakumezkoak ziren, 2, 39 eta 53 urtekoak, eta, hurrenez hurren, meningitisa, sepsia meningitisarekin eta sepsia izan zuten. Ez zen inor hil. Kasu batean isolatutako *Neisseria meningitidis* B taldekoa izan zen eta bestean, C taldekoa. Gaixo bakar batek ere ez zuen hartua serotalde horietarako txertoa.

GMI kasuen aurkako protokoloari jarraiki, eta asistentzia-sarearekin koordinatuta, kasuen kontaktu estuak identifikatu eta kimioprofilaxia eman zitzaizen. Beraiekin bizi zirenez gain, kimioprofilaxia eman zitzaizen bi urteko neskatoren irakasle eta gelakideei, nahiz eta susmoa izan N. meningitidis dekapitatuak sortutako meningitis bat zela. Ez zen bigarren mailako kasurik agertu.

Gaixotasun meningokoziko inbaditzailearen (GMI) eboluzioaren deskripzioa:

Azken 20 urtean (1999-2018) 349 GMI kasuren berri eman da: % 49 gizonezkoak eta % 51 emakumezkoak; adinari dagokionez, 26 egun eta 92 urte bitartekoak. Kasu bat A serotaldekoa zen (% 0,3), B serotaldeko 221 (% 63,3), C serotaldeko 54 (% 15,5), W serotaldeko 2 (% 0,6) eta Y serotaldeko 14 (% 4,0). Gainerako 57ak (% 16,6) beste serotalde batzuetakoak ziren, edo sailkatu gabeko anduietakoak. 2.2. irudian ikus daiteke azken urteetan beheranzkoa GMIren joera dela Gipuzkoan, EAEn bezalaxe.

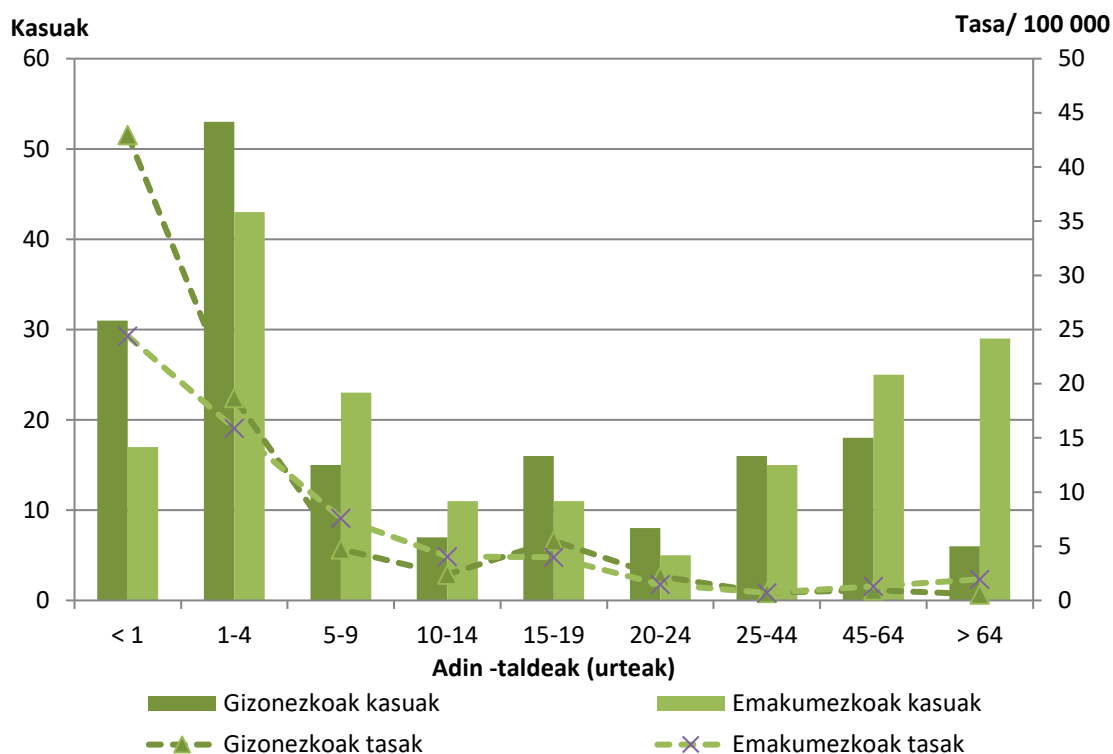
2.2. irudia. Gaixotasun meningokoziko inbaditzailea. Intzidentzia-tasa orokorren bilakaera eta B eta C serotaldeena. Gipuzkoa, 1999-2018.



GMIren banaketa, adin-taldearen, sexuaren eta serotaldearen arabera:

Azken 20 urtean, GMIren intzidentziarik handiena 5 urte arteko umeena izan da, batez ere, urtebete arteko mutikoena (43 kasu 100.000 biztanleko; neskatoena, berriz, 23 kasu 100.000 biztanleko). Grafikoan ikusten den bezala, intzidentzia nabarmen jaisten da nerabetasunetik aurrera, eta sexuen arteko aldeak ere berdindu egiten dira.

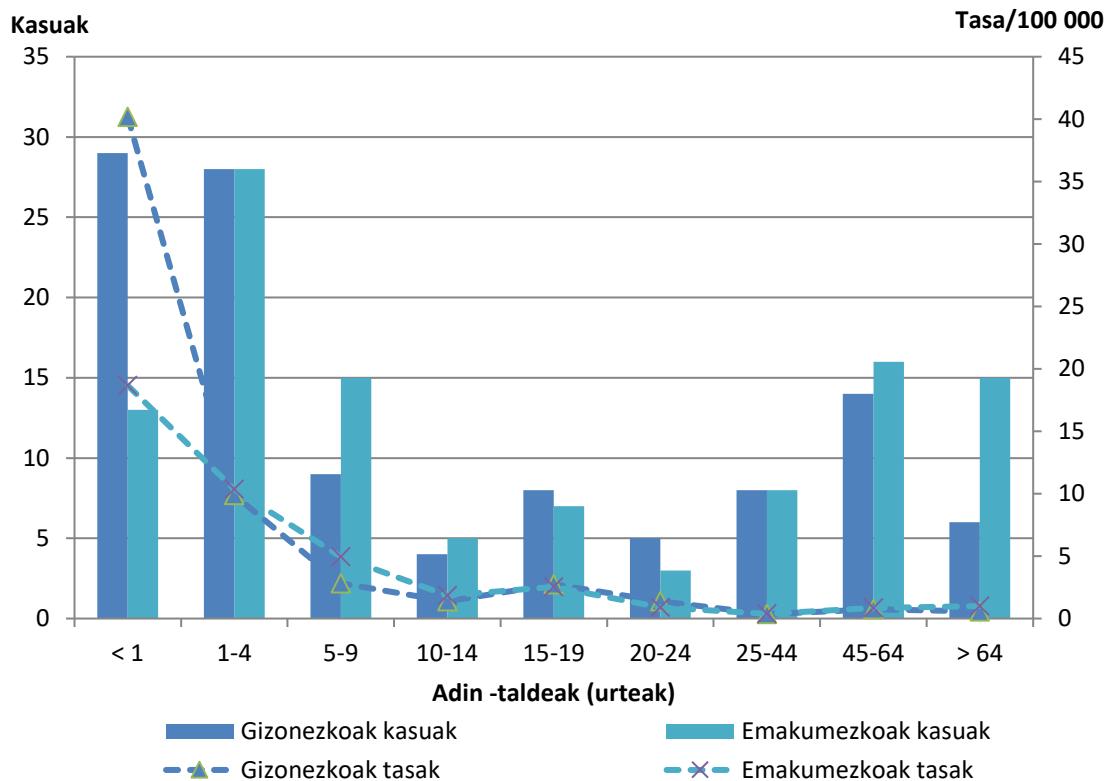
2.3. irudia. Gaixotasun meningokoziko inbaditzailea. Kasuak eta intzidentzia- tasak, adin-taldearen eta sexuaren arabera. Gipuzkoa, 1999-2018



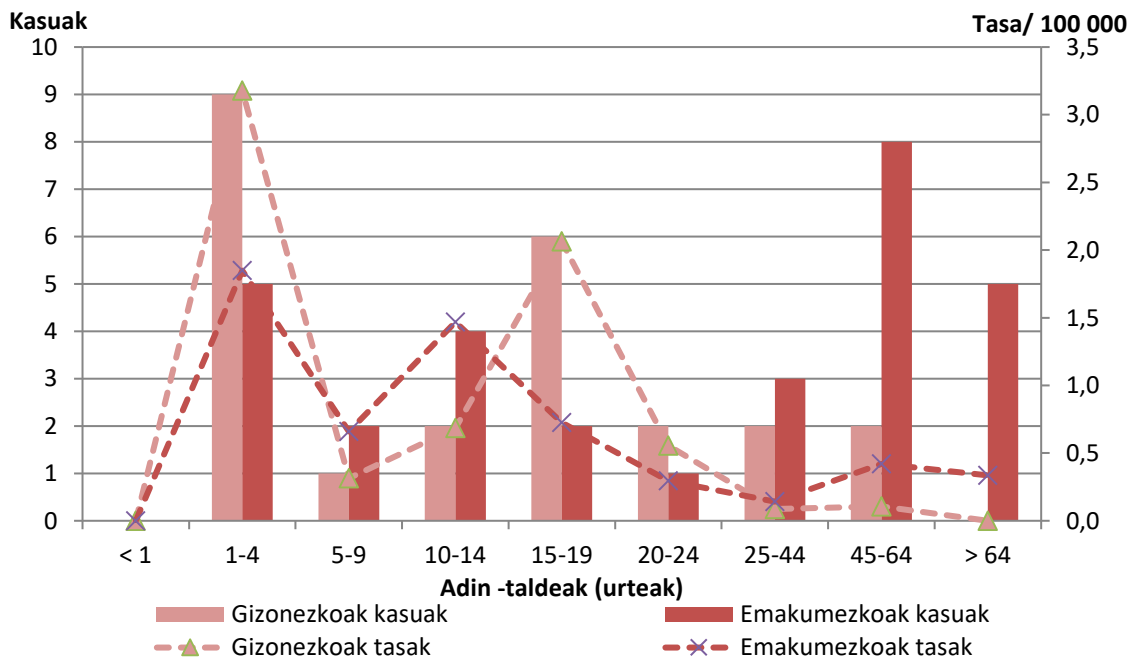
Denbora-tarte berean serotalde ohikoenak aztertuta (B eta C), ikusten da intzidentzia desberdina dela adinaren eta sexuaren arabera.

B serotaldea isolatu zen kasuetan, joera berdina da kasu guztiak aztertzean. Hau da, intzidentzia handiagoa da urtebetetik beherako umeen artean (batez ere, mutikoetan) eta gero 1-4 urte-tartea dator. C meningokokoa hartuta, ordea, intzidentziarik handiena 1-4 urteko mutikoen artean ematen da (3,2 kasu 100.000 biztanleko), eta ez da kasurik jaso urtebetetik beherakoetan. C serotaldean, nesketan intzidentziarik altuena 10-14 urteetan ematen da, eta mutiletan, berriz, 15-19etan.

2.4 grafikoa. B serotaldeak eragindako gaixotasun meningokoziko inbaditzailea. Kasuak eta intzidentzia- tasak, adin-taldearen eta sexuaren arabera. Gipuzkoa, 1999-2018



2.5 grafikoa. C serotaldeak eragindako gaixotasun meningokoziko inbaditzailea. Kasuak eta intzidentzia- tasak, adin-taldearen eta sexuaren arabera. Gipuzkoa. 1999-2018.



1999-2018 aldian, aitortutako 349 GMI kasuetan, 25 heriotza gertatu ziren. Horrek esan nahi du urteko batez besteko hilkortasuna % 7,2koa dela (tartea % 0 - % 22).

Gaixotasun pneumokoziko inbaditzailea (GPI)

2018an *Streptococcus pneumoniae*ek sortutako gaixotasun inbaditzailearen 84 kasu aitortu ziren Gipuzkoako biztanleen artean. Hori da biztanleria osoaren 11,8ko tasa 100.000 biztanleko. Informazio-iturri nagusia Donostia Unibertsitate Ospitalearen (DUO) aitortpen mikrobiologikoa izan da. Guztira 83 isolatze aitortu ziren Informazio Mikrobiologikoko Sisteman (IMS), horietako 7 Gipuzkoan bizi ez zirenenak. Gainerako kasuak EAEko beste laborategi batzuek jakinarazitakoak izan ziren.

Kasuen adinaren mediana 65 urtekoa izan zen, eta adin-tartea 2 hilabete eta 97 urte artekoa. % 53 gizonezkoak ziren.

Intzidentzia ez zen berdina izan urtaro guztietan; hilabete hotzetan handiagoa izan zen, batez ere, urtarrean (20 kasu). Ez zen espazioaren arabera banaketa berezirik izan.

Kasu guztietatik, 11 adin pediatrikokoak ziren (0 eta 14 urte bitartekoak). Umeen artean, GPI kasu gehienak 0-4 urteko taldean eman ziren (8 kasu guztira, tasa: 25,8 / 100.000 biztanleko). Horietako sei behar bezala txertatuta zeuden VCN13rekin. Txertatu gabekoei dagokienez, horietako bat bi hilabetekoa zen oraindik, eta ez zitzaion tokatzen.

Gainerako 73ak helduak ziren, 64 urtetik gorakoak 42 kasu (tasa >64: 26,8 / 100.000 biztanleko). Helduen 73 kasu horietatik 16k (% 22) pneumokokoaren aurkako txertoaren, gutxienez, dosi bat hartuta zeukaten gaixotasuna harrapatu baino lehen. Txertatu gabeko 57 lagunetatik 40k (% 70) txertoa aholkatuta zeukaten, 64tik gorakoak zirelako (28) edo arrisku-faktoreen bat zutelako (12).

Unitateak ez dauka anduien serotipoen emaitzik. Beraz, ezinezkoa izan da aztertzea pazienteen txertaketa-egoeraren eta infekzioa sortu duen serotipoaren arteko lotura.

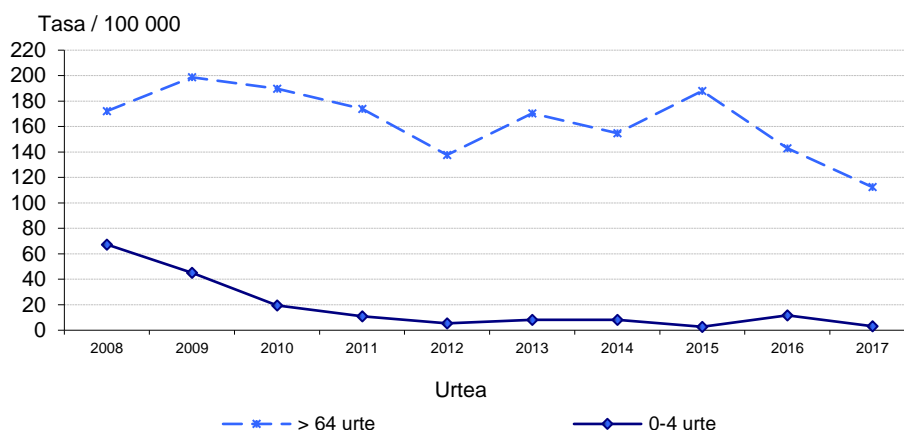
Kasuek hainbat forma kliniko aurkeztu zituzten, batzuetan bat baino gehiago batera. Agerkari kliniko usuenak hauek izan ziren: pneumonia (52), sepsia (29) eta meningitisa (15). Kasuen % 86k ospitaleratzea behar izan zuten eta 10 lagun zendu ziren (hilgarritasuna % 12,0). Hildakoen artean adingabeko kasurik ez zen egon (adin-tartea: 55-95 urte).

Ospitaletako altak:

Jarraian Gipuzkoan bizi direnen ospitaleko alten datuak irudikatu dira, pneumonia pneumokozikoko kasuei dagozkienak lehenengo 6 diagnostikoetan. Horretarako Datuen Oinarritzko Gutxieneko Bildumako (DOGB) datuak erabili dira, 2008-2017an EAEko akutuen ospitale publikoetan ingresatutakoak (GNS-9ko 481 kodea 2015 arte eta GNS-10eko J13 2016tik aurrera).

Ikusten den bezala, azken 10 urteetan pneumonia pneumokozikoak sortutako ospitaleratze-intzidentzia nabarmen jaitsi da 5 urtetik beherakoen artean. Jaitsiera hori duela 5 urte gertatu zen, 2008 eta 2012ren artean. 64 urtetik gorakoei dagokienez, intzidentzia aldakorra izan bada ere, azken bi urteetan jaisteko joera ikusten da.

2.6 irudia. Ospitaleko alten tasak GPIrengatik. DOGM. Gipuzkoa, 2008-2017

**Haemophilus influenzaek eragindako gaixotasun inbaditzailea**

Haemophilus influenzaek eragindako gaixotasun inbaditzaileak sindrome kliniko hauek eregiten ditu: meningitisa, septizemia, epiglottitisa, pneumonia bakteriemikoa, artritis septikoa, zelulitisa, osteomielitisa eta perikarditisa. *H. influenzae*ren sei tipo desberdinek, zein eta tipagarriak ez diren anduek eragin dezakete gaixotasun inbaditzailea. Baina b motako *H. influenzae* (Hib) zen 5 urtetik azpikoen kasuen % 90-95en erantzule, Hib-aren aurkako txerto konjugatuak modu orokortuan erabiltzen hasi aurretik (EAEn 1996tik aurrera). *H. influenzaek* sortutako gaixotasun inbaditzailearen ezaugarriak aldatu egin dira txertoa erabiltzen hasi zenetik. Modu horretan, haurren arteko gaixotasun nagusia eta b serotipoaren ondoriozkoa izatetik, helduen artean maizago agertzeraz eta tipagarriak ez diren anduiekin ondoriozkoa izatera pasa da.

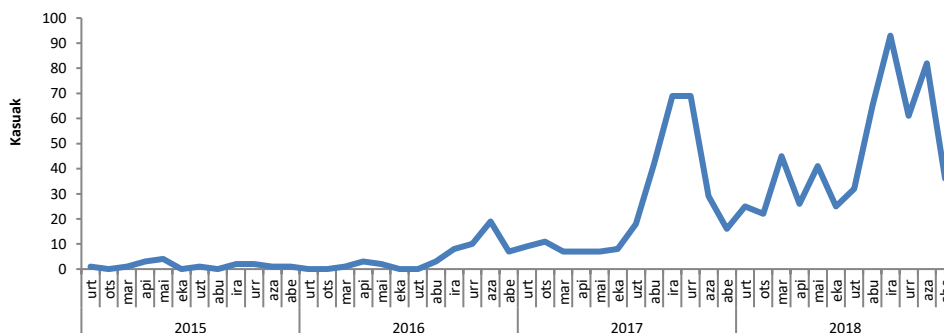
2018an, *H. influenzaek* sortutako gaixotasun inbaditzailearen 13 kasu baieztaturen berri eman zen Gipuzkoan. 7 emakume eta 6 gizonezko izan ziren, 0 eta 100 urte bitartekoak (mediana 61). b motako hiru kasu izan ziren, horietako bat 4 hilabeteko mutiko bat, aurretik txerto-dosi bat jaso zuena. Beste bi kasuak txertatu gabeko helduak ziren, 61 eta 82 urtekoak. Beste 10 kasuei dagokienez, 3 mutikoak izan ziren, 19 eta 22 hilabetekoak eta 7 urtekoak; denak 4 dosi hartutakoak. 13 kasuek ospitaleratu beharra izan zuten; ez zen inor hil.

Esku-hartze bat egin zen erdiberri baten kasuan, kimioprofilaxia emanda bere haurrari eta beste 4 kontaktuari, tartean haiekin gela partekatzen zuen jaioberri bati.

Parotiditisa

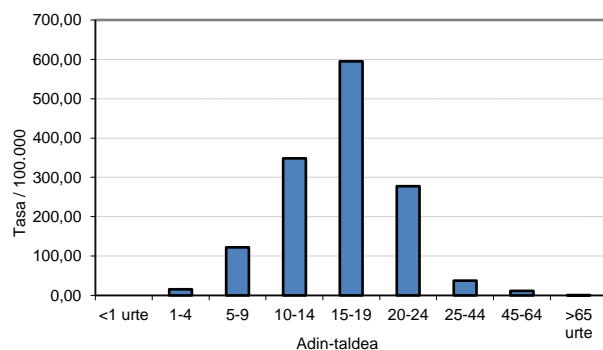
2018an 553 parotiditis-kasu jakinarazi ziren (tasa: 77,8 / 100.000 biztanleko vs 41,1eko tasa 2017an). Emakumezko/gizonezko ratioa 1,35 izan zen; adin-tartea 3-72 urtekoa eta mediana 17. Denboraren arabera aurkezpena 2.7 grafikoan jasotzen da.

2.7 grafikoa. Parotiditis kasuak, hilabeteka. Aitortu Beharreko Gaixotasuna (ABG). Gipuzkoa, 2015-2018



2.8 grafikoa adinaren arabera banaketa azaltzen da, eta ESlen arabera 2.3 taulan. Tasarik altuenak 15-19 urte artean eman ziren, eta Goierriko ESlan Ordizia izan zen kasu gehien izan zituen herria: 59 (% 47).

2.8 grafikoa. Parotiditisaren intzidentzia adin-taldearen arabera 2018



2.3 taula. Parotiditisaren intzidentzia ESlen arabera. 2018

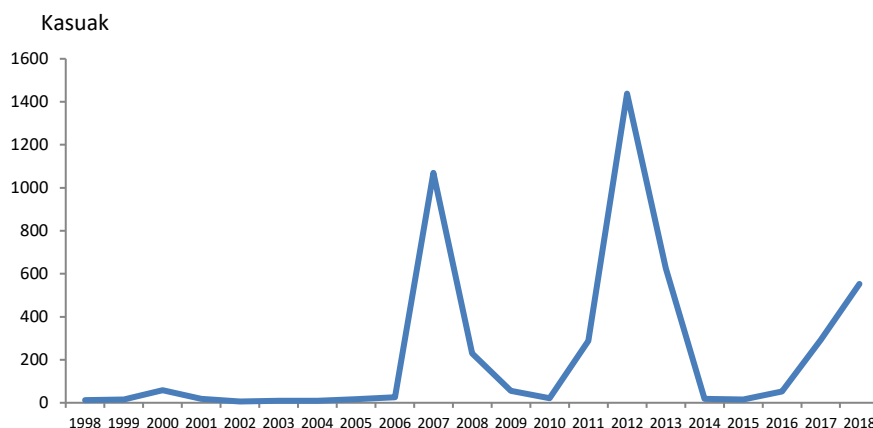
ESlak	tasa /100.000
Debagoiena	17,03
Debarrena	57,66
Bidasoa	16,97
Donostialdea	94,33
Goierri-Urola Garaia	131,8
Tolosalde	45,29

Multzokatze asko agertu ziren, bakoitzean kasu gutxi zirela (gutxienez 2, gehienez 5), eta hainbat esparrutan: eskolan, lanean eta erakundeetan. Guztietan ezarri ziren kontrol-neurriak eta modu aktiboan zaindu zen egoera.

Kasuen % 94,3tan kasua baieztatu egin zen, PCRren bidez, frotisean eta/edo listuan. 10 kasutan konplikazioak agertu ziren: 7 orkitis eta 3 meningitis, eta horietako seik ospitaleratu beharra izan zuten. % 78,6 behar bezala txertatuta zegoen, % 14,6 txertatu gabe edo txertaketa osatu gabe, eta % 6,8tan ez zegoen datu horren berririk.

2.9 grafikoa erakusten da 1998-2018 denboraldiko uhin epidemikoen bilakaera. Lehenengo tontorra 2000. urtean erregistratu zen 58 kasurekin (35 eskola-agerraldi batekoak ziren); bigarrena, 2007an, 1.070 kasurekin, eta hirugarrena, 2012an, 1.438rekin. Azken bi horiek biztanleria-mailakoak izan ziren.

2.9 grafikoa. Parotiditis kasuak, urteka. Aitortu Beharreko Gaixotasuna (ABG). Gipuzkoa, 1998-2018



Hiru urtean birusaren ia agerpenik egon gabe, 2017ko bigarren erditik aurrera gaixotasunaren hazkunde bat izan zen.

Elgorria

2018an, guztira, 8 elgorri-kasu ikertu ziren. 4 kasu baieztatuak izan ziren (horietako bat bakarrik bizi zen Gipuzkoan) eta beste 4 baztertuak.

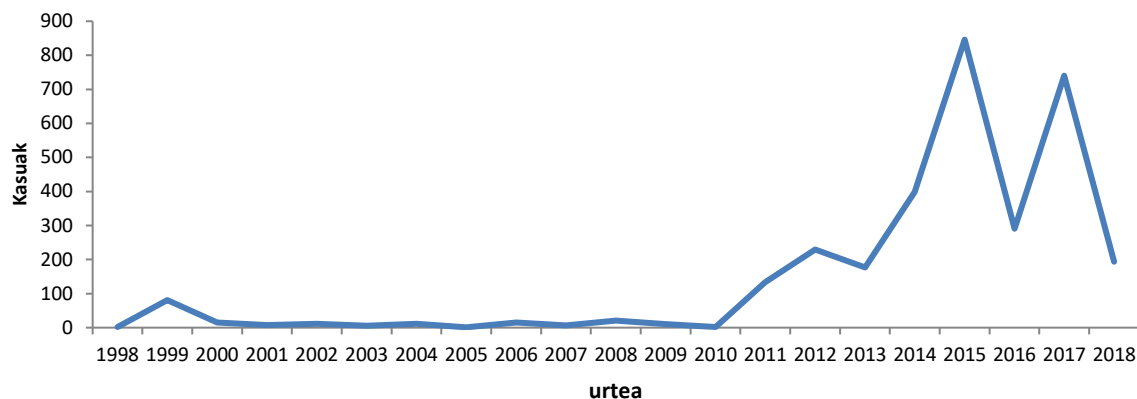
Gipuzkoan egiaztatutako elgorri-kasua Irungo 23 urteko gizonezko batena zen, beste erkidego bateko kasu baten kontaktua zena. Apirilaren 1ean sukarrarekin hasi zen, eta 4an exantemarekin. Beste zeinu batzuk izan ziren ez tul bizia, koriza eta konjuntibitisa. Hirukoitz biriko dosi batekin txertatuta zegoen eta ez zuen ospitaleratu beharrik izan. Hartu zitzaizkion laginak (gernua, listua, faringeko exudatua eta seruma) Donostia Ospitale Unibertsitatean aztertu ziren, Mikrobiologia Laborategian, eta IgM positiboa eman zuen. Era berean, positiboak izan ziren gernuan, faringeko exudatuan eta listuan egindako PCRak. Isolatutako elgorriaren birusa D4 genotipokoa izan zen, kasu-indizearen bera. Azken hori beste erkidego bateko gazte bat zen, 22 urtekoa. Martxoaren 14an hasi zen klinikarekin, eta Gipuzkoako eskualde-ospitale batean izan zen artatua. Nazioarteko bidaia batetik zetorren, eta ez zeukan txertaketa aurrekaririk.

Kukutxeztula

2018an, 194 kukutxeztul-kasu erregistratu ziren: 27,4ko tasa 100.000 biztanleko. 2017an, berriz, 739 (tasa: 104,35/100.000). Kasuen % 41,2 gizonezkoak zen, eta % 58,8 emakumezkoa. Tasarik altuena Bidasoako ESI n izan zen, 40,5 kasu 100.000 biztanleko, ondoren Tolosaldean (29,7/100.000), Donostialdean (27,8/100.000), Goierri-Urolan (27,2/100.000), Debararrenan (12,4/100.000) eta Deba Garaian (3,1/100.000).

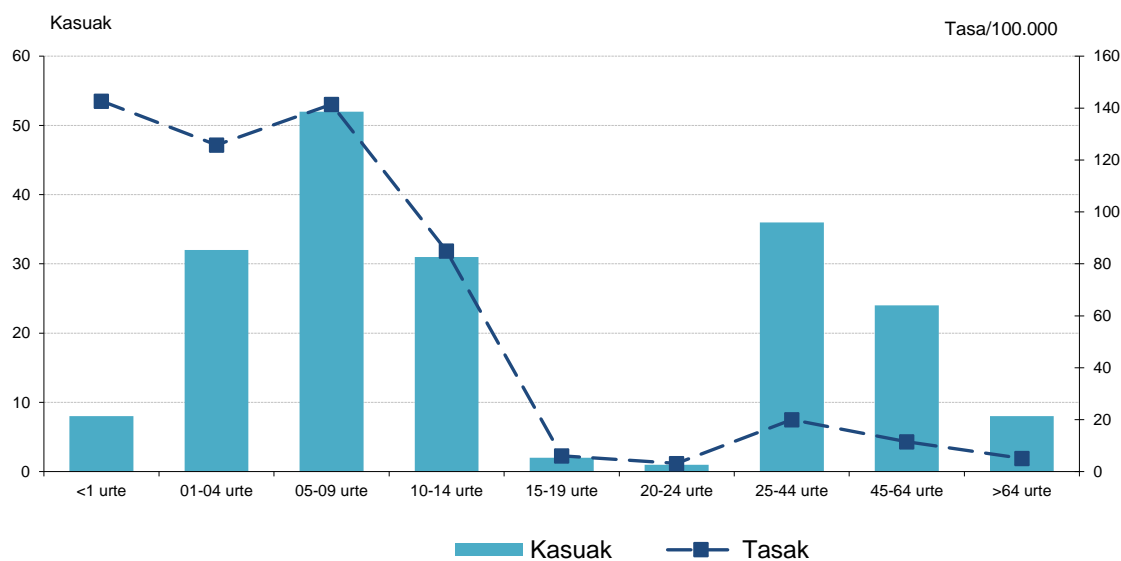
2.10 grafikoa dago irudikatuta azken 21 urteetako kukutxeztul kasuen bilakaera. Kurbak adierazten du lehenengo 11 urtean ia ez zela kukutxeztul-kasurik jakinarazi. 2011n gorakada bat izan zen, eta eutsi egin dio azken 8 urtean, nahiz eta –aurreko urteekin alderatuta– 2018an jaitsi egin zen.

2.10 grafikoa. Kukatxetzul-kasuak, urteka. Aitortu Beharreko Gaixotasuna (ABG). Gipuzkoa 1998-2018.



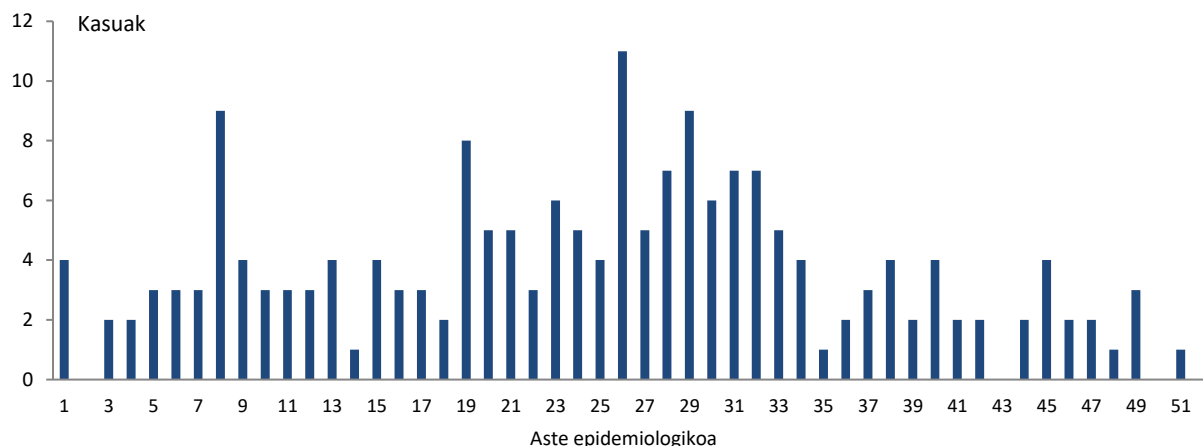
Adin-mediana 10 urtekoa izan zen (tartea: 22 egun-86 urte). Tasarik altuena urtebetetik beherakoetan eman zen (142,7/100.000) (2.11 grafikoa). Adin-talde horretan erregistratu ziren 8 kasuetatik, 2 bularreko haurrak ziren, hilabetetik beherakoak, eta ospitaleratu egin behar izan zituzten. Horietako baten amak dTpa dosi bat hartua zuen haurdunaldian; besteak ez.

2.11 taula. Kukatxetzul- kasuak eta tasak, adin-taldearen arabera. Aitortu Beharreko Gaixotasuna (ABG). Gipuzkoa, 2018



Hurrengo kurba epidemikoan, kasu-kopurura agertzen da aste epidemiologikoko, sintomen hasiera-data kontuan hartuta. Nahiz eta kukatxetzulak urtaroeekin lotura zuzenik ez izan eta urte osoan gorakadak baditu ere, oro har, 2018an maiatzetik abuztura kasu gehiago izan ziren.

2.12 taula. Kukatxetzul- kasuak, aste epidemiologikoaren arabera. Aitortu Beharreko Gaixotasuna (ABG). Gipuzkoa, 2018



Sintomatologia arina izan zen orokorrean, eta zeinu klinikorik garrantzitsuenak ez zuten iraukorra, paroxistikoa eta, kasu batzuetan, goragalea izan ziren. Jakinarazitako kasuetako % 95,8k faringeko frotisa zuten egina, eta *Bordetella pertussis*-en emaitza positiboa zuten (PCR). Sei asteko haurdunaldian zegoen emakume baten kasua izan ezik, diagnostikatutako kasu guztiak makrolidoarekin tratatu ziren, eta bost eguneko eskolara edo lanera ez joatea gomendatu zen.

2.4 taula. Txertaketa-egoera, adin-taldearen arabera.

