



ZAINTZA EPIDEMIOLOGIKOA



MEMORIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

AurkibideaOrrialdea

1	Sarrera	2
	- 2015eko memoriaren laburpena	3
2	Gaixotasun infekziosoak	5
	- ABGen egoera orokorra	5
	- Gaixotasun txertagarriak	9
	- Arnas transmisiozko gaixotasunak	16
	- Zoonosiak	27
	- Elikagai- eta ur-transmisiozko gaixotasunak	31
	- Sexu-transmisiozko gaixotasunak	38
	- Gaixotasun inportatuak (bektore-transm.)	40
	- Beste gaixotasun batzuk	44
	- Sindromeen zaintza	46
	- Entzefalopatia espongi-formeak	49
3	Agerraldiak	50
4	Txertaketak	54
5	Gaixotasun ez-transmitigarriak	59
	- Minbizia	59
	- Kardiopatia iskemikoa	70
	- Garun-hodietako gaixotasuna (GHG)	74
6	Ospitaleko morbiditatea	78
7	Hilkortasuna	84
8	Jaiotzak, Gipuzkoan	94
9	Azterlanak eta proiektuak	96

1.- Sarrera

Zaintza epidemiologikoa, batez ere, erikortasuna, hilkortasuna eta osasunaren determinatzaileak nola banatzen diren eta zer joera duten behatzea da modu sistematikoan eta jarraituan. Bide batez, osasunaren arretaz arduratzen diren agintaritzak eta erakundeei horien berri eman ere egin behar izaten zaie, lehenbailehen eta erregularki. Zaintzaren helburu behinena osasun-arazoak prebenitu eta kontrolatzea da.

Memoria honetan, Gipuzkoan 2015ean izan diren datu epidemiologiko adierazgarrienak biltzen dira; alegia, Osasun Publikoko Zuzendariordeztako Epidemiologia Unitateak jarraipena egiten dien horiena. Aurreko urteetan bezala, deskripzio epidemiologikoa egiten da hemen; hots, gaixotasun transmitigarri eta ez-transmitigarrien, eta immunizazioaren eta hilkortasunaren egoeraren berri ematen da.

Memoria hau egiteko erabili diren datuak Osasun Saileko Osasun Publikoaren Zuzendariordeztaren informazio-sistemetatik atera dira. Aitortu beharreko gaixotasunak (ABG), mediku jagoleen Jagoletza Sarea, Informazio mikrobiologikoko sistema (IMS), Hilkortasunaren erregistroa, Ospitaleko sendagirien erregistroa (GDM), Minbiziaren Euskal Erregistroa (RCME), Txertaketan erregistroa, Agerraldien ikerketa eta berriazko beste esku-hartze batzuk. Halaber, lan-taldea parte hartzen ari den ikerketetan —BIODOSNOTIA fundazioaren bidez— egindako jarduerak ere aurkezten dira.

Eskualde sanitarioka banatzeko, kudeaketa sanitarioarako Osakidetzak Gipuzkoan egina duen sektore-sailkapena erabili da, sei ESItan banatuta.

Zaintza Epidemiologikoak ekintza koordinatua eskatzen du; hots, asistentzia sanitarioko eta osasun publikoko egituren artekoa; asistentzia-sareak morbiditateari buruzko informazioa ematen du eta bere gain du, halaber, jardun-protokoloetan jasotako kontrol-neurri asko eta asko aplikatzeko zeregina ere. Guztion egitekoa da harreman horri eutsi eta, bide batez, hura estimulatzea. Herritarren osasuna hobetzen lagun dezake, gure ustez, asistentzia-sareko eta osasun publikoko profesional askok eguneroko lanean sortzen duen informazioa aztertzeak eta banatzeak.

(Bertsio elektronikoa, Osaneten: <http://www.osanet.euskadi.net>)

Epidemiologia unitatea:

Jone M Altzibar, Lorea Alvarez, Pilar Amiano, Larraitx Arriola, Juncal Artieda, Mikel Basterretxea, Visitación de Castro, Mercedes Laviñeta, Irune López, Nerea Larrañaga, Aintzane Orkaizagirre, Eva Pulido, Rosa Sancho, M^a Carmen San Sebastian

2015EKO MEMORIA. LABURPENA

2015ean areagotuz joan da 2011n hasitako kukutxeztul kasuen gorakada. Eta 846 kasu erregistratu dira (119,15eko tasa, 100.000 biztanleko), mediana 10 urtekoa dela. 43 kasu urtebetez azpikoak ziren, eta 4 hilabetez azpikoak horietako 16; bularreko 12 umek ospitaleratu beharra izan zuten. Kasuen proportzio handi batek txertoa ondo jarria zuen bere adinerako eta kasuen % 5 bakarrik zen, 2 hilabete eta 5 urte bitartekoa, txerto-egutegia ondo jarraitu ez zuena. Otsailean, dTpa txertoa sartu zen haurdunentzakoan artean.

2015-2016ko gripe-denboraldian, epidemia-atalasea gainditu egin zen, EAEn, 2016ko lehenengo astean; gailurra 2016ko laugarren astean jo zuen eta intzidentzia oinarritzko mailara itzuli zen 2016ko 13. astean. Gailendu den birusa A(H1N1) pdm09 izan da, nahiz eta 2016ko 10. astetik aurrera B motako birusa gailendu den. Ospitaleraturiko kasu larrien zaintza-sistemaren barruan, 262 kasu egiaztatu erregistratu dira, eta horietako 174 (% 66,4) sartuta zeuden gripearen aurkako arrisku-taldeetan, % 63k hartu gabe bazuen ere 2015-2016 denboraldiko gripearen aurkako txertoa.

Legionelosiaren 54 kasu jakinarazi dira; beraz, gorakada handia egon da iazkoarekiko, intzidentzia txikituz joan bazen ere aurreko hiru urteetan. Bi multzokatze ikusi ziren denbora-espazioan: ekainean eta abenduan. Lauk bakarrik eman zuten positibo kultiboetan; horrek, beraz, zaildu egiten du infekzio-iturri izan daitezkeenak identifikatzen.

Tuberkulosiak % 23 egin du behera aurreko urtearekiko, eta 100.000 biztanleko 14,2an geratu da tasa (101 kasu). Hiru kasutan, 2015ean, biriketan kokatu da. Atzerrian jaiotako kasuen proportzioa egonkortu egin da % 25 inguruan. Bertakoen artean azterturiko anduien % 5,3k eta atzerrian jaiotakoen artean azterturiko % 21,1ek erresistentzia erakutsi du isoniazidarekiko, hutsik nahiz beste farmako batekin nahasturik egon.

Gripe-jakinarazpena 11 urtean etengabe jaisten aritu ondoren, 2015ean, kasuen gorakada handia izan da aurreko urtearekin alderatuta (22 vs 3) Enteropatogeno hauek eta hurrenkera honetan jakinarazi dira maizen: *Campylobacter*, norobirusa, errotabirusa eta salmonella. Azken germen horren 273 isolamendu jakinarazi dira: azken 18 urteetako zifrarik txikiena. GEAREN zaintza-sisteman, lehen mailako arretan, bi uhin epidemiko detektatu ziren: lehena (9-13 asteak) errotabirusaren zirkulazioa epidemikoari zegokiona, eta, bigarrena (42-46 asteak), nonobirusaren zirkulazioari zegokiona.

Areagotzen ari da sexu-transmisiozko gaixotasunen erantzule diren germen jakinarazpen kopurua. *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Chlamydia trachomatis* eta 2 motako herpes soila.

Elikagaien toxiinfekzioen 4 agerraldi bakarrik jakinarazi dira; azken 15 urteetako kopururik txikiena.

2012an, Gipuzkoan, 4.246 minbizi kasu diagnostikatu ziren. Gizon/emakumeen arteko tasaren ratioa (adinarekin arabera estandarizatuta) 1,5ekoa zen. Tumorerik ohikoena, gizonezkoen artean, prosatakoa izan zen, eta emakumezkoen artean, bularrekoa. Tabako-kontsumoarekin loturiko tumoreen artean, azken hamarkadan, beherakada ikusi da edo egonkortu egin da, gizonezkoen artean, biriketako eta laringeko minbizien tasa, eta gora egin dute tumore urotelial gaiztoek. Emakumeetan, aldiz, igo egin da

hiru tumore mota horien intzidentzia. Gipuzkoako ESletan zegoen minbizi-arriskua estimatu zen, EAE osoarekiko, tasa-ratioaren bidez. Debarreneko gionezkoek EAEkoa baino arrisku handiagoa erakutsi zuten, eta Goierri-Urola Garaikoek eta Tolosaldeakoek, txikiagoa. Emakumezkoetan, Bidasoako ESikoek eta Donostialdeakoek arrisku handiagoa erakutsi zuten, eta Goierri-Urola Garaikoek, berriz, arrisku txikiagoa.

Ospitaleratze tasa handiagoa da gionezkoetan emakumezkoetan baino, adin-talde guztietan, baldin eta haurdunaldiari, erditzeari eta erdiberriari loturiko sendagiriak alde batera uzten baditugu. Ospitaleratze kausa nagusiei dagokienez, aldea dago adinaren eta sexuaren arabera:

15 urtez azpikoetan, bi sexuetan, arnas aparatuko gaixotasunak dira kausa nagusiak; 15-34 urte bitartekoetan, gionezkoetan, traumatismoak eta pozoitzeak, eta, emakumezkoetan, haurdunaldi, erditze eta erdiberriarekin zerikusia dutenak eta, ondoren, digestio-aparatukoak; 35-64 bitartekoetan, gionezkoetan, digestio-aparatuarekin zerikusia dutenak eta, emakumezkoetan, haurdunaldi, erditze eta erdiberriarekin zerikusia dutenak; 64 urtetik gorakoetan, bi sexuetan, diagnostikorik ohikoak zirkulazio-sistemari loturikoak dira.

2013an, Gipuzkako egoiliarren artean 6.385 lagun hil ziren, 3.291 gionezko eta 3.094 emakumezko. Tumoreak izan ziren heriotza-kausak nagusia gionezkoen artean, eta zirkulazio-sistemako gaixotasunak, emakumezkoen artean. Gipuzkoarrek jaiotzean zuten bizi-itzaropena, 2013an, 79,8 urtekoa zen gionezkoetan, eta 86,8koa, emakumezkoetan. Kausa guztiengatik galdutako bizitza-urte potentzialak, 70 urtez azpikoetan, 17.502 izan ziren gionezkoetan, eta 5.588, emakumezkoetan. Heriotza goiztiarraren kausa nagusia, bi sexuetan, trakeako, bronkioetako eta biriketako tumore gaiztoa izan zen. Kausa guztiek eragindako Gipuzkoako ESletako hilkortasuna EAE guztikoarekin alderatzen badugu, Debarreneko gionezkoetan ikusten da esanguratsua den alde bakarra, EAEkoa baino txikiagoa baita.

2015ean, aldaketa batzuk egin dira haurren txertaketa-egutegian: C meningokokoaren aurkako txertaketa-jarraibidea aldatu da, papilomavirusaren aurkako txertoa jartzeko adina aurreratu da, eta pneumokokoaren aurkako 13 serotipoko txerto konjugatua sartu da. Txerto-horniketarekin izandako arazoengatik, gainera, eten egin da, denboraldi baterako, dTpa txertoa 6 urteko haurrentzako. Bestalde, kukutxeztula izaten ari den portaera epidemikoa dela-eta, gaixotasun horren aurrean 27 eta 36 aste bitarteko haurdunak txertatzeko gomendioa eman da.

2.- Gaixotasun infekziosoak

Hainbat informazio-sistemaren bidez zaintzen dira gaixotasun infekziosoak EAEn, eta, horiek guztiekin, gaixotasun transmitigarrien eredu epidemiologikoak zer joera duen eta zer aldaketa izaten dituen identifikatu ahal izaten da, eta kontrol-neurriak ezartzen dira. Besteak beste, Aitortu Beharreko Gaixotasunen Sistema (ABG) eta Informazio Mikrobiologikoko Sistema (IMS) dira nabarmenenak horien artean, informazio espezifikoak ematen baitute gaixotasun transmitigarriak zaintzeko. Informazio-sistema horiek OGDMrakin (oinarrizko gutxieneko datu-multzoa) eta Hilkortasunaren Erregistroarekin osatzen dira, gure ingurunean gaixotasun infekziosoez dugun ikuspegia eta ezagutza osatzen laguntzen baitute.