2.4 taula. Kasuak eta txertaketa-egoera, adin-taldeka. Aitortu Beharreko Gaixotasuna (ABG). Gipuzkoa, 2018

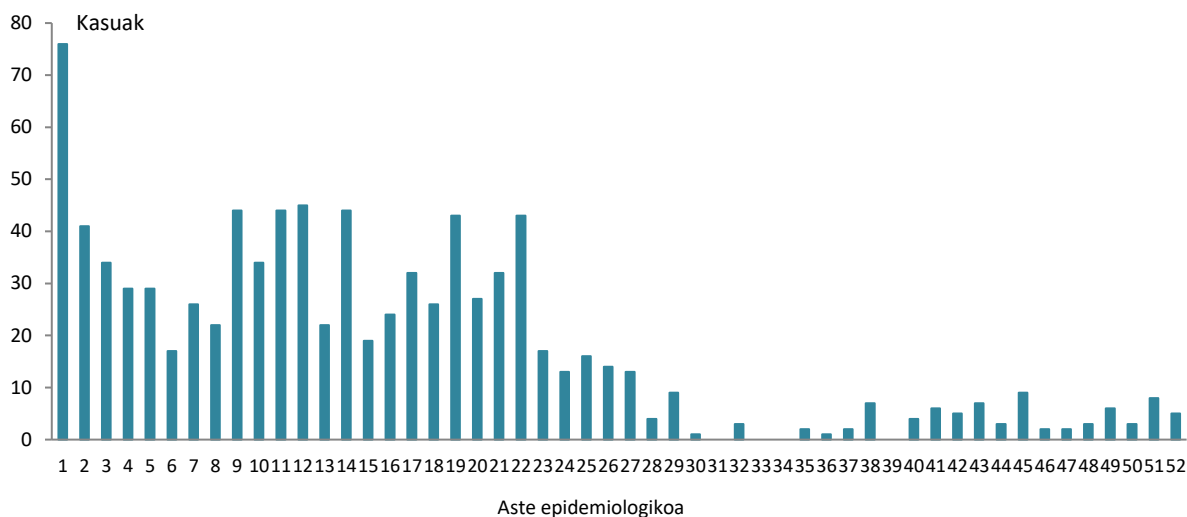
	< 1 urte	1-5 urte	6-13 urte	14-34 urte	> 35 urte
Kasuak	8 (4,1%)	49 (25,3%)	64 (33,0%)	12 (6,2%)	61 (31,4%)
Txertaketa					
Bai	6 (75,0%)	42 (85,7%)	59 (92,2%)	6 (50,0%)	1 (1,6%)
Ez	2 (25,0%)	7 (14,3%)	5 (7,8%)	1 (8,3%)	21 (34,5%)
Jaso gabe	--	--	--	5 (41,7%)	39 (63,9%)

Kasuen agerpenari dagokionez, 91 (% 47) beste kasu batzuei lotuta egon ziren, besteetan ez zen lotura epidemiologikorik ezagutu. 2-6 kasu bitarteko agerraldiak jaso ziren hainbat eskolatan (18 guztira), 4 kasu enpresa berekoak ziren eta lotutako beste kasuak familiar-tekoenak ziren. 4 eskolatan agerraldien jarraipena egin zen.

Barizela

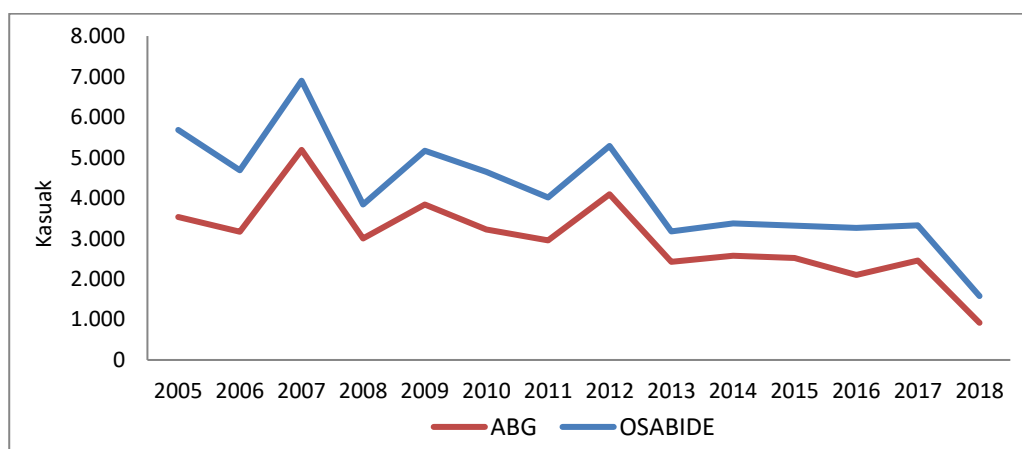
2018an, 918 barizela-kasuren berri eman zen, 128,5eko tasa 100.000 biztanleko. 2017an, 2.455 kasuren berri eman zen. Hurrengo kurba epidemikoan ABGra aitorturiko kasuak erakusten dira, aste epidemiologikoaren arabera. Intzidentziarik handienak 1-22 asteen artean izan ziren, urteko lehen 5 hilabeteetan.

2.13 grafikoa. Barizela-kasuak, aste epidemiologikoaren arabera. Aitortu Beharreko Gaixotasuna (ABG). Gipuzkoa 2018



2.14 grafikoa, ABGra urtero aitorturiko kasuak eta lehen mailako arretako barizela-kontsultak aurkezten dira, azken 14 urteko aldirako. Kurba epidemiko biak paraleloak dira. Kopururik handiena, bai kontsultetan, bai jakinarazpenetan, 2007an izan zen. 2018an, berriz, jaitsi egin zen aurreko urteekin alderatuta. Jaitsiera hori, agian, gertatu da 2015ean barizelaren txertoa sartu delako EAEko txertaketa-egutegian, 15. hilabeteetan eta 4. urtean.

2.14 grafikoa. Barizela kasuak, urteka. ABG eta lehen-mailako kontsultak (Osabide). Gipuzkoa, 2005-2018



Jarraian Gipuzkoan bizi direnen ospitaleko alden datuak ematen dira, barizela-kasuei dagozkienak lehenengo 6 diagnostikoetan. Horretarako Datuen Oinarrizko Gutxieneko Bildumako (DOGB) datuak erabili dira, 2008-2017an EAEko akutuen ospitale

publikoetan ingresatutakoenak. Datuek erakusten dute ospitaleratze-kopuruak egonkor mantentzen direla. 2017an erregistratutako, 36 altatetik 20 izan ziren 15 urtez azpikoak eta 15 edo gehiagokoak, 12.

2.5 taula. Barizelaren ondoriozko ospitale-altak (GNS 9:052 2015era arte eta GNS 10: B01). DOGB. Gipuzkoa, 2008-2017

ADINA	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
0-14	10	22	21	14	21	23	20	18	20	24
> 14	15	13	11	12	11	12	9	7	12	12
GUZTIRA	25	35	32	26	32	35	29	25	32	36

2017ko ospitaleko altak, batez beste, 6,7 eguneko egonaldia izan zen. Ez zen inor hil

Arnas transmisiozko gaixotasunak

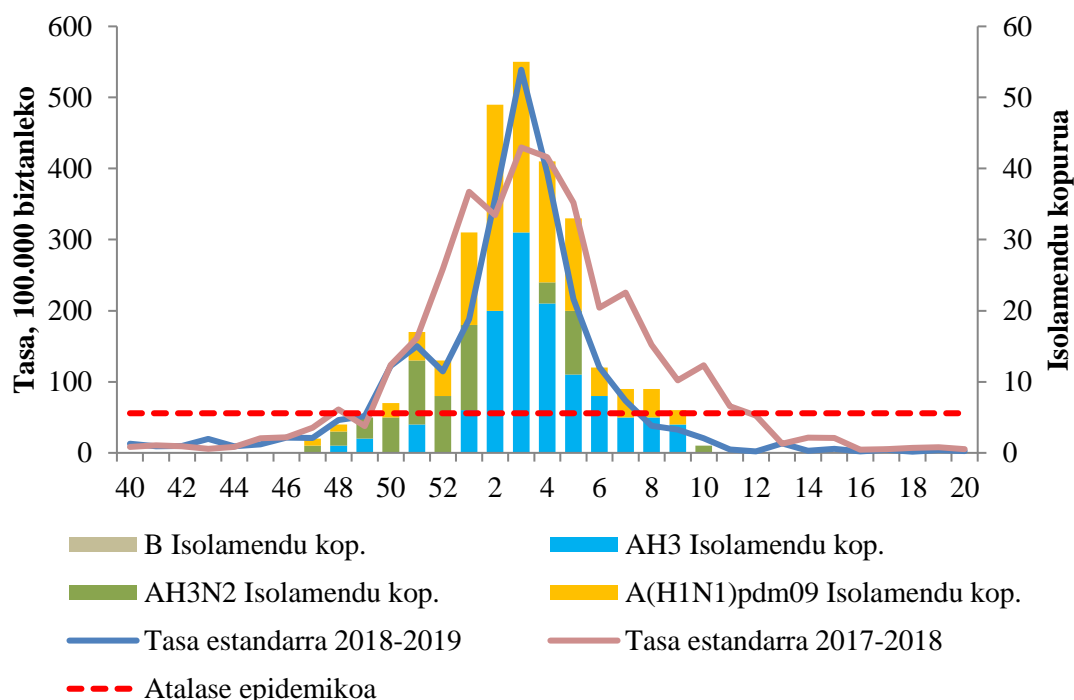
Gripea

Gripearen zaintza honako hauek bidez egiten da: Jagole Sarea, gripea baieztatuta ospitaleraturiko kasu larrien zaintza (GBOKL) eta Osasun Publikoak esku hartu beharreko agerraldien zaintza.

Jagole-sarea

2018-2019ko EAEko gripe-denboraldian, epidemia-atalasea 2018/50 astean gainditu zen, eta epidemia-gailurrera 2019/03 astean iritsi zen 100.000 biztanleko 532,5eko tasarekin, aurreko denboraldikoa baina handiagoa (418,8/100.000) izanik. Jagole Sareak jasotako laginen birus tipotuak A motakoak izan dira.

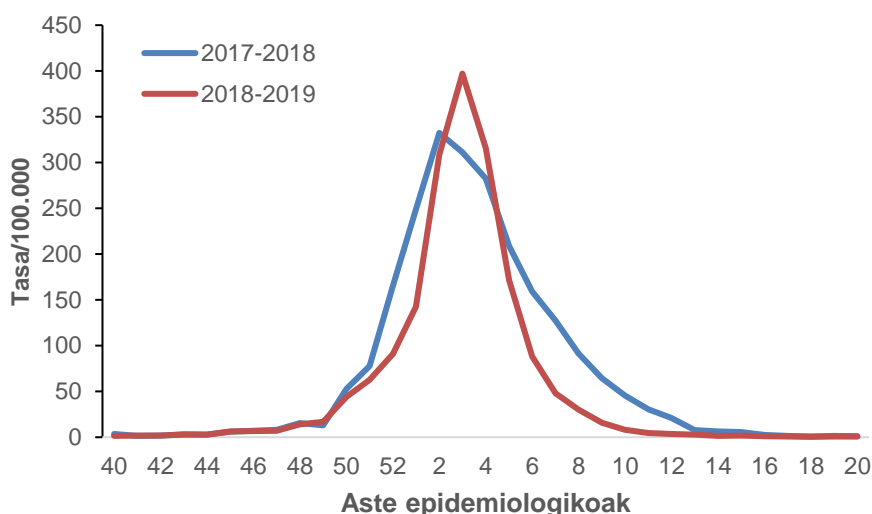
2.15 grafikoa. Gripearren asteko bilakaera. Jagole-sarea EAE, 2018-2019ko denboraldia.



Gripe-sindromeak eragindako lehen-mailako arretako kontsultak

2018-19an, Osakidetzako lehen-mailako arretako kontsulta-sarean 39.215 kontsulta izan ziren gripe-sindromearengatik, 1.802,3ko tasa 100.000 biztanleko. Eskaerak goia jo zuen 2019/03 asteen (ikus 2.16 grafikoa) 8.641 kontsultarekin (397,1eko tasa 100.000 biztanleko).

2.16 grafikoa. THaren gripe-sindromeak eragindako kontsultak (tasak 100.000ko). EAE, 2017-2018ko denboraldia.



Gripea baieztatuta ospitaleraturiko kasu larriak (GBOKL)

Denboraldi hasieratik, baieztaturiko gripearekin ospitaleraturiko 1.662 kasu aitortu dira zaintza egiten den EAeko 8 ospitaleetan, eta horietako 435ek larritasun-irizpideak betetzen dituzte. EAEn ospitaleraturiko 1.662 kasuetatik, 263 Donostia Unibertsitate Ospitalean (DUO) izan ziren, aurreko urteko erdiak (536). Horietako 101ek (% 38,4) kasu larriaren irizpideak betetzen zituzten (CGHGC). % 44 emakumezkoa zen eta batez besteko adina 64 urtekoa (tartea:0-97 urte). 101 GBOKL kasuetatik, 85ek (% 84,2) arrisku-faktoreen bat zeukaten; ohikoenak, gaixotasun kardiobaskularrak (% 60,4), arnas gaixotasunak (% 29,7) eta paziente onkologikoa izatea (% 16,4). Konplikaziorik ohikoena pneumonia izan zen, kasuen % 83,2an. 20 kasu Zainketa Intentsiboko Unitatean (ZIU) sartu behar izan zuten. Gripearekin kontrako txertoa hartzeko baldintzak betetzen zituztenetatik % 53,8k ez zeukaten hartuta. Gipuzkoako GBOKLn artean 19 hil ziren, denak arrisku-faktoreen bat zeukatenak. Hildakoen % 42,1ek txertoa hartu gabe zeukan, hartzeko agindua eduki arren. Gipuzkoako GBOKLn artean jasotako frotsen % 100 A motakoak izan ziren. AH3 zen horien % 75,2, eta AH1p, % 24,8.

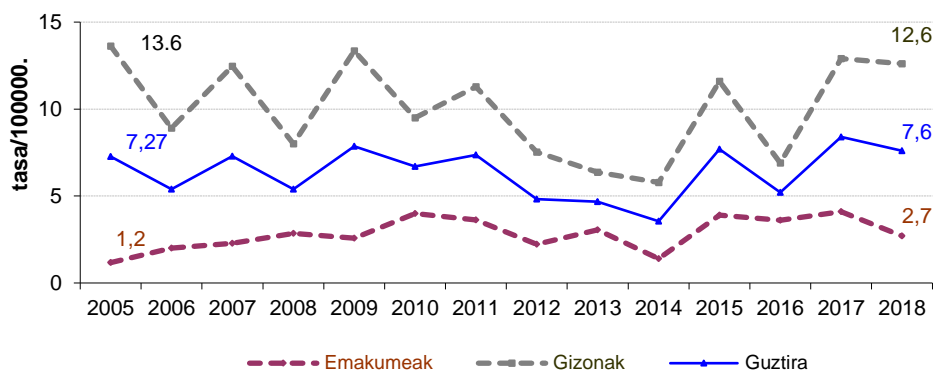
Agerraldiak

2018-2019 denboraldian, 2 gripe-agerraldiren berri eman zen Gipuzkoako gerontologia-zentroetan. Lehenengoa 2019ko bigarren astean izan zen, eta 10 egoiliarri erasan zien. Bigarrena 12. astean izan zen eta erasandakoak 17 egoiliar eta 6 langile izan ziren. Bi agerraldiak bi aste baino gutxiago iraun zuten.

Legionellosia

2018an, 54 legionellosi-kasuren berri eman da: 7,6ko tasa gordina 100.000 biztanleko. % 14 jaitsi da iazkoarekin alderatuz gero. Jaitsierak, batez ere, emakumezkoiei eragin die (% -33).

2.17 grafikoa. Legionellosiaren intzidentzia. Gipuzkoako ABG erregistroa, 2005-2018



Sexuen arrazoa (gizonezko/emakumezko) 4,7 da. Emakumezkoetan, tasarik handiena 50-64 urteko taldean ikusten da (2.6 taula). Bada kasu bat, 61 urteko gizonezko bat, inkubazio-aldi osoa Gipuzkoatik kanpo igaro zuena, nahiz eta sartu egin den, tasak kalkulatzeko. Adin-mediana 61,5 urtekoa da (tartea: 37-89 urte), eta ia ez dago alderik gizonezkoen (62 urte) eta emakumezkoen (56 urte) artean.

2.6 taula: Legionellosi-kasuak eta tasa (100.000 biztanleko) adin-talde eta sexuaren arabera. Gipuzkoa 2018

Adin-taldea	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Guztira
<30 urte	0	0	0
30-49 urte	7 (6,8)	1 (1,0)	8 (3,9)
50-64 urte	19 (25,4)	6 (7,9)	25 (16,5)
>=65 urte	18 (26,9)	3 (3,4)	21 (13,4)
GUZTIRA	44 (12,6)	10 (2,7)	54 (7,6)

Kasu guztiak pneumoniarekin batera agertu dira (legionarioaren gaixotasuna). Diagnostikoa egiteko metodoa izan da *Legionella pneumophila*-ren Ag detektatzea gernutan, 42 kasutan, eta gainerako 12 kasuetan (guztien % 22, ia aurreko urteen bikoitza) PCR emaitza positiboa, arnas laginean. Guztira, 29 kasuren (guztiaren % 54) arnas lagina hartu da DNA detektatzeko eta/edo *Legionella*-ren kultiborako: 21 kasutan PCRa positiboa izan da eta 8 kasutan bakarrik egon da kultibo positibo bat; horietako 7 kasutan Sg 1 identifikatu da eta batean Sg 2-14.

54 kasuetatik, 5 (% 9,3) anbulatorioetan tratatu dira. Ospitaleratuta egondako egunen mediana 6 egunekoa izan zen, gutxienez 1 eta gehienez 189. Bi heriotza erregistratu dira (hilgarritasuna: % 3,7).

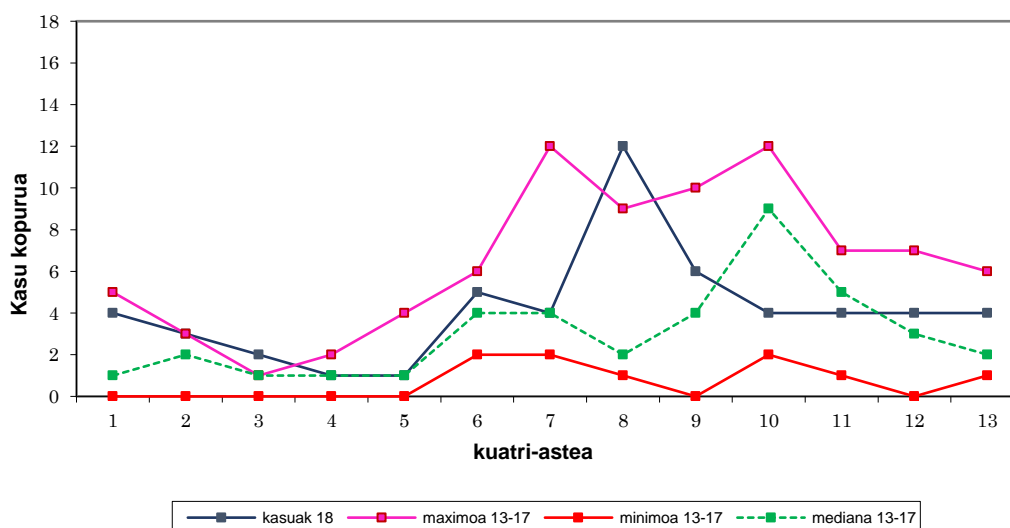
54 kasuetatik, 13 kasutan ez zen identifikatu legionarioen gaixotasuna agertzearekin zerikusia duen arrisku-faktore indibidualik. Gainerako 41etan faktore horietako bat edo gehiago identifikatu ziren; ohikoena, tabakoa (kasu guztien % 39) (2.7 taula).

2.7 taula. Legionelosirako arrisku-faktoreak. ABG Gipuzkoa, 2018

ARRISKU-FAKTOREA	Kopurua (%)
Tabakoa	21 (38,9)
Diabetesa	8 (14,8)
Immunozeabatazaileak/kortikoterapia	5 (9,3)
Alkohola (kontsumo arriskugarria)	6 (11,1)
Arnas gaix. kronikoa	5 (9,3)
Hemopatia edo minbizia	5 (9,3)

2.18 grafikoan kasuen banaketa agertzen da, sintomak zein lauhilekoan agertu diren kontuan hartuta. Aipatzekoa da 8. lauhilekoan (uztailean) dagoen gorakada, aurreko bost urtean lauhileko horretan izan zen kasu-kopururik altuena gainditu zuena. Geroago gehitu ziren hiru kasu kenduta (geroago deskribatzen dira), gorakada hori lurraldeko hainbat herritan bizi ziren kasuengatik izan zen, haien arteko lotura epidemiologikorik ez zutenak.

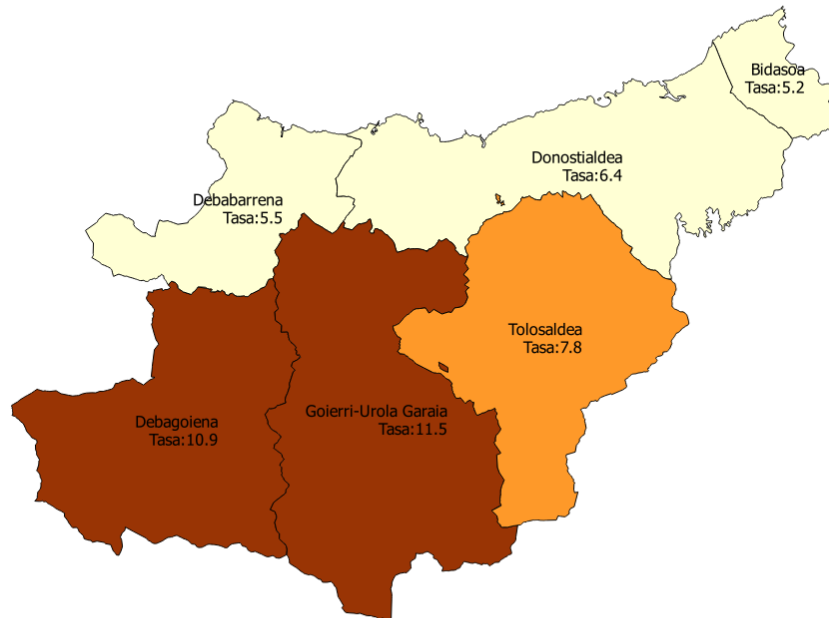
2.18 grafikoa. Kanal endemo-epidemikoa. Legionellosia, Gipuzkoa 2018.



Ingurumeneko arriskuei dagokienez, kasu bat ospitalean egon zen inkubazioaldi osoan (kasu nosokomiala); lau kasu kiroldegiren bateko urarekin zuten zerikusia; bi kasutan etxekeko instalazioekin zerikusia duen arriskuren bat egon zitekeela balioetsi zen, eta 4 kantuan Osalanek lan-ingurunea aztertu zuen. Kasu horietan guztietan, zegokion ingurumen-ikerketak egin zen eta ur-laginak hartu ziren legionella aztertzeko; positibo eman zuten kasu nosokomialaren ikerketan hartutako bi laginek (*Legionella pneumophila* Sg 3) eta etxe batean hartutako lagin batek ere bai (*Legionella pneumophila* Sg 2-14). Bi kasuetan, ezarritako kontrol-neurriak hartzeko agindu zen eta jarraipena egin zitzaion; instalazio horiei loturiko beste kasurik ez zen egon. Gainera, 5 kasu ohiko etxetik kanpo egin zuten lo inkubazioaldian; horietako batek Gipuzkoan, eta gainerako lauek handik kanpo.

Debagoieneko eta Goierri-Urola Garaiko ESletan ikusi da intzidentziarik handiena (2.19 grafikoa).

2.19 grafikoa. Legionellosiaren intzidentzia-tasa, ESka. Gipuzkoa 2018.

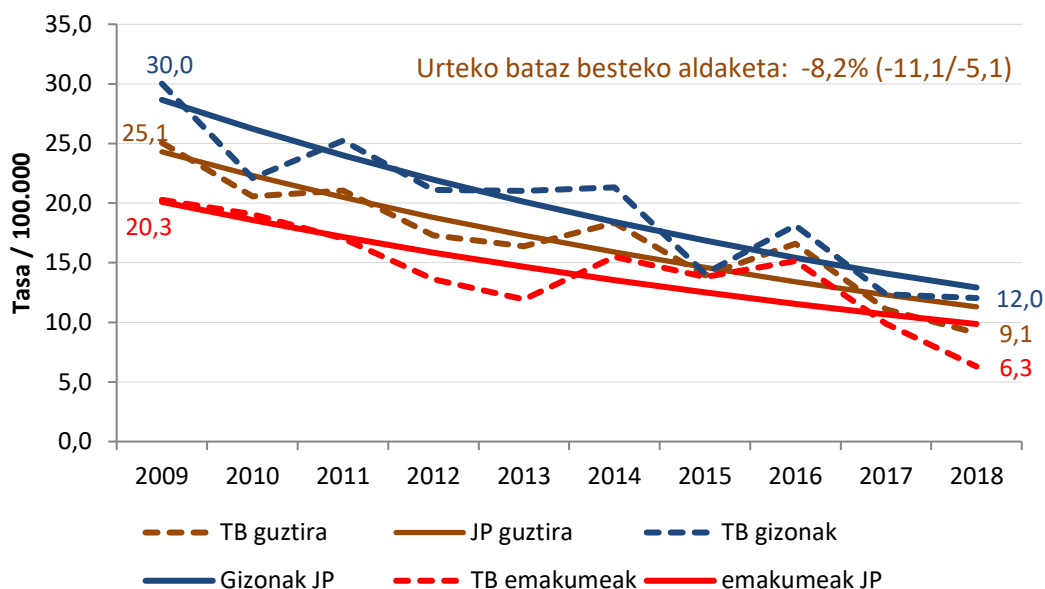


Aurkezteko moduari dagokionez, denbora-espazio multzokatze bat ikusi zen, hiru kasuz osatua, eta sintomekin uztailearen 18an (kasu bat) eta 25ean (bi kasu) hasi zirenak. Kasuak, hainbat udalerritan bizi baitziren, inkubazioaldian Ordizian izan izana zuten amankomun. Inkestan ez zen identifikatu arriskugarria zitekeen ez jarduera, ez esposiziorik. Osasun Publikoko teknikariek informazioa eta dokumentazioa eskatu zizkieten arriskugarri jotako hozte-zirkuituen arduradunei; laginak ere hartu zituzten iturri-apaingarrien uretatik. Emaizta guztiek ados eman zuten.

Tuberkulosia

2018an 65 tuberkulosi-kasu erregistratu dira Gipuzkoan: 100.000 biztanleko 9,1eko tasa gordina esan nahi du horrek, eta % 18ko jaitsiera, aurreko urtearekiko. Azken 10 urteetan, urteko % 8,2 jaitsi da, batez beste (2.20 grafikoa).

2.20 grafikoa. Tuberkulosiaren tasa gordina, Gipuzkoan. ABG 2009-2018.



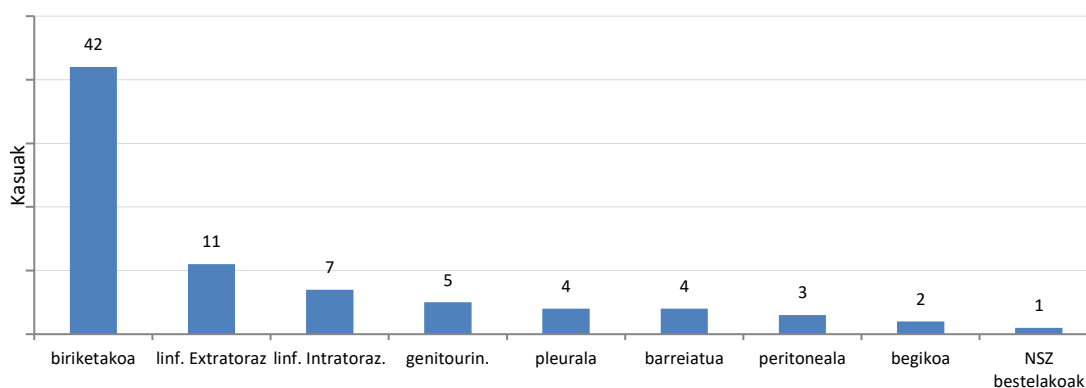
Gizon/emakume arrazoa 1,8koa izan zen. Gizonezkoetan, tasarik handiena 65-74 urte bitarteko taldean azaldu da; emakumeen artean, berriz, 25 eta 44 urte bitartekoek erakusten dute tasarik handiena (2,8 taula). Urtebeteko haurren kasu bat erregistratu da, txertorik hartu gabea bera, eta gurasoak endemia handiko herrialde batekoak dira. Kasuen % 46 ospitaleratu da diagnosis egiteko eta/edo tratamendua hasteko.

2.8 taula. Tuberkulosi kasuak eta tasa espezifikoak, adin-taldearen eta sexuaren arabera. Gipuzkoa 2018.

Adina	KASUAK			TASA/100.000		
	Gizon	Emakume	Guztira	Gizon	Emakume	Guztira
0-4	1	0	1	6,3	0,0	3,2
5-14	0	0	0	0,0	0,0	0,0
15-24	2	2	4	6,0	6,4	6,2
25-34	4	4	8	11,2	11,3	11,3
35-44	8	7	15	14,4	13,0	13,7
45-54	7	2	9	12,4	3,6	8,1
55-64	5	4	9	10,6	8,1	9,3
65-74	10	1	11	26,5	2,4	13,7
>=75	5	3	8	17,2	6,4	10,5
Guztira	42	23	65	12,0	6,3	9,1

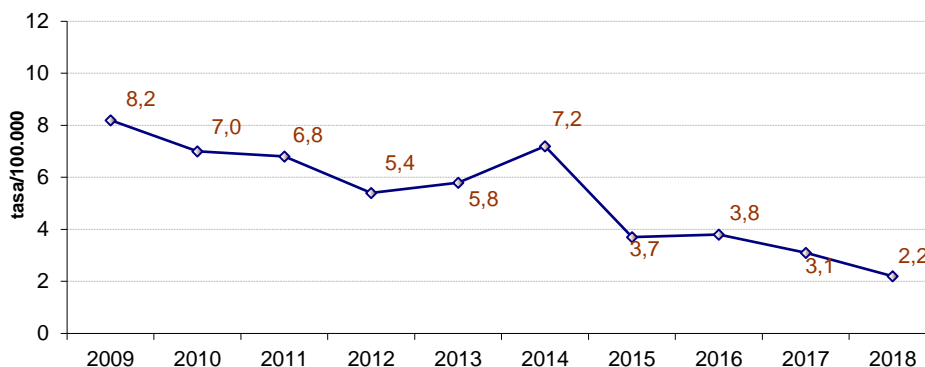
42 kasutan, biriketan kokatua zen gaixotasuna, beste kokapen batzuekin batera izan edo ez: 5,9 tasa/100.000 biztanle. 2.21 grafikoa ikusten dira 65 kasuek izan dituzten kokapenak.

2.21 grafikoa. Tuberkulosi-kasuen kokapena. Gipuzkoa 2018.



54 kasu (guztien % 83, eta biriketako kokapena dutenen % 95) kultiboan positibo eman dute lagin biologikoren baten. 16 kasu (biriketako % 38) karkaxa-baziloskopian (Bk) positibo eman zuten (baziliferoen intzidentzia-tasa: 2,2/100.000 biz. 2.22 grafikoa). Sentikortasun-azterketa egin da kasu guztietan eta emaitza hauek eman dituzte: 43 anduiak (% 80) sentikor direla eman dute azterturiko lehen lerroko farmako guztietarako; 6 anduiak pirazinamidarekiko erresistentzia erakutsi dute (lau *Mycobacterium bovis* ziren); 1 andui erresistentea zen estreptomizinarekiko; 3 andui erresistentzia erakutsi dute isoniazida eta estreptomizinarekiko eta 1 andui multierresistentzia erakutsi du (isoniazida, rifampizina, pirazinamida eta estreptomizina). *M. bovis*en lau anduiak ez badira kontuan hartzen, bertakoen artean isolaturiko 34 anduietatik bakar batek bakarrik (% 2,9) erakutsi du erresistentziaren bat; atzerrian jaiotako kasuen artean, berriz, % 37,5 da proportzioa (16/6).

2.22 grafikoa. Karkaxan Bk positibo eman duten tuberkulosien tasa gordina. Gipuzkoa 2018.



Kasu baziliferoen % 56an 50 egun baino gehiago atzeratu da diagnostikoa; oso urrun dago tuberkulosia kontrolatzeko programan helburutzat ezarri zen % 5etik.

Hauek dira kasuek erakusten dituzte arrisku-faktore ohikoenak: tabakismoa (% 29), kontatua izan berria kasu batekin (% 11) eta gaixotasun edo terapia immunoezabatzailea (% 11). Bi kasu espetxean zeuden diagnostikoa egin zitzaizkien. 43 kasutan (guztien % 66) GIBarekin baterako infekzioa aztertu da, eta batek positibo eman du.

Atzerrian jaiotako dira 21 kasu (guztien % 32,3): 8 asiarrak (5 pakistandar), 7 afrikar, 3 amerikar eta 3 Europa ekialdeko herrialdeetakoak. 6 kasuri, gure herrialdean bizi ziren

hasi eta lehenengo 5 urtean egin diagnostikatu zitzairen tuberkulosia. 2018an, kolektibo horren tasa 30,6/100.000 biztanle izan zen (2017an, 32,0), eta 6,8/100.000 biztanle, bertakoen artean (2017an, 9,0).

2.9 taulan, ESika erakusten dira urteko tasa gordinak, 2009-2018 aldirako. Debabarreneko ESiak erakutsi zuen tasarik handiena.

2.9 taula. Tuberkulosiaren tasa gordinak 100.000 biztanleko ESlen arabera. Gipuzkoa 2009-2018.

ESKUALDEA	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Debagoien+	27,0	11,1	25,3	18,8	15,6	17,1	12,4	23,3	21,7	7,7
Debabarren+	43,1	41,7	26,3	20,7	19,3	30,3	20,7	29,0	13,7	15,1
Goierrri-Urola	25,9	28,9	22,4	16,9	18,0	22,2	14,7	19,0	6,3	6,3
Tolosaldea	24,4	19,4	22,5	35,1	14,3	23,7	17,4	9,5	15,7	12,5
Donostialdea	23,6	18,1	20,1	14,1	14,3	15,7	12,6	15,4	10,9	9,2
Bidasoa	11,8	15,7	15,7	17,1	21,0	9,2	11,7	10,4	6,5	6,5
GUZTIRA+	25,0	21,1	21,2	17,7	16,1	18,1	14,0	16,9	11,5	9,3

*behin-behineko datuak

+Ermua, Mallabia eta Aramaioko kasuak ere sartu dira.

Hiru agerraldi identifikatu dira, bakoitza bi kasurekin, eta denak familia-ingurunean gertatuak.