ABGen eta IMSen egoera orokorra

EAEko zaintza epidemiologikoko sistema eratzeko abenduaren 24ko 312/1996 Dekretuak arautzen du, gure Erkidegoan, Aitortu Beharreko Gaixotasunen Sistema (ABG). Osasun publikoan inpakturik handiena izaten duten gaixotasun infekziosoak detektatu eta monitorizatzea da haren helburua. Zainketa-sistema hori osatzen duten gaixotasunak 31 dira. Horietako 4tan, informazioa numerikoa besterik ez da jasotzen, eta gainerako 27tan, gainera, datu indibidualak jasotzen dira. Sistema horrek lanean ari diren mediku guztiei eragiten die, edozein lekutan ari direla lanean ere: lehen mailako arreta, arreta espezializatua edo ospitalekoa, sektore publiko edo pribatukoa izan

2015ean, Osakidetzako lehen mailako arretako medikuen aitortpenen % 80,32 jaso ziren.

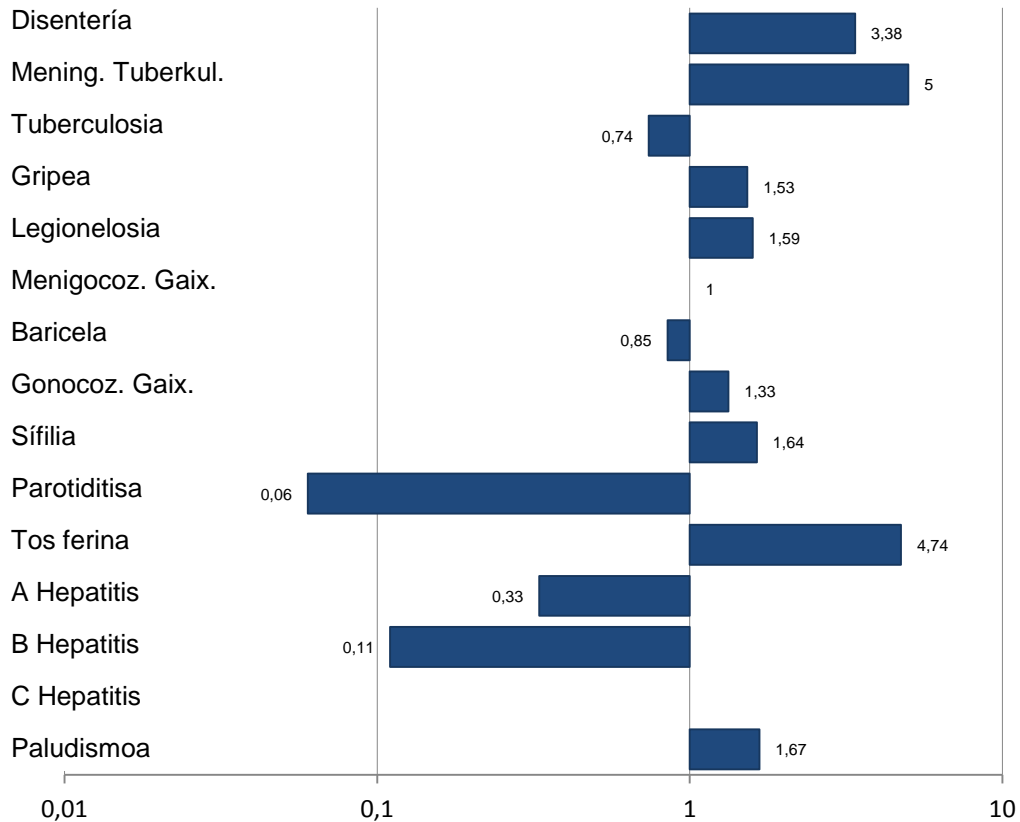
2.1 grafikoan dago jasota 2. indize epidemikoa (IE-2). Hori kalkulatzeko, 2015ean jakinarazitako kasu kopurua aurreko bosturtekoan (2010-2014) erregistraturiko kasuen medianaz zatitzen da. Gainera, 2.1 taulan, IE-2az gain, aitortu beharreko gaixotasun bakoitzetik jakinarazitakoen 1. indize epidemikoa (IE-1) eta kasu kopurua ere azaltzen da, 2015ekoak nahiz aurreko bost urteetakoak. IE-1a ateratzeko, 2015ean jakinarazitako gaixotasun baten kasu kopurua aurreko urtean izandako kasuen kopuruaz zatitzen da.

Beraz, 2. indize epidemikoaren balioak 0,76 eta 1,24ren artekoak direnean, gaixotasunaren intzidentzia normalizat jotzen da; indizea txikia dela esango dugu 0,75 edo txikiagoa bada, eta handia dela, berriz, 1,25 edo handiagoa bada.

2015ean IE-2 handia izan da ($\geq 1,25$) patologia hauetan: kukutxeztula, infekzio gonokozikoa, sifilia, gripea, legionellosia, meninge-tuberkulosia eta paludismoa. IE-2 txikia ($\leq 0,75$): A, B, eta C hepatitisak. Gainerako errubrikek indize normala erakutsi dute.

2.2 taulan agertzen dira 2011-2015 urteetan IMSen aitorturiko mikroorganismoak.

2.1 grafikoa. 2. indize epidemikoa. ABG.Gipuzkoa, 2015.



ABGak zabaltzea eta protokolo berriak:

Gaixotasunak Prebenitu eta Kontrolatzeko Europako Zentroak koordinatzen duen zaintza epidemiologikorako Europak emandako arau berriak aintzat hartuta, 2013ko uztailean, Osasun Sistema Nazionalako Lurraldearteko Kontseiluaren Osoko Bilkurak esan zuen Zaintza Epidemiologikoko Sare Nazionalaren ABGen protokoloak 60ra arte gehitzen zirela. 2015eko martxoaren 9an, EAEko *SSI/445/2015 agindua atera zen, eta zaintza epidemiologikorako sare nazionala eratzeke den 2210/1995 Errege Dekretuko I., II. eta III. eranskinak aldatu zituen*; hain zuzen ere, ABGen zerrendari, aitopen-modalitateari eta eskualde mailako gaixotasun endemikoei buruzkoak.

2.1 taula. Kasu kopurua eta tasak, 100.000 biztanleko. ABG. Gipuzkoa, 2010-2015.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015			
	kasuak	kasuak	kasuak	kasuak	kasuak	Kasuak	Tasa	IE 1	IE 2
Gaixotasun txertagarriak									
- Difteria									
- Gaixot.meningokoz.	13	12	16	6	3	12	1,69	4,00	1,00
- Parotiditisa	22	288	1.438	626	19	16	2,25	0,84	0,06
- Poliomielitisa									
- Errubeola	0	0	1	0	0	0			
- Sortzetiko errubeola	0	0	0	0	0	0			
- Elgorria	0	22	2	0	0	0			
- Tetanosa	0	2	0	0	0	0			
- Kukuruzteztula	2	134	229	177	399	846	119,15	2,10	4,74
- Barizela	3.225	2.950	4.091	2.420	2.574	2.516	354,37	0,98	0,85
- B Hepatitisa	10	9	5	9	3	1	0,14	0,33	0,11
Arnas transmisioz. gaixotasunak:									
- Gripea	4.342	9.715	11.088	13.062	8.483	14.882	2.096,08	1,75	1,53
- Legionellosia	46	52	34	33	25	54	7,61	2,16	1,59
- Legenarra	0	0	1	0	0				
- Tuberkulosia	145	148	121	116	129	96	13,54	0,74	0,74
- Meninge-tuberkul.	-	1	1	1	2	5	0,70	2,50	5,00
Zoonosiak:									
- Bruzelosia	1	0	0	0	0	0			
- Izurria									
- Amorrua									
Elikagai eta ur transmissi. gaixot:									
- Botulismoa									
- Sukar beltza									
- Sukar tifoparat	1	2	2	2	0	0	--	--	--
- A Hepatitisa	5	7	2	9	6	2	0,28	0,33	0,33
- Shigellosia	8	13	131	12	52	44	6,20	0,85	3,38
- Trikinosia	0	0	0	0	0	0	--		
Sexu transmissi. gaixotasunak:									
- Infek. gonokozikoa	5	12	9	5	12	12	1,69	1,00	1,33
- Sifilisa	22	30	22	19	27	36	5,07	1,33	1,64
- Sortzetiko sifilisa									
Gaixot. inportatuak:									
- Sukar horia									
- Paludismoa	3	6	6	7	14	10	1,41	0,71	1,67
- Tifus exantemat.									
Beste gaixotasun. infektzioso batzuk:									
- C Hepatitisa	5	3	2	7	1	0	--	--	--
- Beste hepatitis batzuk									

2.2 taula. IMSera aitorturiko mikroorganismoak. Gipuzkoa, 2011-2015.

	2011	2012	2013	2014	2015
1- SEXU TRANSMI. GAIXOTASUNAK	246	345	389	446	606
• <i>Chlamydia trachomatis</i>	130	212	279	313	378
• 2 motako herpes soila	42	55	45	52	73
• <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	68	70	61	68	128
• <i>Treponema pallidum</i>	6	8	4	13	27
2- URDAIL-HESTEETAKO GAIXOTASUNAK	1.915	1.884	2.005	2.722	2.874
• Adenobirusa	59	54	30	14	6
• Campylobacter-a	873	896	944	1010	1047
• Norobirusa	-	-	-	664*	709
• Crystosporidium-a	-	-	-	100*	241
• E coli enterohemorragikoa	2	8	0	8	10
• Errotabirusa	379	400	441	540	496
• Salmonella typhia eta paratyphia	3	1	2	0	1
• Salmonella, beste espezie bat	528	351	507	307	273
• Shigella	12	104	13	49	39
• Taenia	14	14	12	7	13
• Yersinia enterokolitikoak	45	56	57	23	40
3- ARNAS INFEKZIOAK	515	551	641	708	674
• Legionella pneumophila	41	32	30	24	44
• <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	38	6	3	5	0
• <i>Streptococcus pneumoniae</i>	85	91	63	78	78
• Arnas birus sintzitala	344	417	413	422	526
• Influentza birusa	67	166	129	176	7
• <i>Coxiella Burnetti</i>	7	5	3	3	19
4. MIKROBAKTERIAK	127	103	86	114	80
• Mikrobakterio tuberkulosoak	115	94	82	113	78
• Beste mikrobakterio batzuk	12	9	4	1	2
5. NSZko INFEKZIOAK	134	139	54	64	116
• Enterobirusa	111	114	43	57	103
• <i>Neisseria meningitidis</i>	14	17	8	3	11
• <i>Streptococcus pneumoniae</i>	9	8	3	4	2
6. GAIXOTASUN IMMUNOPREBENIGARRIAK	78	1147	490	334	854
• Bordetella pertussis	NV	131	145	332	846
• <i>Haemophilus influenzae b</i>	1	0	1	2	0
• Parotiditis birusa	59	1.013	344	-	8
• Elgorria	9	3	0	0	0
7. HEPATITIS BIRIKOAK	16	14	14	11	4
• A hepatitis	5	5	7	6	2
• B hepatitis	11	9	6	4	2
• C hepatitis	0	0	1	1	0
8. KUADRO INBADITZAILEAK	32	30	39	57	24
• Listeria monocytogenes	11	11	21	14	9
• <i>Streptococcus agalactiae</i>	6	3	3	13	1
• Streptococcus pyogenes	15	16	14	30	12
9. BESTE BATZUK	237	267	263	166	77
• Plasmodium spp	10	13	10	17	16
• SARM**	227	254	253	149	70
GUZTIRA	3.298	4.475	3.987	4.622	5.310

* Norobirusa 6. astean eta *Cryptosporidium* 27. astean hasi ziren aitortzen.