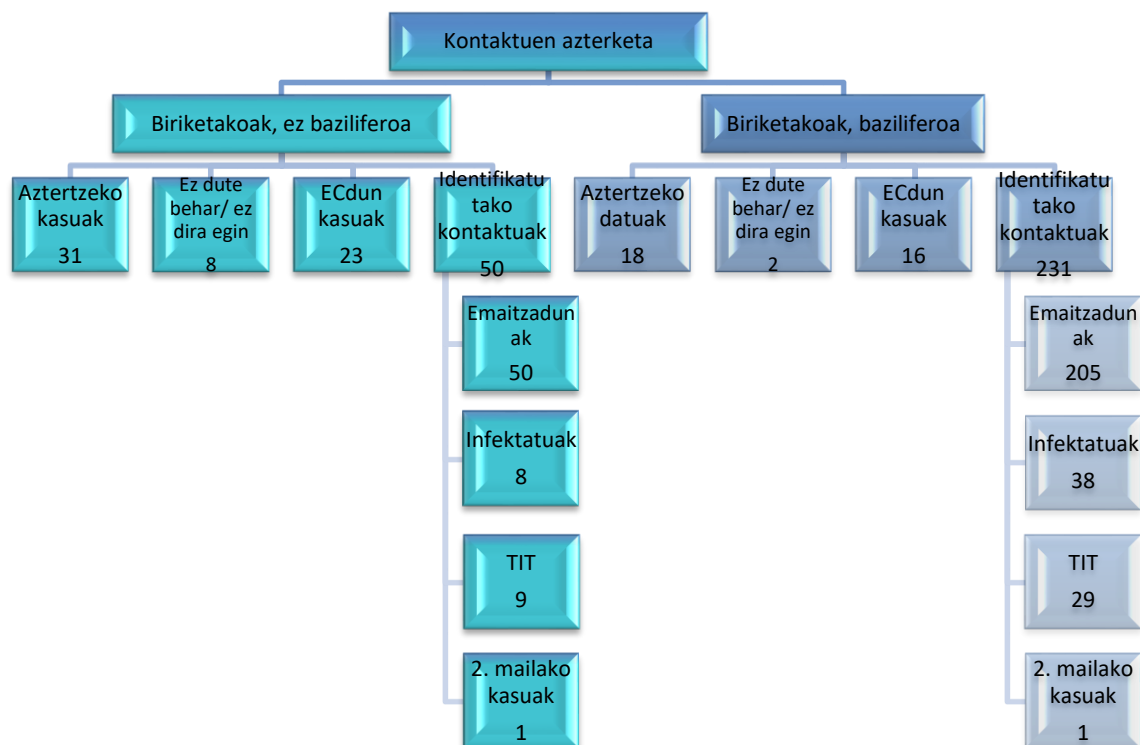
2017an erregistraturiko kasuen jarraipenaren emaitza

Urte hartan Gipuzkoako ESletan erregistraturiko 84 kasuetatik 74k (% 88) zuzen bukatu zuten tratamendua; 4 kasutan, kendu egin zen tratamendua, albo-ondorioak zituelako; kasu bat tratamendua hasterako hil zen, eta beste 5 kasu, tratamenduan zeuden bitartean.

Kontaktuen azterketak

Gipuzkoako ESletan 2018an diagnostikaturiko biriketako kasuen kontaktuen egindako azterketaren emaitzak aurkezten dira (Ermua eta Mallabia eta Aramaioko ere sartuta). Infektatutzat jotzen dira infekzioa detektatzeko edozein probatan (Mantoux edo Quantiferon) emaitza positiboa eman duten kontaktuak, kontaktu direnak aztertzeko egungo algoritmoen arabera.

2.23 grafikoa. Biriketako kasuen kontaktuei egindako azterketen eskema orokorra. Gipuzkoa 2018.



Azterketan hasi ziren kontaktuen % 90,7k amaitu egin zuten, eta horiek sartu dira jarraian aurkezten ditugun emaitzen laburpenean.

Kasuko azterturiko kontaktuak 8 izan dira batez beste. % 44,7 emakumezkoa zen eta 36 urteko adin-mediana zuen. BCG txertoa hartuta zuen % 33,7k, baina ez zegoen horri buruzko informaziorik kontaktuen % 52,9tan.

Kasu indizearen egoera mikrobiologikoari dagokionez, % 80,4 kasu bazilifero baten kontaktua zen.

2.10 taulan erakusten da kontaktuen arrisku-mailaren arabeko azterketaren emaitza.

2.10 taula. Infekzioa, kasu adierazlearen bakteriologiaren eta kontaktu-mailaren arabera. Biriketako tuberkulosiaren kasuak. Gipuzkoa 2018.

GIPUZKOAKO BARRUTIA	Identifikaturiko kontaktuak	Azterturiko kontaktuak	Infektatuak guztira	Biraketak, guztira	Infektatuen %	TIT kop.	Kasu kop.
AOH ¹ : BK ³ (+)en 1 zirkulua	47	44	14	1	31,8	13	1
AH ² : BK (-)en 1. zirkulua eta BK (+)en 2. zirkulua	186	163	25	7	15,3	22	0
BESTE BATZUK : Beste egoeraren batzuk	48	48	7	0	14,6	3	1
GUZTIRA	281	255	46	8	18,1	38	2

1. AOH: Arrisku oso handia
2. AH: Arrisku handia
3. BK: Baziliferoak

Tuberkulosi-infekzioa tratatzeko agindu da (TIT) azterturiko kontaktu guztien % 18,4tan eta infekzio-diagnostikoa izan duten kontaktuen % 82,6tan. Bazilifero-kasuen kontaktua denetan, infektatuen % 66,7ri agindu zaie hori. Isoniazida eta rifampizinarekin egiten den 3 hilabeteko pauta motza da gehien agintzen dena (guztien % 67,6). 2017ko TIT betetzeen datuak: 41 TIT agindu ziren eta % 7,3k utzi egin zuen, % 2,4ri kendu egin zitzaion intolerantziagatik eta % 90,2k zuzen bete zuen tratamendua.

Programaren helburuak

2.11 taula. Tuberkulosia Kontrolatzeko Programako helburuen betetze-maila. Gipuzkoa 2018.

Diagnostikoa:	Helburua	2018
Diagnostikoaren atzeratzea sintomak hasi eta tta. hasi arte ≤ 50 egun BK+ekin	95%	44%
Sentikortasun-testa, kultibo+ eman duten kasuetan	100%	100%
Andui multierresistenteen edo agerraldiei loturikoen azterketa genetikoa	100%	100%
Tratamendua		
Kultiboa negatibotzea 2. hilabetean*	$\geq 80\%$	-
Tratamendua betetzea (2017)	$>90\%$	92,9%
Kontaktuen azterketa		
Kontaktuen zentsua egitea, birika-laringetako kasuetan	$>95\%$	80
Kontaktuen zentsua egitea, baziliferoen kasuetan	100%	100
TIT betetzea, agindua dutenen kontaktuek (2017)	$>75\%$	91,8

*Adierazle hau ezin da baloratu, 2. hilabetean kultiboa sistematikoki ez baita egiten.

Tuberkulosiaren intzidentzia eta gizarte-desberdintasunak Gipuzkoan, 2010-2017 aldian

Tuberkulosiaren intzidentzia estimatu da 5 gabezia-mailatako bakoitzean, diagnostikoa egin zenean bizilekuaren errolda-barruti bakoitzerako kalkulaturiko maila esleituta kasu bakoitzari.

2.12 taula. Tuberkulosia, sexuaren eta gabezia-mailaren arabera. Gipuzkoa 2010-2017.

Gabezia-maila	Gizonezkoak				Emakumezkoak			
	Kasuak	TG *	TE ^a	TEA ^b (KT, % 95)	Kasuak	TG*	TEa	TEA ^b (KT, % 95)
1 (aberatsena)	91	15,4	16,6	1	77	11,8	11,9	1
2	139	18,3	19,3	1,16 (0,89-1,51)	113	14,5	14,4	1,21 (0,91-1,62)
3	135	17,8	18,5	1,11 (0,85-1,45)	125	16,3	16,1	1,36 (1,02-1,80)
4	114	22,2	22,8	1,37 (1,03-1,81)	78	15,0	14,9	1,25 (0,91-1,72)
5 (behartsuena)	77	34,9	35,8	2,15 (1,51-3,07)	40	17,7	17,2	1,45 (0,95-2,21)

*TG: Tasa gordina, urtean 100.000 pertsonako.

^a100.000 biztanleko, 2011ko EAEko populazioren adinaren arabera estandarizatua.

^bAdinaren arabera estandarizaturiko tasen arrazoia; KT: konfiantza-tartea.

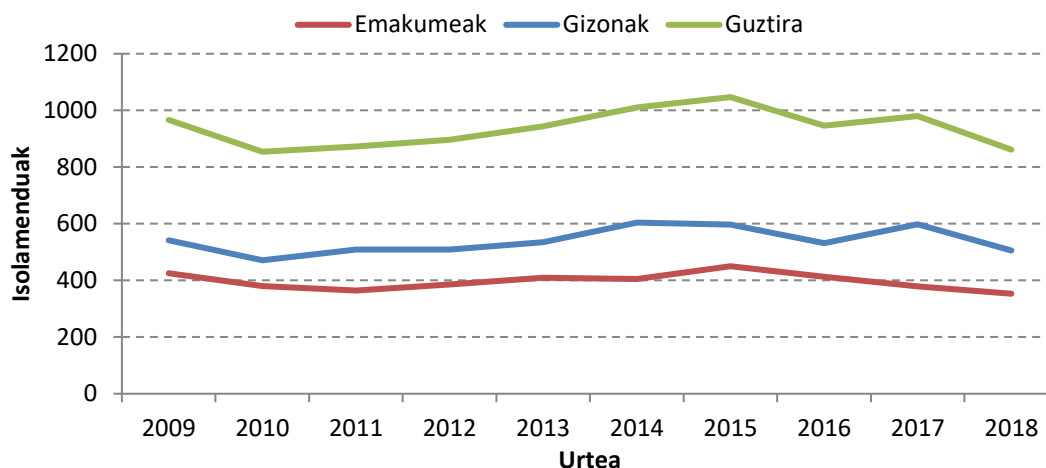
Gizonezko nahiz emakumezkoetan, maila sozioekonomiko handieneko kintila da batez besteko tasarik txikiena erakusten duena, aldi horretan; tasa hazi egiten da gabezia-maila areagotu ahala. Baina alde horiek ez dira esanguratsuak estatistikoki.

Elikagai- eta ur-transmisiozko gaixotasunak

Campylobacter

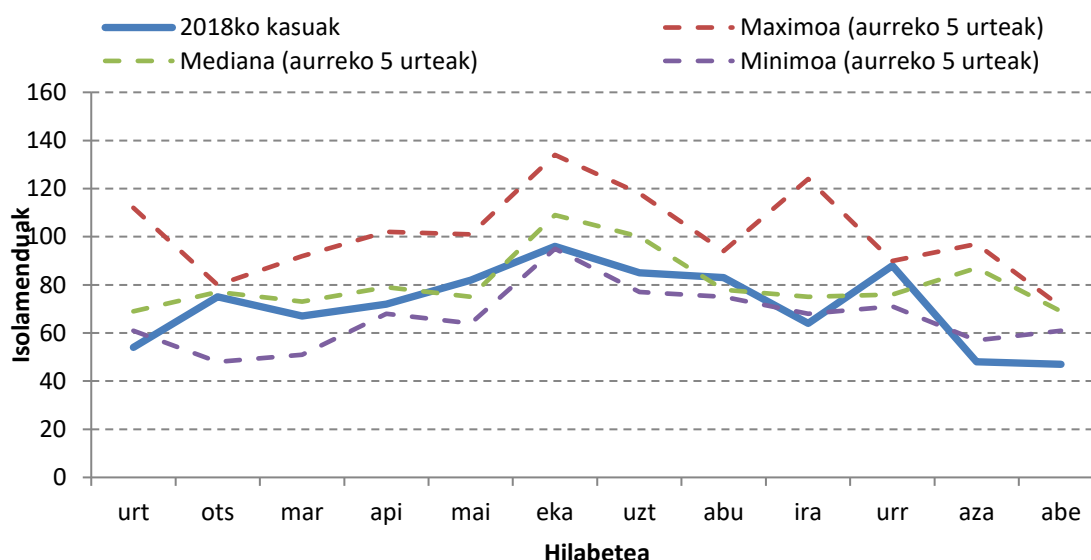
ISMen 861 *Campylobacter* isolamenduren berri eman zen; 2017koa baino kopuru txikiagoa (992) (2.24 grafikoa). *Campylobacter*en isolamendu-kopurua txikitzen ari da du 2015az geroztik.

2.24 grafikoa. *Campylobacter* isolamenduen bilakaera. IMS Gipuzkoa, 2009-2018



Kasuen % 41 emakumezkoa zen eta % 59a, berriz, gizonezkoa (gizon/emakume ratioa: 1,43). Mediana 7 urtekoa izan zen (tarte: 0-97) eta kasuen % 65, pediatrikoa.

2.25 grafikoa. *Campylobacter*en kanal endemoepidemikoa. IMS Gipuzkoa, 2018



Urte guztian zehar, aurreko bosturtekoko gehiengoaren azpitik egon zen isolamendu-kopurua, (2.25 grafikoa). Gehien isolatu den espeziea *Campylobacter jejuni* izan da (% 87), eta, ondoren, *C. coli* (% 11); % 2, berriz, *Campylobacter sp.* zen.

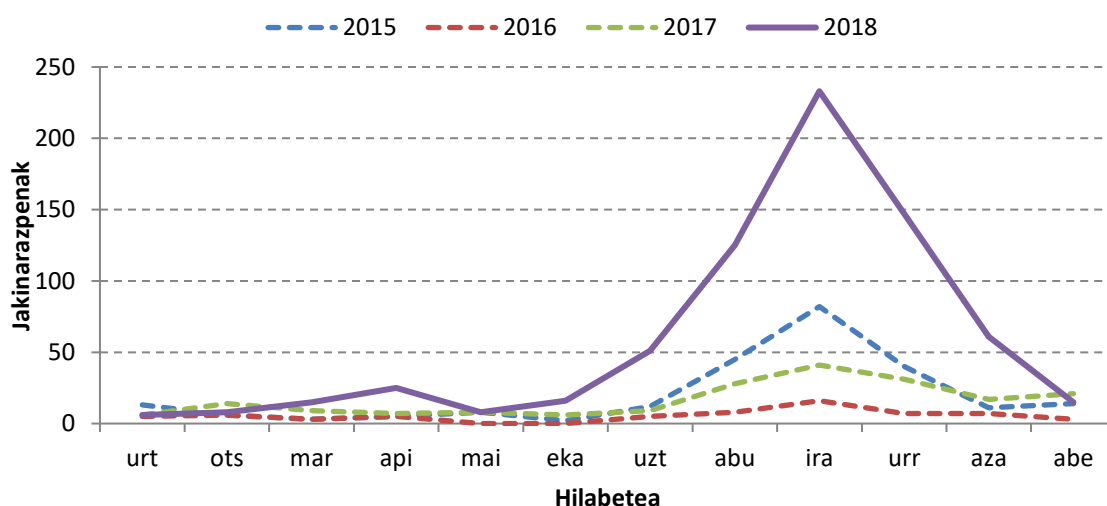
Sukar tifo-paratifikoa

2018an, sukarr tifo-paratifikoaren 3 kasu aitortu ziren. Kasu bat gizonezko adintsu bat zen, eramaile kronikoa. Beste bi kasuak 40 urtez azpiko gizon-emakumeak dira, herrialde endemikoetara bidaiatu dutenak. Bi kausek tifoide-aurkako txertoaren dosi injektagarri bat jaso zuten bidaiatu aurretik.

Cryptosporidium

2018an DUOko laborategian *Cryptosporidium*aren 710 atzemateren berri eman zuen IMSen; igoera handia adierazten du horrek aurreko urteekin alderatuz gero. 2.26 grafikoa, atzemateen urtarokotasuna ikusten da, irailean gailurra jotzen duela, eta 2015az geroztik errepikatzen dena (orduan hasi zen *Cryptosporidium* zaintzen IMS bidez).

2.26 grafikoa. *Cryptosporidium* jakinarazpenen bilakaera, IMS Gipuzkoa, 2015-2018



Adin-mediana 3 urtekoa izan zen (tarte: 0-91). Beste urte batzuetan bezala, 10 urtez azpikoak dira adin-talde erasanenak (kasuen % 73). % 45 emakumezkoa zen.

Escherichia coli berotoxigenikoa

2018an, Gipuzkoako pazienteen arteko *E. coli* berotoxigenikoaren 27 isolamenduren berri eman zen. Denetan, *E. coli* O157 H7 identifikatu zen, batean izan ezik; han ez zen serotalderik identifikatu. 27 kasuen artean, 11 emakumezko eta 16 gizonezkoak ziren (gizon/emakume arrazoia= 1,45), 21 urteko adin-medianarekin (tarte:0-83). Kasuen % 67k beherakoaren klinika arina erakutsi zuten, eta % 33k, beherako odolezkoa. Kasu guztiek ondo eboluzionatu zuten, eta ez zen izan *E. coli* infekzioari loturiko sindrome hemolitiko uremikoaren kasu bat ere.

Bi multzokatze izan ziren, bakoitza bi kasuarekin, hainbat udalerritako hartzaindegietan. Kasu guztietan, haurrak hartzaindegitik ateratzea agindu zen, 48 orduko tartearekin egindako bi koprokultibok negatibo eman arte, jardun-protokoloak adierazi bezala. 7 egun eta 3 hilabete artean igaro zituzten, 4 kasu horiek, hartzaindegira itzuli gabe.

Listeria

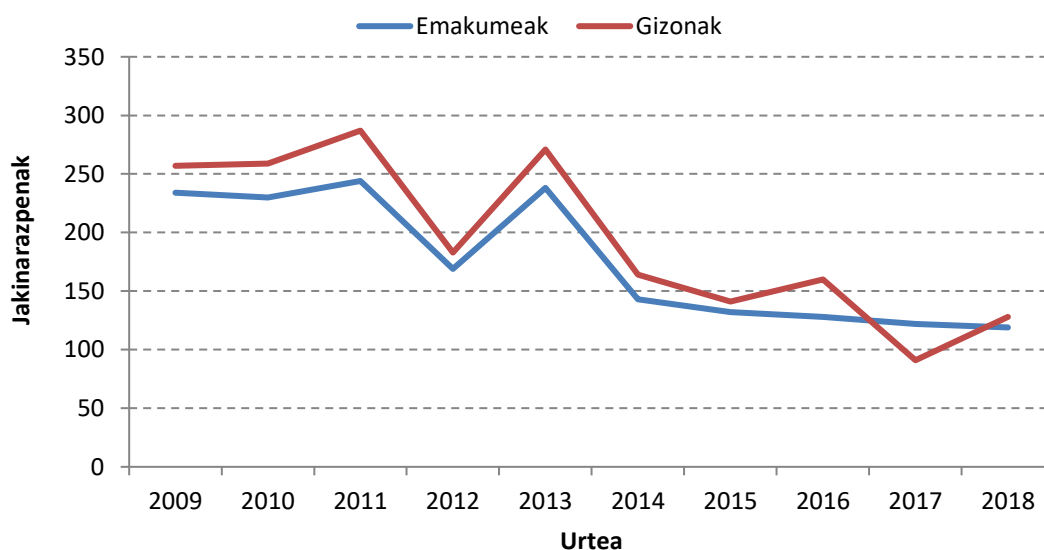
2018an, 15 listeriosi kasuren berri eman da Gipuzkoan; 2017an 8 izan ziren. Kasuen % 67 gizonezkoa zen (gizon/emakume ratioa= 2). Adin-mediana 78 urtekoa izan zen (tarte: 31-91). Haurdunaldiko listeriosi-kasu bat azaldu zen, gero abortua izan zena; gainerakoak beste listeriosi-mota bat gisa sailkatu ziren. Meningitis edo meningoentzefalitis koadroa erakutsi zuten 7 kasuak; beste 7 bakteriemiarekin batera gertatu ziren eta, beste kasu bat, lehen aipatua, abortua izan zen. Kasu guztiek zeukaten listeriosi-infekzioa edukitzeko arrisku-faktoreren bat. Kasuen % 87k ospitaleratu beharra izan zuen eta 3 kasu hil egin ziren.

Kasu guztiak baieztatu ziren *Listeria monocytogenes* isolatuta; 10 kasutan, odolean isolatu zen; 4 kasutan, LZRN, eta batean, plazentan. 4 serotipokoa zen % 47; 1 serotipokoa, % 20; horiek dira serotipo ohikoenak gure inguruan; 2 serotipokoa zen kasu bat, eta, gainerakoetan ezezaguna zen serotipoa.

Salmonellosia

2018an, *Salmonellaren* 247 isolamenduren berri eman zen IMSen, azken urteetako beheranzko joerari eutsiz (2.27 grafikoa). Emakumezkoa zen % 48, eta, adin-mediana, 19 urtekoa (arte: 0-92 urte).

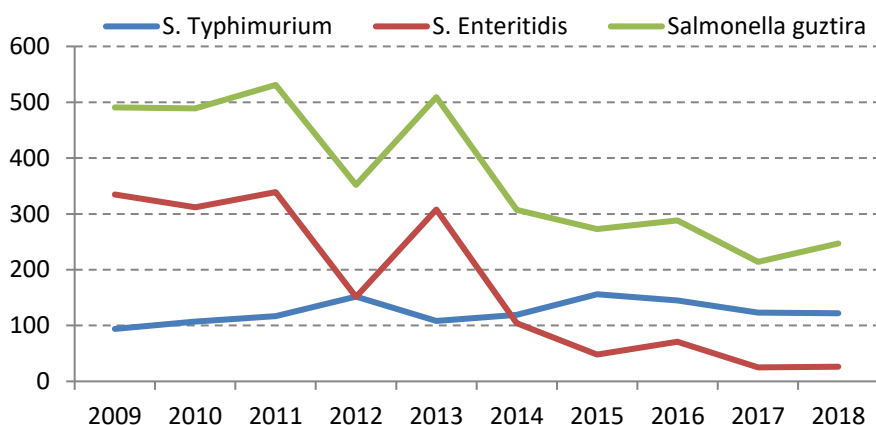
2.27 grafikoa. *Salmonella* jakinarazpenen bilakaera, IMS Gipuzkoa, 2009-2018



Serotiporik ohikoena *S. Typhimurium* izan zen (% 49), eta, ondoren, *Salmonella* sp (% 24) eta *S. Enteritidis* (% 10). 2.28 grafikoa ikus daiteke nolako bilakaera izan duten bi serotipo ohikoenen isolamenduek eta baita *Salmonella* guztiek ere.

Salmonella Infantisen 13 isolamenduren berri eman zen; ohikoa baino askoz kopuru handiagoa (aurreko bosturtekoan isolamendu bakar baten berri eman zen); kasuen arteko inongo loturarik ez zen aurkitu.

2.28 grafikoa. *Salmonella* Enteritidis-en eta Typhimurium-en jakinarazpenen bilakaera. IMS Gipuzkoa, 2009-2018.



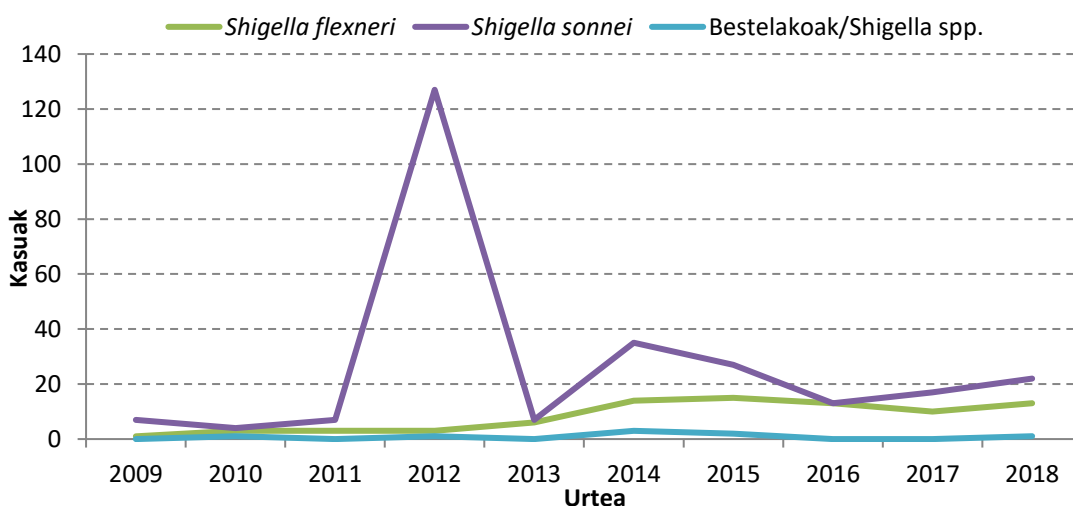
*Salmonella Typhimurium*ek eragindako agerraldi bat erregistratu zen, ikastetxe batek antolaturiko ekitaldi batean izan zirenen artean, ekainean. Han izan ziren 53 lagunen artean 16 gaixotu ziren.

Shigellak eragindako disenteria

ABG sisteman disenteriaren 38 kasuren berri eman da; 2017an 25 izan ziren. % 42 emakumezkoa zen eta adin-mediana 27 urtekoa (tarte: 2-70). 36 kasutan mikrobiologia bidez baieztatu zen diagnostikoa, eta 2tan, kliniko-epidemiologikoa izan zen.

Baiezaturiko kasuen % 62 *Shigella sonnei* zen, eta % 36, *Shigella flexneri*; kasu bat *Shigella spp* zen (2.29 grafikoa).

2.29 grafikoa. Shigellosi-kasuen kopuruaren bilakaera. ABG. Gipuzkoa, 2009-2018



Kasuen % 47 eremu endemiko batera bidaiatu izana zuen aurrekari (Maroko, India, Kolonbia, ...), eta kasuen % 36 lagunez lagun transmititu zen. 9 kasutan arrisku-faktorea ez zen ezagutu.

Errotabirusa

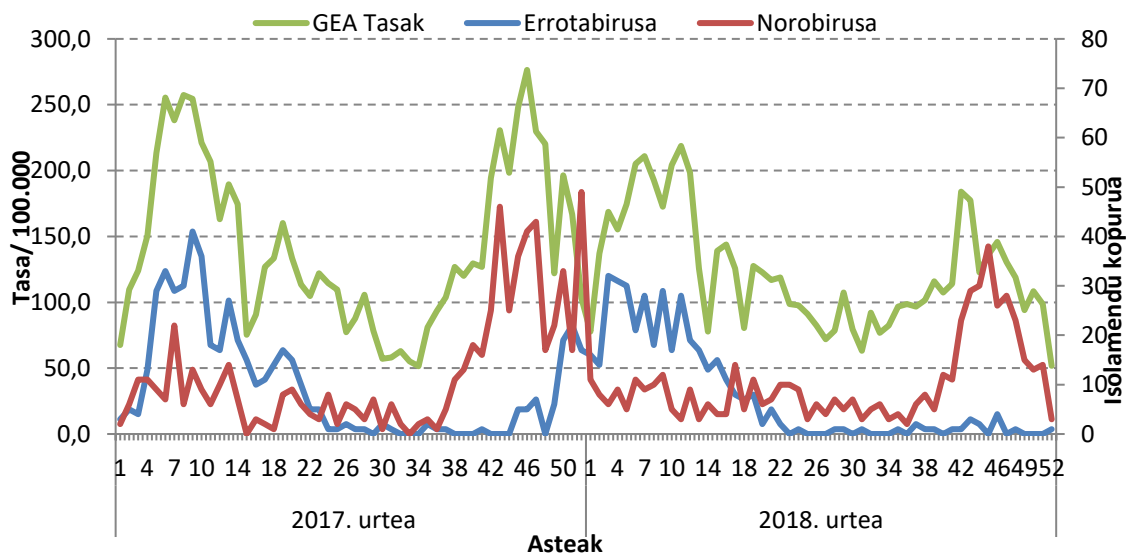
2018an, errotabirusaren 493 isolamenduren berri eman zen IMSen, 2017an baino % 27 gutxiago. % 44 emakumezkoa zen, eta adin-mediana urtebetekoa izan zen (tartea: 0-98). Kasuen % 80 adin pediatrikoan gertatu zen, eta horien % 73 bi urtez azpikoa zen.

Norobirusa

2018an, norobirusaren 815 isolamenduren berri eman zen IMSen, 2017an baino % 18 gutxiago. % 46 emakumezkoa zen, eta adin-mediana 3 urtekoa izan zen (tartea: 0-103). % 64 adin pediatrikoan gertatu zen, eta horien % 64 bi urtez azpikoa zen.

2.30 grafikoa ikusten dira errotabirus- eta norobirus-isolamenduak urtaroka, gailurrak erakutsiz neguko hiletan. Osakidetzako lehen mailako arretan 14 urtez azpikoetan diagnostikaturiko gastroenteritis kasuekin lotura dutela ere ikusten da.

2.30 grafikoa: GEAk eragindako kontsulten tasak (Osabide), eta errotabirus- eta norobirus-isolamenduak (IMS) adin pediatrikoan. Gipuzkoa 2017-2018

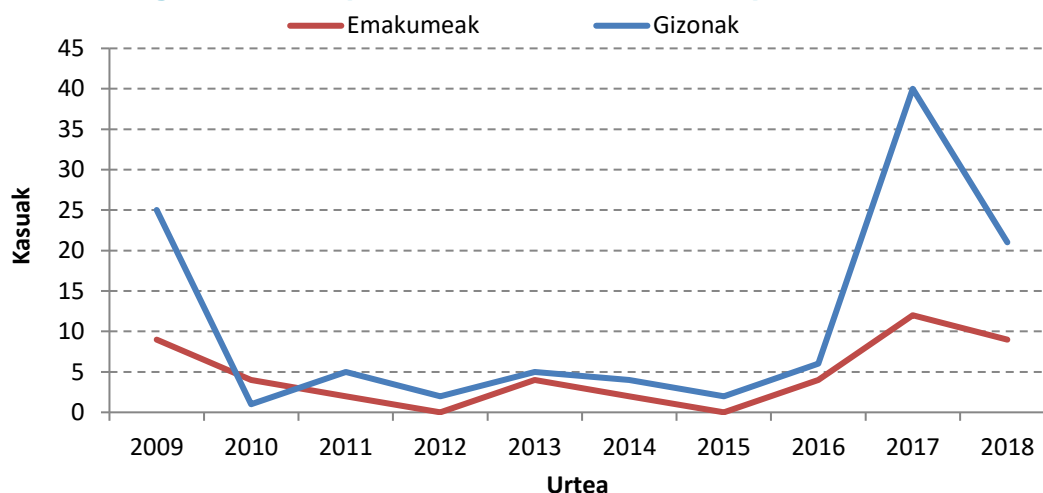


Hepatitis birikoak

A hepatitis

2018an, A hepatitisaren (AH) 30 kasuen berri eman da, hots, 4,2 kasuko tasa 100.000 biztanleko, 2017an baino txikiagoa (7,3 kasu 100.000ko). AH kasuen kopuruak azken 10 urtean izandako bilakaera 2.31 grafikoa dago adierazita, eta ikusten da kasu-kopuruak behera egin duela azken urtean, batez ere, gizonen artean; beherakada horrek, ziurrenez, zerikusia du harreman homosexualak dituzten gizonen arteko (GSG) agerraldiei loturiko kasu kopurua jaitsi izanarekin, hala gertatzen ari baita Europan 2016ko ekainaz geroztik.

2.31 grafikoa. A hepatitisaren bilakaera, ABG Gipuzkoa, 2009-2018



30 kasu horietatik, 21 gizonenak ziren eta 9, emakumeak, 27 urteko adin-mediana zutela (tartea: 6-46). Modu bakartuan agertu ziren 19 kasu, eta 11, berriz, beste kasu bati loturik (5, familia-multzoetan eta 2, lan-ingurunean). Lan-ingurune multzoko batek zerikusia zuen herrialde endemiko batera joandako Gipuzkoako langileekin.

Arrisku-faktoreari dagokionez: 12 kasu kontaktua izan zuten kasu batekin (horietako 7 GSG ziren), 10ek eremu endemikora bidaiatu izana zuen aurrekari (Maroko, Aljeria eta Nikaragua), 5ek itsaskiak gordirik jan zituzten, kasu batek kontaktua izan zuten hondakin-urekin eta 2 kasutan ezezaguna zen arrisku-faktorea.

Txertaketa-egoerari dagokionez, kasu bakar batek zuen hartua txerto-dosi bat, kasu izan berri baten kontaktua zelako. 2018an erregistraturiko 30 kasuen artean, 17k (% 57) AH aurkako txertoa hartzea gomendatua zeukaten arrisku-talderen batekoak izateagatik, hots, txerto bidez saihestu zitezkeen kasuak ziren, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren aholkuen arabera.

- 7 kasu, GSG artean.
- 6 kasu, eremu/herrialde endemikora bidaiatzearekin lotuta.
- 4 kasu, herrialde endemikoko etorkinen seme-alaben artean.

Martxoan, 6 kasuko multzokatze bat ikertu zen Goierri-Urola Garaia ESko gertuko bi udalerritan. Ez ikerlan epidemiologikoak, ez ikerlan filogenetikoak, ez zuten 6 kasuen

artean loturarik zegoenik adierazi, nahiz eta bi multzokatze izan ziren, bakoitza bi kasukoa.

B hepatitis

2018an, B hepatitisaren (BH) 4 kasuren berri eman zen: 0,6 kasuko tasa, 100.000 biztanleko (2017an, bi kasu izan ziren: 0,3 kasuko tasa 100.000ko). Kasuen adin-mediana 47 urtekoa zen (tartea: 28-53). Hiru kasutan, gaixo edo eramaile batekin sexu-harremana izanda transmititu zen, eta beste kasuan ezezaguna zen arrisku-faktorea.

C hepatitis

2018an, C hepatitisaren 3 kasuren berri ema zen ABG sisteman (0,4 kasu 100.000 biztanleko), emakumezko bat eta bi gizonezko. Arrisku-faktorea hauek identifikatu ziren: drogak hartzea bide parenteralez, sexu-harreman arriskugarriak izatea eta hemodialisi-tratamendua jasotzea. Birusen genotipoari dagokionez, bi kasu 1 genotipoak ziren eta bestea, 2 genotipoa.

Infekzio nosokomialaren kasuan, zaintza- eta kontrol-neurriak jarri ziren martxan, lehen kasua identifikatzen lagundu zutenak. Genotipo berekoa zen bi kasuetan identifikatu zen C hepatitisaren birusa, eta, analisi filogenetikoak adierazi zuenez, bi anduiek arbaso bera zuten. Ez zen kasu gehiagorik identifikatu ikerketak iraun zuen bitartean.

E hepatitis

2018an, E hepatitisaren 5 kasu erregistratu ziren (0,7 kasuko tasa 100.000 biztanleko), 2017an adina kasu. Adin-mediana 54 urtekoa zen (tartea: 32-74), eta 3 kasu emakumezkoak ziren eta 2 gizonezkoak. Kasuetako bik atzerrira (Afrika) bidaiatu izana zuten aurrekari, eta batek osasun-kontrolik gabeko ura edan zuen, beste bitan ez zen arrisku-faktorerik identifikatu.

Sexu transmisiozko gaixotasunak (STG)

ABGtik, IMSetik eta sexu-transmisiozko infekzioen (STI) kontsultetatik ateratako datuak aurkezten dira hemen.

Infekzio gonokozikoa

2018an, infekzio gonokozikoaren 9 kasu aitortu dira ABG numeriko gisa (tasa: 1,3ko tasa 100.000ko), 2017an aitorturiko zifra baino txikixeagoa (12).