**Aitorpen horiek ospitale hauetakoak dira:: Bidasoa, Debagoiena, Zumarraga, Mendaro eta Asuntzion Klinika.

Gaixotasun txertagarriak

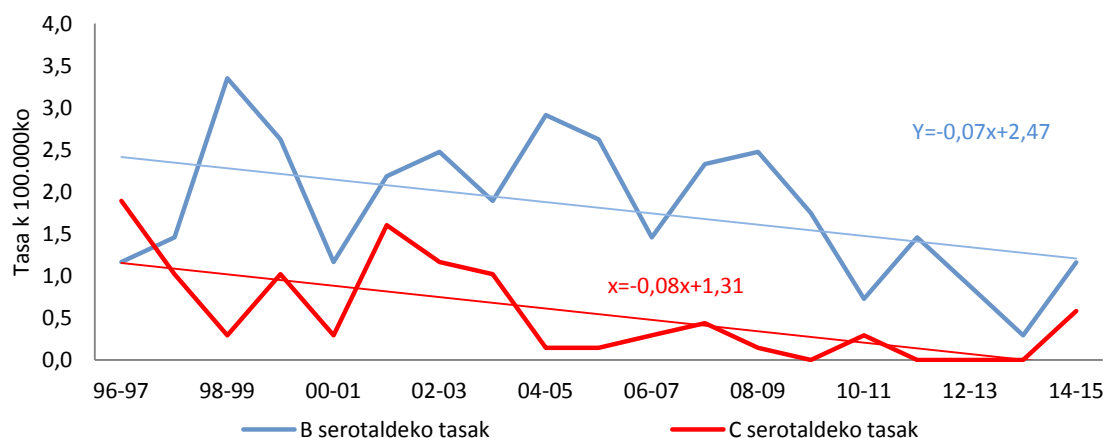
Gaixotasun meningokozikoa

2015ean, gaixotasun meningokozikoaren (GM) 12 kasu egiaztaturen berri eman zen: 1,69ko tasa gordina, 100.000 biztanleko. 12ak modu isolatuan agertu ziren, eta 7 urtarrilean, otsailean eta abenduan. 7 gizonezkoak ziren eta 5 emakumezkoak, adintartea 5 hilabetetik 86 urte bitartekoa, eta mediana, 11 urtekoa. Klinikari dagokionez, 7 septizemia eta 5 meningitis izan ziren. Bestalde, 8 kasutan, *Neisseria meningitidis* B serotaldekoa izan zen eta 4tan, C serotaldekoa. C serotaldeko *Neisseria* zuten 4 kasutatik 3k 2006 aurreko jarraibidearen arabera zuten hartua txertoa (3 dosi: 2, 4 eta 6 hilabeterekin). Kasuen eboluzioari dagokionez, 2 urteko neskato batek bat-bateko septizemia bat izan zuen eta prozesua hasi eta ordu gutxira hil egin zen. Kasu guztietan, eta asistentzia-sarearekin koordinatuz, kontaktuak identifikatu ziren eta kimioprofilaxia aplikatu zen (infekzio meningokozikoaren profilaxi-protokoloa). Ez zen bigarren mailako kasurik agertu.

Gaixotasun meningokozikoaren eboluzioaren deskripzioa.

Azken 19 denboraldietan (1996-97tik 2014-15era) 391 GM kasuren berri eman da: gizonezkoen % 49 eta emakumezkoen % 51, hilabete eta 92 urte bitartekoak. Serotaldeei dagokienez, kasu bat A serotaldekoa izan zen; 236 (% 60), B serotaldekoa; 71 (%18), C serotaldekoa; 41 kasutan (%10,5) ez zen jakin zein serotaldetakoak ziren; 24 (% 6) ez ziren taldekakoak izan; 11 (% 3) Y serotaldekoa ziren; 5 (% 1), W135 eta 2 beste serotalde batzuetakoak ziren.

2.2 grafikoa. Gaixotasun meningokozikoa. B eta C serotaldeen intzidentzia-tasaren bilakaera. Gipuzkoa 1996-97tik 2014-15ko denboraldiak

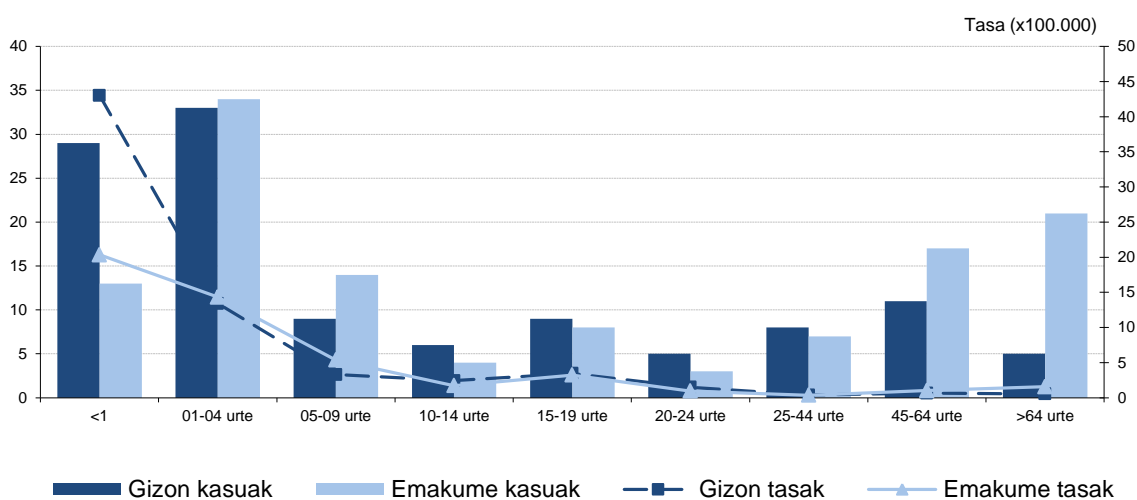


Azken 9 denboraldietan, eta txertaketaren ondorioz, gutxiagotu egin dira C serotaldeko GM kasuak, eta proportzioa % 8 izan da. 2014-2015 denboraldian eten egin da C serotaldeko *N. meningitidis* eragindako GMren intzidentziarik eza, hirugarren urtez jarraian eutsi badio ere.

GMren banaketa, adin-taldearen, sexuaren eta serotaldaren arabera:

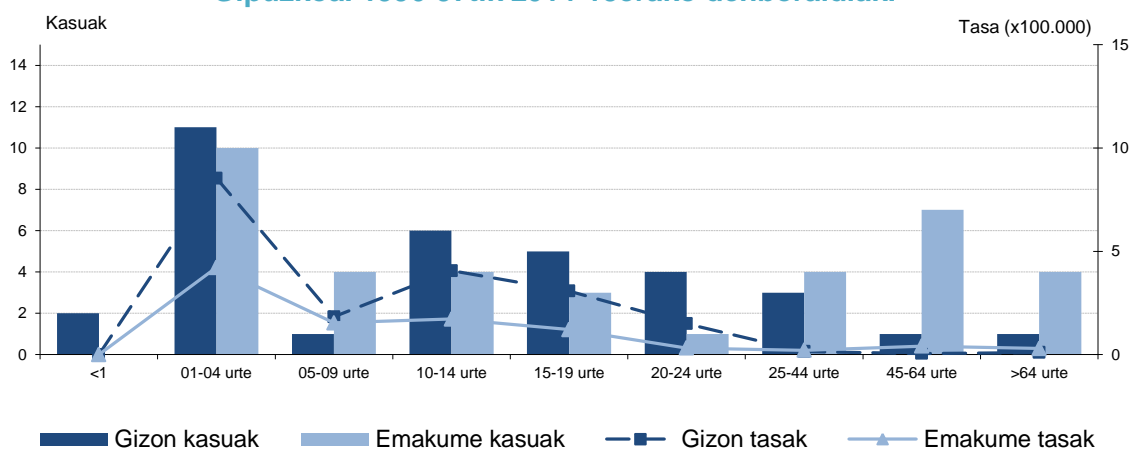
Azteraldi horretan 236 infekzio meningokoziko diagnostikatu ziren, B serotaldeakoak. Adin-taldearen eta sexuaren araberrako banaketa 2.3 grafikoan ageri da. Tasarik handienak urtebetez azpiko gizonezkoetan ($43,03 \times 10^5$), eta emakumezkoetan adin-talde berean eman ziren ($20,35 \times 10^5$). Intzidentzia gehieneko hurrengo taldea 1etik 4 urtera bitartekoa izan zen eta ez zen desberdintasunik egon gizonezko eta emakumezkoen artean.

2.3 grafikoa. B serotaldeko gaixotasun meningokozikoa. Kasuak eta intzidentziasak, adin-taldearen eta sexuaren arabera. Gipuzkoa. 1996-97tik 2014-15erako denboraldiak.



19 denboraldi horietan, C serotaldeko gaixotasun meningokozikoaren 71 gaixotasunen berri eman zen. Tasarik handienak 1etik 4 urtera bitarteko gizonezkoetan eman ziren ($8,5 \times 10^5$). 2.4 grafikoan ageri dira kasuak eta tasak, adin-taldearen eta sexuaren arabera.

2.4 grafikoa. C serotaldeko gaixotasun meningokozikoa. Kasuak eta intzidentziasak, adin-taldearen eta sexuaren arabera. Gipuzkoa. 1996-97tik 2014-15erako denboraldiak.



GM kasu guztien artetik, 31 hil egin ziren; denboraldien arteko hilgarritasun-tartea % 0tik % 17rako izan zen, eta mediana % 7.

C serotalderako txertaketa sartuz geroztik eta 2014-2015 denboraldiaren amaiera bitartean, C serotaldeko GM egiaztaturik zuten pazienteentzako 21 txertaketa-epairen berri eman da: 1997ko eta 2000ko kanpainen txertaturikoetan eman ziren 16 (10, txerto polisakarikoarekin, eta 6, konjugatuaren dosi batekin), eta beste 5ak haurren txertaketa-egutegiaren arabera txertatu ziren, 2000az geroztik eta 2006 baino lehen ezarritako txerto konjugatuaren 3 dosi emanda.

GMren intzidentziak zekarren beheranzko joera eten egin da azken denboraldian. Gipuzkoan, EAEn bezalaxe, GMren beheranzko joera bat dago, C meningokokoaren aurkako txertaketa-programei esker, batez ere .

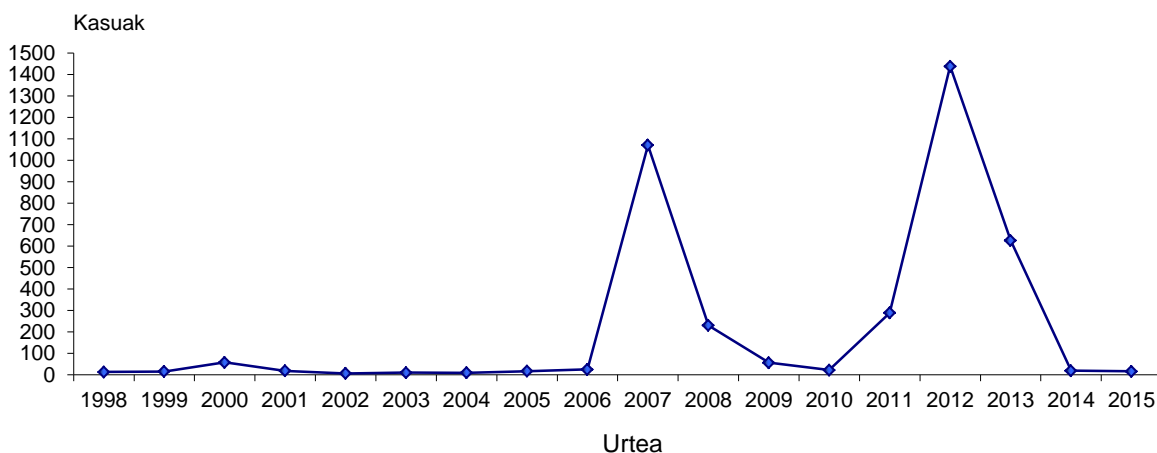
B serotaldeko GM gutxitzea gaixotasunaren eboluzioari epe luzera eragiten dioten aldaketa ziklikoekin lotzen da.

Parotiditisa

2015ean 16 parotiditis kasu jakinarazi dira (tasa 2,25 /100.000 biztanle), 2014an 19 izan ziren eta 2013an, 626. Emakumeak ziren 9, eta gizonezkoak 7; 15 urtez azpikoak 7 eta 15 urtekoak edo zaharragoak 9. Lau kasu agerraldi berean multzokatu ziren eta gainerakoak noizbehinkakoak izan ziren. 16 horietatik 7k PCR positiboa eman zuren parotiditisaren biruserako faringeko frotisean, 1 gertagarria zen eta gainerako 9ak susmagarriak, gaixotasunaren definizio klinikoa bakarrik betetzen baitzuten. Agerraldiak 19 urteko 4 gazte multzokatu zituen, unibertsitateko ikaskideak denak, eta 4k jarria zuten txerto hirukoitz birikoa. Kasu adierazlea martxoan hasi zen sintomak izaten, Madrilen egindako egonaldi batean parotiditis kasuekin kontaktuan egon eta gero.

2.5 grafikoan erakusten da 1998-2015 denboraldiko uhin epidemikoen bilakaera. Lehenengo tontorra 2000. urtean erregistratu zen 58 kasurekin (35 eskolako agerraldi batekoak ziren); bigarrena, 2007an, 1.070 kasurekin eta hirugarrena, 2012an, 1.438rekin. Azken horiek biztanleria orokorrean gertatu ziren.