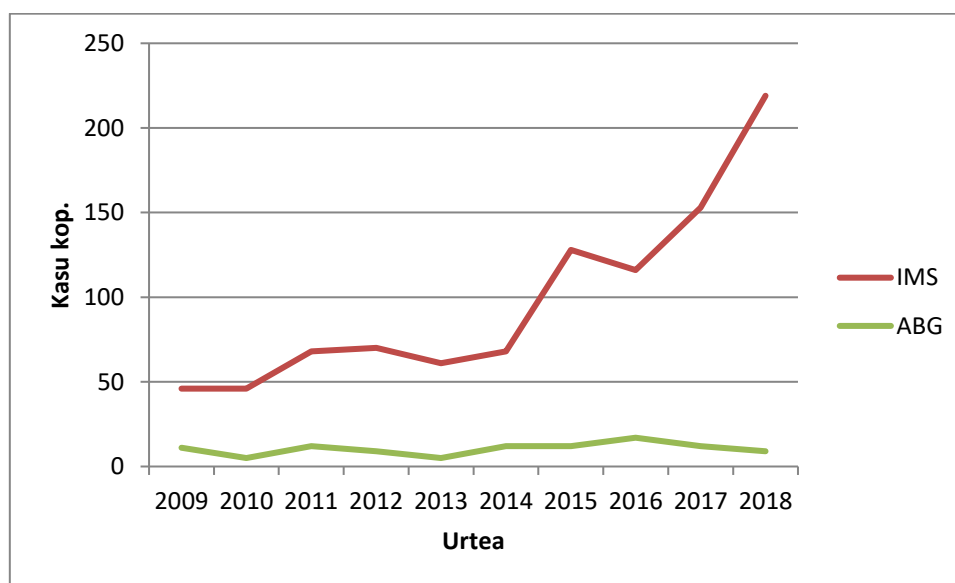
Neisseria gonorrhoeaeren 219 isolamenduren berri eman zen IMSen, eta 2017an 153 izan ziren (% 43 gehiago): 177 (% 81), gizonezkoak ziren eta 42 (% 19), emakumezkoak, 32 urteko adin-mediana zutela (tartea: 16-80).

IMSera aitorturiko N. gonorrhoeae kasuek goranzko joera erakutsi dute azken 10 urtean, 2009an 46 kasu izatetik 2018an 219 izateraino igarota.

2018an, gaixotasun gonokozikoaren 37 kasu diagnostikatu dira Gipuzkoako STIren kontsultetan: 31 gizonezko (% 84) eta 6 emakumezko (% 16), 32,2 urteko adin-mediana zutela. Infekzio gonokozikoak gehien erasandako kolektiboa sexu harremanak beste gizonezko batzuekin izaten dituzten gizonezkoena da (GSG, kontsultan diagnostikaturiko kasu guztien %59,5).

2.32 grafikoan erakusten dira 2009-2018 denboraldian IMSera eta ABGra aitorturiko infekzio gonokozikoak.

2.32 grafikoa. *N. gonorrhoeae* kasu- eta isolamendu-kopurua. ABG-IMS. Gipuzkoa, 2009-2018



Sifilisa

2018an, 48 sifili-kasu aitortu dira ABG sisteman: 6,7ko tasa 100.000ko. Erdi-mailako iguera izan da aurreko urteko 33 kasurekin alderatuz gero.

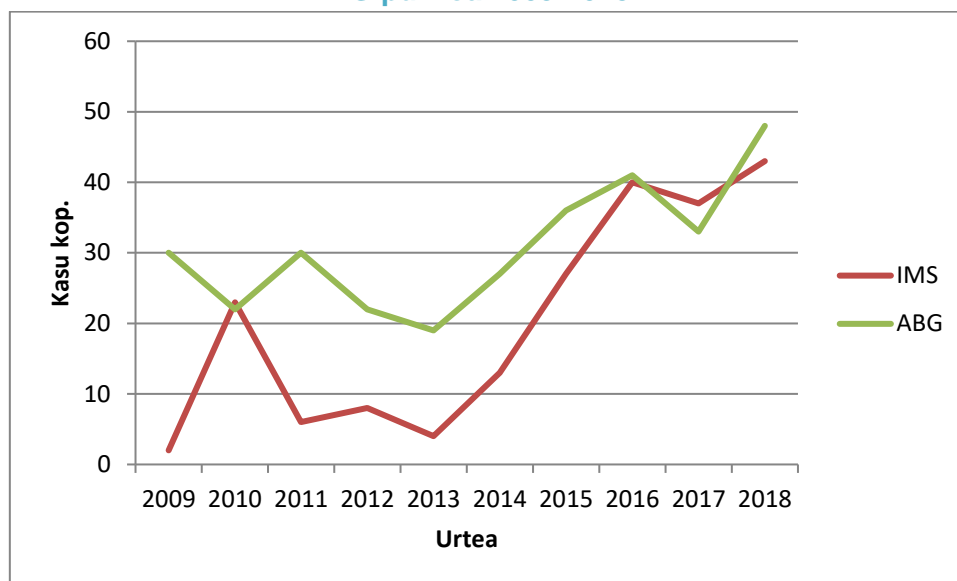
Treponemak eragindako 43 infekzioen berri eman zen IMS bidez; 2017an baino gehixeago (37). 42 gizonezko (% 98) eta emakumezko bat (% 2) izan ziren, 43 urteko adin-mediana zutela (tartea: 20-83).

Gorabeherak gorabehera, IMSera aitortuiko *T. pallidum* kasu-kopurua igo egin da azken 10 urtean, 2009an bi kasu izatetik 2018an 43 kasu izatera igarota.

2018an STI kontsultetan 20 sifilis-kasu diagnostikatu dira, denak gizonezkoak, 39,6 urteko adin-medianarekin. Beste behin GSG kolektiboa da gehien erasandakoa (kasuen % 90).

2.33 grafikoan erakusten dira 2009-2018 denboraldian IMSera eta ABGra aitorturiko sifilisa.

2.33 grafikoa. *T. pallidum*en kasu- eta isolamendu-kopurua. ABG-IMS. Gipuzkoa 2009-2018

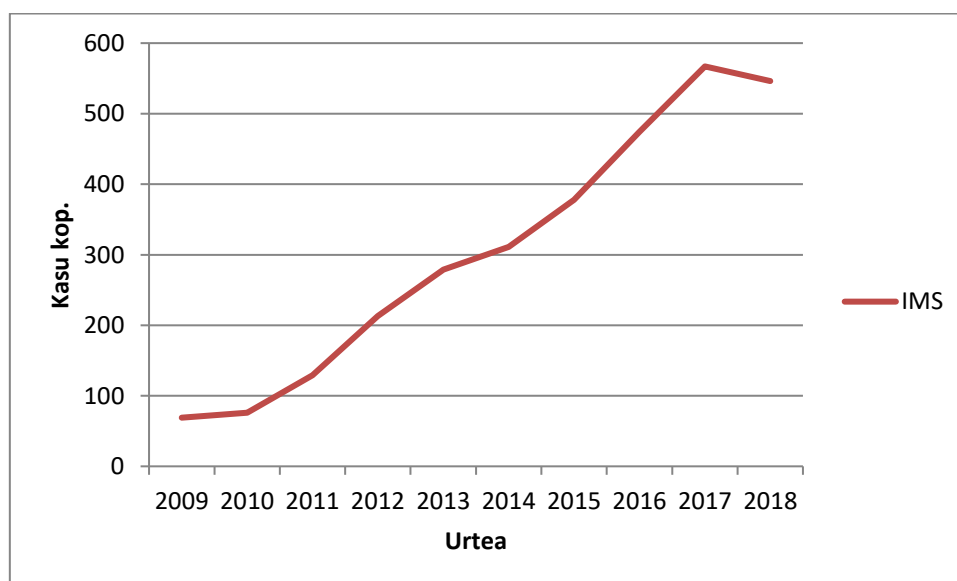


Chlamydia trachomatis

2018an, *Chlamydia trachomatis*ek eragindako infekzioen 546 diagnostiko erregistratu dira IMSen, 2017an erregistraturiko diagnosiak baino gutxiago (567). 299 kasu (% 55) gizonezkoak ziren eta 246 (% 45), emakumezkoak, bularreko ume bat ere bai (konjuntibako exudatuan isolatua). Adin-tartea 0tik 72 urtera bitartekoa zen, 28 urteko medianarekin.

IMSera aitorturiko *C. trachomatis* kasuek goranzko joera erakusten dute 2017ra arte, baina, aipatu bezala, azken urtean gutxitu egin dira, zertxobait, kasuak. Dena den, azken 10 urtean 69 kasu izatetik (2009) 546 izatera igaro da (2018).

2.34 grafikoa. *Chlamydia trachomatis* kasuak. IMS. Gipuzkoa 2009-2018

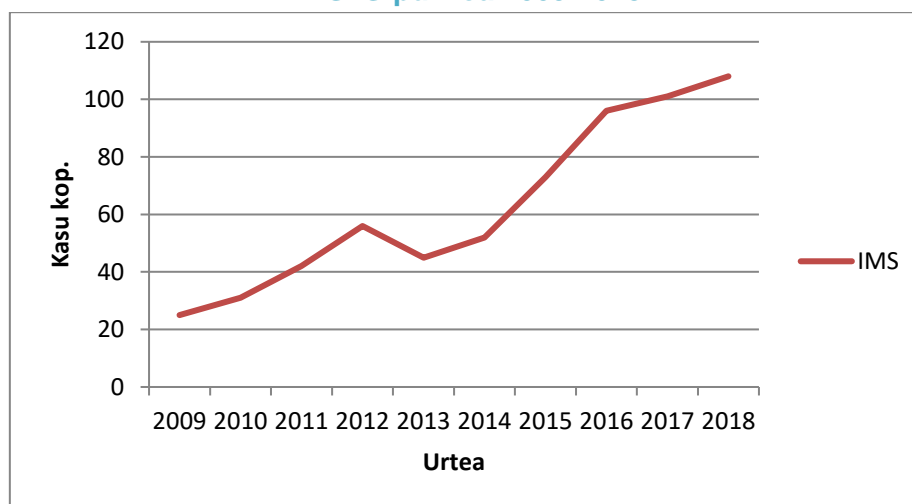


2 motako herpes soila

2018an 2 motako herpes soilaren 108 kasu aitortu dira IMSen, 2017an baino gehixeago (101). Sexuari dagokionez, gizonezkoak ziren 43 (% 40) eta emakumezkoak, 65 (% 60); adin-mediana 35 urtekoa zen 2tik 81 urtera bitartean.

Deskribaturiko gainerako STIak bezalaxe, IMSera aitorturiko 2 motako herpes soilen kasuek ere goranzko joera erakusten dute azterturiko azken 10 urteetan, hain zuzen ere, 2009an 25 kasu izatetik 2018an 108 izatera igarota.

2.35 grafikoa. 2 motako herpes soilaren kasu-kopurua.
IMS. Gipuzkoa 2009-2018



Gaixotasun inportatuak (bektore bidezko transmisioa)

Bektoreek transmititutako gaixotasunak suspertzen ari diren infekzio-talde bat dira, Europarako mehatxu lirakeenak, gaur egun, eta, beraz, arreta berezia eskaini beharrekoak. Ondorioz, beste herrialdeetatik bektore bidez inportaturiko gaixotasunak epidemiologikoki zaintzeaz gain, behar-beharrezkoa da zaintza- eta kontrol-programak ezartzea, eremu batera patogeno eragile infekzioso exotikoak sartzeko gai diren bektoreen edota bektore izan litezkeen aurrean, esate baterako, *Aedes albopictus*en aurrean.

Nagusiki *Aedes* generoko eltxoak transmititzen dituen gaixotasunen zaintza epidemiologikoa (denge, zika eta chikungunya birusak)

Amerikako agerraldiak eragin dituen kasuak gutxitu eta Espainiara eta Europako gainerako herrialdeetara inportatutako kasuak ere murriztu egin direnez, 2018ko urtarrilean, Osasun Alerta eta Emergentzien Koordinazio Zentroak bertan behera uztea erabaki zuen Zika birusak eragindako epidemiologiaren hileroko segimendua, 2016az geroztik egiten zena.

2018an, Gipuzkoan bizi direnen artetik, hiru denge-kasu konfirmaturen berri eman zen, eta zika-birusak eragindako gaixotasunaren kasu probable baten berri. Kasu guztiak

haurdun ez zeuden emakumeak ziren, inkubazio-aldian zonalde endemiko batera bidaiatu zutenak.

Eltxoaren tigrearen zaintza (*Aedes albopictus*)

2013an hasi ginen EAEn eltxo tigrea zaintzen, eta 2014ko irailean atzeman ziren, lehendabizikoz, *Aedes albopictus*en arrautzak Gipuzkoan, zehazki Behobia-Irunen. Harrez geroztik, eltxo tigrearen arrautzak identifikatu dira Gipuzkoan (2014az geroztik) nahiz EAEn gainerakoan (2017az geroztik), batez ere, Behobia-Irunen, populazioa areagotuz baitoa. Hala, eltxo helduak 2018an ikusi ziren, lehenengo aldiz, eremu horretan.

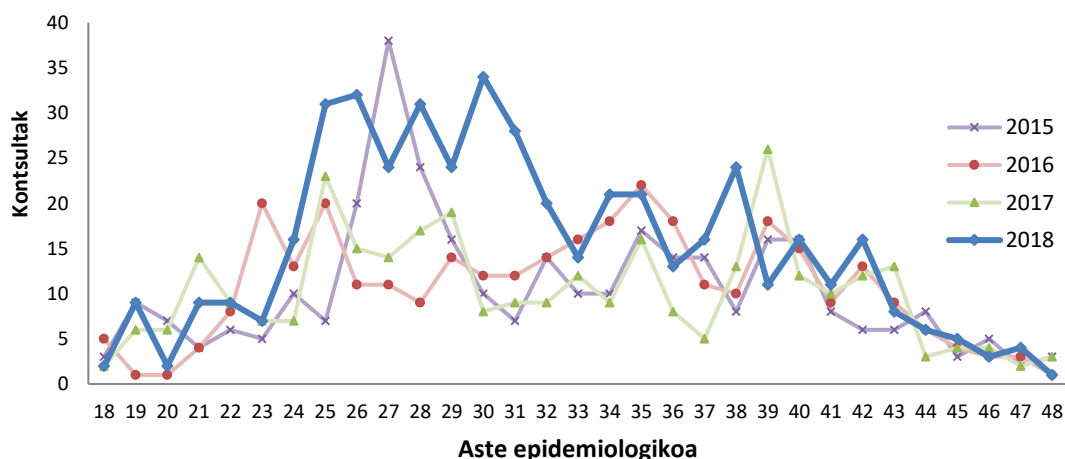
Intsektu-zitzaden zaintza, Bidasoa ESI

Eltxo tigrea sartzeari loturiko intsektu-zitzaden kopurua areagotu egin dela atzeman duten beste autonomia-erkidego batzuetako esperientzia aintzat hartuta, 2015az geroztik intsektuen zitzaden kontsultak zaindu egiten dira Hondarribia eta Irungo biztanleetan. Bidasoa ESIaren hiru osasun-zentroetan artatzen da biztanleria hori: Irun Erdialdea, Dumboa eta Hondarribia.

Zitzadek eragindako kontsultak aztertzeko, 2018an, astero eman du horri buruzko informazioa Bidasoako ESIak, informazio-iturritzat OSABIDE erabilia. Denboraldia 18. aste epidemiologikoaren (apirilak 30) eta 48.aren (abenduak 2) artekoa izan da, Epidemiologiako Zentro Nazionalak gomendatutakoari jarraituz aukeratua, haren ustez garai horretan bektorea aktibo egoten dela frogatu baita hura ageri den Espainiko hainbat lekutan.

2018an 468 kontsulta artatu dira intsektu-zitzadak direla-eta Bidasoako ESI; aurreko urtean baino % 48 gehiago (317). Horrek esan nahi du 2017an 1.000 biztanleko 4,2ko intzidentzia izatetik 2018an 6,1ekoa izatera igo dela. Grafiko honetan daude jasota intsektu-zitzadek 2015-2018 aldiaren eragindako kontsultak.

2.36 grafikoa. Intsektu-zitzaden kontsulta-kopurua, Lehen Mailako Arretan, aste epidemiologikoaren arabera (18-48). Bidasoako ESI, 2015-2018



2018an, 25. eta 31. aste epidemiologikoen artean egin ziren intsektu-zitzaden ondoriozko kontsulta gehien; asteko 20 kontsulta baino gehiago zenbatu ziren. Kontsulta-kopurura igotzen hasi zen Irungo jaiekin batera, aire libreko jarduera gehien egiten den garaia, hain zuzen.

Lesio infektatuen ehunekoa jaitsi egin zen Bidasoako ESIn (2017ko % 32tik 2018ko % 25era). Hala ere, zifrarik handieneko ESla izaten jarraitzen du Gipuzkoa mailan, non % 20ren azpitik dagoen lesio infektatuen batez bestekoa.

Monitorizazio horrek izan dituen mugen artean nabarmenena intsektu zitzadagilea zehazteko zailtasuna izan bada ere, 2018an ikusi da intsektu-zitzaden kopurua igo egin dela Bidasoako ESIn, aurreko hiru ekitaldiekin konparatuz gero. Horrek zerikusia izan dezake leku horretan *Aedes albopictus*en presentzia areagotu izanarekin.

Beste lekuetako esperientzia kontuan hartuta, badirudi nekez desagerraraziko dugula eltxo tigreia. Beraz, intsektu horien zitzaden ondorioa kontrolatu beharra badago ere bizi-kalitatean duten eragin hutsagatik, bene-benetan kezkatzeko arrazoia *Aedes albopictusek* gaixotasunen bektore gisa daukan ahalmena da.

Anopheles generoko eltxoak transmitituriko gaixotasunen zaintza epidemiologikoa: paludismoa

2018an, paludismoaren 21 kasu baieztatu aitortu ziren; denak *Plasmodium falciparum*ek eraginak. Zortzi kasu emakumezkoetan diagnostikatu ziren eta 13 gizonezkoetan, 33 urteko adin-medianarekin (tartea: 4-72 urte).

Kasu guztiak Afrikako eremu endemikoren batean egonak ziren inkubazioaldian, eta haien % 57k jatorri afrikarra zuen. Paludismoarekin bateragarri zitekeen klinika erakutsi zuten eta 18 kasuk ospitaleratu beharra izan zuten; ez zen inor hil. Kimioprolaxia hartzeari dagokionez, bakar batek zuen tratamendu osoa bukatuta.

Lyme-ren gaixotasuna

2018an Lymeren hiru gaixotasunen berri eman da. Gaixotasunak Kontrolatzeko eta Prebenitzeko Estatu Batuetako Zentroak (CDC) egindako kasuen kategorizazioari jarraituz, bi kasu baieztatuak liriteke eta bestea probablea. Hauek ziren kasuak: 11 urteko neskato bat, eskolatik Pagoetara txangoa egindakoa, eta bi gizonezko, Namibian ehizan bilitako 41 urtekoa bat eta landa-inguruan bizi zen 62 urteko gizona bestea. Ez zuten gogoratzen akainen batek heldu ote zien. Lehenengo bi kasuak baieztatuak ziren; 2018an hasi ziren sintomekin (linfozito-meningitisa, paralisi eta erradikulopatiarekin, hurrenez hurren). Hirugarren kasua, probablea, 2017aren amaieran hasi zen bateragarri liritekeen sintomekin (giltzaduretako mina).

Bestalde, laborategiak *Borrelia burgdorferi*ren positibo baten berri eman zuen: IgG positibo eta IgM negatibo emanda. Pazienteak ez zuen erakutsi neuroborreliosiarri loturiko sintomarik; beraz, igarotako gaixotasuna zela jo zen.

Beste gaixotasun batzuk

Streptococcus pyogenesek eragindako gaixotasun inbaditzailea

Streptococo pyogenes-ek eragindako gaixotasun inbaditzailea urgentziaz aitortzeko ABG da EAEn. A taldeko estreptokokoak (SGAi) eragindako gaixotasun inbaditzailea infekzio bat da, lotura duena A taldeko estreptokokoa isolatzearekin esteril izan ohi den leku batean.

2018an, mikrobiologia-laborategiak *Streptococo pyogenesen* 17 isolamenduren berri eman zuen. Horietako 15 kasu baieztatu gisa sailkatu ziren; 2, berriz, probabletzat, karkaxa-laginean (ez-esterila) *S. pyogenesi* positibo emandako pneumonia kasuak izateagatik. Kasu baieztatuetan 13 isolamendu odolean egin ziren, 1 zauri batean eta beste bat larruazaleko biopsian.

Azterturiko 17 kasuen artean, 9 emakumezko eta 8 gizonezko ziren, adin-tartea 18 hilabetetik 86 urtera bitartekoa zutela (mediana 69 urtekoa). Denak kasu bakartuak izan ziren eta Gipuzkoako hainbat herritan bizi zirenak. Lau klinika hauek erakutsi zituzten: zelulitisa (7), bakteriemia (7), pneumonia (4), shock toxikoa (4), faziitis nekrosatzailea (3), artritis (2) eta sepsia (1). Inkestan jasotako informazioaren arabera, 65 urte baino zaharragoak ziren edota arrisku-faktoreren bat zeukaten 17 kasuetatik 16k. Arrisku-faktore hauek izan dira: diabetesa (4), kardiopatiak (4) larruazaleko lesioak (4) eta minbizia (2).

Giza entzefalopatia espongiforme transmitigarriak (GEET)

Giza entzefalopatia espongiforme transmitigarriaren bi kasu susmagarri aitortu ziren, 2018an, Gipuzkoan bizi ziren artean; autopsia bidez ziurtatu zen horietako bat, noizbehinkako Creutzfeldt- Jakoben gaixotasunaren diagnostikoarekin.

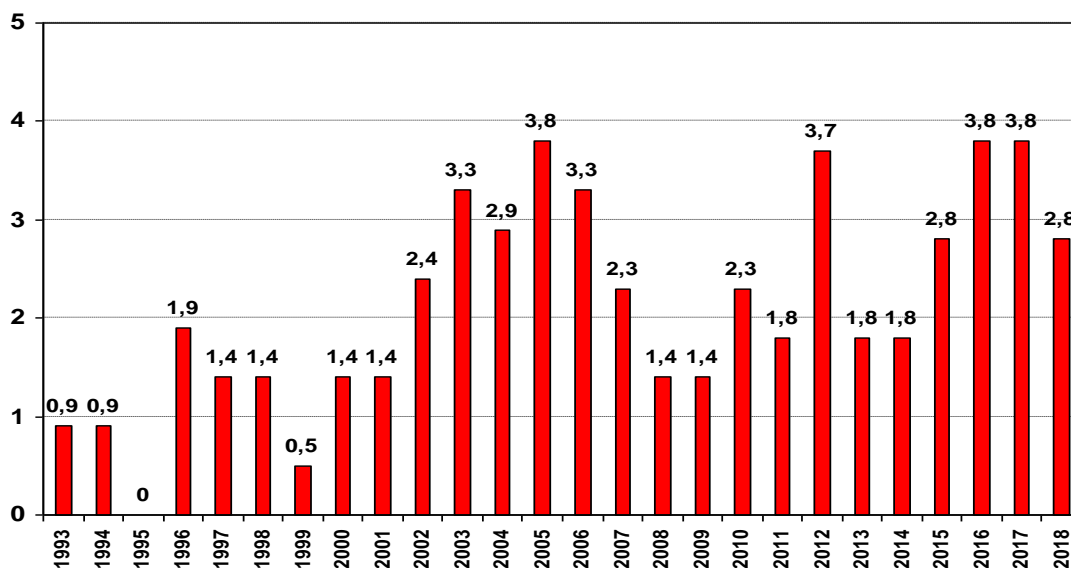
Ondorengo taulan (2.13) eta grafikoan (2.37) erakusten dira EAEko erregistroaren 1993az geroztiko datuak. Ez da erregistratu Creutzfeldt-Jakoben gaixotasunaren (CJG) aldaera berriaren kasu susmagaririk.

2.13 taula: GEET kasuak, lurraldeka. EAEko erregistroa, 1993-2018

1993-2018* aldia	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	Guztira
CJG posiblea	1	8	2	11
CJG probablea	3	20	6	29
CJG behin betikoa	11	46	32	89
Noizbehinkakoen tasa*	1,9	2,2	2,1	2,1
CJG familiarra	1	0	3	4
Ins. familiar hilgarria	20	8	2	30
S. Gertsman-SS	0	0	3	3
GEET kasuak, guztira	36	82	48	166

*Intzidentzia, milioi biztanleko (CJG behin betikoak + prob.)

2.37 grafikoa. Noizbehinkako CJG kasuak (bb. + prob.), urteko intzidentzia 1.000.000ko. EAEko erregistroa, 1993-2018.



3.- Txertaketak

- 2018an, ez da aldaketarik egin haurren txertaketa-egutegian.
- Haurren txertaketa-egutegi espezifikoak egin dira, jaiotzean egoera hauetarikoren bat, eta, ondorioz, arrisku handiagoa, zeukaten haurrentzat:
 - Jaiotza goiztiarra (haurdunaldia ≤32 aste)
 - Aspleniarekin jaiotakoak

ASPLENIA DUTEN HAURRENTZAKO TXERTAKETA-EGUTEGIA. EUSKADI 2018* *Egutegi hau aspleniarekin jaiotzen diren jaiotze berriari aplikatzeko da.

2 HILABETE	3 HILABETE	4 HILABETE	5 HILABETE	6 HILABETE	7 HILABETE	11 HILABETE	12 HILABETE
B hepatitisita	B meningokokoa	B hepatitisita	B meningokokoa		B meningokokoa	B hepatitisita	Elgorria
Difteria		Difteria				Difteria	Errubeola
Tetanosa		Tetanosa				Tetanosa	Parotiditisa
Kukutxetzula		Kukutxetzula				Kukutxetzula	ACWY meningokokoa
Poliomielitisa		Poliomielitisa				Poliomielitisa	Neumokoko konjugatua
Haemophilus influenzae b		Haemophilus influenzae b		Haemophilus influenzae b		Haemophilus influenzae b	
C meningokokoa		C meningokokoa					
Neumokoko konjugatua		Neumokoko konjugatua		Neumokoko Konjugatua		Gripe urterokoa ³	
15 HILABETE	2 URTE	4 URTE	6 URTE	7 URTE	12 URTE	16 URTE	
B meningokokoa		Elgorria	Difteria		Papiloma ¹	Difteria ²	
		Errubeola	Tetanosa			Tetanosa ²	
	ACWY meningokokoa	Parotiditisa	Kukutxetzula		ACWY meningokokoa		
Barizela	23v neumokoko polisakaridoa	Barizela	Poliomielitisa	23v neumokoko polisakaridoa			
Gripe urterokoa ³							



1 Neskel bakarrik. Bi dosi: 2. dosia, lehenengoa jarri eta 6 hilabetera.
 2 Komeni da 65 urterekin orolizapen-dosia hartzea.
 3 Txertoa jartzen zaien lehenengo aldian, bi dosi erdi emango zaizkie tartean gutxienez hilabete utzita.



GOIZTIAR JAIOTAKOENTZAKO TXERTAKETA-EGUTEGIA. EUSKADI 2018

(32 haurdunaldi-aste edo gutxiago)

2 HILABETE	4 HILABETE	6 HILABETE	12 HILABETE	15 HILABETE
B hepatitis	B hepatitis	B hepatitis	Elgorria	B hepatitis
Difteria	Difteria	Difteria	Errubeola	Difteria
Tetanosa	Tetanosa	Tetanosa	Parotiditisa	Tetanosa
Kukutxeztula	Kukutxeztula	Kukutxeztula		Kukutxeztula
Poliomielitisa	Poliomielitisa	Poliomielitisa		Poliomielitisa
Haemophilus influenzae b	Haemophilus influenzae b	Haemophilus influenzae b		Haemophilus influenzae b
	C meningokokoa		C meningokokoa	
Neumokoko konjugatua	Neumokoko konjugatua	Neumokoko konjugatua	Neumokoko konjugatua	
	Errotabirusa			Barizela
		Gripea (gutxienez, 2 urte egin arte) ³		

4 URTE	6 URTE	12 URTE	16 URTE
Elgorria	Difteria	Papiloma ¹	
Errubeola	Tetanosa		Difteria ²
Parotiditisa	Kukutxeztula		Tetanosa ²
Barizela ¹	Poliomielitisa	C meningokokoa	



Osakidetza

1 Neskei bakarrik. Bi dosi: 2. dosia, lehenengoa jarri eta 6 hilabetera.

2 Komeni da 65 urterekin orotzapen-dosia hartzea.

3 Txertoa jartzen zalen lehenengo aldia, bi dosi erdi emango zalazkie tartean gutxienez hilabete utzita.



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

HABAN 404A
DEPARTAMENTO DE SALUD

- 4 motatako papilomaren aurkako txertoaren ordez, 9 motatako papilomavirusarena sartzen da haurren txertaketa-egutegian.
- Helduetan, lehengo gomendioez gain, beste hauek ere sartu dira:
 - ACWY meningokokoaren aurkako txertoa, gaixotasun meninkoziko inbaditzailearen aurrekariak dituztenentzat.
 - A hepatitisaren aurkako txertoa, GIB infekzioa dutenentzat.
 - Giza papilomaren birusaren aurkako txertoa, emakume konizatuentzat*, baldintza hauek betetzen badituzte:
 - Edozein adinetako emakumeak, CIN2+ edo adenokartzinoma in situ badute, eta
 - Aurretik txertorik hartu ez badute, eta
 - Konizazio egin behar badiete edota azken urtean egin badiete.

*Diagnosticoko hori jasotzen duen txosten ginekologikoa erakutsi behar dute.

- Berrito ezarri da A hepatitisaren aurkako txerto-horniketa, eta berreskuratu egin da txertaketa, ohiko jarraibidea erabilia ezarritako argibide guztietarako.
- Berrito ezarri da helduetan erabiltzeko tetanos-diferiaren aurkako Td txertoaren horniketa, eta txertoak jartzen hasi dira berrito normaltasun osoz.

Haurren txertaketa

Txertaketa-estaldurak EAEko Txertaketaren Informazio Sistematik hartu dira zuzenean, Osasun Ministerioak autonomia erkidego guztientzat ezarritako irizpideei jarraituz.

3.1 taula. Haur-txertaketa: estaldurak. Gipuzkoa 2018

Txertaketa-egutegiko dosiak	%
DTPa, VPI, VHB, Hib 2 dosi	97,0
DTPa, VPI, Hib gogorapena	96,8
Pneumokoko 13v 2 dosi	96,4
13v pneumokokoa 3 dosi	94,5
C meningokokoa 1	97,7
C meningokokoa 2	94,6
C meningokokoa 3	90,8
TV 1	98,8
TV 2	94,8
dTpa	93,9
Barizela, 15 hilabete ¹	92,5
Barizela, 10 urte ²	19,2
Papiloma	92,4
Td 16 urte	95,3

¹ Txertaketa unibertuala, 2015etik aurrera jaiotakoentzat

² Bi dosi, kalteberetan: kalteberak txertatu, adin horretako kohorte osoan

3.2 taula. Neurturiko txertaketa-estalduren bilakaera. Gipuzkoa 2009-2018

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
BCG ⁽¹⁾	96,0	91,6	92,4	92,4	-	-	-	-	-	-
DTPa, VPI, VHB, Hib 1	100	95,3	94,4	93,7	93,0	95,0	94,8	94,9	-	-
DTPa, VPI, VHB, Hib 2	99,9	96,0	94,1	93,1	91,3	95,0	93,4	94,5	93,8	97,0
DTPa, VPI, VHB, Hib 3 ⁽⁴⁾	98,3	96,6	94,3	92,2	90,3	94,5	92,2	93,4	80,0	96,8
DTPa, VPI, Hib 4	98,3	96,3	92,6	94,2	96,7	99,0	91,7	91,7	-	-
Men C (pauta 2,4,12) 1	100	95,3	94,4	93,7	93,0	95,0	87,2	-	-	-
Men C (pauta 2,4,12) 2	99,9	96,0	94,1	93,1	91,3	95,0	90,6	-	-	-
Men C (pauta 2,4,12) 3	99,8	95,3	92,8	92,2	92,3	98,1	89,2	-	-	-
Men C (pauta 4, 12, 12) ⁽²⁾ 1	-	-	-	-	-	-	94,2	94,5	93,7	97,7
Men C (pauta 4, 12, 12) ⁽²⁾ 2	-	-	-	-	-	-	-	93,1	91,2	94,6
Men C (pauta 4, 12, 12) ⁽²⁾ 3	-	-	-	-	-	-	-	95,5	97,8	90,8
13v pneumokoko 1	-	-	-	-	-	-	94,8	94,9	-	-
13v pneumokoko 2	-	-	-	-	-	-	93,4	94,0	96,0	91,5
13v Pneumokoko 3	-	-	-	-	-	-	-	93,1	90,2	87,8
TV1	99,5	97,1	90,7	97,6	93,2	94,9	91,7	93,1	93,6	98,8
TV2	90,3	98,2	92	95,5	90,2	90,7	86,3	84,8	93,1	88,9
DTPa/dTpa ⁽³⁾	98,5	90,5	89,8	91,3	98,5	89,9	33,5	-	92,6	93,9
Barizela, 10 urte	13,3	15,3	13	21,3	12,2	14,4	9,5	-	16,5	19,2
Barizela, 15 hilabete ⁽²⁾	-	-	-	-	-	-	-	90,4	85,5	92,5
Papiloma	91,4	93,6	86,4	87,6	88,4	86,9	85,9	88,2	92,7	92,4
Td 16 a	ed	ed	ed	ed	65,7	89,5	91,7	92,1	92,2	95,3

(1) Egutegitik kenduta 2013az geroztik

(2) 2015az geroztik jaiotakoentzat.

(3) 2013az geroztik dTpa erabiltzen da.

(4) pauta 2+1, 207az geroztik

Helduen txertaketa

Tetanos-diferiaren aurka txertatzeko, 19.361 dosi banatu dira osasun-eremu guztian. Osakidetzako osasun-zentroetan egiten den txertaketaz gain, enpresetara ere banatzen da, hango mediku-zerbitzuaren bidez.

Bestalde, badira beste txerto batzuk biztanleriako talde jakin batzuentzako, esposizio-arrisku handiagoa dutelako edo txerto bidez prebeni daitekeen gaixotasunen batekin

konplikatu daitekeelako. Besteak beste, B hepatitisaren, A hepatitisaren, pneumokokoaren eta amorruren aurkako txertaketa.

Amorruren kasuan izan ezik, txertaketa-zentroetan banatutako dosiei buruzko informazioa bakarrik daukagu. Ikus 3.3 taula.

Amorruren aurkako txertaketa

2018an, esposizio ondorengo amorruren aurkako profilaxia egin zaie 6 laguni, amorrua dagoen herrialderen batean animaliarene batek hozka egin dielako. Kasu batean, pauta osoa bete zen iritsitakoan, eta besteetan, gertakaria izandako herrialdean hasitako pauta osatu zen.

Gainerako txertaketak esposizio-aurreko pautak izan dira, 64 kasu, arriskudun herrialdeetara bidaiatzeko. Emandako argibideen arabera, bidaiatzeko arrazoiak zerikusia zuen kooperazioarekin % 22,1ean, turismo-bidaiak ziren % 57,4 eta laneko bidaiak beste % 17,6. Helmuga nagusia Asia Hego-ekialdea da, eta, ondoren, Afrika dira. Bidaiaren iraupenaren mediana 150 egunekoa zen. Gizonezkoa zen % 55,7, eta bidaiariaren batez besteko adina 31 urtekoa.