2.5 grafikoa. Parotiditis kasuak, urteka. ABG. Gipuzkoa, 1998-2015.



EAEn, 1981an hasi ziren txerto hirukoitz birikoa jartzen, dosi bat emanda 12 hilabeterekin, 2 dosi, 1991z geroztik (12 hilabete eta 11 urte), eta 2000az geroztik 2 dosiko txertoa: 12 hilabeterekin eta 4 urterekin.

Errubeola

2015an, susmagarritzat jakinarazitako kasu bat baztertu egin zen, laborategiko proben bidez, errubeolaren txertorik hartu gabeko 11 urteko emakumezko batean.

Elgorria

2015ean ez da aitortu elgorri kasu bat bera ere, Gipuzkoan.

Tetanosa

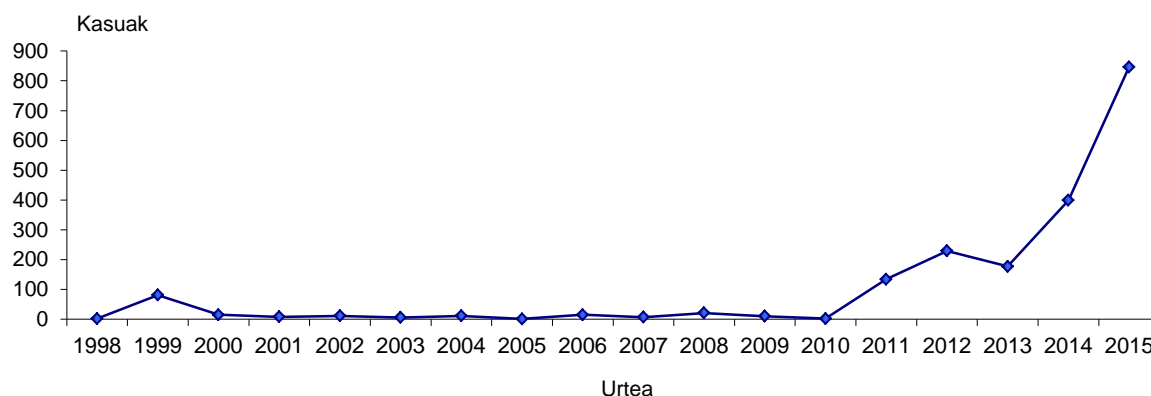
2015ean ez da aitortu tetanosaren kasu bat bera ere.

Kukutxeztula

2015ean, 846 kasu erregistratu ziren, 100.000 biztanleko 119,15eko tasarekin, eta 2014an, 399 (56,58ko tasa). EAEn 88,86koa izan da tasa, eta Estatu espainiarreko handiena da, atzetik Katalunia duela, 40,78 x 10⁵ tasarekin.

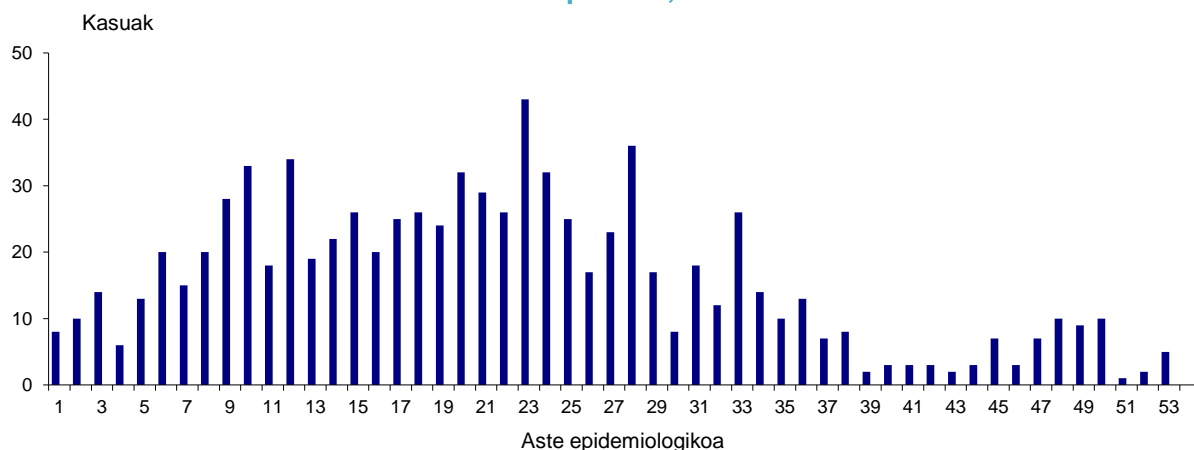
2.6 grafikoan adierazten den moduan, 1999an, igo egin zen kasu kopurua, 81 izateraino, eta harrez geroztik, joera beheranzkoa izan zen eta egonkor eutsi zion, bi kasu bakarrik jakinarazita 2010ean. 2011z geroztik, beste igoera bat ere izan zuen kukutxeztulak, eta halaxe eutsi dio azken urteetan. Unibertsala da *B. pertussis*eko sentiberatsuna. *B.pertussis*en kasuan, ez berezko infekzioak ez txertaketak, ez dute ematen immunitate iraunkorrik; beraz ohikoa da berriz infektatzea. EAEn, kukutxeztularen txertoa jartzen da 1975az geroztik, DTParen 3 dosi emanda. 1996an, 4. dosia ematen hasi ziren 15-18 hilabeterekin, eta 2001ean egutegia aldatu egin zen eta DTParen 5. dosia sartu, 4-6 urterekin emateko. 2005ean, aldatu egin zen, haurren egutegian, zelula osoen kukutxeztularen txertoa, eta kukutxeztul zelulagabearen txertoa jartzen hasi ziren. Txertaketen estaldura % 90etik gorakoa da oraindik ere. 2015ean, bi egoera nabarmendu behar dira kukutxeztularen txertoari dagokionez. Lehena, 2015ean dTpa txertoa sartzea (difteria-tetanos-kukutxeztula) haurdunentzako, 27. astetik 36.era bitarteko haurdunaldian jartzeko. Bigarrena, irailetik aurrerako dTpa txertoaren hornikuntzarik eza; beraz 6 urtetako txertaketa atzeratu egiten da hartaz hornitu arte.

2.6 grafikoa. Kukutxeztularen kasu kopurua, urteka.
ABG. Gipuzkoa, 1998-2015.



Jakinarazitako 846 kasuetatik, % 46 gizonetzkoa zen, eta % 54 emakumezkoa, 27 egunetik 93 urtera bitarteko adin-tartearekin, eta 10 urteko medianarekin; 43 haur urtebetez azpikoak ziren, eta 16, berriz, 4 hilabetez azpikoak. Banaketa geografikoari dagokionez, Donostialdeako ESIkoak ziren 559 kasu, Bidasoako ESIkoak 160, Goierri-Urola Garaiko ESIkoak 57, Tolosaldeako ESIkoak 32, Debagoieneko ESIkoak 8 eta Debabarreneko ESIkoak 30. Sintomak hasitako dataren arabera aurkeztu ziren kasuak kurba epidemikoan.

2.7 grafikoa. Kukatxeztul kasuen kopurua, aste epidemiologikoaren arabera. ABG. IMS. Gipuzkoa, 2015.



Eztul etengabea eta paroxistikoa edukitzea izan zen sintoma nagusia, eta, batzuetan, goragalegarria izatea ere bai.

Ospitaleratu beharra izan zuten 12 bularreko haurrek: 1, lau hilabetekoa, eta 11, bi hilabetezkoa, artean txertaketarekin hasi gabeak. Erasandako 3 lagunen amek txertoa jarria zuten. Haurdunaldia bukatu aurretik jaio ziren horietako bi, 35 eta 36 asterekin (amak txertoa hartu eta astebetera), eta batek ez zuen erantzun. Beste datu garrantzitsu bat da 12 bularreko ume horietatik 10 sintomekin hasi zirela urteko lehenengo sei hilabeteetan. Kontuan hartzen bada haurdunak txertatzen otsailaren lehenengan hasi zirela, eta maiatzetik abendura bitartean 2 hilabetez azpikoetan kasurik ez zela egon, neurria eraginkorra dela iradokitzen digu horrek.

Kasu horietatik (846) faringeko frotisa eskatu zitzaizkien 826ri, eta PCR + eman zuten % 98k.

Txertaketa-egoera osatua dela esaten da kukutxeztularen txertaketa-egutegian jasotako 5 dosiak hartu badira (2.3 taula). Urtebetez azpikoetan, 15ek jarri gabe zuten txerto bakar bat bera ere: 13k hiru hilabetez azpikoa izateagatik eta 2k, ideologiagatik. 1etik 5 urterakoen taldean, txertoa ondo jarria zuten, bere adinerako, 220k (% 95,2), eta 11k (% 4,8) jaso gabea zuten dTpa-ren dosi bakar bat ere. Bestalde, 6tik 13 urtea bitarteko txertaketen ehunekoa ezin da baloratu, txertoaren 5. dosiak 2015ean izan zuten murrizketagatik.

2.3 taula. Txertaketa-egoeraren banaketa, adin-taldeka. ABG. Gipuzkoa, 2015

Txertaketa	< urtebete	1-5 urte	6-13 urte	14-34 urte	> 35 urte
Bai		5	263 (83,7%)	36 (72%)	7 (3,5%)
Ez/osatugabea	42* (98,0%)	231*(96%)	46 (14%)	2	82 (41,1%)
Jaso gabe	1	4	7	12 (24%)	109 (41,4%)
Kasuak, guztira	43	240	316	50	198

*2 hilabete eta 5 urte bitarteko 260 kasuetatik 13k (% 5) ez dute jarraitu DTPa-ren haurrentzako txertaketa-egutegia.

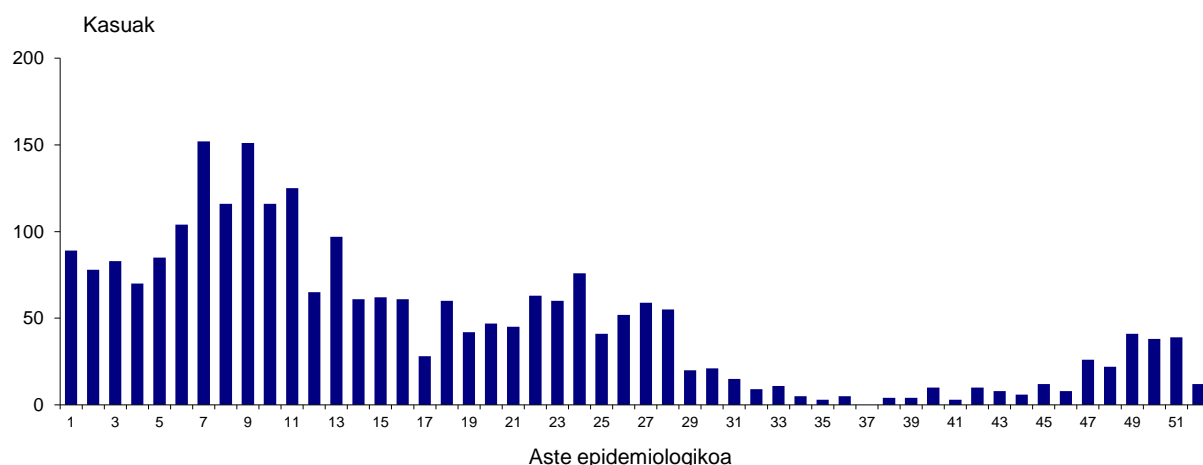
Inkestan jasotako informazioaren arabera, 846 kasu horietatik 95 ikastetxeko agerraldietan multzokatu ziren, 4 eta 23 bitarteko erasandakorekin. Harremanetan jarri ginen zentro guztiekin, egoeraren berri eman zen eta bitan txertoa jarri zitzairen ikasleei.

175 kasutan, familia mailakoa izan zen kontaktua. Antibiotikoen terapia jarri zitzairen kasuei kontrol-neurritzat, eta tratamendua hasi eta 5 egunean, ikastetxera joan gabe egon ziren. Kontaktuek, berriz, lehen hezkuntzako langileek protokoloan ezarritako gomendioak jarraitu zituzten kontrol-neurritzat.

Barizela

2015ean, 2.516 barizela kasu jakinarazi ziren numerikoki: urteko 354,37ko tasa 100.000 biztanleko. 2014an, 2.574 kasuren berri eman zen. Kurba epidemikoan ABGra aitorturiko kasuak erakusten dira aste epidemiologikoaren arabera. Intzidentziarik handiena 7. eta 9. asteetan izan zen, otsailean, eta, txikiena, 37. astean, irailean.