Txertoen kudeaketa

3.3 taula. ESika banatutako txertoak. Gipuzkoa 2018

	DEBAGOIENA	DEBABARRENA	BIDASOA	DONOSTIALDEA	GOIERRI	TOLOSALDEA
dTpa	1001	1142	1410	4041	1413	969
DTPa-Hep.B-VPI+Hib	1230	1620	1720	5900	2149	1300
DTPa-VPI+Hib	246	298	325	1080	333	293
A hepatitis, helduak	367	180	406	1862	349	253
A hepatitis, haurrak	144	195	91	345	212	62
A+B hepatitis, helduak	67	97	72	785	113	119
A+B hepatitis, haurrak	8	8	3	68	24	1
B hepatitis, helduak	194	336	164	1521	392	160
B hepatitis, karga bikoitza	8	40	15	202	37	9
B hepatitis, haurrak	28	19	82	148	41	34
Hib	21	17	25	203	21	5
ACWY Meningokokoa	0	29	2	191	31	6
B Meningokokoa	7	24	3	178	32	3
C Meningokokoa	1512	1523	2040	6840	2608	1320
Pneumokoko konjugatua						
13	1250	1461	1760	6580	2719	800
Pneumokoko polisakaridoa	582	629	612	1758	874	366
Papiloma	653	809	991	3200	752	585
Rotabirusa	7	17	16	62	17	6
Td	1101	1318	1603	7170	2141	695
Hirukoitz birikoa	778	1094	1409	4680	1674	1007
Barizela	584	821	920	3217	1105	688
VPI	39	20	69	144	49	40

4.- Sortzetiko anomaliak Gipuzkoan, 2016

Sortzetiko anomalien EAEko erregistroa 1989an jarri zen martxan Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak sustatuta, Euskal Herriko Pediatria Elkartearen laguntzarekin. 1990eko irailaz geroztik, [EUROCAT](#)ena da (European surveillance of Congenital Anomalies), eta Belfasteko bere erregistro nagusitik koordinatzen du sare europar horrek 43 biztanleria-erregistroren lana, Europako 23 herrialdetan metodologia bera partekatzen dute eta. Urteko 1,7 milioi jaiotza adina biltzen ditu. 2015eko urtarilaz geroztik, Ispran (Italia) dagoen [European Commission's Joint Research Centre - Institute for Health and Consumer Protection](#) (JRC) ardura da hura koordinatzea.

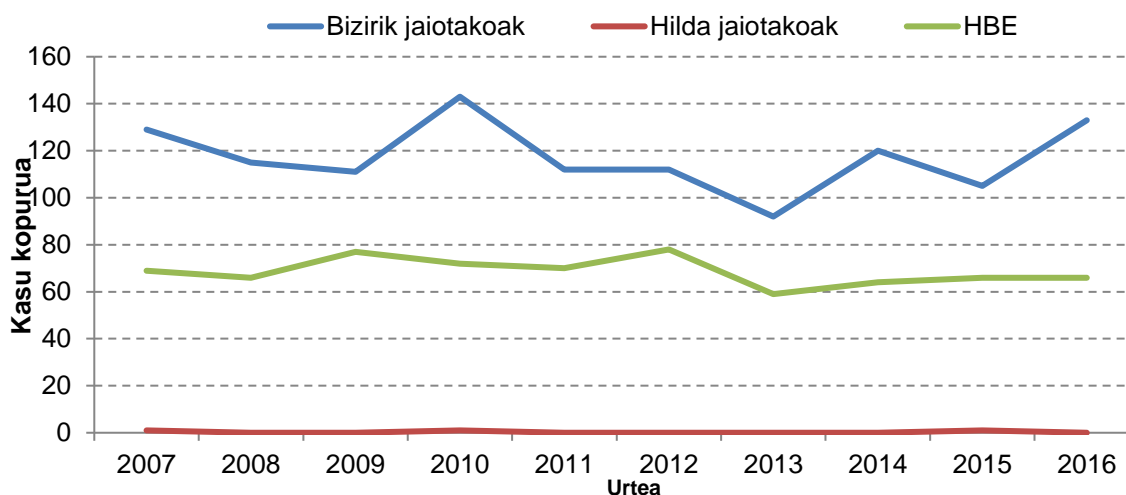
Anomalien EAEko erregistroak helburu hauek ditu:

- EAEko anomalien benetako maiztasuna ezagutzea.
- Zaintza epidemiologikoko sistema bat garatzea.
- Azterketa etiologikoen azalpenetan laguntzea.
- Asistentzia-beharrak antolatzeko informazioa edukitzea.
- Prebentzio-neurri batzuen ebaluatzeko aukera ematea.

Datu orokorrak

Sortzetiko anomalien 199 kasu erregistratu dira Gipuzkoan; horrek 329,7ko prebalentzia esan nahi du jaiotako 10.000 laguneko, 2015ean erregistraturikoa baino prebalentzia handiagoa (239 kasu, jaiotako 10.000ko). Jatorri genetikoko gaixotasunak bazter utzita, 153 kasu erregistratu dira (prebalentzia: 253,5 kasu jaiotako 10.000ko). 4.1 grafikoa erakusten da Gipuzkoako prebalentziaren bilakaera.

4.1 grafikoa. Jaiotza motaren araberako kasu-kopuruen bilakaera, Gipuzkoa 2007-2016, Anomalien EAEko Erregistroa.



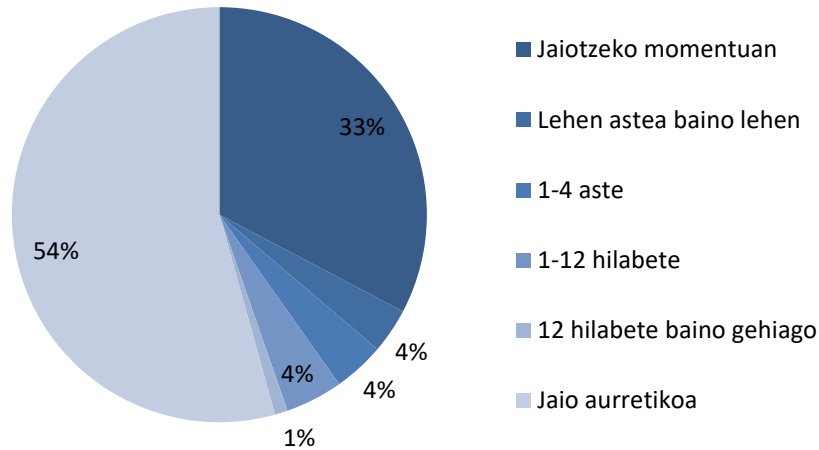
Kasuen % 67 bizirik jaio zen, eta % 33 haurdunaldi borondatez eten ziren (HBE). Ez zen hilik jaiotako kasurik erregistratu. % 45 emakumezkoa zen, eta % 53, gizonezkoa (5 kasu, zein sexutakoa zen jakin gabe).

Amen adinaren mediana 35 urtekoa zen (tartea:19-45 urte), aitena, berriz, 37 urtekoa (tartea: 23-57 urte).

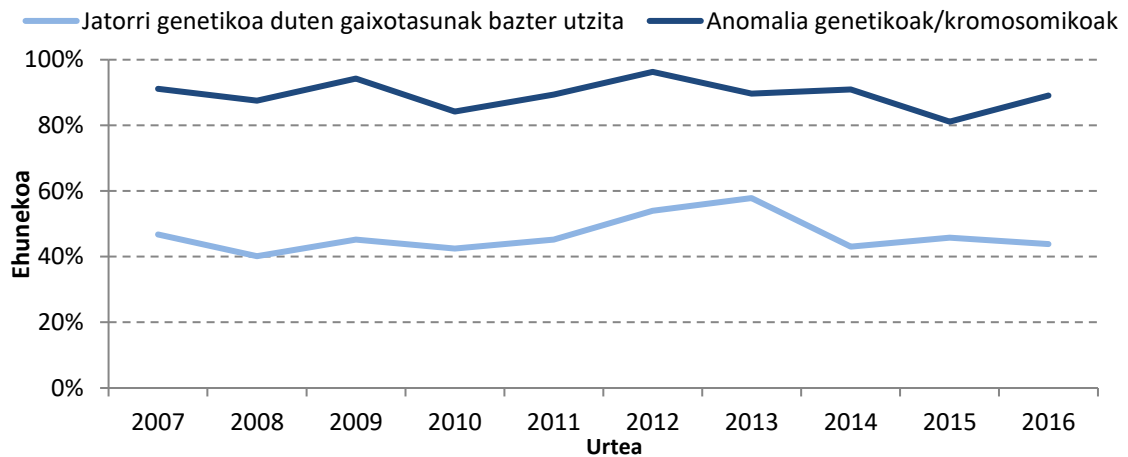
Diagnostikoa jaio aurretik egin zen kasuen % 54tan, jaiotzean, % 33tan; lehenengo hilean, % 4tan; eta jaio eta hilabete ondoren, % 9tan (4.2 grafikoa). Jaioaurreko

diagnostikoen proportzioak egonkor dirau (4.3 grafikoa). 2016an, % 44koa izan zen, anomalia kromosomikoak eta genetikoak alde batera utzita, EUROCATek 2012-2016rako aurkeztutakoaren gainetik (%39). Anomalia kromosomiko eta genetikoetan, % 89koa izan zen, EUROCATek aldi horretarako eta anomalia horietarako aurkezturikoaren gainetik berriz ere (% 75).

4.2 grafikoa. Anomalia/k detektatzeko unea. Anomalien EAEko Erregistroa, Gipuzkoa, 2016.

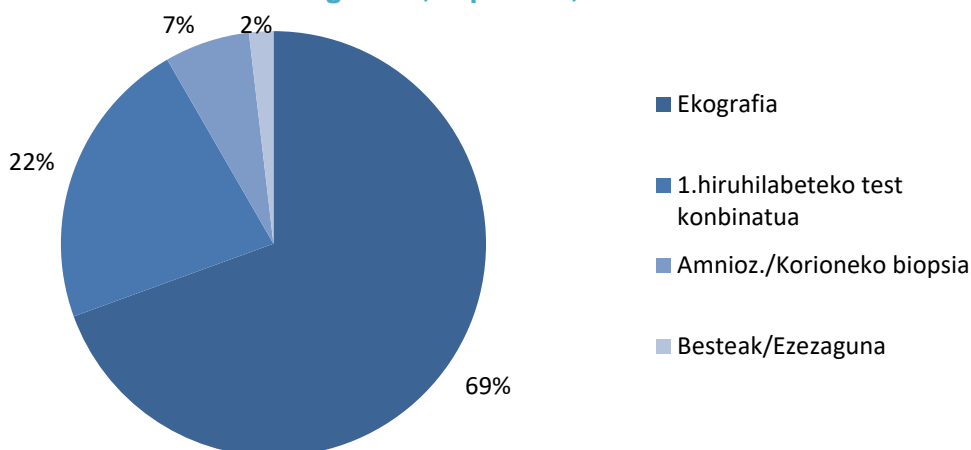


4.3 grafikoa. Jaioaurreko diagnostikoen bilakaera. Anomalien EAEko Erregistroa, Gipuzkoa, 2007-2016.



Jaioaurreko diagnostikoa egin zenetan, ekografia bidez egin zen kasuen % 69tan; lehen hiruhileko bahetze-testaren bidez, % 22tan; eta amniozentesi eta korioneko biopsi bidez, %7tan. Bi kasutan, amaren odolean anomaliak detektatzeko jaioaurreko test bidez egin zen diagnostikoa (4.4 grafikoa).

4.4 grafikoa. Jaioaurreko lehenengo test positiboa. Anomalien EAEko Erregistroa, Gipuzkoa, 2016.



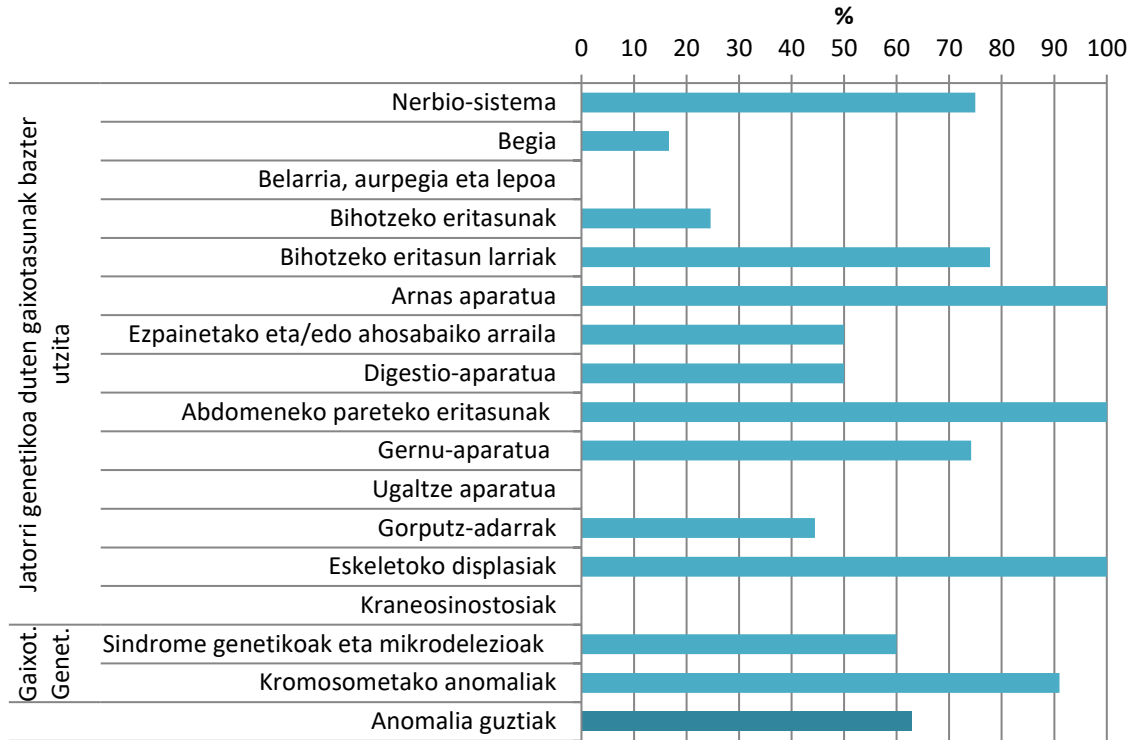
4.1 taulan ikus daiteke erregistraturiko anomalien banaketa (kasu bakoitzerako 8 anomalia adina erregistra daitezke), talde handika. Bihotzeko anomaliak izan ziren ohikoenak, batez ere, bentríkulu eta aurikulen trenkadak; bihotzeko anomalien 61 kasu erregistratu ziren (jatorri genetiko edo kromosomikoak alde batera utzita). Bigarren talde ohikoena kromosoma-anomaliena izan zen (43 kasu, 71,2ko prebalentzia, bizirik jaiotako 10.000ko), eta, horien artean, Down sindromea izan zen ohikoena (31 kasu, 51,4ko prebalentzia, bizirik jaiotako 10.000ko).

4.1 taula. Anomalia-motaren araberrako kasu-banaketa, Gipuzkoa 2016.

	Kop.	
Jatorri genetikoa duten gaixotasunak bazter utzita	Nerbio-sistema	20
	Begia	6
	Belarria, aurpegia eta lepoa	1
	Bihotzeko eritasunak	61
	Bihotzeko eritasun larriak	9
	Arnas aparatua	2
	Ezpainetako eta/edo ahosabaiko arraila	8
	Digestio-aparatua	10
	Abdomeneko paretako eritasunak	3
	Gernu-aparatua	31
	Ugaltze-aparatua	10
	Gorputz-adarrak	18
	Hezurdurako displasiak	1
	Kraneosinostosiak	1
	Larruazaleko gaixotasunak	2
	Sind. teratogenikoak malformazioarekin	3
Sindrome genetikoak eta mikrodelezioak	3	
Kromosoma-anomaliak	43	
Anomalia guztiak	199	

Abdomeneko paretako eritasunen, hezurdurako displasien eta arnas aparatuko anomalien % 100etan, diagnostikoa jaio aurretik egin zen. Kromosoma-anomaliatan, % 91tan egin zen jaioaurreko diagnostikoa (4.5 grafikoa). Bihotzeko anomaliatan, % 25etan egin zen jaioaurreko diagnostikoa, baina kasu larrietan, % 78tan. Kraneosinostosietan, belarri, aurpegi eta lepoko anomaliatan eta ugaltze-aparatukoan, ez zen jaioaurreko diagnostikorik egin kasu bakar batean ere.

4.5 grafikoa. Jaioaurreko diagnostikoaren proportzioa, anomalia-motaren arabera. Gipuzkoa 2016.



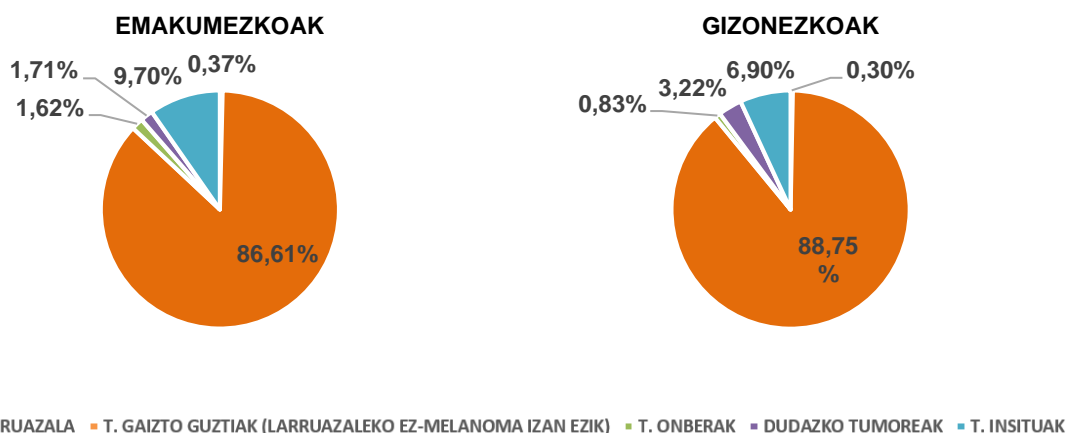
5.- Minbiziaren erregistroa

Minbiziaren Euskadiko biztanleria-erregistroa. Gipuzkoako datuak

Minbiziaren Euskadiko erregistroak 1986az geroztik diagnostikatutako tumoreak jasotzen ditu, bai EAEn bai kanpoan bizi diren pertsonenak, nahiz eta lehenengoak bakarrik aurkezten diren hemen. Honako tumore hauek erregistratzen dira: nerbio-sistema zentralako (NSZ) tumore onberak, maskuriko, obulutegiko eta NSZko tumore onbera zalantzarriak, eta tumore kartzinoideak eta tumore-kokapen guztietako in situ kartzinoma epidermoideak eta larruazaleko basozelularrak, baina jaso egiten dira zakil, eskroto eta bulbako epidermoideak.

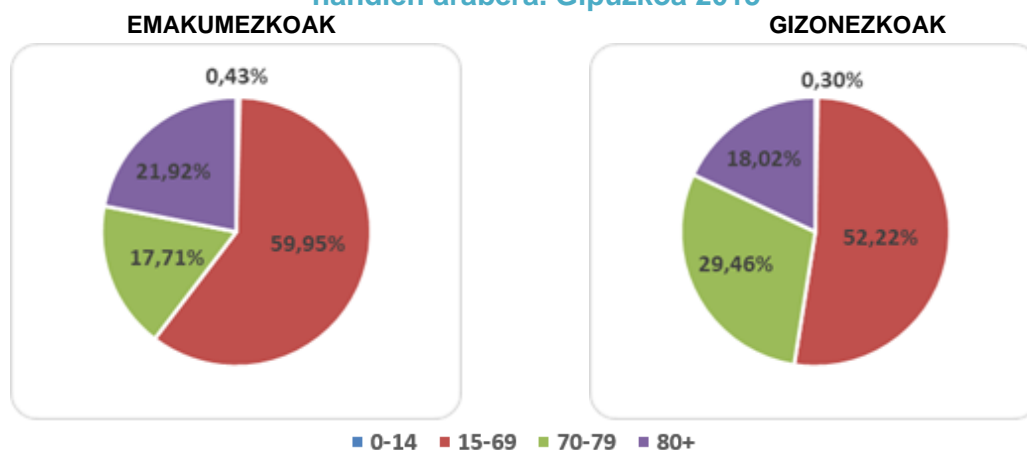
2015. urtean diagnostikatutako 4.804 tumore erregistratu ziren 2018an. Horien banaketa erakusten da jarraian. Tumore horietako 4.233 gaiztoak ziren (2.350 gizonezkoetan eta 1.883 emakumezkoetan).

5.1 grafikoa. Gipuzkoako egoiliarretan erregistraturiko kasuak.2015. urtea



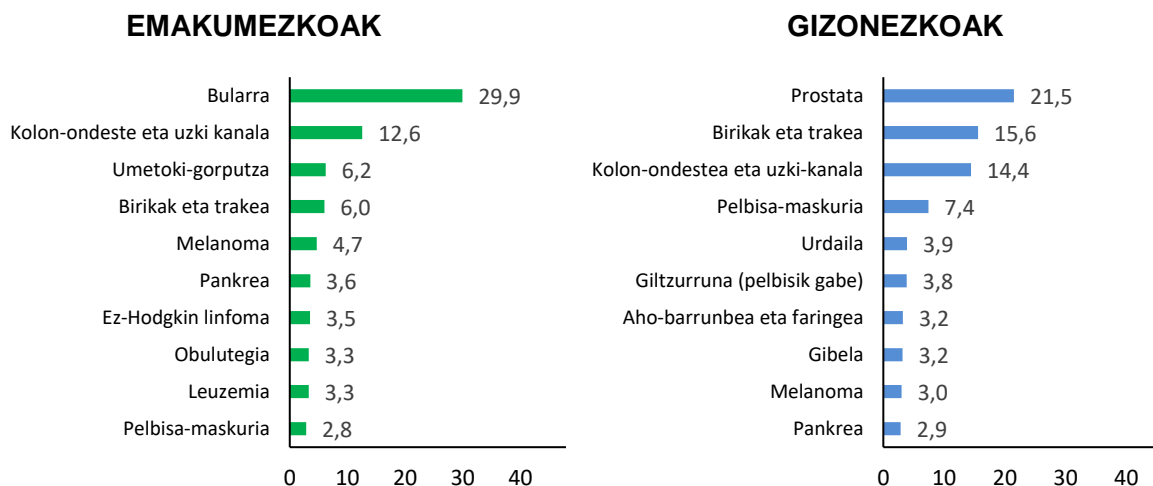
Minbiziaren intzidentzia aztertzeko, tumore gaiztoak bakarrik hartzen dira kontutan, bazter utzita larruazaleko tumore ez-melanomak (GNS-10ean honela kodetuak: C00-C97, D45-47, salbu C44). 5.2 grafikoa ikusten da minbizi-kasuak nola banatzen diren adin-taldean arabera; erdiak baino gehiago 15-69 urte bitartean gertatzen dira, emakumezkoetan % 60 izateraino, eta gutxixeago gizonezkoetan (52,2). 0-14 urte bitartean, 7 kasu diagnostikatu ziren mutikoetan, eta 8 kasu, neskatuetan.

5.2. grafikoa. Minbizi-kasuen banaketa, ehunekotan, sexuaren eta adin-talde handien arabera. Gipuzkoa 2015



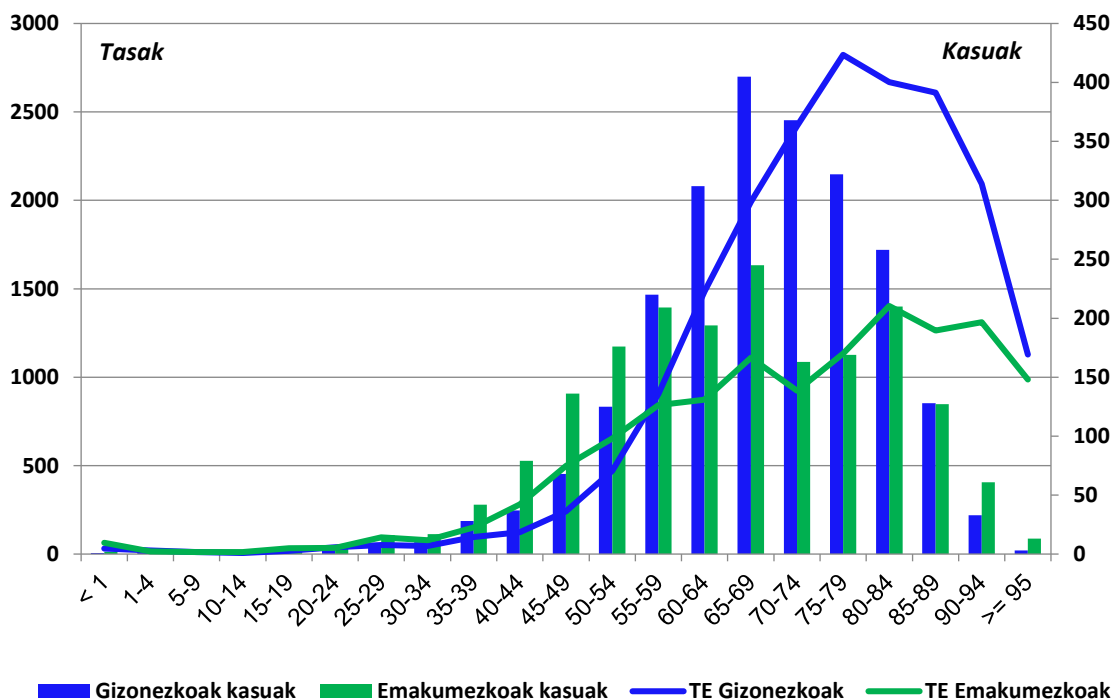
Prostatakoak izan ziren tumore gaizto ugarienak gizonetzkoen artean (% 21,5), eta, bigarren, biriketakoak (% 15,6). Emakumezkoen artean, bularreko tumoreak daude lehen tokian (% 30), eta kolon-ondesteko tumoreak bigarren tokian (% 12,6).

5.3 grafikoa. Hamar tumore gaizto ohikoenen maiztasun erlatiboa (%), sexuaren arabera. Gipuzkoa 2015



Adinaren araberako tasa espezifikoak begiratuta ikusten da, 0-30 urte bitartean, tasak antzerakoak direla bi sexuetan. 30-54 urte bitartean, berriz, tasak handiagoak dira emakumezkoen artean, eta, adin horretatik aurrera, gizonetzkoen tasa espezifikoak gaitzitu egiten dituzte emakumezkoenak, 95 urterekin berdintzeraino.

5.4 grafikoa. Minbiziaren intzidentzia: kasuak eta tasa espezifikoak (100.000ko), adin-taldearen eta sexuaren arabera. Gipuzkoa 2015



Ondoren, 2015eko tumore gaiztoak agertzen dira beste hauekin batera: haien tasa gordina (TG), Europako biztanleriara doitutako tasa (EDT) eta diagnostikoa egin zeneko batez besteko adina.

Intzidentzia gordinaren tasa **673,5** izan zen 100.000 biztanle-urteko, gizonezkoetan, eta **517,6** emakumezkoetan. Gizonezko/emakumezko intzidentzia-arrazoia (adinaren arabera estandarizatua) 1,5ekoa. Eta diagnostikoa egin zitzaizkion zuten batez besteko adina, 68 urte gizonezkoetan eta 65, emakumezkoetan.

5.1 taula. Minbiziaren intzidentzia, tumore-motaren arabera. Gipuzkoa 2015

	GIZONEZKOAK				EMAKUMEZKOAK			
	Kasuak	Adina, batez beste	TG	EDT	Kasuak	Adina, batez beste	TG	EDT
Aho-barrunbea eta faringea	75	64,6	21,6	21,4	32	64	8,8	7,8
Hestegorria	23	65,2	6,6	6,5	11	66,9	3,0	2,7
Urdaila	91	69,4	26,2	27,1	47	75,8	13,0	10,4
Kolon-ondestea eta uzki-kanala	338	70,6	97,2	100,0	236	70,4	65,1	54,5
Gibela	74	67,2	21,3	21,7	32	72,0	8,8	7,2
Behazun-maskuria eta -bideak	30	75,1	8,6	9,4	19	76,0	5,2	4,3
Pankrea	67	70,1	19,3	19,7	67	73,1	18,5	15,2
Laringea	48	64,1	13,8	13,9	4	58,2	1,1	1,1
Birikak eta trakea	365	67,5	105,0	106,0	113	63,9	31,2	28,1
Melanoma	70	62,7	20,1	19,78	88	58,9	24,3	22,5
Mesotelioma	8	69,0	2,3	2,44	6	71,3	1,7	1,4
Bularra	2	77,5	0,6	0,6	561	60,8	154,89	139,1
Umetoki-lepoa	-	-	-	-	24	58,0	6,6	5,9
Umetoki-gorputza	-	-	-	-	117	65,7	32,3	28,8
Obulutegia	-	-	-	-	62	62,8	17,1	15,5
Prostata	504	69,6	144,9	151,4	-	-	-	-
Barrabilak	21	38,0	6,0	5,5	-	-	-	-
Giltzurruna (pelbisik gabe)	90	64,8	25,9	26,0	52	65,8	14,4	12,8
Pelbisa-maskuria	174	71,5	50,0	52,7	53	70,9	14,6	12,2
NSZ	41	62,3	11,8	12,1	33	63,0	9,1	8,2
Tiroide-guruina	14	55,6	4,0	3,8	38	49,3	10,5	10,3
Hodgkin linfoma	16	43,7	4,6	4,6	11	41,5	3,0	3,5
Ez-Hodgkin linfoma	66	65,7	19,0	19,6	66	62,8	18,2	16,4
Mieloma	19	72,8	5,5	5,6	22	73,7	6,1	5,3
Leuzemia	63	63,6	18,1	19,0	62	67,7	17,1	14,5
Beste hematologiko batzuk	43	70,2	12,4	13,2	29	71,6	8,0	6,3
Gainerakoak	100	67,7	28,8	30,7	90	73,0	24,8	19,9
GUZTIRA	2.342	67,9	673,5	692,8	1.875	65,1	517,6	454

TG: Tasa gordina

EDT: Europako biztanleriara doitutako tasa, 2013

6.- Ospitaleko morbiditatea

Gipuzkoako egoiliarren artetik 2017. urtean ospitaleratuak izan direnei buruzko datuak aurkezten dira hemen. Datu horiek EAEko ospitale ez-psikiatrikoetan jasotako ospitale-asistentziari dagozkionak dira. Informazioa DOGB erregistroko EAEko ospitaleen DOGB-AEtik (Arreta Espezializatuko Datuen Oinarritzko Gutxieneko Multzoaren Erregistroa) atera da. Analisisirako unitatea alta da, beraz, paziente batek erregistro bat baino gehiago eduki dezake kausa beragatik edo beste bategatik. Ospitaleko alden arrazoia azaltzeko, diagnostiko nagusia hartu da.

Alta kopurua, guztira, eta maiztasun-tasak

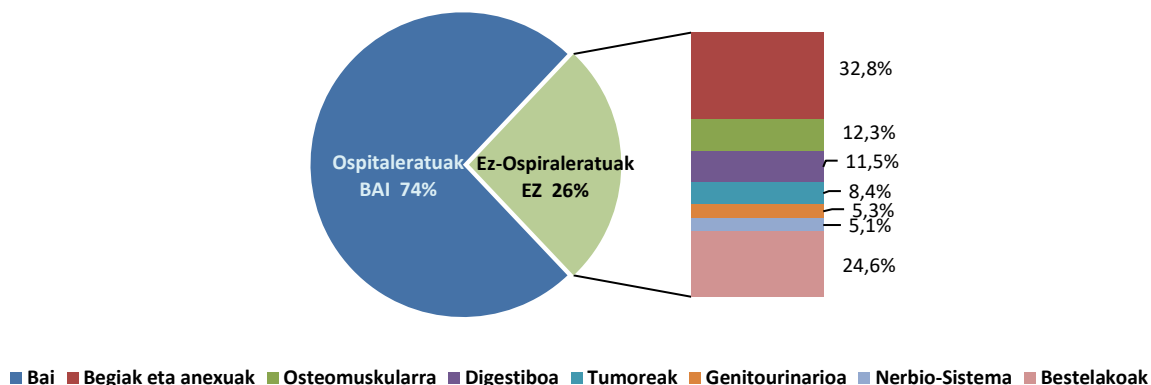
2017. urtean, 103.850 ospitaleko alta izan ziren Gipuzkoak bizi den populazioaren artean. Zifra horrek adierazten du ospitaleratze maiztasunaren tasa gordina 145,7/1.000 biztanleko dela. 64 urtetik gorakoena (6.1 taula) dira alta horien % 50, egonaldi guztiko egunen % 62. Alta horien % 78a ospitale publikoei dagozkie.

6.1 Taula. Ospitaleko altak. Gipuzkoako egoiliarrek 2017 EAEko CMBD-AE

	Alta kop. (%)	Maiztasun alta (/ 1000 biztanle)	Egonaldi-egunen kop. (%)	Batez besteko egonaldia (DE)
Gizonezkoak	51.522 (49,6)	147,9	249.793 (52,3)	4,8 egun (8,3)
Emakumezkoak	52.324 (50,4)	143,6	227.557 (47,7)	4,3 egun (7,5)
EE	4		1	
0 - 14 urte	4.902 (4,7)	46,7	20.242 (4,2)	4,1 egun (9,4)
15-34 urte	10.347 (10,0)	76,0	26.812 (5,6)	2,6 egun (4,8)
35-64 urte	36.267 (34,9)	114,1	133.090 (27,9)	3,7 egun (6,9)
>=65 urte	52.334 (50,4)	340,1	297.207 (62,3)	4,6 egun (7,9)
GUZTIRA	103.850 (100%)	145,7	477.351(100%)	4,6 egun (7,9)

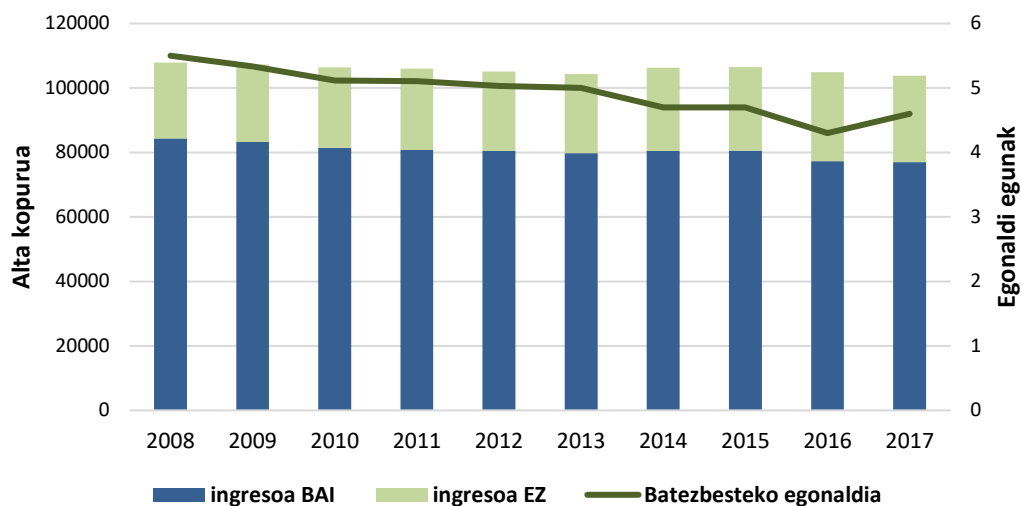
Alten % 26a ospitaleratze gabeko (egonaldia 0 da eta alden arrazoia ez da heriotza) altak dira Ospitaleratze gabeko alden herena begiko patologia eta haren anexuetako gaixotasunekin (6.1 grafikoa) lotzen da. Horietako gehienak kataraten diagnostikoa erakusten dute. Sistema osteomuskularreko patologiaren diagnostiko-taldean, ohikoena belauaren barnealdeko trastornoa izaten da eta digestio aparatuen patologiaren taldean, herniaren diagnostikoa.