2.8 grafikoa. Barizela kasuak, asteka. ABG. Gipuzkoa, 2015



2.4 taulan erakusten dira zenbat lagun ospitaleratu diren azken 9 urteetan, sendagiria ematean barizela diagnostikoa zutenak, Gipuzkoako egoiliarren artean. Datuak akutuen EAEko ospitaleko publiko guztietako ospitaleko sendagiriaren DGOMtik atera dira. Datuek erakusten dute ospitaleratze kopuruak egonkor eutsi diola. 2014an, 29 sendagiritik, 13 gizona ziren eta 7 emakumeak; 15 urtez azpikoak ziren 20, eta 15 urtekoak edo gehiagokoak, 9.

2.4 taula. Barizelak jota ospitaleratutakoak (GNS 9:052). DGOM Gipuzkoa, 2006-2014.

ADINA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
0-14	16	20	10	22	21	14	21	23	20
≥ 15	16	14	15	13	11	12	11	12	9
GUZTIRA	32	34	25	35	32	26	32	35	29

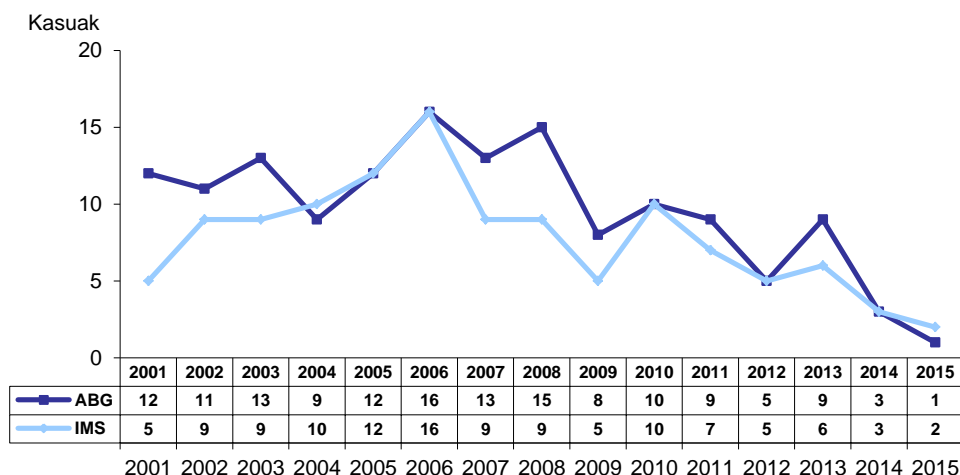
2014an emandako ospitaleko sendagiriei zegokien batez bestekoa egonaldia 6,69 egunekoa izan zen (DE: 12,47 egun) 0tik 14 urtera bitartekoen 20 sendagiritik, 14k ez zuten konplikaziorik izan, 1ek konplikazio zehaztugabeak izan zituen, eta 4k beste konplikazio zehatu batzuk eta 1ek pneumonitis bat; 15 urteko edo gehiagokoen taldeko 9 ospitaleratuetatik, 4k ez uzten konplikaziorik izan, 2k pneumonitis izan zuten eta 3k beste konplikazio zehaztu batzuk. Hil egin zen patologia anizdun 60 urteko emakume bat.

B hepatitis

Definizio kliniko bat betetzen zuten kasuak (hepatitisaren sintomatologia eta transaminasak igotzea) eta, gainera, laborategian egiaztatzen zirenak bakarrik (IgM antiHbc eta AgHBs positibo) erregistratu ziren, eta, beraz, eramaileak eta gaixo kronikoak baztertu egin ziren.

2015ean, laborategian egiaztaturiko 2 kasuren berri eman zen; 1 Gipuzkoatik kanpo bizi zenez, kasu bakar bat erregistratu zen (0,14ko tasa 100.000 biztanleko) (2.9 grafikoa). Kasua 58 urteko gizon bat zen, gaixotasun hematologikoa izateagatik tratamendu medikoa hartzen ari zen, eta inkestak ez zuen arrisku-faktorea zehaztu. Profilaxia gomendatu zitzaizkien kontaktuei.

2.9 grafikoa. B hepatitisaren kasu kopurua. ABG. IMS. Gipuzkoa, 2001-2015.



B hepatitis ez harrapatzeko prebentzio-neurririk eraginkorra txertoa hartzea da. B hepatitisaren aurkako txertoak oso eraginkorrak eta seguruak dira. EAEk gaur egun estrategia bat du BHren aurka: haur guztiei txertoaren 3 dosi jarri, infekzioa hartzeko arriskuan dauden taldeei ere txertoa eman eta emakume haurdunei ere bai, aurretik zehaztutako serologikoa eginda.

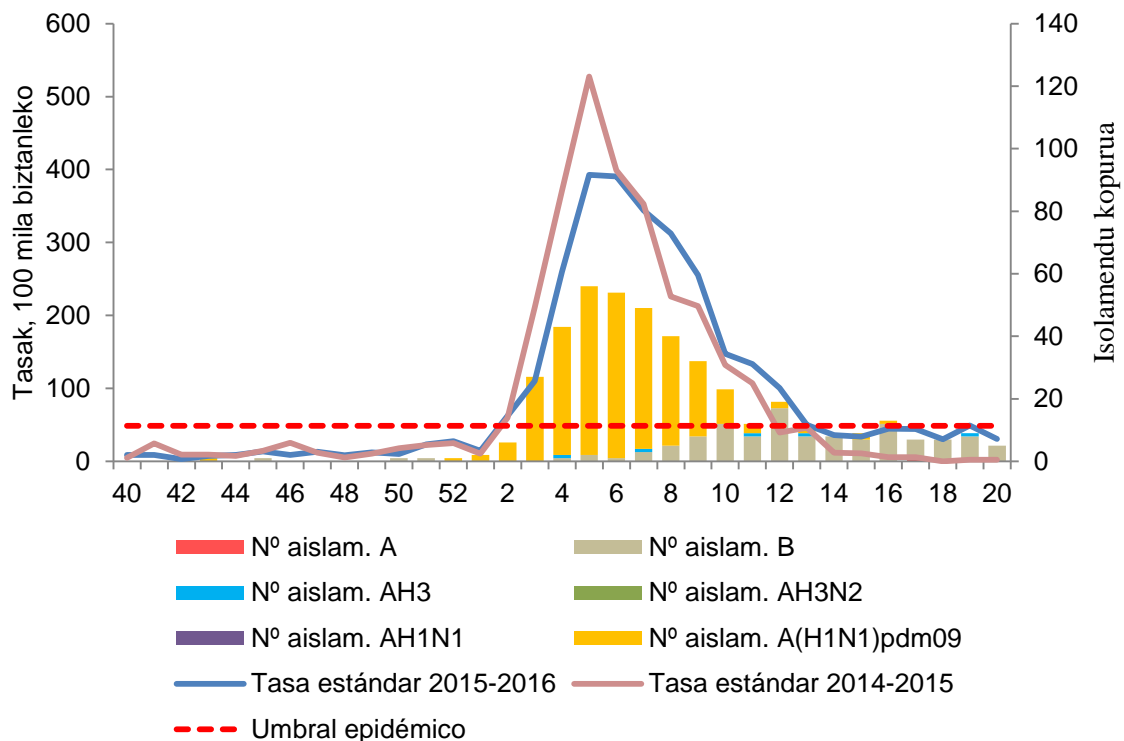
Arnas transmisiozko gaixotasunak

Gripea

Jagole-sarea

2015-16 denboraldian, Jagole-sareak 1.809 gripe kasu erregistratu ditu (3.183,1 kasu 100.000 biztanleko). Epidemia-atalasea (48,50/100.000) 2016/1. astean gainditu zen (62,1 kasu/100.000) eta gailur epidemikoa 2016/4. astean izan zen (392,7 kasu /100.000), eta atzera oinarritzko mailetara itzuli zen 2016/13. astean (35,8 kasu/100.000). 12 asteko epidemialdia zehazten du horrek. 2015-16 denboraldiko uhin epidemikoak ez zituen aurreko denboraldian adinako intzidentziak izan, baina luzeagoa izan zen denboraz. Gipuzkoako kasuak EAEn aitorturiko guztien % 43,7 izan ziren.

2.10 grafikoa. Eboluzioa, asteka. 2015-2016. EAE



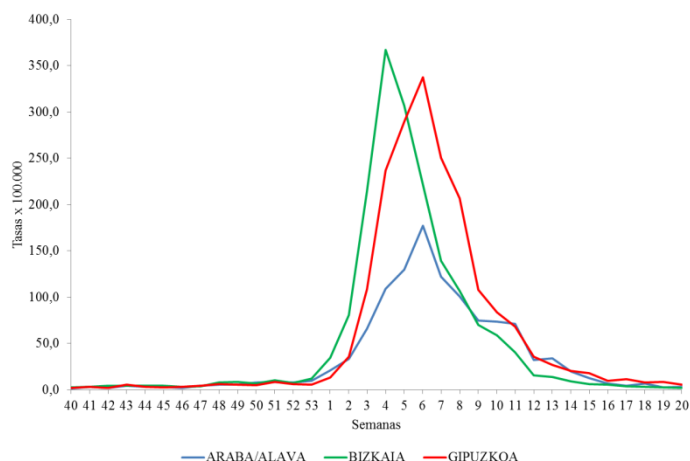
Denboraldiko lehen isolamendua, A(H1N1)pdm09 birus bat, 2015eko 43. astean erregistratu zen.

Jagole-sarean, % 62,8koa izan da baieztapen mikrobiologikoa. Nabarmen gailendu da A(nH1N1)pdm09ren zirkulazioa, baina B motako birusen isolamenduak izan dira, batik bat, 2016ko 10. astetik aurrerakoak. Genotipoa jarritako birusen artean, % 94 A/SouthAfrica/3626/2013 birusa zen, eta % 6a, B/Brisbane/60/08 birusa.

Lehen mailako arreta

Osakidetzako lehen mailako arretaren sarean, 2015-16 denboraldian, gripe sindromearen ondoriozko 37.828 kontsulta erregistratu ziren. 100.000 biztanleko 1.740,9 kasuko tasa metatua esan nahi du horrek. Eskaerarik handiena 2016/4. astean zenbatu zen, 6.233 kontsultarekin (286,85 kasuko tasa 100.000 biztanleko). 2016ko 1. astetik 12.era bitartean erregistratu zen kontsulten % 92.

2.11 grafikoa. THren gripe sindromeak eragindako kontsultak. Tasak 100.000 biztanleko. 2015-16



Adin-talde guztietan, gripe-sindromearen ondoriozko maiztasunik handiena 2016ko 4. astean gertatu zen; nabarmenenak Otik 4 urtera bitarteko 100.000 biztanleko 733,6 kasuak.

Lurralde historikoei begiratuta, 100.000 biztanleko tasa gordin handienak honela adierazi dira: Araban 176,9 (2016/6 astea), Bizkaian 366,8 (2016/4 astea) eta Gipuzkoan 337,7 (2016/6 astea) (5. irudia). Epidemia, Gipuzkoan, pare bat asteko atzerapenez garatu da Bizkaiarekiko, eta Arabakoarekin bateratsu. (2.11 grafikoa.)

Kasu larriak

2015eko 40. astetik aurrera, 262 kasu larri aitortu dira, egiaztatutako gripe larriarekin ospitaleratuak (% 56 gizonezkoa). Adinaren batez bestekoa 56 urtekoa izan da (tartea: 0-95 urte). 2.5 taulan, arrisku-faktoreen banaketa eta erregistraturiko kasuen konplikazioak deskribatzen dira.

2.5 taula. Arrisku-faktoreak eta konplikazioak (%) Egiaztaturiko gripe larri kasu ospitaleratuak. EAE 2015-16

Arrisku-faktoreak	%
Bihotz-hodietako gaixotasun kronikoa	23,7
Diabetesa	18,7
Arnas gaixotasun kronikoa	23,7
Immunoeskasia	6,9
Giltzurruneko gaixotasun kronikoa	8,4
Gaixotasun onkologikoa	12,6
Obesitatea	5,0
Gibleko gaixotasun kronikoa	5,0
Konplikazioak	%
Pneumonia	87,8
ADAS*	17,6
Koinfektzioa	22,9
Organo anitzen hutsegitea	8,4

*ADAS: Arnas distres akutuaren sindromea

Kasuen % 89,7an A motako birusak identifikatu ziren [108 A(H1N1)pdm09, 3 AH3 eta 124 azpitipatu gabeko A], eta % 10,3, B birusak (27 kasu).

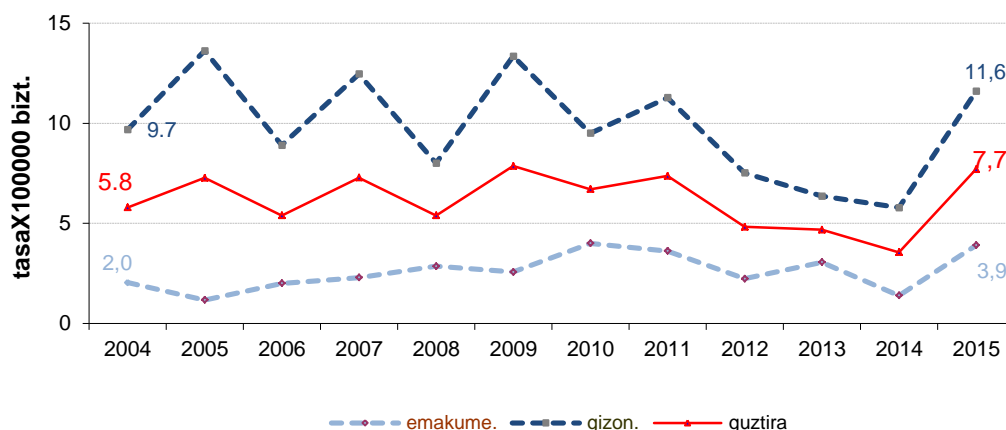
Gripearen aurkako txertaketan arrisku-taldeetan sarturiko kasuetatik (174), % 63,2k hartu gabe zuten 2015-16 denboraldiko gripe-aurkako txertoa. Kasuen % 38,2k ZIUn sartu beharra izan zuen.

22 heriotza erregistratu dira, % 86,4 arrisku-faktoredunak edo 64 urtetik gorakoak, eta, beraz, gripearen aurkako txertoaren xede-biztanleria. Horien % 37k hartu gabe zuten oraingo denboraldiko gripe-aurkako txertoa. Haurdunetan 5 kasu erregistratu dira, eta horietako 4k hartu gabe zuten oraingo denboraldiko gripe-aurkako txertoa.

Legionellosia

2015ean, 54 legionellosi kasuren berri eman da, 7,7ko tasa gordina 100.000 biztanleko. Horrek esan nahi du igoera handia eman dela iazkoarekiko, hiru urtean jarraian kasu kopurua jaisten aritu ondoren. Gorakada horrek gizon nahiz emakumezkoen eragin die (2.12 grafikoa) eta adin-talde guztietan, gainera. Instalazio arriskugarriak buruzko informazioa eta legionellosia kontrolatzeko Osasun Publikoko teknikariek garatutako programan ateratako emaitza mikrobiologikoen azaltzen dute intzidentziaren igoera hori.

2.12 grafikoa. Legionellosia, Gipuzkoan. Urteko tasa gordina 2004-2015. ABG.



Sexuen ratioa (gizon/emakume) 2,9koa da (40 kasu gizonetako eta 14, emakumetako), 11,6/100.000 tasa gizonentzat eta 3,9/100.000 tasa emakumetarako. Bi sexuak, 64 urtetik gorakoetan ikusten da tasarik handiena, emakumetako 50-64 urte bitartekoaren tasa pixka bat txikiagoa besterik ez bada ere (2.6 taula). Gizonetako txikiagoa izan da adinaren batez bestekoa emakumetako baino: 61,7 (DE:16,2) eta 72,2 (DE:13,5) urte, hurrenez hurren.

2.6 taula. Legionellosi kasuak eta tasa 100.000 biztanleko, adin-taldearen eta sexuaren arabera. Gipuzkoa, 2015.

Adin-taldea	Gizonetako	Emakumetako	Guztira
0-29 urte	1 (1,0)	--	1 (0,5)
30-49 urte	10 (8,8)	--	10 (4,5)
50-64 urte	11 (15,7)	6 (8,4)	17 (12,0)
>=65 urte	18 (30,8)	8 (9,9)	26 (18,7)
Guztira	40 (11,6)	14 (3,9)	54 (7,7)

Kasu guztiak pneumoniarekin izan dira (legionarioaren gaixotasuna), eta, guztietan, *Legionella pneumophila* Sg1en antigenoa detektatu da pixetan. 27 kasutan (% 50), lagina hartu da legionellaren kultiboa egiteko, eta 4tan bakarrik eman du positibo (aztertuen % 15 eta kasu guztien % 7).

54 kasuetatik 6 (% 11) ambulatioetan tratatu ziren eta ez zuten ospitaleratu beharrik izan. Ospitaleraturiko 48 kasuetatik 3k (kasu guztien % 6) zainketa mediko intentsiboak behar izan ditu. 45 kasutan badakigu zein egunetan eman zioten sendagiria ospitalean. Ospitaleratu 6 egun egon dira batez beste; gutxienez, 2 eta gehienez, 44. 5 heriotza erregistratu dira (hilgarritasuna: % 9).

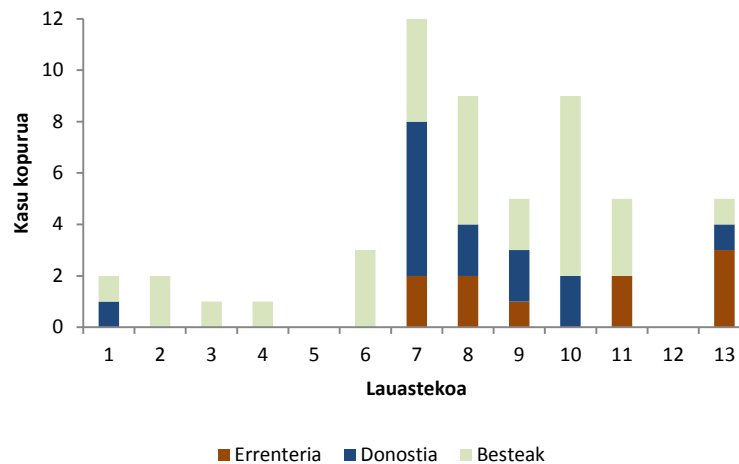
54 kasuetatik 7tan, ez zen identifikatu legionarioen gaixotasuna agertzearekin zerikusia duen arrisku-faktore indibidualik. Gainerako 47tan faktore horietako bat edo gehiago identifikatu ziren; ohikoena, tabakoa (kasu guztien % 52) (2.7 taula).

2.7 taula. Legionellosirako faktoreak. ABG. Gipuzkoa, 2015.

Arrisku-faktoreak	Kopurua (%)
Arriskurik gabe	7 (13)
Tabakoa	28 (52)
Diabetesa	14 (26)
Immunohezabatzaileak/kortikoterapia	12 (22)
Alkohola (kontsumo arriskugarria)	12 (22)
Arnas gaixotasun kronikoa	11 (20)
Neoplasia	3 (6)
Beste batzuk	5 (9)

Kasurik gehienak udako eta udazkeneko hilabeteetan gertatu dira (grafikoa): 7.etik 10.era arteko lauastekoetan (ekaineko bigarren hamabostalditik urriaren lehenengo atera), 35 kasu erregistratu dira (urteko kasuen % 65). Kasuen % 26 Donostiako egoiliarra zen (14), % 18,5 Errenteriarra (10) eta gainerako kasuak lurraldeko beste udalerrri batzuetakoak ziren. Donostiari dagokion tasa gordina Gipuzkoa osorako ikusi denaren antzekoa da; Errenteriarra, aldiz, lurraldekoa halako hiru da (25,3 vs 7,7). Errenterian erregistraturiko intzidentzia handi horren ondorioz, 2016an areagotu egingo dira, herri horretan, Bidasoa Eskualdeko Osasun Publikoko teknikariek legionella kontrolatzeko garatzen duten programaren ekintzak.

2.13 grafikoa. Legionellosi kasuak, lauastekoaren arabera. Gipuzkoa, 2015.



Ingurumen-arriskuei dagokienez, 2 kasutan ezin izan zen inkesta epidemiologikoa egin; 41 kasutan, ez zen arriskurik identifikatu (inkestaturikoen % 79); 2 kasu arriskugarritzat jotzen diren instalazioetara joan ohi ziren; kasu 1ek establezimendu termal batera joan izanaren aurrekaria zuen; 6 kasuk bidaiatu izanaren aurrekariak zituzten, hiru, hoteletan egonak eta beste hiru, establezimendu pribatuetan; eta kasu 1 ospitaleratu egin zuten gaixotasunaren inkubaldiaren uneraren batean. 2 kasutan, lan-jarduerari loturiko esposizio-arriskurik ba ote zegoen ere ikertu zen.

Agertzeko moduari dagokionez, bi denbora-espazio multzokatze garbi identifikatu ziren, testuinguru orokortzat legionellosiaren lurraldeko intzidentziaren gorakada zutela.

Lehenengo multzokatzea hiru kasuk osatu zuten, Donostiako Amara auzoan bizi zirenak hirurak. Ekainaren 18, 21 eta 22an hasi ziren sintomak izaten (7. lauastekoan): 77 eta 91 urteko bi emakume eta 67 urteko gizonezko bat. Inkesta epidemiologikoan ez zen identifikatu ohiko ingurumen-arriskuarekiko esposiziorik, bizilekuaz haratago eta Amaran leku berean ibiltzea baino. Egoeraren berri eman zitzaizen Zuzendariordeztako Ingurumen Osasuneko unitateari eta Donostiako Udalari, beharrezko balorazioa eta ikerketa egin zitzaizen, eta ingurumen-arriskurako elementu hauek identifikatu ziren:

- Hoztorreak: ez distantziak ez eta inkubazioaldian gailendu ziren haizeek ere, ez dute adierazten hoztorreak izan daitezkeen infekzio-iturri. Hala eta guztiz ere, gertueneko dorreen titularrei azken analisiak eskatu zitzaizkien, eta ez zen intzidentziarik identifikatu.
- Iturri apaingarriak: inguru horretan hiru iturri apaingarri daude; sareko ura erabiltzen dute eta birzirkulazio-zirkuitua ere badaukate. Hirurek daukate mantentze-lanen plan bat, udal-teknikariek urtero ikuskatu beharrekoa. Zuhurtzia-neurritzat geratu egin ziren hiru iturriak, eta ur-laginak hartu ziren. Analisisien emaitzek negatibo eman zuten kasu guztietan.
- Anoetako gasolina-zerbitzugunea: gertueneko etxetik 1.170 metrora dago lerro zuzenean, eta auto-garbiketako tren bat dauka. Instalazioa ikuskatu eta laginak hartu ziren, eta *Legionella pneumophila* sg 1 zegoela detektatu zen (<100); beraz, instalazioa itxiarazi eta beharrezko kontrol-neurriak harrarazi ziren. Donostiako Unibertsitate Ospitaleko Mikrobiologia-zerbitzuan genotipo-azterketa egin zen; instalazioan identifikaturiko anduiarena eta kasuetako baten karkaxa-lagin batetik jasotako anduiarena, eta bi eredu elektroferitiko erakutsi zituen.
- Kale-ureztapena: inkubazioaldian Amarako kaleetan erabilitako ureztatze-sistemari eta garbiketa-instalazioei buruzko informazioa eskatu zen eta sistema horien azkeneko ur-analisiak ere bai, eta ez zen gorabeherarik detektatu.
- Infekzio-iturri izan daitezkeen beste zera batzuk: Karlos I. etorbideko lanak: bibliografian ditugun aurrekariengatik, ikertu zen ea inkubazioaldian asfaltatzeko makinari erabili ote zuten lan horietarako, eta ez zituztela erabili ikusi zen.

Egindako azterlanean ez zen lortu infekzio-iturria zein izen zen identifikatzerik.