6.1 grafikoa. Ospitaleko altak. Gipuzkoako egoiliarrek, 2017 EAEko DGOB-AE



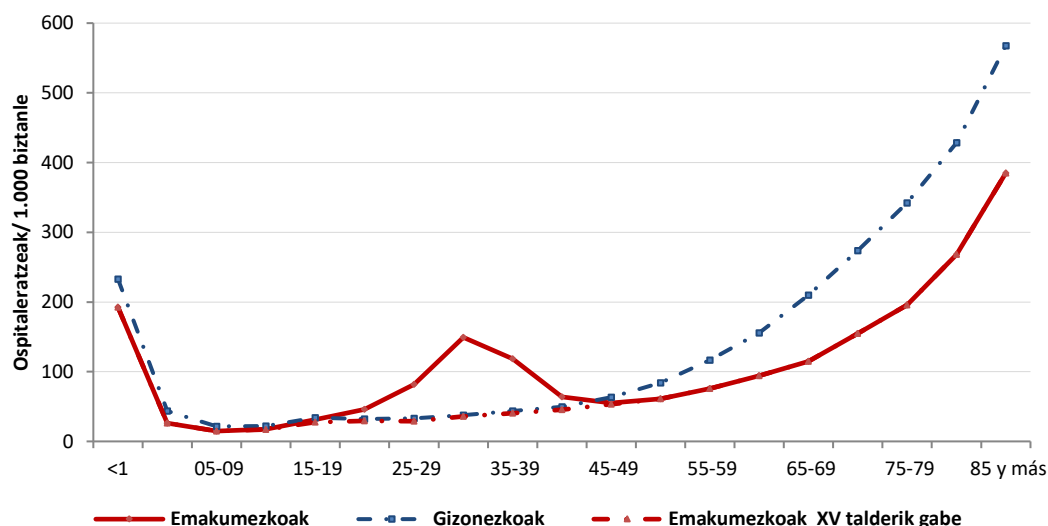
Azken 10 urteetan ospitaleratze gabeko altek goranzko joera erakusten dute (% 22 2008 urtean vs % 26 2017an); egonaldi-egunen batez bestekoak beheranzko joera (5,5 vs 4,6) erakusten du. Ikusi 6.2 grafikoa.

6.2 grafikoa. Ospitaleko altak eta batezbesteko egonaldiak. Gipuzkoako egoiliarak, 2008-2017 EAEko DGOB-AE



2017an, ospitaleratze beharra izan zuten 76.966 alta egon ziren, honek 108,0 ospitaleratze /1.000 biztanleko tasa gordina esan nahi du. Ospitaleratzeen % 49,6 emakumeei dagozkie. Ehuneko hori jaitsi egiten da, % 45,3ra, haurdunaldi, erditzea eta erdiberriarora (XV taldea) bazter uzten badira. Kausa horiengatik ospitaleratzeak bazter utzita, ospitaleratze-tasak handiagoak dira gizonen artean emakumeen artean baino, adin-talde guztietan, eta aldea, gainera, areagotu egiten da, 50-54 urtekoen taldean.

6.3 taula. Ospitaleratze-tasa adin-taldearen eta sexuaren arabera. Gipuzkoako egoiliarak 2017 EAEko CMBD-AE.



XV. taldearekin (haurdunaldi, erditze eta erdiberriarora) zerikusia duten ospitaleratzeak izan ezik, ospitaleratze ohikoenak, gizonezko nahiz emakumezkoetan, zirkulazio-sistemarekin eta arnas eta digestio-aparatuarekin zerikusia dutenak izan dira (6.2 taula).

6.2 taula. Ospitaleratze beharra izan duten altak sexu eta diagnostiko taldearen arabera. Gipuzkoako egoiliarak. 2017 EAEko CMBD-AE.

GNS-10	DIAGNOSTIKO TALDEA	Emakumezkoak		Gizonezkoak		Guztira	
		Kopurua	%	Kopurua	%	Kopurua	%
I (A00-B99)	Gaixotasun infekzioso eta parasitarioak	817	2,1	1.031	2,7	1.848	2,4
II (C00-D49)	Tumoreak	3.213	8,4	4.140	10,7	7.353	9,6
III (D50_D89)	Odola eta organo hematopoietikoak	403	1,1	405	1,0	808	1,0
IV (E00-E90)	Endokrino-metabolikoak	712	1,9	554	1,4	1.266	1,6
V (F00-F99)	Buruko nahasmenduak	659	1,7	743	1,9	1.402	1,8
VI (G00-G99)	Nerbio-sistema	866	2,3	917	2,4	1.783	2,3
VII (H00-H59)	Begiko eta haren anexuetako gaixotasunak	108	0,3	99	0,3	207	0,3
VIII (H60-H95)	Belarriko gaix. eta mastoide-apofisia	175	0,5	190	0,5	365	0,5
IX (I00-I99)	Zirkulazio-sistema	4.053	10,6	5.928	15,3	9.981	13,0
X (J00-J99)	Arnas sistema	4.285	11,2	5.424	14,0	9.709	12,6
XI (K00-K93)	Digestio-sistema	3.962	10,4	5.367	13,8	9.329	12,1
XII (L00-L99)	Larruzala eta azalpeko ehuna	421	1,1	542	1,4	963	1,3
XIII (M00-M99)	Sistema osteomuskularra eta ehun konekt.	2.956	7,7	3.050	7,9	6.006	7,8
XIV (N00-N99)	Sistema urogenitala	2.345	6,1	2765	7,1	5.110	6,6
XV (O00-O99)	Haurdunaldi, erditzea, erdiberriaroa	6.020	15,8	--	--	6.020	7,8
XVI (P00-P96)	Gaixotasun perinatalak	276	0,7	343	0,9	619	0,8
XVII (Q00-Q99)	Sortzetiko Malformazioak	145	0,4	186	0,5	331	0,4
XVIII (R00-R99)	Beste atal batean sailkatu gabeak	2.128	5,6	2.375	6,1	4.503	5,9
XIX (S00-T98)	Traumatismoak eta pozoitzeak	3.293	8,6	3.644	9,4	6.938	9,0
XXI (Z00-Z99)	Prozedurak	1.336	3,5	1.067	2,8	2.403	3,1
EE		20	0,1	2	0,0	22	0,0
	GUZTIRA	38.193*	100	38.772	100	76.966	100

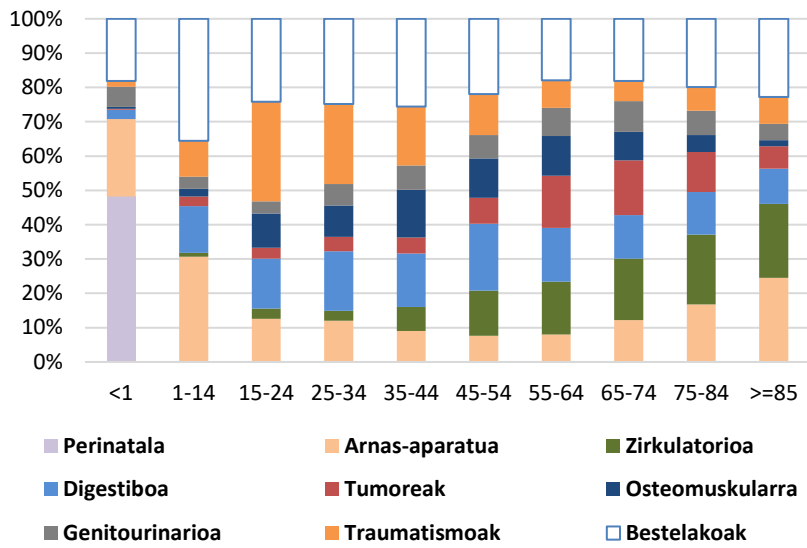
*32.173, haurdunaldi, erditze eta erdiberriaroa eragindako ospitaleratzeak bazter uzten badira

Ospitaleratze horien % 5,7k ZIUko asistentzia behar izan du. Ehuneko hori baxuagoa da emakumeetan (% 3,7, % 4,4), XV. taldean ematen diren ospitaleratzeak bazter uzten badira, gizonetan (% 6,7) baino. Ospitaleraturiko emakumezkoen % 4,0 eta gizonezkoen % 4,5, ospitalean hiltzen dira. Emakumezkoetan, % 4,7ra igotzen da balio hori haurdunaldi, erditze edo erdiberriaroaren (XV. taldea) ondoriozkoak kenduz gero. Gizonezkoetan zein emakumezkoetan, I. taldeko ospitaleratzeak dira (gaixotasun infekzioso eta parasitarioak) ospitaleko heriotzen ehuneko handiena erakusten dutenak (% 15,2 eta % 13,5, hurrenez hurren). Nahiz eta termino absolutuetan, heriotza kopuru gehien eragiten dituzten ospitaleratze-arrazoiak tumoreak, zirkulazio-sistema eta arnas sistema izan. Heriotzen % 60a hiru talde horietakoren batek eragiten du.

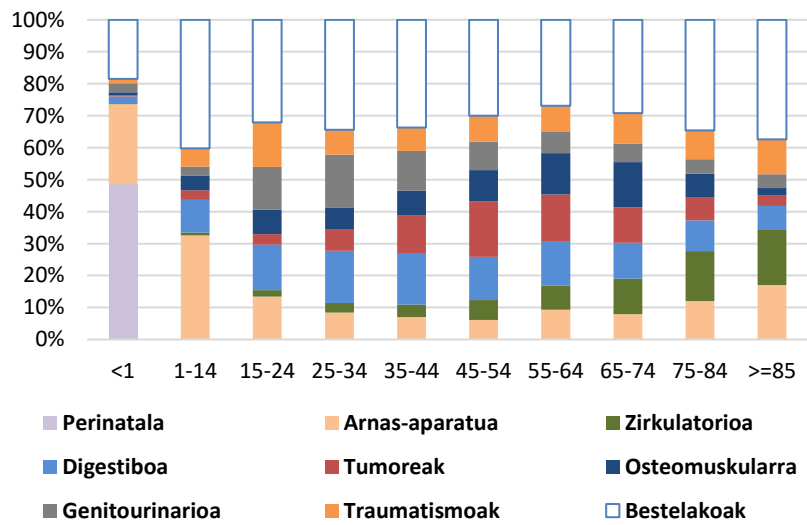
6.4 grafikoan, adin-talde desberdinetan gizon eta emakumeei dagozkien morbiditate proportzionalaren datuak aurkezten dira, XV. taldea sartu gabe.

6.4 grafikoa. Morbiditate proportzionala gaixotasun-talde handien arabera. CMBD-AE, 2017

Gizonezkoak



Emakumezkoak*



*Haurdunaldi, erditze eta erdiberriaro diagnostikoak bazter utzi dira

7.-Gipuzkoako hilkortasuna, 2017

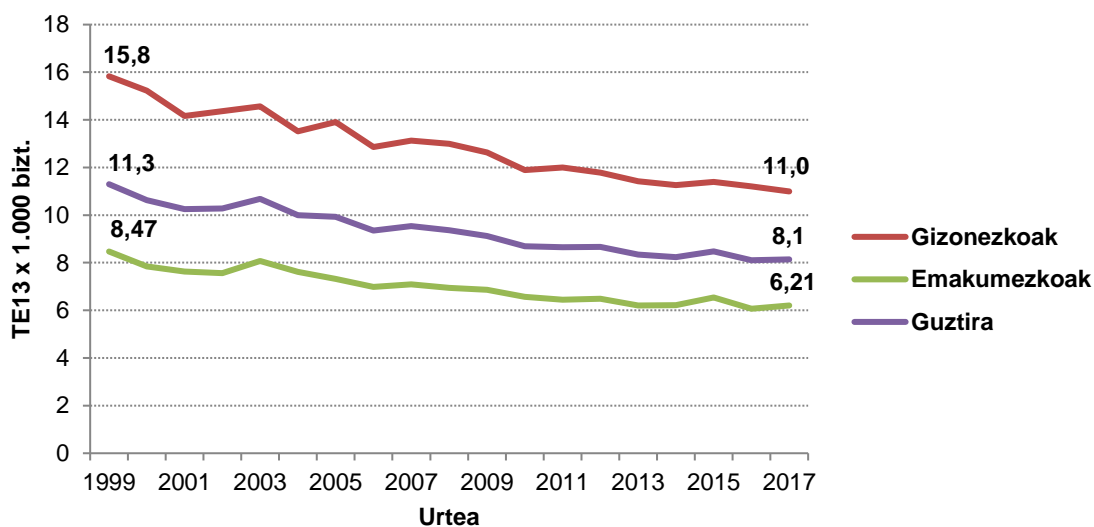
Hilkortasunaren analisiak hilkortasun orokorraren adierazleak ematen ditu, hilkortasun proportzionala, kausa-talde handien arabera, eta adin eta sexuaren arabera, Gipuzkoako lurralde historikoko egoiliarren artetik. Hautaturiko kausen arabera ere aztertzen dira hilkortasuna eta hilkortasun goiztiarra. Hilkortasun goiztiarraren hurbilketa, galdutako bizitza-urte potentzialen (GBUP) bidez kalkulatu da 70 urte arte. Azkenik, haurren hilkortasuna eta jaiotzerakoan dagon bizi-itzaropena kalkulatu dira. Hilkortasunaren EAEko Erregistroa da informazio-iturria.

Oinarritzko heriotza-kausa kodetu egin da, Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapenaren arabera (GNS-10-HK). Tasak kalkulatzeko, 2017ko urtarrilaren 1eko biztanleriaren datuak erabili dira, EUSTATEk emandako informazioaren arabera. 2013ko Europako biztanleria estandarren arabera estandarizatutako tasa erabili da.

Hilkortasun orokorra

2017an, 7.006 lagun hil ziren Gipuzkoan, 2016 urtean baino % 3,4 gutxiago. Heriotzak, sexuaren arabera, erdibana izan ziren (3.502 emakume eta 3.504 gizon). Europako biztanleriaren arabera estandarizaturiko tasak gorakako joerarekin jarraitzen du eta 2017an milako 8,1koa izan zen: milako 6,2, emakumezkoetan, eta milako 11,0, gizonezkoetan.

7.1 grafikoa. Hilkortasun-tasak, milaka estandarizatuta, sexuaren arabera. Gipuzkoa, 1999-2017.



*2013ko Europako biztanleriara estandarizaturiko tasak (1.000 biztanleko)

Hilkortasuna, heriotza-kausen talde handien arabera

Hurrengo taulan (7.1) heriotzen kopurua, tasa gordina eta Europako biztanleriaren (2013) tasa estandarizatua erakusten dira heriotza-kausen talde handien arabera. Tumoreak eta zirkulazio gaixotasunak dira heriotza kopuru handien arrazoiak. **7.1. taula. Hilkortasuna, kausa-talde handien eta sexuaren arabera. Gipuzkoa 2017.**

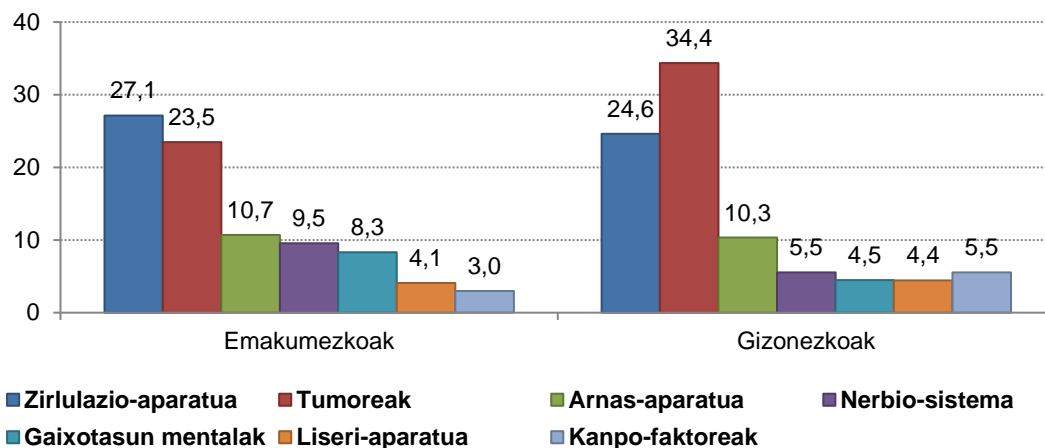
Kausa-multzoak		Emakumezkoak			Gizonezkoak			GUZTIRA		
		A	TG	TE13	A	TG	TE13	A	TG	TE13
I	Gaixotasun infekzioso eta parasitarioak	65	17,8	12,3	62	17,8	19,4	127	17,8	15,0
II	Tumoreak	822	225,6	170,3	1204	345,5	356,0	2026	284,2	247,1
III	Odoleko gaix. eta immunitate-arazoak	16	4,4	3,2	12	3,4	4,6	28	3,9	3,3
IV	Gaix. endokrinoak	93	25,5	16,6	74	21,2	22,9	167	23,4	19,4
V	Trastorno mentalak	291	79,9	45,3	157	45,1	55,7	448	62,9	48,7
VI	Nerbio-sistemako gaix.	334	91,7	57,2	194	55,7	60,8	528	74,1	59,7
VI	Begiko gaix.	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
VIII	Belarriko gaix.	0	0,0	0,0	1	0,3	0,3	1	0,1	0,1
IX	Zirkulazio-aparatuko gaix.	950	260,8	158,3	862	247,4	276,5	1812	254,2	205,9
X	Arnas aparatuko gaix.	374	102,7	62,9	362	103,9	120,5	736	103,3	83,0
XI	Digestio-aparatuko gaix.	143	39,3	25,5	155	44,5	47,9	298	41,8	34,9
XI	Larruazal eta Larruazalpeko Ehuneko gaix.	10	2,7	1,5	4	1,1	1,1	14	2,0	1,5
XIII	Sist. Osteomuskularreko eta Ehun Konektiboko gaix.	71	19,5	11,5	37	10,6	11,9	108	15,2	12,1
XIV	Ap. Genitourinarioko gaix.	81	22,2	12,9	90	25,8	29,3	171	24,0	18,8
XV	Haurdunaldiko/Erditzeko arazoak	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
XVI	Gaixotasun perinatalak	1	0,3	0,3	4	1,1	1,3	5	0,7	0,8
XVII	Sortzetiko Malformazioak	6	1,6	1,4	10	2,9	2,9	16	2,2	2,2
XVII I	Gaizki definitutako kausak	141	38,7	22,1	82	23,5	28,8	223	31,3	25,0
XIX	Kanpo-faktoreak	104	28,5	19,4	194	55,7	59,5	298	41,8	36,3
	GUZTIRA	3502	961	621	3504	1006	1099	7006	983	814

*2013ko Europako biztanleriara estandarizaturiko tasak (100.000 biztanleko)

Hilkortasun proportzionala

Aurreko atalean ikusi denez, biztanleria osoaren heriotzaren hiru kausa nagusiak, oraindik ere, tumore gaiztoak (% 28,9), zirkulazio-sistemako gaixotasunak (% 25,2) eta arnas sistemako gaixotasunak dira (% 10,5). Gizonezkoetan, hiru kausa handi horiek heriotzen % 34,4 % 24,6, eta % 10,3, izan ziren, hurrenez hurren. Emakumezkoen artean, hiru kausa nagusiak honela izan ziren: zirkulazio-sistemako gaixotasunak (% 27,1), tumore gaiztoak (% 23,5) eta arnas sistemako gaixotasunak (% 10,7).

7.2. Grafikoa. Hilkortasun proportzionalaren ehunekoa, gaixotasun-talde handien eta sexuaren arabera. Gipuzkoa 2017



Hilkortasuna eta hilkortasun goiztiarra (GBUP) hautaturiko-kausen arabera

Emakumezkoen artean, 2017ko heriotza-kausa nagusiak hauek izan ziren: trastorno mentalak (TE=43,7/100.000), gaixotasun zerebrobaskularrak (45,1/100.000) eta Alzheimerra (37,1/100.000). Gizonezkoen artean bronkio eta biriketako tumore gaiztoak (78,8/100.000), kardiopatia iskemikoa (74,4/100.000) eta gaixotasun zerebrobaskularrak (64,6/100.000).

7.2. taula. Hilkortasuna, kausa-talde handien eta sexuen arabera. Gipuzkoa 2017

Kausak	Emakumezkoak		Kausak	Gizonezkoak	
	Kop.	TE13		Kop.	TE13
Trastorno mental organikoak	283	43,7	Trakea, bronkioak eta birikako tum. Gaiz.	278	78,8
Gaix. zerebrobaskularra	262	45,1	Kardiopatia iskemikoa	243	74,4
Alzheimerra	226	37,1	Gaix. zerebrobaskularra	197	64,6
Bihotz-gutxiegitasuna	178	27,8	Buruko nahasmendu organikoak	150	53,9
Kardiopatia iskemikoa	148	26,5	Kolon-ondesteko tum. gaiz.	145	43,2
Titien tum. gaiz.	122	24,7	BGBK eta antzekoak	137	43,8
Gaix. hipertentsiboa	116	18,3	Bihotz-gutxiegitasuna	110	38,4
Kolon-ondesteko tum. Gaiz.	94	18,2	Prostata tum. gaiz.	105	33,6
Trakea, bronkioak eta birikako tum. gaiz.	82	19,4	Alzheimerra	79	25,8
Pneumonia	82	13,1	Gibela, behazun bideetako intrahep tum. gaiz.	76	22,0

*2013ko Europako biztanleriara estandarizaturiko tasak (100.000 biztanleko)

Hilkortasun goiztiarrari dagokionez, galdutako bizitza-urte potentzialen (GBUP) kausen artean, emakumezkoetan bualarretako tumore gaiztoak (614), biriketako (584) eta obulategikoa (251) izan ziren. Gizonezkoen artean lehenengo heriotza-kausa birikako

tumore gaiztoa izan zen (1236), eta ondoren, kardiopatia iskemikoa (95) eta suizidioak eta nork bere burua zauritzea (711).

7.3. taula. Galdutako bizitza urte potentzialak hautaturiko heriotza kausen eta sexuaren arabera. Gipuzkoa 2017

Kausak	Emakumezkoak	
	Kop.	TE13
Bularreko tum. gaiz.	614	1,8
Trakea, bronkioak eta birrikako tum. gaiz.	584	1,8
Obulategiko tum. gaiz.	251	0,8
Gaix. zerebrobaskularra	250	0,8
Kolon-ondesteko tum. gaiz.	250	0,8
Kardiopatia iskemikoa	213	0,7
Urdaileko tum. gaiz.	184	0,6
Suizidioa eta nork bere burua zauritzea	174	0,5
Pankreako tum. gaiz.	166	0,5
Entzefaloko tum. gaiz.	147	0,4

Kausak	Gizonezkoak	
	Kop.	TE13
Trakea, bronkioak eta birrikako tum. gaiz.	1236	3,8
Kardiopatia iskemikoa	959	2,9
Suizidioa eta nork bere burua zauritzea	711	2,4
Entzefaloko tum. gaiz.	523	1,7
Trafiko istripuak.	509	1,7
Kolon-ondesteko tum. gaiz.	349	1,1
Gibela, behazun bideetako intrahep tum. gaiz.	324	1,0
Pankreako tum. gaiz.	289	0,8
Drogen bidezko ustekabeko pozoitzea	284	0,9
Gaix. zerebrobaskularra	275	0,9

*2013ko Europako biztanleriara estandarizaturiko tasak (1.000 biztanleko)

Heriotzen kopurua eta definitutako kausak eragiten duten GBUP aztertuz gero, ikusi daiteke kausa batzuk ez daudela heriotza gehien eragiten dituzten artean. Dena den, badira GBUP askoren arduradun, adin talde gazteenetan ematen direlako. Kasurik argienak: emakumezkoengan titien eta obulategien tumore gaiztoak dira, gizonezkoengan aldiz suizidioak eta trafiko istripuak.

Haurren hilkortasuna

2017an, urtebetez azpiko 9 mutiko eta 4 neskato hil ziren. Haurren heriotza-tasa bizirik jaiotako 1.000tik 2,3koa izan zen: milako 3,1koa, mutikoetan eta milako 1,5ekoa, neskatoetan.

Jaiotza inguruko hilkortasuna (haurdunaldiko 22. astetik bizitzako lehen astera bitarte) 5,9koa izan zen, guztira jaiotako (bizirik jaiotakoak + hilda jaiotakoak 22 aste baino gehiagokoak) 1.000 haurreko: 8,9 mutiko eta 2,6 neskato.

Bizi-itxaropena

Gipuzkoarrek jaiotzean zuten bizi-itxaropena, 2017an, 86,5 urtekoa zen emakumezkoetan, eta 80,4koa, gizonezkoetan. Azken 10 urte hauetan, 2008tik 2017ra, gizonezkoetan bizi-itxaropena (78,5urtetik 80,3 urtera) emakumezkoena (85,7 urtetik 86,3 urtera) halako hiru igo da.

8.- Gaixotasun ez transmitigarriak

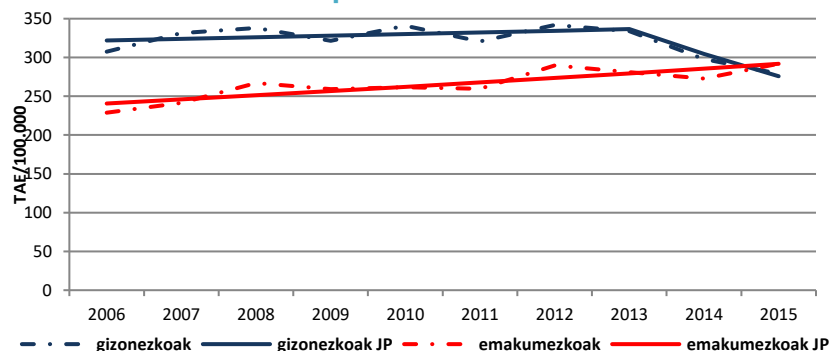
2017an gainditu zen **2003-2020 Osasun Planaren** indarraldiaren ekuatorea. EAE mailan egiten den urteroko ebaluazioak erakutsi zuenez, hasita edo inplementatuta zeuden helburuen % 83 eta Planeko ekintzen % 89. Dokumentuaren arduradunek esan zutenez, lehenetasunezko arreta jasotzekoak ziren 2018an, ekintza eta helburu horiek, ahalik eta gehien aurreratzeko horien lorpenean. Urteko gure txostenean, Osasun-planaren jomuga izan den patologia transmitigaitza aztertu nahi izan dugu, azken hamarkadako morbihilkortasuna eta haren bilakaera aztertuta.

Minbiziagatiko morbiltatea eta hilkortasuna

Minbizia, 65 urtez azpikoetan

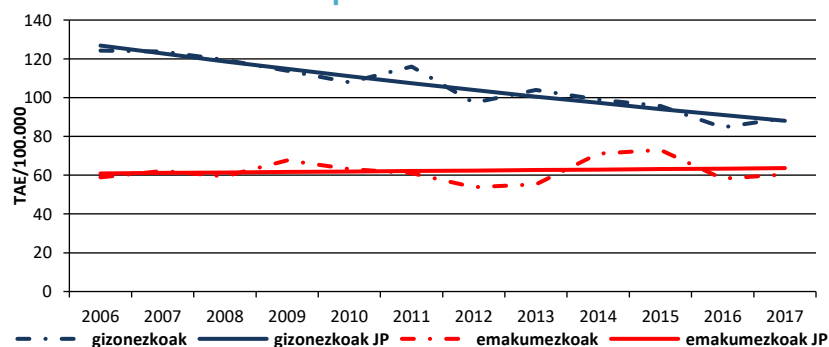
Minbiziaren intzidentzia-tasa, adin-talde horretan, urtean % 2,2 igo zen emakumezkoetan, azterturiko denboraldian. Gizonezkoetan, aldaketa ikusi zen joeran, 2006-2013 denboraldian igota, eta 2013az geroztik jaitsita, esanguratsua izan ez bazen ere azken hori.

8.1 grafikoa. Tumore gaiztoen intzidentzia-tasa estandarizatuak. Gipuzkoa 2006-2015



Hilkortasun estandarizatuaren tasa esanguratsuki jaitsi da gizonzkoetan, urteko % 3,3 adina. Emakumezkoetan, berriz, ia batere aldaketarik gabe dirau.

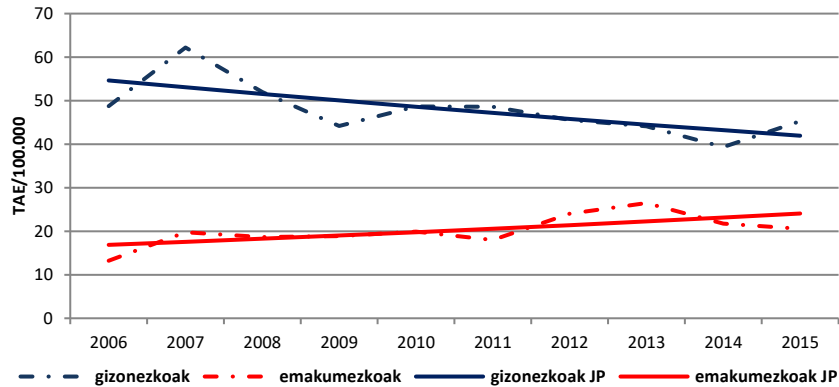
8.2 grafikoa. Tumore gaiztoen heriotza-tasa estandarizatuak. Gipuzkoa 2006-2017



Biriketako minbizia, 65 urtez azpikoetan

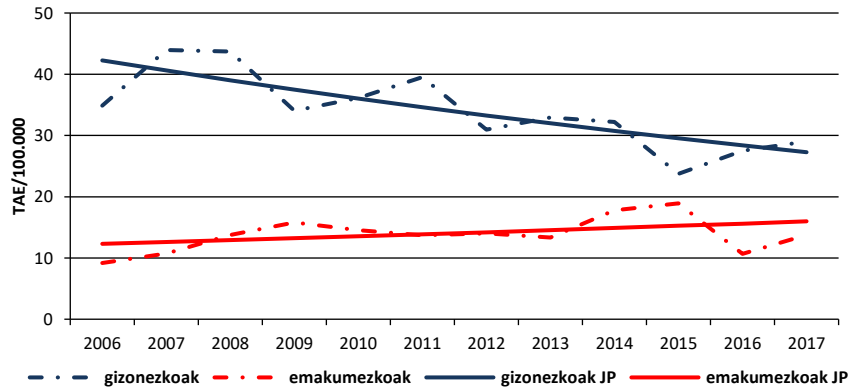
Biriketako minbiziaren intzidentzia urteko % 2,9 adina jaisten ari da 65 urtez azpiko gizonezkoetan. Emakumezkoetan, aldiz, kontrakoa da joera, urteko % 4 igota (estatistikoki esanguratsua).

8.3 grafikoa. Biriketako minbiziaren intzidentzia-tasa estandarizatua.Gipuzkoa 2006-2015



Kausa horrek eragindako heriotza-tasaren bilakaerak beheranzko joera esanguratsua erakusten du gizonezkoetan, urteko % 3,9 adinakoa. Emakumezkoetan, aldiz, goranzkoa da hilortasunaren joera (ez-esanguratsua).

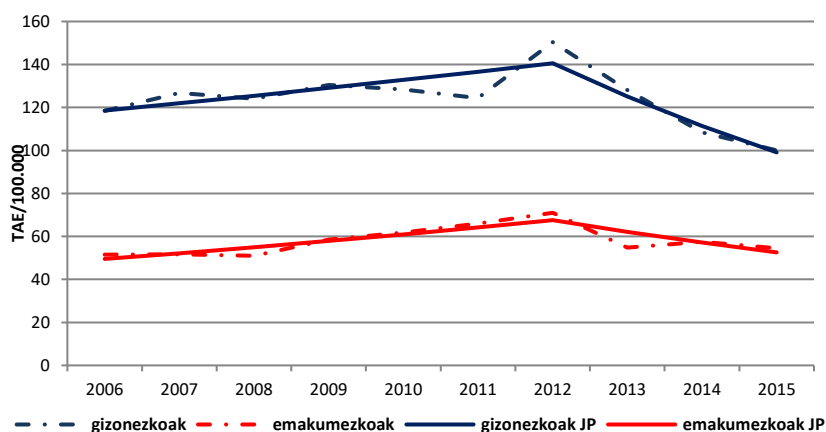
8.4 grafikoa. Biriketako minbiziaren heriotza-tasa estandarizatua. Gipuzkoa 2006-2017



Kolon-ondesteko minbizia (KOM)

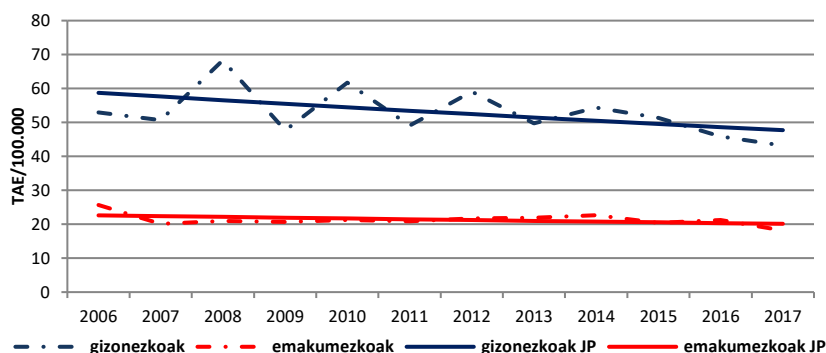
Bai gizonezko eta bai emakumezkoetan, aldaketa egon da KOM minbiziaren intzidentzia-tasen joeran; 2006-2012 aldian joera ona izatetik, joera txarra izatera 2012az geroztik. Gizonezkoetan, urteko % 11,2 jaisten da intzidentzia, eta emakumezkoetan, gutxiago, urteko % 8,6 (biak estatistikoki esanguratsuak).

8.5 grafikoa. KOMen intzidentzia-tasa estandarizatua. Gipuzkoa 2006-2015



Hilkortasun-tasen bilakaerak joera txarra erakusten du (ez-esanguratsua) gizonetako nahiz emakumetzkoetan.

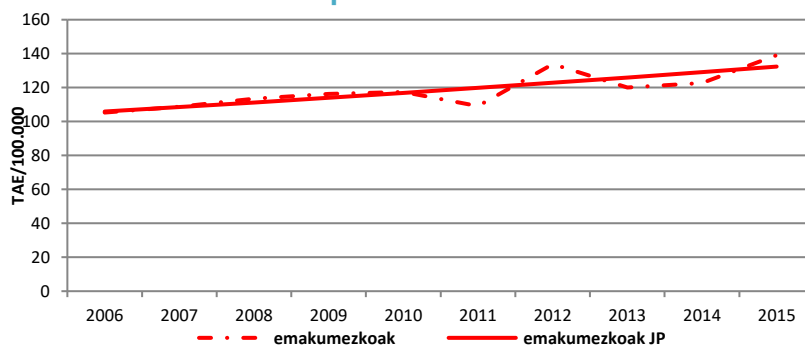
8.6 grafikoa. KOMen heriotza-tasa estandarizatua. Gipuzkoa 2006-2017



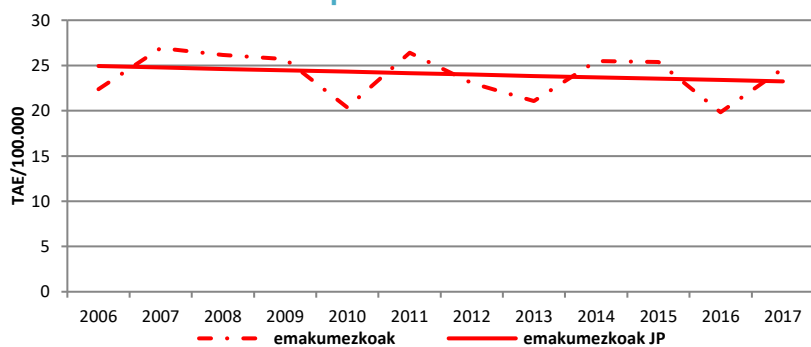
Bularretako minbizia emakumetzkoetan

Emakumeetako bularreko minbiziaren intzidentzia- eta hilkortasun-tasen bilakaera aztertzean, intzidentziak gora egin duela ikusten da, urteko % 2,5 adina; hilkortasuna, aldiz, egonkor egon da azterturiko denboraldian (2006-2017).

8.7 grafikoa. Bularreko minbiziaren intzidentzia-tasa estandarizatua. Gipuzkoa 2006-2015



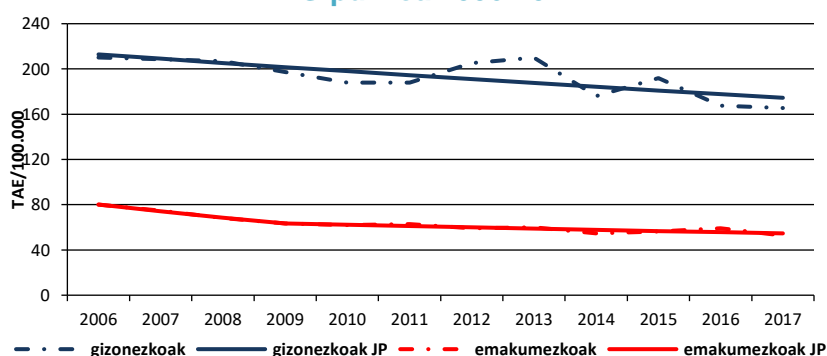
8.8 grafikoa. Bularreko minbiziaren heriotza-tasa estandarizatuak. Gipuzkoa 2006-2017



Kardiopatia iskemikoak (KI) eragindako morbiditatea eta hilkortasuna

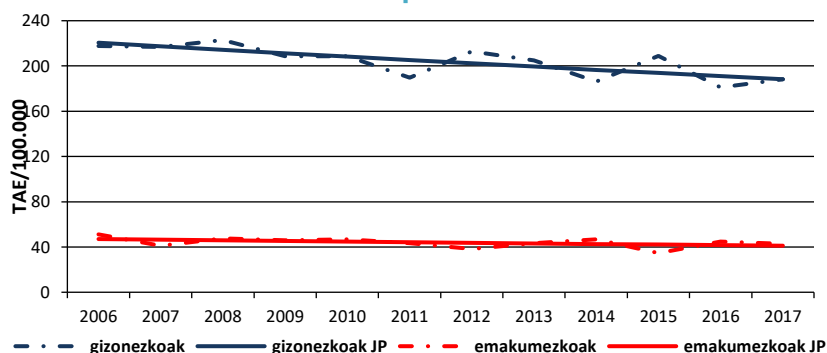
Kardiopatia iskemiko akutuarien mobilitatea: (GNS-9: 410, 411, 413; GNS-10: I20, I21, I22, I24). Orokorra eta goiztiarra (25-74 urte). Ospitaleratze-tasa kalkulatzeko, lehenengo diagnostikoan kode horietakoren bat izan dutenen altak sartu dira, ospitaleratzea ekarri badute (egun bat edo gehiagoko egonaldia edota egonaldi-egunik ez baina alta ematean hilda egotea) eta alta ez bada beste ospitale batera joategatik eman.

8.9 grafikoa. KI akuatuak eragindako ospitaleko morbiditatearen bilakaera. Gipuzkoa 2006-2017



Gizonezkoen tasa urteko % 1,8 jaitsi da, batez beste. Emakumezkoen tasaren portaeran bi aldi bereizten dira: 2006-2009 bitartekoa, urteko % 7,5 jaitsita, batez beste, eta 2009-2017 bitartekoa, urteko % 1,8 jaitsita, batez beste.

8.10 grafikoa. KI akuatuak eragindako ospitaleko morbiditate goiztiarraren bilakaera. Gipuzkoa 2006-2017

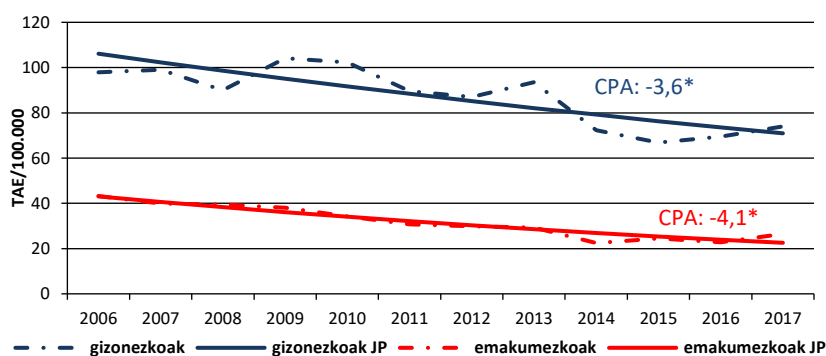


25-74 urteko taldean, batez beste, urteko % 1,4 jaisten da tasa (esanguratsua); emakumezkoetan, berriz, egonkor dirau azterturiko aldian.

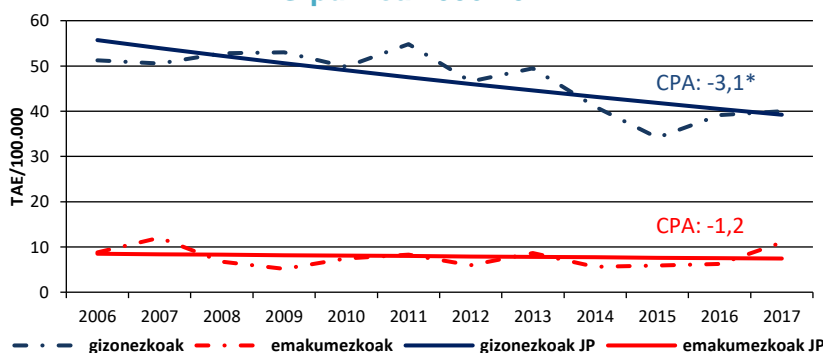
Kardiopatia iskemikoak eragindako hilkortasuna. Osoa eta goiztiarra (25-74 urte)

Hilkortasun orokorrak beheranzko joera erakusten du bi sexuetan (urteko % 3,6 gizonezkoetan, eta urteko % 5,7 emakumezkoetan). Hilkortasun goiztiarra jaitsi egiten da gizonezkoetan; emakumezkoetan, berriz, jaitsiera ez da esanguratsua.

8.11 grafikoa. Kik eragindako hilkortasunaren bilakaera. Gipuzkoa 2006-2017



8.12 grafikoa. Kik eragindako hilkortasun goiztiarraren bilakaera. Gipuzkoa 2006-2017



Trastorno mentalek eta portaera-trastornoek eragindako morbiditatea eta hilkortasuna (GNS 10: F00-F99)

Ospitaleko morbiditatea (DGOB-AE 2016-2017)

Baldintza hauek betetzen zituzten Gipuzkoako egoiliarren ospitaleko altak aukeratu dira: EAEko ospitaleren baten ospitaleratutakoak 2016-2017 denboraldian, F taldeko koderen bateko diagnostikoa zutenak. Ospitaleratuen altatzat jotzen dira egun bat edo gehiagoan egon direnak edota egun bakar bat ere egon gabe, alta ematean hilda zeudenak edo euren borondatez eskatu zutenak.

Aztertu diren bi urte horietan, ospitaleratuen 2.789 alta erregistratu ziren, eta horietako 1.299 (% 46,6) emakumezkoenak ziren (8.1 taula). Ospitalera joateko maiztasunaren tasa gordina, adinaren arabera doitutakoa, esaterako, txikiagoa da emakumezkoetan.

Gauza bera gertatzen da diagnostiko-talde hauetan ere: a) trastorno mental organikoak, b) trastorno mental eta portaera-trastornoak, substantzia psikoatiboen erabilerak sortuak, eta c) eskizofrenia, trastorno eskizotipikoak eta delirio-trastornoak. Tasa handiagoa da, emakumezkoetan, talde hauetan: d) umorearen trastornoak (afektiboak), e) trastorno neurotikoak, estresari lotuak eta trastorno somatoformeak, eta f) portaeraren sindromeak, nahaste fisiologiko eta faktore fisikoei lotuak. Ez da desberdintasunik ikusten talde hauen tasetan: g) helduen nortasun- eta portaera-trastornoak eta h) emozioen eta portaeraren trastornoak, normalean haurtzaroan eta nerabezeroan hasten direnak. Gizonezkoen arteko tasarik handienak c taldean ikusten dira, eta, emakumezkoetan, d taldean.

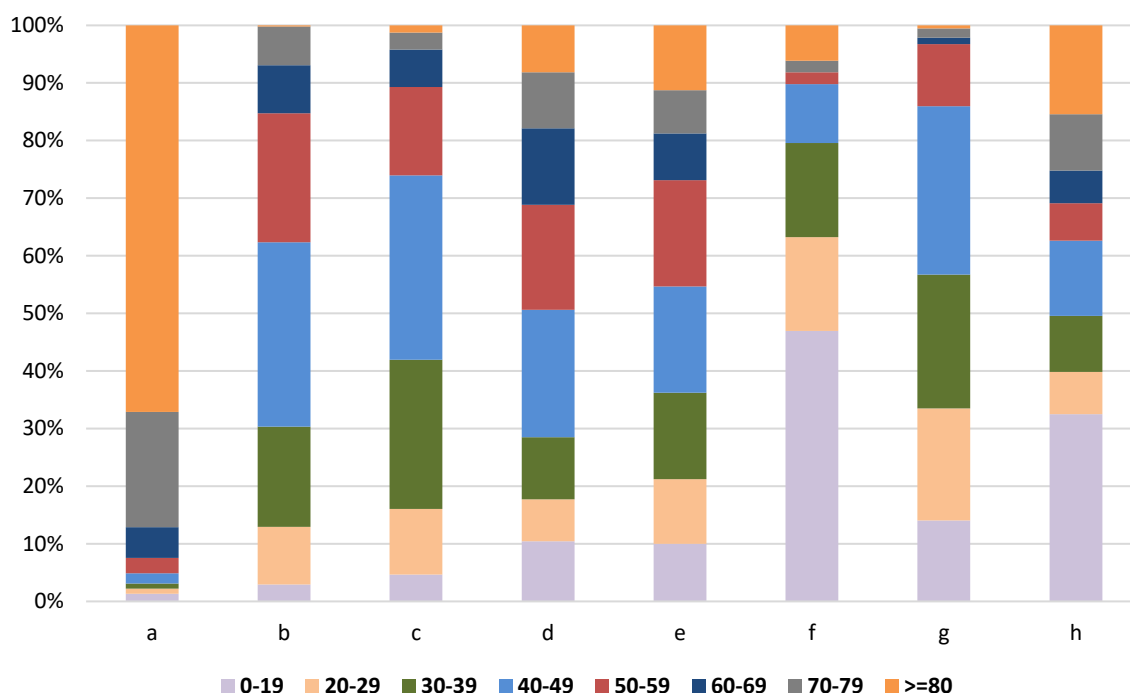
8.1 taula. Ospitaleratzeen altak, sexuaren eta diagnostiko-taldearen arabera. Gipuzkoa 2016-2017

	Gizonezkoak			Emakumezkoak			Guztira		
	N	TG	TD (KT%95)	N	TG	TD (KT%95)	N	TG	TD (KT%95)
A taldea	117	16,8	18,6 (15,1-22,1)	108	14,9	10,3 (8,3-12,3)	225	15,8	13,3 (11,5-15,0)
B taldea	340	48,8	47,3 (42,2-52,4)	138	19	18,8 (15,6-22,0)	478	33,6	33,0 (30,0-35,9)
C taldea	508	73	71,2 (64,9-77,5)	307	42,2	41,8 (37,1-46,5)	815	57,3	56,8 (52,8-60,8)
D taldea	214	30,7	30,4 (26,3-34,6)	351	48,3	47,3 (42,3-52,4)	565	39,7	38,7 (35,3-41,9)
E taldea	124	17,8	17,7 (14,6-20,9)	196	27	26,3 (22,5-30,1)	320	22,5	22,2 (19,7-24,6)
F taldea	4	0,6	0,6 (0,0-1,2)	45	6,2	7,3 (5,1-9,5)	49	3,4	3,8 (2,8-4,9)
G taldea	93	13,4	13,6 (10,8-16,4)	92	12,7	13,8 (10,9-16,6)	185	13	13,6 (11,6-15,6)
H taldea	69	9,9	10,2 (7,8-12,7)	54	7,4	7,4 (5,4-9,5)	123	8,6	8,9 (7,3-10,4)
Beste batzuk	8	1,1	--	21	2,9	--	29	2	--
Guztira	1490	214,1	212,8 (201,8-223,8)	1299	178,6	174 (164,3-183,7)	2789	195,9	192,3 (185,1-199,6)

N: alta-kopurua; TG: tasa gordina; TD: Europako 2013ko biztanleria estandarrera doituriko tasa.

8.13 grafikoan erakusten da nola banatzen diren altak, adianaren arabera, diagnostiko-talde desberdinetan.

8.13 grafikoa. Adianaren araberako ospitaleratzedun altak, diagnostiko-taldeka.



Trastorno organikoen diagnostiko-taldean, ohikoenak bi sexuetan, demenzia (%44) eta, alkoholak edota beste substantzia psikoaktiboren batek eragina ez denean, delirioa (% 36) dira.

Substantzia piskoaktiboen erabilerak eragindako trastorno mental eta portaera-trastorno ohikoenak, gizonezko nahiz emakumezkoetan, alkohola hartzearekin lotzen dira (% 55 eta % 66, hurrenez hurren). Gizonezkoen artean, bigarren lekua hartzen dute kannabinoideen erabilerak eragindako trastornoek (% 13), eta emakumezkoen artean, berriz, estimulatzaileen erabilerak eragindakoek (% 11).

Eskizofrenia da C taldeko diagnostikorik ohikoena (% 63 gizonezkoetan eta % 39 emakumezkoetan); bigarren lekuan, trastorno eskizoafektiboak, emakumezkoetan (% 23), eta jatorri organikorik ez duten psikosia zehaztugabeak, gizonezkoetan (% 12).

Umorearen trastornoen artean, afektibitate-trastorno bipolarra (taldeko alden % 34) eta depresio-gertakaria (% 33) dira nagusi. Estres-erreakzio larriaren diagnostikoa eta egokitzapen-nahasmenduena dira, % 47 altarekin, E taldeko ohikoenak (nahasmendu neurotikoa, estresari loturiko nahasmenduak eta nahasmendu somatoformeak)

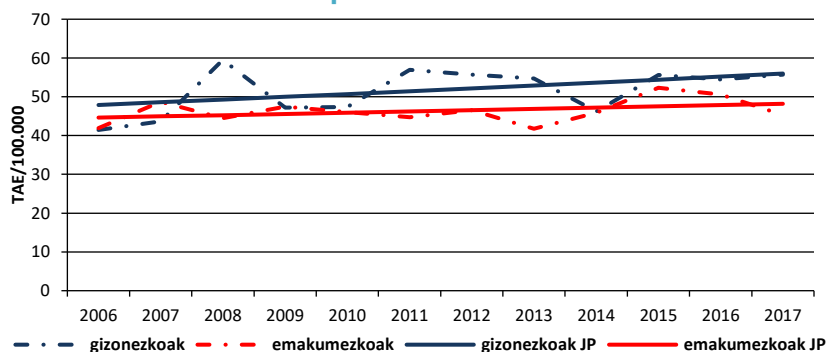
F taldeko (alterazio fisiologiko eta faktore fisikoi loturiko portaera-sindromeak) alden % 90ek anorexia nerbiosoa diagnostikoa dauka.

Trastorno mentalen ondoriozko hilkortasuna

Trastorno mentalek eragindako heriotza-tasak goranzko joera erakusten du, azterturiko denboraldian (2006-2017), emakumezko nahiz gizonezkoetan (0,7 eta 1,4ko urteko

aldaketa portzentaia, UAP, hurrenez hurren); baina joera hori ez da estatistikoki esanguratsua kasu bakar baten ere.

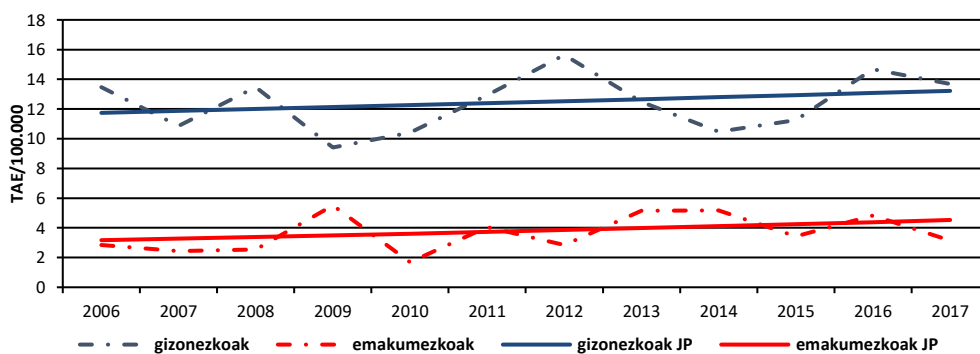
8.14 grafikoa. Hilkortasun-tasa estandarizatu, trastorno mentaletan. Gipuzkoa 2006-2017



Suizidioa

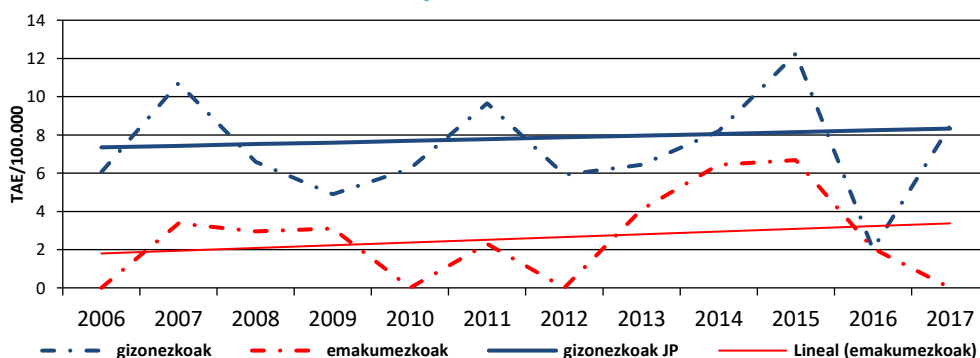
Suizidio-tasak goranzko joera erakusten du azterturiko denboraldian (2006-2017), emakumezko nahiz gizonekoetan; baina joera hori ez da estatistikoki esanguratsua kasu bakar baten ere.

8.15 grafikoa. Hilkortasun-tasa estandarizatu, suizidioan. Gipuzkoa 2006-2017



Joera bera ikusten da suizidio-tasan, 15-29 urteko taldean ere.

8.16 grafikoa. Hilkortasun-tasa estandarizatu, 15-29 urte artekoen suizidioan. Gipuzkoa 2006-2017



9.- Osasun-planaren egoera

Urteroko ebaluazioa Autonomia Erkidego mailan egin ohi da, baina, lehenengo aldiz, Gipuzkoarako Osasun Planeko adierazleen egoera aztertu da, hura definitu (planteatu) eta bost urtera. EAEko ebaluazioan bezalaxe, abiapuntuko egoera eta egungoa bateratu egin dira hasierako (2013) eta gaur egungo informazioarekin, bat etortzeko ebaluaturiko denboraldiarekin:

- Minbiziaren erregistroa: hasierako egoera (2010), eguneratzea (2015)
 - Hilkortasunaren erregistroa eta DGOB: hasierako egoera (2011), eguneratzea (2017)
 - ABGak, IMS eta Jaioberrien baheketaren erregistroa: hasierako egoera (2012)
- Hala ere, tasa estandarizatuak 2013ko Europako biztanleriarekin doitu dira, eguneratuagoa eta Gipuzkoako egungo biztanleriaren antzekoagoa izateagatik.

Adierazle kopurua	(%)	Joera
15	45,5	Helburua lortuta
5	15,1	Hobekuntza, oinarrizko egoerarekin konparatuta, baina egungo joera ikusita, ez dirudi 2020ko helburua lortuko denik
13	39,4	Okerragotu, oinarrizko egoerarekin konparatuta

Zb	Adierazlea	Hasierako egoera	Eguneratzea 2018	2020ko Helburua	Iturria
22	Argitalpen indexatuak BioDonostia	240(2010)	435(2017)	↑40%	BioDonostia
22bis	Argitalpen indexatuak Epidemiologia eta Osasun Publikoaren arloa	67(2010)	116(2017)	↑40%	BioDonostia
32	Minbiziaren intzidentzia, 65 urtetik beherako gizonetan (tasa/100.000)	340,74	279,08	↓ 10%	Minbizi erregistroa
32b	Minbiziaren intzidentzia, 65 urtetik beherako emakumeetan (tasa/100.000)	261,52	291,92	↓ 10%	Minbizi erregistroa
33	65 urtetik beherako gizonengan minbiziak eragindako heriotza-tasa (tasa/100.000)	116,0	89,4	↓ 10%	Hilkortasun erregistroa
33bis	65 urtetik beherako emakumeengan minbiziak eragindako heriotza-tasa (tasa/100.000)	61,0	60,4	↓ 10%	Hilkortasun erregistroa
34	Birikietako minbiziaren intzidentzia-tasa, 65 urtetik beherako gizonetan (tasa/100.000)	48,65	45,29	↓ 10%	Minbizi erregistroa
34bis	Birikietako minbiziaren intzidentzia-tasa, 65 urtetik beherako emakumeetan (tasa/100.000)	19,9	20,55	Goranzko joera etetea	Minbizi erregistroa
35	65 urtetik beherako gizonengan biriketako minbiziak eragindako heriotza-tasa (tasa/100.000)	39,5	29,0	↓ 10%	Hilkortasun erregistroa
35bis	65 urtetik beherako emakumeengan biriketako minbiziak eragindako heriotza-tasa (tasa/100.000)	13,7	13,7	Goranzko joera etetea	Hilkortasun erregistroa

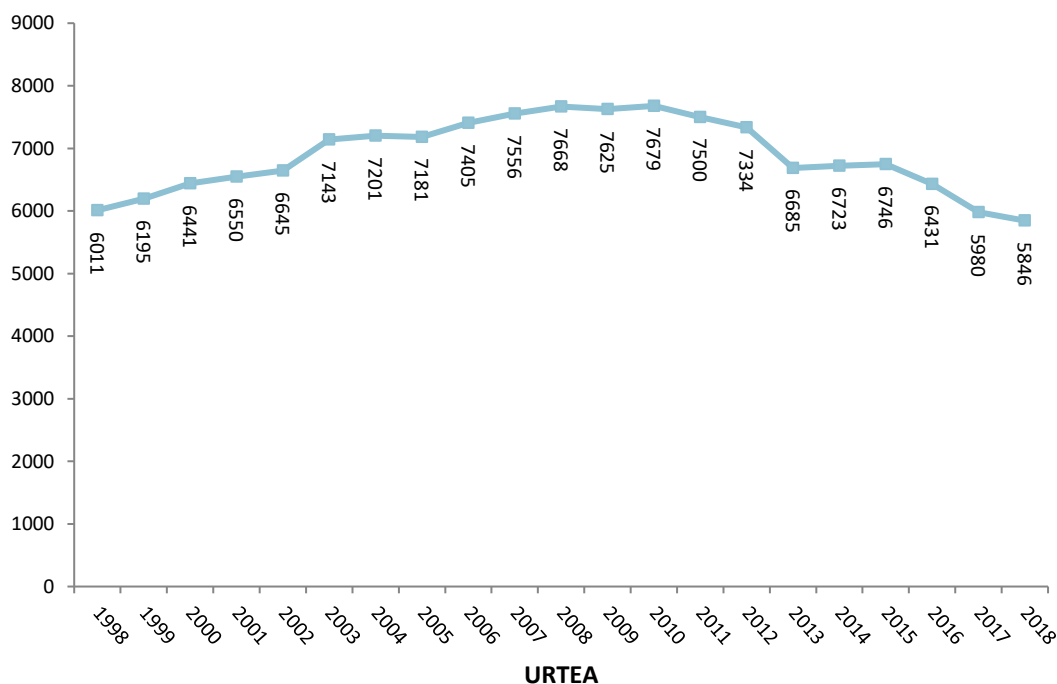
Zb	Adierazlea	Hasierako egoera	Eguneratzea 2018	2020ko Helburua	Iturria
36	Kolon, ondeste eta uzkiko minbiziaren intzidentzia gizonetan (tasa/100.000)	128,4	100,04	↓ 10%	Minbizi erregistroa
36bis	Kolon, ondeste eta uzkiko minbiziaren intzidentzia emakumeetan (tasa/100.000)	61,79	54,5	↓ 10%	Minbizi erregistroa
37	Kolon, ondeste eta uzkiko minbiziak gizonengan eragindako heriotza-tasa (tasa/100.000)	49,1	43,2	↓ 10%	Hilkortasun erregistroa
37bis	Kolon, ondeste eta uzkiko minbiziak emakumeengan eragindako heriotza-tasa (tasa/100.000)	20,8	18,2	↓ 5%	Hilkortasun erregistroa
39	Bularreko minbiziaren intzidentzia (tasa/100.000)	117,31	139,07	↓ 5%	Minbizi erregistroa
40	Bularreko minbiziak eragindako heriotza-tasa (tasa/100.000)	26,4	24,6	↓ 10%	Minbizi erregistroa
43	MIAk gizonengan eragindako heriotza goiztiarra (25-74 urte) (tasa/100.000)	54,8	40,0	↓ 10%	Hilkortasun erregistroa
43bis	MIAk emakumeengan eragindako heriotza goiztiarra (25-74 urte) (tasa/100.000)	8,3	8,0	Tasa egonkortzea	Hilkortasun erregistroa
49	Diabetes mellitusak gizonengan eragindako heriotza goiztiarra (25-74 urte) (tasa/100.000)	13,6	6,0	↓ 10%	Hilkortasun erregistroa
49bis	Diabetes mellitusak emakumeengan eragindako heriotza goiztiarra (25-74 urte) (tasa/100.000)	2,3	3,2	↓ 10%	Hilkortasun erregistroa
55	Gaixotasun mentalek gizonengan eragindako heriotza-tasa (100.000ko)	56,9	55,7	↓ 10%	Hilkortasun erregistroa
55bis	Gaixotasun mentalek emakumeengan eragindako heriotza-tasa (100.000ko)	44,7	45,3	↓ 10%	Hilkortasun erregistroa
57	Suizidioaren ondoriozko heriotza-tasa, gizonetan (100.000ko)	12,9	13,7	↓ 10%	Hilkortasun erregistroa
57bis	Suizidioaren ondoriozko heriotza-tasa, gizonetan (100.000ko)	4,1	3,2	↓ 5%	Hilkortasun erregistroa
61	Aitortutako sifilis kasuak, gizonetan	7	42	↓ 30%	IMSEAE
61bis	Aitortutako sifilis kasuak, emakumeetan	1	1	↓ 30%	IMSEAE
62	Aitortutako gonokozi kasuak, gizonetan	59	177	↓ 30%	IMSEAE
62bis	Aitortutako gonokozi kasuak, emakumeetan	11	42	↓ 30%	IMSEAE
74	Jaiotza-pisu eskasa duten haurrak (%)	6,6	6,5	↓ 20%	Jaioberrien bahetze-programa
83	Istripuek eragindako heriotza-tasa mutiletan (15-29 urte), (tasa/100.000)	4,2	4,3	↓ 20%	Hilkortasun erregistroa

Zb	Adierazlea	Hasierako egoera	Eguneratzea 2018	2020ko Helburua	Iturria
83bis	Istripuek eragindako heriotza-tasa nesketan (15-29 urte), (tasa/100.000)	0,0	4,1	↓ 10%	Hilkortasun erregistroa
84	Suizidioaren ondoriozko heriotza-tasa, mutiletan (15-29 urte), (tasa/100.000)	9,7	8,5	↓ 20%	Hilkortasun erregistroa
84bis	Suizidioaren ondoriozko heriotza-tasa, nesketan (15-29 urte), (tasa/100.000)	2,3	0,0	↓ 20%	Hilkortasun erregistroa

10.- Gipuzkoako jaiotzak

Hemen aurkezten diren datuak Jaioberrien Baheketa Programatik jaso dira. Gipuzkoan izan diren jaiotza guztiak sartzen dira, zein lekutan jaio diren (ospitale publiko, pribatu edo etxe) eta ama zein lurraldetan bizi den begiratu gabe.

10.1 grafikoa. Gipuzkoako jaiotza-kopuruaren bilakaera. 1998-2018



2018an, 5.846 haur jaio dira Gipuzkoan (8.1 grafikoa). Jaiotza-kopurua jaisten ari da oraindik ere, % 2,2, hain zuzen, 2017arekin alderatuta. 1995az geroztik izan den zifrarik txikiena da. Jaiotako % 48,7 neskatua da. Horien % 93,2 Gipuzkoan bizi da, % 5,3 Bizkaian, eta % 0,3, Araban. Gainerakoak, gure Erkidegotik kanpo.

Gipuzkoan jaiotako guztien artetik, erditzeen % 96,2 haur bakarrekoa izan zen, eta % 3,8, bikia.

10.1 taula. Jaiotzeen ehuneko banaketa, amaren adinaren arabera. Gipuzkoa 2009-2018.

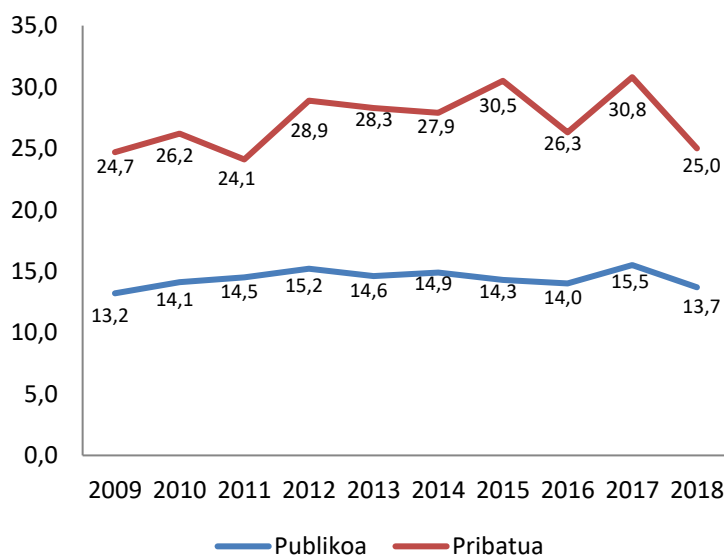
Amaren adina	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
< 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	0,8	0,4	0,9	0,9	0,9
20-24	4,2	3,8	3,9	3,5	4	3,7	1,9	4,1	3,6	4,7
25-29	15,8	15,3	15,1	14,2	14,9	20,7	7,3	14,3	14,0	13,7
30-34	44,8	43,9	41,8	40,7	40,1	46,5	46,5	38,8	38,3	38,2
35-39	29,1	30,8	32	34	32,9	24,8	24,8	33,1	34,0	32,8
> 39	5,1	5,3	6,4	6,7	7,2	3,5	3,5	8,7	9,1	9,7

Gero eta gehiago dira haurrak 40 urtetik gora izaten dituzten amak. 2018an ama izan diren emakumeen % 42,5k 34 urte baino gehiago zituen. Atzerriko jatorria duten emakumeen artetik, % 30,1 zen 34 urte baino gehiagokoa; 20tik 29ra urte bitartekoen ehunekoa handiagoa zen.

Nazionalitateari begira, amen % 25,4 atzerritarra zen. Hauek dira emakume horien jatorriko herrialdeak, maiztasunaren arabera: Maroko, Errumania, Honduras, Nikaragua, Pakistan, Aljeria, Nigeria, Kolonbia, Ekuador eta Brasil.

Oraindik ere desberdintasun esanguratsua dago zesareen ehunekotan, zentro publiko eta pribatuen artean. zesareen ehunekoa handiagoa da zentro pribatuetan. 2018an, esanguratsuki jaitsi da zesareen proportzioa zentro publiko nahiz pribatuetan.

10.2 grafikoa. Abdomenetik bizirik jaiotako ehunekoa, zentro-motaren arabera. Gipuzkoa 2009-2018.



Jaioberriaren elikadura-mota ospitaleko alta hartutakoan jasotzen da. Amagandiko edoskitzearen ehunekoa egonkor dago denboran zehar, alde handirik gabe.

10.2 taula. Gipuzkoan jaiotako bularreko umeen elikadura-motaren banaketa ehunekotan, 2009-2018

Edoskitze-mota	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Amagandikoa	65,1	68,5	72,3	74,2	71,7	71,8	75,3	72,3	71,9	72,3
Artifiziala	16,2	16,4	16,3	14,8	14,5	14,4	12,2	12,8	12,8	12,0
Mistoa	13,3	14,4	10,8	9,5	12,1	12,7	11,3	13,7	14,0	14,5
EE	4,9	0	0,3	1,1	1,3	0	0,5	0,4	0,7	0,7
Beste batzuk	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,8	0,7	0,6	0,3

Jaiotzako pisu eskaseko jaioberri (JPEJ) esaten zaio, jaiotzean 2.500 g baino gutxiago pisatzen duenari, eta jaiotzako pisu oso eskaseko jaioberri (JPOEJ), jaiotzean 1.500 g baino gutxiago pisatzen duenari.

Gipuzkoako jaioberrien batez besteko pisua egonkor dago urteetan zehar, eta normala baino pisu txikiagoko jaiotzen kopurua ere bai.