Bigarren multzokatzea Erreterian gertatu zen, abenduan (13. lauastekoan); hiru kasu erregistratu ziren, sintomak ematen hilaren 14, 15 eta 18an hasitakoak. Bi emakumeak ziren, 62 eta 86 urtekoak eta bat, gizonezkoa, 57 urtekoa, hirurak udalerrian hiru lekutan bizi zirenak. Kasuetako biri egindako inkesta epidemiologikoan ez zuen adierazi ohiko ingurumen-arriskuarekiko esposiziorik egon zenik. Hirugarren kasuari ez zitzaion inkestarik egin. Egoeraren berri eman zitzaizen Zuzendariordeztako Ingurumen Osasuneko unitateari eta Bidasoako Eskualdeari, beharrezko balorazioa eta ikerketa egin zitzaizen, eta ingurumen-arriskurako elementu hauek identifikatu ziren:

- Hoztorreak: ingurumen-laginak hartu ziren eta instalazio arriskugarrien kontrolerako esparruan egindako azken emaitza analitikoek buruzko dokumentazioa eskatu zen, horrelako instalazioak dauzkaten inguruko 8 enpresetan. Enpresetako batek (A enpresa) esan zuen bere azken analisiek (2015/12/17) legionella zegoela adierazten zutela (1.500 ufc/l); beraz, instalazioan garbiketa eta desinfekzioko tratamenduak lehenbailehen egin eta gero zegozkion kontrol mikrobiologikoak egiteko eskatu zitzaion. Gainerako 7 enpresetan, 15 ur-lagin jaso ziren hainbat instalazio arriskugarritan. Enpresa bateko (B enpresa) lau laginetatik batean, *Legionella pneumophila* sg 1en kontaketa handia identifikatu zen, eta, beraz, garbiketa eta desinfekzioko tratamendu bat egiteko eskatu zitzaion, eta analisisien emaitzak bidaltzeko, tratamendu horren eraginkortasuna egiaztatzeko.
- Infekzio-iturri izan zitezkeen artean, Euskotrenen trenbideak ikertu ziren: Hiru kasuen etxebizitzak Euskotrenen trenbideetatik oso gertu daudenez, egoki iritzi zitzaion ikerketa bat egiteari, ikusteko ea trenbidearen ertzetan bazegoen trenen karranka gutxitzeko jarritako ur-aspertsorerik, Erreteriatik igarotzen den zatian. Enpresak esan zuen ez zegoela aspertsore-sistematik ezarritan Erreterian. Bidasoako eskualde-zentroko teknikariek Erreteriatik igarotzen den trenbidearen ibilbidea egin zuten, ikusteko ba ote zegoen legionella isur zezakeen jardueraren bat-edo erregistratu gabea. Instalazio bat identifikatu zen arrisku pixka bat ekar zezakeena, eta beharrezko zuzenketa-neurriak hartzeko eskatu zitzaion haren jabeari.

A enpresako hoztorreak dira infekzio-iturri izan daitezkeelako arriskugarritzat identifikatu diren elementu bakarrak multzokatze horretan; nahiz eta ezin izan den egiaztatu hipotesi hori, kasuen andurik ez dagoelako. Bestalde, azken kasuaren sintomak hasi zirenetik enpresan zuzenketa-neurriak ezarri ziren arte 17 egun igaro zirenez, ez zen legionellosi kasurik jakinarazi.

Bi multzokatze horiez gain, Osasun Publikoko teknikariek ingurumen-ikerketa bat egin zuten beharrezko zela iritzi zioten kasuetan. Ikerketa horren zati, 6 ingurumen-lagin hartu ziren legionella-azterketa egiteko: bat, kasu baten etxean; hiru, instalazio arriskugarrietan (bi kiroldegi eta zaharren egoitza bat), eta bi, kasuen etxebizitzatik eta/edo lantokitik gertu hozte-zirkuituak dituzten enpresetan. Kasu guztietan, negatibo eman zuten kultiboen emaitzek. Gainera, Osalaneko teknikariek lan-esposiziorik ba ote zegoen aztertu zuten bi kasutan, eta bietan ezeztatu egin zen aukera hori. Prebentzio-medikuntzako zerbitzuak (DUO) egindako ikerketan, baztertu egin zen legionellosia izan aurretik ospitaleratua egon zen kasu batek jatorri nosokomiala izan zuenik.

Legenarra

Hansen gaixotasunerako OMEk gomendatutako tratamendua (bazilo anitzeko polikimioterapia) egin eta gero 2013an alta terapeutikoa eman zitzaion paziente batean, utzi egin zitzaion jarraipena egiteari 2015ean.

Tuberkulosia

2015ean Gipuzkoan erregistraturiko tuberkulosi kasuak aurkeztu dira. Hainbat iturritako kasuen bilaketa aktibo bat sartu da erregistroan (mikrobiologiako laborategiak eta Gipuzkoako ospitale publikoetako sendagirien erregistroa).

Aurkezten diren datuak behin behinekoak badira ere, 2015eko erregistroa behin betiko ixtean gerta daitezkeen aldatetok ez diote eragingo, funtsean, aurkeztu den informazioari.

Gipuzkoako Lurralde Historikoan, 2015an, 101 tuberkulosi kasu erregistratu dira guztira; 100.000 biztanleko 14,2ko tasa gordina esan nahi du horrek. Beraz, % 22,8ko jaitsiera aurreko urtearekin alderatuta (2.8 taula). 101 kasuetatik 4k beren bizitzako momenturen batean tuberkulosia izanaren aurrekaria zuten, eta, horregatik, hasierako kasuen intzidentzia 100.000 biztanleko 13,8koa izan da. Kasuen % 56 (101/57) ospitaleratu egin da diagnosia egiteko eta/edo tratamenduarekin hasteko.

2.8 taula. TBC kasuen eboluzioa eta tasa, 100 mila biztanleko. Gipuzkoa, 2006-2015.

URTEA	KASU KOPURUA	TASA/100.000 biz.*	ALDAKETA, AURREKO URTEAREKIKO
2006	209	31,0	--
2007	171	24,9	-19,7%
2008	149	21,7	-12,9%
2009	175	25,5	+17,5%
2010	143	20,8	-18,4%
2011	148	21,1	+1,4%
2012	122	17,4	-17,5%
2013	116	16,4	-5,7%
2014	130	18,4	+14,6%
2015**	101	14,2	-22,8%

*tasa gordina.

**behin-behineko datuak

Gipuzkoan lehenengo aldiz, 2015ean erregistraturiko kasuen sexu-ratioa (gizon/emakume) 1 baino txikiagoa da, kasu gehiago direlarik emakumezkoen artean (51, tasa gordina: 14,2/100.000) gizonezkoetan baino (50, tasa gordina: 14,5/100.000). Kasuen % 45ek 45 urte baino gutxiago du. Gizonezkoetan, tasarik handiena 75 urteko edo gehiagoko taldean ikusten da; emakumezkoetan, 25-34ko taldea eta 74tik gorako taldea dira tasarik handienekoak (2.9 taula). Kasu bakarra erregistratu da 15 urtez azpikoa: 8 urteko neskato bat, BCG txertoa hartu gabea, Espainian jaioa tuberkulosi endemia handi duen herrialde bateko familia batean, eta bertan egonaldi luzea egin izanaren aurrekariarekin.

2.9 taula. TBC kasuak 100.000 biztanleko, adinaren eta sexuaren arabera. Gipuzkoa, 2015.

ADINA	KASU KOPURUA			TASA/100.000		
	Gizonezk.	Emakume.	Guztira	Gizonezk.	Emakume.	Guztira
0-4	0	0	0	0.0	0.0	0.0
5-14	0	1	1	0.0	3.1	1.5
15-24	2	2	4	6.5	6.9	6.7
25-34	8	10	18	17.1	22.3	19.6
35-44	13	10	23	21.8	17.9	19.9
45-54	10	6	16	18.7	11.2	14.9
55-64	5	8	13	11.3	17.5	14.5
65-74	5	4	9	15.8	11.3	13.4
>=75	7	10	17	26.0	22.2	23.6
GUZTIRA	50	51	101	14.5	14.2	14.2

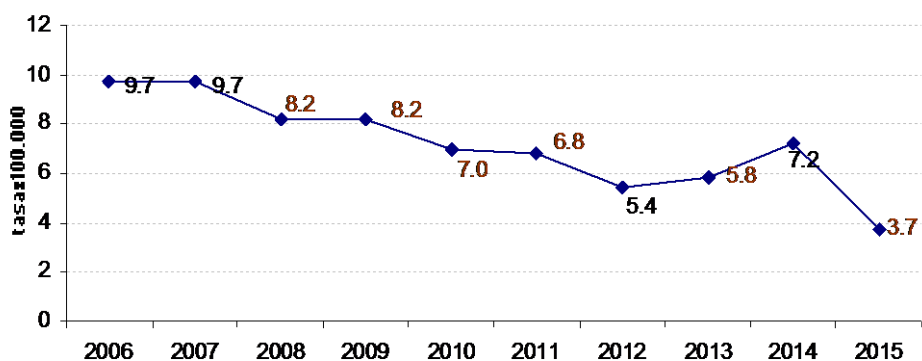
2.10 taulan ikus daiteke zer kokapen erakutsi duten 101 kasuek (batzuek bat baino gehiago erakusten dituzte). Gaixotasuna biriketan lokalizatu da, beste kokapen batzuekin batera edo gabe, 53 kasutan (guztiaren % 52,5); 100.000 biztanleko 7,5eko tasa esan nahi du horrek. Gaixotasuna meningean kokatuta zuten kasu guztiek 40 eta 70 urte bitartean zituzten, eta horietako 4k gaixotasuna modu barreiatuan azaltzeko arriskuarekin zerikusia duen baldintzaren bat erakutsi dute.

2.10 taula. TBC kasuen banaketa, kokapenaren arabera. Gipuzkoa, 2015.

LOKALIZAZIOA	KASU KOPURUA
Birikak	53
Pleura	12
Linfa	17
Begiak	7
Hezur-giltzadurak	6
Peritoneoa	6
Barreiatua/miliarra	5
Meningea	5
Gernu-genitala	3
Larruazala	2
Beste batzuk	3

Diagnosi-metodoari dagokionez, 77 kasuak (guztiaren % 76 eta biriketan lokalizatzen zaien kasuen % 94) kultibo positiboa eman dute lagin biologikoren batean. 26 dira (biriketako erasana duten kasuen % 49) karkaxaren zuzeneko mikroskopian positibo eman duenak; baziliferoen 3,7ko intzidentzia-tasa 100.000 biztanleko esan nahi du horrek. 2.14 grafikoa). Sentikortasun-azterketa egin da 76 pazienteren beste hainbeste anduitan: 63 andui (% 83) sentikor agertu dira azterturiko farmako guztietarako; 2 anduik erresistentzia erakutsi dute isoniazidarekiko; 2k, etanbutolarekiko; 1ek, rifanpizinarekiko; 1ek pirazinamidarekiko (*M bovis*-en anduia); 1ek, estreptomizinarekiko; 1ek isoniazida eta etionamidarekiko; 1ek, isoniazida eta estreptomizinarekiko, eta 4 anduik, multierresistentzia erakutsi dute, eta denak atzerrian jaiotakoena dira. Erresistentziaren bat erakutsi duten 13 kasuek tuberkulosiaren aurkako tratamendua jasotzen zuten lehenengo aldia zuten.

2.14 grafikoa. Karkaxetan BK positiboa eman duten tuberkulosien tasa gordina. Gipuzkoa, 2006-2015.



2.11 taulan agertzen da biriketako afekzioa duten kasuen diagnosi-atzerapena; hots, sintomak ematen hasi eta tratamendua jarri arte igarotako egun kopurua. Atzerapena 55 egunekoa izan da, batez beste, bazilifero kasuentzat, eta 65 egunekoa, ez-baziliferoentzat; mediana, berriz, 31,5 eta 57,5 egunekoa, hurrenez hurren. Desberdintasun horiek estatistikoki esanguratsuak dira.

2.11 taula. Diagnosi-atzerapena (egunak), biriketako afekziodunetan. Gipuzkoa, 2015.

	Baziliferoak	Ez-baziliferoak	Guztira
N	26	27	53
Batez bestekoa	55,0 (78,1)	64,6 (44,9)	59,9 (62,9)
Mediana	31,5	57,5	42,0

57 kasutan (guztiaren % 56), tuberkulosia izateko arrisku-faktore baten berri eman da. Tabakismoa da gehien aitortu den arrisku-faktorea: 27 (guztiaren % 27). Eta jarraian, maiztasunaren arabera: gaixotasun edo tratamendu immunoezabatzaile bat (12 kasu), diabetesa (11 kasu), alkoholismoa (10 kasu), beste kasu batekin kontaktu izan berria (7 kasu, edota ostalariaren erantzun-gaitasuna murrizten duen beste prozesuren bat (11 kasu). 62 kasutan aztertu da GIBarekin baterako infekzioa, eta 2k positibo eman dute. Beste arrisku-faktore/-egoera batzuk: kasu 1 langile sanitarioa zen, beste kasu 1 espetxean giltzapetuta zegoen eta 2 kasu gizarte-bazterketako egoera larrian zeuden.