10.3 taula. Jaiotzako pisu eskaseko eta pisu oso eskaseko jaioberrien ehunekoa. Gipuzkoa. 2009-2018

Urtea	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
JPEJ	6,7	6,7	6,6	6,6	7	7,3	7	6,8	7,1	6,3
JPOEJ	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	1	0,9

11.- Ikerlanak eta proiektuak

IKERKETA-EGITURAK, NON PARTE HARTZEN DUGUN

.- CIBERESP. Carlos III.a Osasun Institutuko Epidemiologiaren eta Osasun Publikoren Ikerketa Biomedikoaren Kontsortzioa.

P1. Epidemiologia eta gaixotasun kronikoen kontrola

P5. Epidemiologia eta ingurumen- eta lan-osasunaren prebentzioa.

.- BIODONOSTIA Ikerketa Sanitarioaren Institutua.

Epidemiologiako eta Osasun Publikoko Alorra.

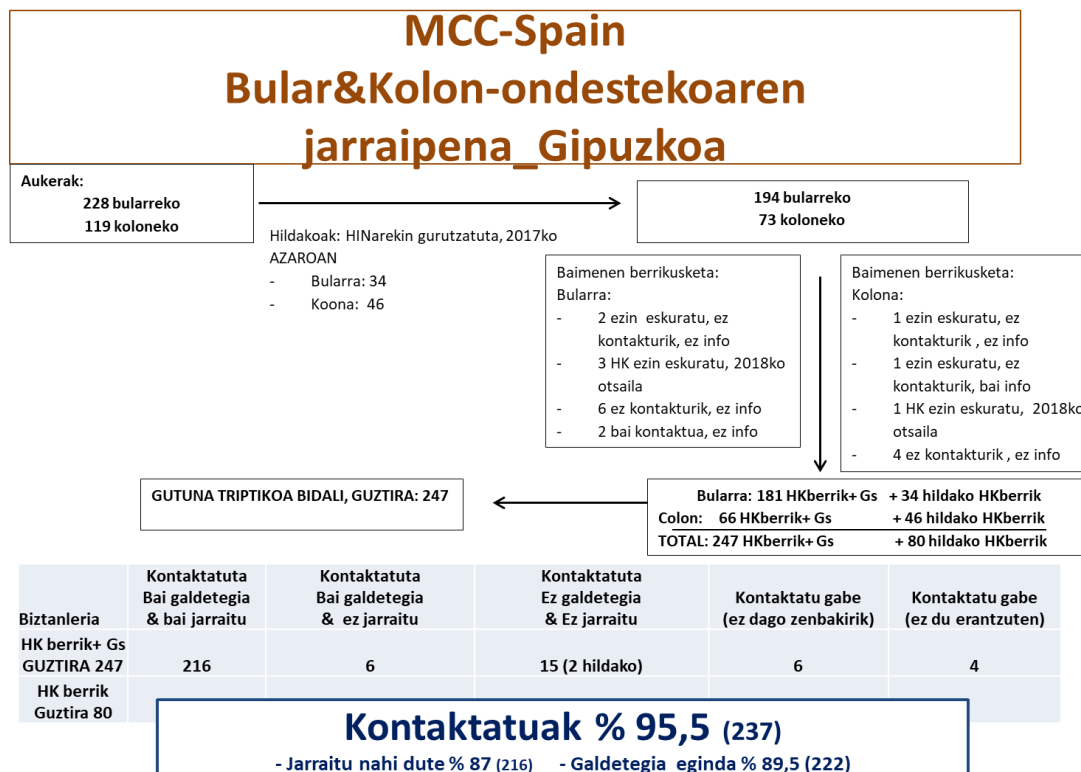
Gaixotasun Transmigarrien eta Kronikoen Epidemiologia-taldea

MINBIZIAREN KASU-KONTROL ANITZEKO IKERLANA, MCC-SPAIN

MCC-Spain, **biztanleria-mailako kasu-kontrol anitzeko ikerlana**, 2008an abiatu zen CIBERESPeko 7 taldek bultzatuta. 11 autonomia erkidegok hartzen dute parte (Katalunia, Madril, Asturias, Nafarroa, Euskadi, Murtzia, Kantabria, Andaluzia, Valentzia, eta Gaztela eta Leon), <http://www.mccspain.org/>. EAEko MCCk Gipuzkoa du ardatz.

Tumore hauek aztertu dira: **kolon-ondesteko minbizia, bularreko minbizia, urdaileko eta prostatako minbizia eta linfa-leuzemia kronikoa (LLK)**. Elkarrizketa pertsonalizatuaren bidez jaso da esposizioari buruzko informazioa kasuen (ospitalea) eta kontrolen (biztanleria) artean, galdetegi estandarizatu batekin, eta odol- eta ile-lagin biologikoak hartuta.

Ikerlana, guztira, 10.065 lagunek osatzen dute: 6.067 kasu eta 3.998 kontrol. Gipuzkoak 362 kontrolekin eta bular eta koloneko minbizidun 347 kasurekin hartu du parte. 2018an amaitu da kasu parte-hartzaileen jarraipena (telefono bidezko kontaktua eta erregistroen gurutzatzeak), hots, biziraupenaren berri eta koloneko eta bularreko diagnostikoaren errezidibaren berri jakiteko egindakoa. 82 heriotza identifikatu dira eta bizi diren kasuen % 95,5ekin jarri gara harremanetan.



MCC-Spain taldearen urteko bielara zientifikoa, 2018an, Huelvako nodoan egin zen, non aurkeztu ziren Gipuzkoako nodoan egindako azken dieta-analisiak, dieta atiinflamatorioaren score-a (DII) eta koloneko eta bularreko minbizia izateko arriskuari buruzkoak, bai eta elikagai ultraprozesatu (NOVA classification) eta minbiziari buruzko aurreikerlana. <http://www.mccspain.org/conferencias-y-publicaciones/>

EUROPA MAILAKO IKERLAN PROSPEKTIBOA, DIETARI, MINBIZIARI ETA OSASUNARI BURUZKOA.

EPIC ikerlana (European Prospective Investigation into Cancer) sortu zen, batetik, epidemiologia laborategiko ikerketekin integratzeko, faktore genetiko eta metabolikoekin, eta, bestetik, nutrizioaren eta minbiziaren ezagutza zientifikoan sakontzeko.

EPIC proiektua kohorte-azterlan gisa diseinatu zen, zentro anitzekoa, eta 1992an abiatu zen Europako 10 herrialdetan. Espainian bost geografia-eremutan egiten da: Asturias, Granada, Gipuzkoa, Murtzia eta Nafarroa. Kohorte europarra 450.000 boluntariok osatzen dute; 8.400 dira, guztira, EPIC-Gipuzkoan <http://epic.iarc.fr/centers/spain.php>

2018ko apirilean amaitu zen EPIC-Gipuzkoa kohortearekin berriz kontaktatzeko landalana proiektu hauetan: 1) Bisfenol-Aren (BPA) eraginpean egoteak osasunena duen eragina, minbizi hormona-menpekoa (prostata eta bularra) eta gaixotasun koronario

iskemikoa (GKI) garatzeko arriskuarekin, eta 2) Kronodieta, erloju zirkadianoa erregulatzen duten geneen polimorfismoak, pisu-aldaketa eta obesitatea.

Dieta ebaluatzeko, dieta-historia bidez egin da, eta 75 urtez azpiko partaideetan bakarrik. Pate-hartzearen batez besteko erantzuna % 60koa izan da.

Birkontaktatzeko jardueraren laburpena. 2018an amaitua

	COF		% cobertura	ENFERMERÍA		% cobertura	HD		% cobertura
BISFENOL	Contactados/as	664		Completada	321	96,1%	Completada	218	67,9%
	Completadas	334	50,3%	No quiere o no acude	6		Rehúsan/no pueden	1	
				Pendiente activos			Pendiente	0	
				Pendiente centros no activos	7		> 75 años	102	
CRONODIETA	Contactados/as	705		Completada	472	95,5%	Completada	464	98,3%
	Completadas	494	70,1%	No quiere o no acude	8		Rehúsan/no pueden	8	
				Pendiente activos					
				Pendiente centros no activos	14		Pendiente	0	
TOTAL	Contactados/as	1369		Completada	793	95,8%	Completada	682	86,0%
	Completadas	828	60,5%	No quiere o no acude	14		Rehúsan/no pueden	9	
				Pendiente activos	0		Pendiente	0	
				Pendiente centros no activos	21		> 75 años	102	

2018an, BPAREN eraginpean egotearen aurre-emaitzak aurkeztu dira. Gipuzkoako azpi-kohorteak erakutsi ditu EPIC-Españaiko kohorteetako baliorik txikiak.

COHORTES EPIC: Gipuzkoa, Granada, Murcia, Navarra. Congreso SEE 2018

Prevalencia de exposición a Bisphenol-A (1992-1995) en la cohorte EPIC-España

N	<LOD	GM	IC (95%)
3553	30%	1,2 ng/ml	1,13-2,27

- El 70% de la subcohorte presentó valores detectables de BPA en sangre.
- Se observaron diferencias significativas según la provincia: los más altos en Granada (1,90 ng/dl) y los más bajos en Gipuzkoa (0,68 ng/dl).
- Sexo: Niveles superiores en los hombres (1,29 vs 1,13 ng/dl; p=0,02).
- Edad: forma de V invertida, con valores más bajos en los <45 años y un gradiente descendente en el resto.

Exposición a Bisphenol-A en la cohorte EPIC-España (1992-1995) y su asociación con enfermedad coronaria isquémica

	N	Edad	GM	IC (95%)
caso	1107	54	1,25 ng/ml	1,12-1,40
control	3675	53	1,2 ng/ml	1,13-1,27

18% más riesgo (p=0,13) en el primer tercil de padecer ECI, 34% más riesgo (p=0,01) en el segundo tercil de padecer ECI. 7% (p=0,56) en el tercer tercil de padecer ECI

Estos resultados sugieren una asociación NO lineal entre la exposición a BPA y la ECI. Es necesario estudiar MÁS esta relación.

Beste lan-ildo batzuk eratu dira gaixotasun kardiobaskularrak, diabetesa eta gaixotasun neurologikoak aztertzeko. Azido uriko eta beste metabolito plasmatico batzuen mailak eta Parkinsonen gaixotasuna garatzeko arriskua, Gipuzkoako, Nafarroako eta Murtziako kohorteetan, Nutrizioa eta Minbiziari buruzko Europa mailako ikerlan prospektiboan EPIC izeneko proiektua, EPIC-Gipuzkoa taldea buru dela.

Minbiziarekin zerikusia duten nazioarteko beste proiektu batzuk

EUROCARE: Europa mailako lankidetzaproiektu bat da, Europako herrialdeetan minbiziaren inguruan dauden joerak eta biziraupen-desberdintasunak ikertzen dituena. Europako biztanleria-mailako minbizi-erregistro asko daude bertan.

RARECARE: European minbizi arraroei egoz dakizkieken gaixotasunen karga estimatzen du. Halaber, "minbizi arraroaren" definizio erabilgarri bat ere ematen du, eta

definizio hori betetzen duten minbizien zerrenda ere bai. Proiektuak gaixotasun-kargaren adierazleak ere ematen ditu (intzidentzia, biziraupena, prebalentzia eta hilkortasuna), biztanleriaren minbizi-erregistroetan oinarrituta.

CONCORD: Lankidetzeta-proiektu bat da, mundu guztiko herrialdeetan izandako minbiziaren ondorengo biziraupena aztertzen duena.

CIVC: Cancer Incidence in Five Continents. Biztanleriaren minbizi-erregistroak dauzkaten herrialdeetako minbizi-intzidentzia aztertzen du.

ACCIS: The Automated Childhood Cancer Information System. Helburu nagusia da Europako haur eta nerabeen arteko minbizi-intzidentzia eta biziraupena aztertea.

INMA PROIEKTUA, HAURTZAROA ETA INGURUMENA

INMA proiektuaren helburua informazioa eta ezagutza eskuratzea da, ulertu nahi delako zein mekanismo kausal dagoen ingurumeneko kutsaduraren eta haurren garapen fisiko eta neurokonduktualaren artean <http://www.proyectoinma.org/>.

2006an, ama-umeen INMA kohortea erreklutatzen hasi ginen Gipuzkoan, Goierriko eta Urola Garai eta Erdiko eskualdeetan. Hasteko, 640 emakume haurdun erreklutatu ziren, haien seme-alabei jarraipena egiteko gero. 2012an amaitu zen hasierako kohortearekin kontaktatzen, eta, gaur egun, 4 urteko 403 hurrek osaturiko kohortea daukagu. Amaitu da 8 urte dituzteneko jarraipena.

2018an, Donostian egin dira jardunaldi zientifikoak, 300 lagunek parte hartuta. <http://www.proyectoinma.org/noticias/>

2018an, INMA-Gipuzkoa kohortearen jarraipena egiteko kontaktua egin da, 11 urte dituztelarik.

SORTZETIKO ANOMALIEN IKERKETA

EUROCAT Sareko proiektuak: Biztanleria-erregistroen sare europarra, sortzetiko anomaliak zaintzeko. Sortzetiko anomaliari buruzko epidemiologia-azterketak.

EUROmediCAT datu-basean seinaleak detektatzea: metodologia eta datu eguneratuak. EUROmediCAT kontsorzioaren azpiproiektua (haurdunaldian erabiltzen diren medikamentuen segurtasuna hobetzeko ikerketa-kontsorzioa).

EUROlinkCAT ikerlana, sortzetiko anomaliari loturiko hilkortasuna eta morbiditatea aztertzeko hainbat datu-baseren arteko lotura edo estekatze bidez egiten den azterlana, (Proiektu EUROPARRA, Horizon H2020).

12.- Prestakuntza eta irakaskuntza

Ikastaroak, kongresuak eta bilera zientifikoak

Codificación de tumores de hígado, páncreas y vías biliares en los Registros de Cáncer” izeneko tailerra. Talavera de la Reina (Toledo). **Leire Gil Majuelo**. 2018ko urriaren 23-24. 2 kreditu.

JRC-ENCR training course on "Statistical methods for the analysis of cancer registry data". Ispra (Italia). **Leire Gil Majuelo**. 2018ko ekainaren 5-6. 16 ordu.

BTSF “Preparedness and Management of Foodborne Outbreaks ” Bartzelona. **Mercedes Laviñeta**, 2018ko azaroaren 20-23. 23 ordu

Métodos habituales en diagnóstico microbiológico y típado. Gurutzetako Ospitalea (Bizkaia). **Liher Imaz, Rosa Sancho, Lorea Alvarez, Olatz Mokoroa, Mercedes Laviñeta** 2018ko abenduaren 11-12 eta 13-14. 10 ordu.

DUO-2018: Desafíos en Uro-Oncología "Cáncer Urotelial y Cáncer Prostático". Donostia, 2018ko urriaren 25-26.

.- **Nerea Larrañaga**. Evolución en la supervivencia de los tumores urológicos en la C.A.V. **Ponentzia**

XXXVI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y XIII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE). Lisboa, 2018ko irailaren 11-14.

.- V de Castro, E. Alonso, M. de la Cruz, A. Lopez de Munain; L. **Gil, N Larrañaga**. Cáncer de pulmón en el País Vasco, incidencia, supervivencia y factores de riesgo. **Posterra**.

.- J. Garcia-Perez, V. Martin, M. Kogevinas, V. Moreno, G. Fernandez Tardon, M. Lozano Lorca, R. Capelo, I. Gomez-Acebo, M. Pollan, E. Ardanaz, R. Peiro, **P. Amiano**, M.D. Chirlaque, N. Aragoes, B. Perez-Gomez. Proximidad residencial a instalaciones industriales y riesgo de cancer colorrectal: estudio MCC-Spain. **Posterra**.

.- M.J. Lopez-Espinosa, O. Costa, M. Casas, P. Amiano, M. Murcia, **M. Basterrechea**, M. Vrijheid, F. Ballester, C. Iniguez. Sustancias perfluoroalquiladas y crecimiento fetal: el papel del tabaquismo materno. **Posterra**

.- C. Gonzalez-Donquiles, V. Davila-Batista, A. Tardon, A. Espinosa, E. Miqueleiz, J. Alonso-Molero, **P. Amiano**, A. Marcos-Delgado. Asociación del Patway de las enfermedades inflamatorias del intestino con el cancer colorrectal. **Posterra**

.- N. Fernandez de Larrea, E. Gutierrez-Gonzalez, G. Castano-Vinyals, T. Dierssen-Sotos, D. Salas, I. Salcedo-Bellido, R. Capelo, J.L. Gomez-Ariza, B. Perez-Gomez, A Tardon, V. Martin, **P. Amiano**, E. Ardanaz, J.H. Gomez, R. Marcos-Gragera, T. Garcia-Barrera. *Cobalt in toenails: factors associated with its concentration and relation to prostate cancer*. **Posterra**

XLII Reunión del Grupo de Registros y Epidemiología del Cáncer de los países de Lengua Latina (GRELL). Trento, 2018ko maiatzaren 21-22.

.- Amaia Molinuevo, **Leire Gil**, Arantza Lopez de Munain, Visi de Castro, Marta de la Cruz, Cristina Sarasqueta, **Nerea Larrañaga**. Exploring Cancer Survival differences in the Basque Country. **Ahozko komunikazioa**

.- **Leire Gil**, Amaia Molinuevo, Arantza Lopez de Munain, Marta de la Cruz, Cristina Sarasqueta, **Nerea Larrañaga**. Survival and overdiagnosis in prostate cancer within men in The Basque Country. **Posterra**

40th IACR Annual Scientific Conference. Arequipa (Perú) 2018ko azaroaren 13-15,

.- MD Chirlaque, S. Colorado-Yohar, JA Olib, JM Huerta, C. Santiuste, D. Salmerón, M Guevara, **N Larrañaga**, MJ Sánchez, C. Navarro. Endocrine disrupting chemicals and cancer: a systematic review of Bisphenol-A effects on breast cancer. **Posterra**.

14th INMA (Environment and Childhood Project) Scientific Conferences. Donostia. 2018ko azaroaren 14-15.

.- Irizar A., Gallastegi M., Jimenez A., Santa-Marina L., Molinuevo A., Goñi F., **Basterrechea M.**, Tamayo I., Ibarluzea J. Exposure to organochlorine compounds during pregnancy and thyroid hormone levels in mothers and newborns in INMA-Gipuzkoa cohort.

.- A Abellan, J Sunyer, R Garcia, **M Basterrechea**, A Ferrero, J Garcia-Aymerich, M Gascon, Joan O. Grimalt, MJ Lopez-Espinosa, C Zabaleta, M Vrijheid, M Casas

Prenatal exposure to organochlorine compounds and lung function during childhood

.- LE Birks, L Pierotti, L Van Wel, E Cardis, M Foerster, A Huss, F Ballester, **M Basterrechea**, A Ferrero, J Ibarluzea, P Jansen, H Kromhout, M Rösli, H Tiemeier, M Torrent, R Vermeulen, TGM Vrijkotte, GERoNiMO Work Package Team, M Guxens, M Vrijheid. Childhood Radiofrequency Electromagnetic Field Dose to Brain and Behavioral Problems in Children in Europe

.- J Sanguesa, J Sunyer, M Bustamante, A Abellan, **M Basterrechea**, A Esplugues, J Garcia-Aymerich, M Guxens, Ji Julvez, A Irizar, C Roda, A C Rodriguez-Delhi, J Vioque, A Tardon, M Torrent, M Vrijheid, M Casas.

Vitamin D status during pregnancy and wheezing and asthma during childhood

.- G. P. Peralta, P Montarezi, A Abellan, **M Basterrechea**, A Esplugues, S Gonzalez, C Roda, L SantaMarina, Jordi Sunyer, M Vrijheid, M Casas, J Garcia-Aymerich Early infancy BMI trajectories and lung function and asthma during childhood.

.- I Rivas, J Sunyer, X Basagana, C Iniguez, M Estarlich, A Ferrero, J Garcia-Aymerich, A Abellan, **M Basterrechea**, C Zabaleta, M Vrijheid, M Guxens, M Casas.

Intrauterine and postnatal exposure to outdoor air pollution and lung function at school age

XVIII Scientific Meeting of the Spanish Society of Chromatography and Related Techniques – SECyTA 2018. Granada, 2018ko urriaren 2-4

.- M. Konjevod, A. Bergareche, **P. Amiano**, F. Goñi, E. Ardanaz, J.M. Huerta, C. Barbas, J. Sáiz. . Multi lc-ms method approach for the validation of potential biomarkers for the early diagnosis of Parkinson's disease. **Posterra**

Jornada Científica CIBERESP 2018, Madril, 2018ko ekainaren 13a.

.- A Castelló, B Pérez-Gómez, N Aragonés, G Castaño, V Martín, J Llorca, V Moreno, E Ardanaz, JJ Jiménez-Moleón, A Tardón, J Alguacil, D Salas-Trejo, R Marcos-Gragera, M D Chirlaque, S Sanjosé, MKogevinas, **P Amiano**, M Pollán. Patrones de dieta y riesgo de cáncer de mama, próstata, estómago, colon y recto y leucemia linfocítica crónica. **Posterra**

Emandako prestakuntza

Prestakuntzako aurrez aurreko saioak

.- Ordiziaren 750. urteurrena. 3 de mayo de 2018: ¿Vacunar o no vacunar? Ciencia o Inconsciencia. Mitos y hechos sobre la vacunación. Ponentzia

.- Vacunación frente a la gripe: situación actual y recomendaciones. 2018ko urriaren 24a. Gipuzkoako medikuen elkargoa. Ponentzia

.- Zuzeneko saio interaktiboak Youtuben. 2018ko azaroaren 8a. ¿Vacunas? Hablemos de tú a tú.

.- Ikastaroa: Seguridad del paciente en vacunación. Donostia, 2018ko irailaren 20a. 2 h

.- Novedades en vacunación, Profesionales Sanitarios OSI

ESI Goierri, urtarrilak 22

ESI Donostialdea, otsailak 16 eta 20

ESI Debarrena, otsailak 27

.- Cadena de frio, Profesionales Sanitarios AP

Hondarribiko OZ, otsailak 15

- Vacunación del adulto, Profesionales Sanitarios AP
 - Lazkakok OZ, martxoak 1
 - Amarako OZ, martxoak 14
 - Legazpiko OZ, martxoak 15
 - Ordiziako OZ, martxoak 22
 - Azkoitiko OZ, apirilak 12
 - Zarauzko OZ, apirilak 17
 - Beasaingo OZ, apirilak 19
 - Altzako OZ, ekainak 12
 - ESI Donostialdea, azaroak 8 (ESIko osasun-profesionalak)
- Guía de seguridad del paciente en vacunación, Profesionales Sanitarios OSI y AP
 - ESI Tolosaldea, martxoak 6
 - Goierriko OZ, martxoak 13
 - Dunboako OZ, irailak 27
 - Debagoieneko OZ, urriak 2
 - ESI Donostialdea, urriak 3
 - ESI Bidasoa, azaroak 5

13.- Beste jarduera zientifiko batzuk

Sare, institutu edo ikerketa-zentro eta aholku-batzordeetako kide

- Red Española de Registros de cáncer (REDECAN)
- Txertaketen Euskadiko Aholkularitza Batzordea.
- Minbiziaren Euskadiko Aholkularitza Batzordea.
- Jaioberrien Sortzetiko Gaixotasunen Baheketa Egiteko Euskadiko Aholku Batzordea.
- Consorcio de investigación EUROmediCAT.
- Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas, ANENVAC
- Sociedad Norte de Medicina Preventiva Y Salud Pública, SOCINORTE
- Asociación Española de Vacunología, AEV
- Comité científico de la XII Jornada científica: Conocernos del Colegio de Enfermería de Gipuzkoa.
- Nutrients aldizkariaren editore
- Elikagaien Segurtasuneko Euskadiko Batzordea.
- Comisión Permanente de Nutrición. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Grupo de Trabajo Obesidad Infantil SEEDO(Sociedad Española Estudio Obesidad)
- Elikadura Osasungarrirako Ekimenak, Euskadin. Arduraduna
2. proiektua: Informazio-iturriak.
- Comité Directivo EPIC-Spain eta Comité EPIC-Europe
- Comité Directivo MCC-Spain

Argitalpenak

2018an, 50 publikazio zientifiko baino gehiagotan parte hartu, kolaboratu edo buru izan gara. Garrantzitsuenetako batzuk:

- Elaboración del PLAN ONCOLÓGICO DE EUSKADI 2018-2023. Web-orrian eskuragarri:
http://www.euskadi.eus/contenidos/plan_departamental/47_plandep_xileg/es_def/adjuntos/Plan-oncologico-euskadi-2018-2023.pdf
- Análisis de la “SUPERVIVENCIA DE CÁNCER EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA 2000-2012”, transferencia para los objetivos y evaluación de Plan de Salud de Euskadi y respuesta para los Contrato Programa. Web-orrian eskuragarri: http://www.euskadi.eus/web01-a2aznscp/es/k75aWebPublicacionesWar/k75aObtenerPublicacionDigitalServlet?R01HNoPortal=true&N_LIBR=052118&N_EDIC=0001&C_IDIOM=es&FORMATO=.pdf
- Seguridad del paciente en el proceso de vacunación. Madril: Undergraf; 2018ko maiatza. **Sancho R** et al. Gipuzkoako erizainen elkargo ofiziala. Liburua
- Kaaks R, Fortner RT, Hüsing A, Barrdahl M, Hopper M, Johnson T, Tjønneland A, Hansen L, Overvad K, Fournier A, Boutron-Ruault MC, Kvaskoff M, Dossus L, Johansson M, Boeing H, Trichopoulou A, Benetou V, La Vecchia C, Sieri S, Mattiello A, Palli D, Tumino R, Matullo G, Onland-Moret NC, Gram IT, Weiderpass E, Sánchez MJ, Navarro Sanchez C, Duell EJ, Ardanaz E, **Larranaga N**, Lundin E, Idahl A, Jirström K, Nodin B, Travis RC, Riboli E, Merritt M, Aune D, Terry K, Cramer DW, Anderson KS. Tumor-associated autoantibodies as early detection markers for ovarian cancer? A prospective evaluation. *Int J Cancer*. 2018; 143(3): 515 - 526. FI: 7,360(Q1). DOI: 10.1002/ijc.31335.
- Ward HA, Gayle A, Jakszyn P, Merritt M, Melin B, Freisling H, Weiderpass E, Tjønneland A, Olsen A, Dahm CC, Overvad K, Katzke V, Kühn T, Boeing H, Trichopoulou A, Lagiou P, Kyrozi A, Palli D, Krogh V, Tumino R, Ricceri F, Mattiello A, Bueno-de-Mesquita B, Peeters PH, Quirós JR, Agudo A, Rodriguez-Barranco M, **Larrañaga N** Huerta JM, Barricarte A, Sonestedt E, Drake I, Sandström M, Travis RC, Ferrari P, Riboli E, Cross AJ. Meat and haem iron intake in relation to glioma in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition study. *Eur. J. Cancer Prev.* 2018; 27(4): 379 - 383. FI: 2,886(Q3). DOI: 10.1097/CEJ.0000000000000331.
- Ward HA, Whitman J, Muller DC, Johansson M, Jakszyn P, Weiderpass E, Palli D, Fanidi A, Vermeulen R, Tjønneland A, Hansen L, Dahm CC, Overvad K, Severi G, Boutron-Ruault MC, Affret A, Kaaks R, Fortner R, Boeing H, Trichopoulou A, La Vecchia C, Kotanidou A, Berrino F, Krogh V, Tumino R, Ricceri F, Panico S, Bueno-de-Mesquita HB, Peeters PH, Nøst TH, Sandanger

- TM, Quirós JR, Agudo A, Rodríguez-Barranco M, **Larrañaga N**, Huerta JM, Ardanaz E, Drake I, Brunnström H, Johansson M, Grankvist K, Travis RC, Freisling H, Stepien M, Merritt MA, Riboli E, Cross AJ. Haem iron intake and risk of lung cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohort.. *Eur. J. Clin. Nutr.* 2018; . FI: 2,954(Q2). DOI: 10.1038/s41430-018-0271-2.
- Fortner RT, Schock H, Le Cornet C, Hüsing A, Vitonis AF, Johnson TS, Fichorova RN, Fashemi T, Yamamoto HS, Tjønneland A, Hansen L, Overvad K, Boutron-Ruault MC, Kvaskoff M, Severi G, Boeing H, Trichopoulou A, Papatesta EM, La Vecchia C, Palli D, Sieri S, Tumino R, Sacerdote C, Mattiello A, Onland-Moret NC, Peeters PH, Bueno-de-Mesquita HBA, Weiderpass E, Quirós JR, Duell EJ, Sánchez MJ, Navarro C, Ardanaz E, **Larrañaga N**, Nodin B, Jirström K, Idahl A, Lundin E, Khaw KT, Travis RC, Gunter M, Johansson M, Dossus L, Merritt MA, Riboli E, Terry KL, Cramer DW, Kaaks R. Ovarian cancer early detection by circulating CA125 in the context of anti-CA125 autoantibody levels: Results from the EPIC cohort. *Int J Cancer*. 2018; 142(7): 1355 - 1360. FI: 7,360(Q1). DOI: 10.1002/ijc.31164.
 - Lope V, Castelló A, Mena-Bravo A, **Amiano P**, Aragonés N, Fernández-Villa T, Guevara M, Dierssen-Sotos T, Fernandez-Tardón G, Castaño-Vinyals G, Marcos-Gragera R, Moreno V, Salas-Trejo D, Diaz-Santos M, Oribe M, Romieu I, Kogevinas M, Priego-Capote F, Pérez-Gómez B, Pollán M. Serum 25-hydroxyvitamin D and breast cancer risk by pathological subtype (MCC-Spain).
 -
 - *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2018; 182: 4 - 13. FI: 4,095(Q1). DOI: 10.1016/j.jsbmb.2018.04.005.
 - Zamora-Ros R, Cayssials V, Cleries R, Redondo ML, Sánchez MJ, Rodríguez-Barranco M, Sánchez-Cruz JJ, Mokoroa O, Gil L, **Amiano P**, Navarro C, Chirlaque MD, Huerta JM, Barricarte A, Ardanaz E, Moreno-Iribas C, Agudo A. Moderate egg consumption and all-cause and specific-cause mortality in the Spanish European Prospective into Cancer and Nutrition (EPIC-Spain) study.. *Eur J Nutr*. 2018; . FI: 4,423(Q1). DOI: 10.1007/s00394-018-1754-6.
 - **Amiano P**, Molina-Montes E, Molinuevo A, Huerta JM, Romaguera D, Gracia E, Martín V, Castaño-Vinyals G, Pérez-Gómez B, Moreno V, Castilla J, Gómez-Acebo I, Jiménez-Moleón JJ, Fernández-Tardón G, Chirlaque MD, Capelo R, Salas L, Azpiri M, Fernández-Villa T, Bessa X, Aragonés N, Obón-Santacana M, Guevara M, Dierssen-Sotos T, Barrios-Rodríguez R, de la Torre AJM, Vega AB, Pollán M, Kogevinas M, Sánchez MJ. Association study of dietary non-enzymatic antioxidant capacity (NEAC) and colorectal cancer risk in the Spanish Multicase-Control Cancer (MCC-Spain) study.. *Eur J Nutr*. 2018; . FI: 4,423(Q1). DOI: 10.1007/s00394-018-1773-3.
 - Villar M, Santa-Marina L, Murcia M, **Amiano P**, Gimeno S, Ballester F, Julvez J, Romaguera D, Fernández-Somoano A, Tardón A, Ibarluzea J. Social Factors

- Associated with Non-initiation and Cessation of Predominant Breastfeeding in a Mother-Child Cohort in Spain. *Matern Child Health J.* 2018; 22(5): 725 - 734. FI: 1,821(Q2). DOI: 10.1007/s10995-018-2441-1.
- Hernandez-Ruiz, A, Garcia-Villanova, B, Guerra-Hernandez, E, **Amiano, P**, Sanchez, MJ, Dorronsoro, M, Molina-Montes, E. Comparison of the Dietary Antioxidant Profiles of 21 a priori Defined Mediterranean Diet Indexes. *J.Acad. Nutr. Diet.* 2018; FI: 4,021(Q1). DOI: 10.1016/j.jand.2018.01.006.
 - Font-Ribera L, Gràcia-Lavedan E, Aragonés N, Pérez-Gómez B, Pollán M, **Amiano P**, Jiménez-Zabala A, Castaño-Vinyals G, Roca-Barceló A, Ardanaz E, Burgui R, Molina AJ, Fernández-Villa T, Gómez-Acebo I, Dierssen-Sotos T, Moreno V, Fernandez-Tardon G, Peiró R, Kogevinas M, Villanueva CM. Long-term exposure to trihalomethanes in drinking water and breast cancer in the Spanish multicase-control study on cancer (MCC-SPAIN). *Environ. Int.* 2018; 112: 227 - 234. FI: 7,297(Q1). DOI: 10.1016/j.envint.2017.12.031.
 - de Batlle J, Gracia-Lavedan E, Romaguera D, Mendez M, Castaño-Vinyals G, Martín V, Aragonés N, Gómez-Acebo I, Olmedo-Requena R, Jimenez-Moleon JJ, Guevara M, Azpiri M, Llorens-Ivorra C, Fernandez-Tardon G, Lorca JA, Huerta JM, Moreno V, Boldo E, Pérez-Gómez B, Castilla J, Fernández-Villa T, Barrio JP, Andreu M, Castells A, Dierssen T, Altzibar JM, Kogevinas M, Pollán M, **Amiano P**. Meat intake, cooking methods and doneness and risk of colorectal tumours in the Spanish multicase-control study (MCC-Spain). *Eur J Nutr.* 2018; 57(2): 643 - 653. FI: 4,423(Q1). DOI: 10.1007/s00394-016-1350-6.
 - Morris JK, Garne E, Loane M, Addor MC, Barisic I, Bianchi F, Gatt M, Lanzoni M, Lynch C, Mokoroa O, Nelen V, Neville A, O'Mahony MT, Randrianaivo-Ranjatoelina H, Rissmann A, Tucker D, de Walle HEK, Zymak-Zakutnia N, Rankin J. Prevalence of valproate syndrome in Europe from 2005 to 2014: A registry based multi-centre study. *European Journal of Medical Genetics* 2018/09 journal-article. DOI: 10.1016/j.ejmg.2018.05.008
 - Garne E, Rissmann A, Addor MC, Barisic I, Bergman J, Braz P, Caverro-Carbonell C, Draper ES, Gatt M, Haeusler M, Klungsoyr K, Kurinczuk JJ, Lelong N, Luyt K, Lynch C, O'Mahony MT, Mokoroa O, Nelen V, Neville AJ, Pierini A, Randrianaivo H, Rankin J, Rouget F, Schaub B, Tucker D, Verellen-Dumoulin C, Wellesley D, Wiesel A, Zymak-Zakutnia N, Lanzoni M, Morris JK. Epidemiology of septo-optic dysplasia with focus on prevalence and maternal age - A EUROCAT study. *European Journal of Medical Genetics* 2018/05 journal-article. DOI: 10.1016/j.ejmg.2018.05.010.