101 kasuetatik 26 (% 26) atzerrian jaioak ziren: 8, afrikarrak (5 ipar-afrikarrak); 5, amerikarrak; 9, asiarrak (8 pakistandar) eta 4, errumaniarrak. 26 kasuetan badakigu noiz sartu ziren gure herrialdean, eta jakin dezakegu zenbat denbora igaro zen ordutik tuberkulosiaren diagnostikoa egin zitzaizen arte: 9 kasutan (kasuen % 37,5), diagnostikoa lehenengo 5 urtean egin zen; gutxiengo denbora 7 hilabetekoa izan zen, eta gehiengoa, 40 urte.

2.12 taulan 2006-2015 denboraldiko urteroko tasa gordinak erakusten dira ESI/eskualde sanitarioa.

2.12 taula. TBCren tasa gordinak 100 mila bizt., ESlen arabera. Gipuzkoa, 2006-2015.

ESKUALDEA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Debagoiena ⁺	43.2	32.1	27.4	27.5	11.3	25.3	19,0	15.7	15.5	12.4
Debabarrena ⁺	37.9	26.8	19.8	43.9	42.6	26.3	20,8	19.3	30.1	20.4
Goierri-Urola	43.5	41.3	31.0	26.5	29.7	22.4	17,0	17.8	21.6	14.2
Tolosaldea	26.8	11.7	13.3	24,8	19.7	22.5	35,4	14.3	23.4	17.0
Donostialdea	27.7	22.7	21.2	23.7	17.6	20.1	14,1	14.3	15.5	13.0
Bidasoa	17.0	22.0	16.6	11.4	16.2	15.7	17,0	21.0	9.2	11.8
GUZTIRA⁺	30.8	25.1	21.7	25.1	21.1	21.2	17,7	16.1	17.8	14.1

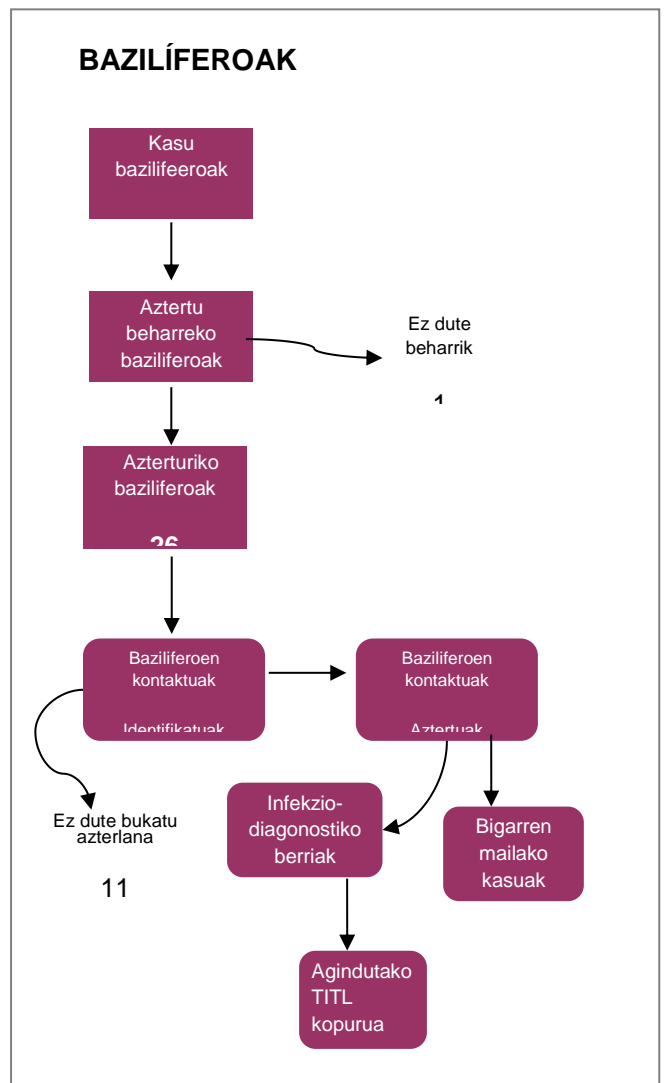
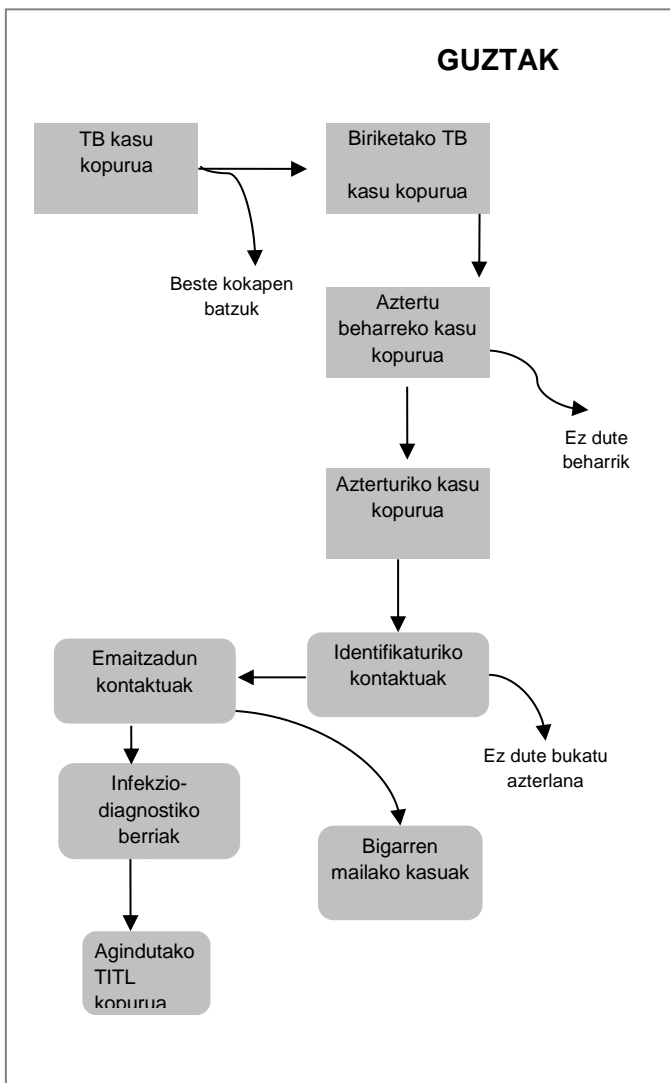
*behin-behineko datuak

⁺Ermua, Mallabia eta Aramaioko datuak ere sartu dira.

TBC kasuen kontaktuen azterketa:

Aurkeztu diren datuak Gipuzkoako **Osasun eremukoak** dira, Ermuko eta Mallabiko (Bizkaia) eta Aramaioko (Araba) datuak ere sartuta.

2015ean diagnostikatu diren biriketako afekzio mota guztien kontaktuen azterketen emaitzak aztertu dira.



Infektatu gisa sailkatu dira 1 zirkuluko baziliferoen kontaktuak, Manotux 5mm-koa edo handiagoa dutenak (10mm, BCG txertoa hartutako haurretan), eta gainerako egoeretan eten-puntua 10mm-an dago (15 mm, BCG txertoa hartutako haurretan).

Azterketan hasi ziren kontaktuen % 96k amaitu egin zuten, eta horiek sartu dira jarraian aurkezten ditugun emaitzen laburpenean.

2.13 taulan aurkezten da nola banatzen diren Gipuzkoako Antolamendu Sanitario berriaren arabera aztertutako kontaktuak.

2.13 taula. TBCren kontaktuen banaketa, ESika. Gipuzkoa, 2015.

	Debagoien	Debararren	Bidasoa	Donostialdea	Goierri	Tolosaldea
Identifikatur. kontaktuak	64	30	13	111	21	142
Aztertutako kontaktuak	63	29	13	107	21	133
Kontaktu kop., kasuko	21	3,6	3,3	4,5	4,2	16,6

2015ean aztertutako kasu kopurua asko murriztu da aurreko urtearekin alderatuta, biriketako kasuen kopurua ere jaitsi egin delako.

Aztertutako kontaktuen batez bestekoa 6,8koa da, kasuko. Aztertutako kasuen % 45,7 emakumea zen, eta % 54,3, gizonezkoa. Aztertutako kontaktuen adinaren mediana 34,5 urtekoa zen.

Kontaktuen % 29,2k BCG txertoa hartua zuen, eta kontaktuen erdietan baino gehiagotan ezin izan zen datu hori jakin, nahiz eta erdia baino gehiago txertaketa-sistemadun egutegietakoa izan.

PPD agindu zitzaion aztertutako kasuen % 43,3ri, eta horien % 7,6k biraketa bat egin zuen (indurazioa 6 mm haztea, gutxienez, proba batetik bestera).

IGRA test bat egin zen 112 kontaktutan, hots, aztertutako kontaktu guztien % 30,8n, eta horien % 22k emaitza positiboa jaso zuen. Emaitza negatiboa eman zutenen % 3,8k biraketa bat egin zuten proba errepikatzean.

2.14 taula. Infekzioa, kasu adierazlearen bakteriologiaren eta kontaktu mailaren arabera Biriketako tuberkulosiaren kasuak. Gipuzkoa, 2015.

GIPUZKOAKO EREMUA	Identif. kontak.	Aztertut. kontak.	Infektatuak, guztira	Biraketak, guztira	Infektat. %	TIT kop.	%	Kasuak
RME: BK (+)ren 1. zirkulua	66	65	29	0	44,6	26	40,0	4
RE: BK (-)ren 1. zirkulua eta BK (+)ren 2. zirkulua	222	215	48	9	22,3	30	13,9	0
BESTE BATZUK: Beste egoera batzuk	94	89	16	2	17,9	10	11,2	0
GUZTIRA	381	366	93	11	25,4	66	18,0	4

Kasu adierazlearen egoera mikrobiologikoari dagokionez, kasu bazilifero baten kontaktua zen % 81, eta karkaxaren baziloskopian negatibo eta kultiboan positibo eman zuen kasu batena, % 8,5.

Kontaktuen azterketan detektaturiko bigarren mailako kasuak 4 izan dira.

Tuberkulosi infekzioaren tratamendua (TIT) agindu da aztertutako kontaktu guztien % 18an. Baziliferoen kontaktuetan, PPD positibo eman dutenen % 30etan eginda da hori.

Jarraibide motza erabili da maizenik TITerako: isoniazida eta rifampizina hiru hilabeteen, profilaxia aginduta zuten kontaktuen % 84an. Agindu guztien %4n agindu zen sei hilabeteen isoniazida hartzeko jarraibidea. Lehen mailako kimioprofilaxiak izan ziren % 9,1.

TIT betetzeari buruzko datuak oraindik ez dira behin betikoak. 2014ko betetzeen datuak aurkeztu dira. 139 TIT agindu ziren eta % 7,2k utzi egin zuten, % 6,5i kendu egin zitzaion intolerantziagatik eta % 79,1ek zuzen bete zuen tratamendua.

Kasuen multzokatzea

Bost agerraldi identifikatu dira (kasu adierazle batetik abiatutako kasu bat edo gehiago dira): lau familiartekoak eta bat lagunartekoa.

Tolosan 2010-2013 denboraldian gertaturiko agerraldi batekin lotura epidemiologikoa duen kasu bat diagnostikatu da.

Programaren helburuak

<i>Diagnostikoa:</i>	Helburua	2015
Diagnostikorearen atzeratzea sintomak hasi eta tta. jarri arte \leq 50 egun		
BK+ekin	% 95	53,7
Sentikortasun-testa, kultibo +arekin	% 100	-
Andui multierresistenteen edo agerraldiei loturikoen azterketa genetikoa	% 100	-
<i>Tratamendua</i>		
Kultiboa negatibotzea 2. hilabeteen	\geq % 80	3,9
Tratamendua betetzea	$>$ % 90	94,4
<i>Kontaktuen azterketa</i>		
Kontaktuen zentsua egitea, birika-laringetako kasuetan	$>$ % 95	100,0
Kontaktuen zentsua egitea, baziliferoen kasuetan	% 100	96,3
QP betetzea, agindua eman zaien kontaktuekin	$>$ % 75	78,6

*Adierazle hau ez da balioesgarria, kultiboa ez da-eta sistematikoki egiten 2. hilabeteen.

Tratamenduaren betetzea:

2.15 taulan erakusten da diagnosis egin eta hamabi hilabetera 2014an erregistraturiko kasuen egoera, bizilekuaren arabera garai bateko osasun-eskualdeka. Kasuen % 89k zuzen amaitu zuen tratamendua, % 6 tratamenduan zegoela hil zen eta % 5,3k oso gustukoa ez zatekeen emaitza eman zuten (galera, lekualdatzea, etab.) Bi eskualdeek antzeko profila erakusten dute tratamenduaren betetzean. Tratamendua amaitu aurretik hil ziren 8 kasuek 80 urte baino gehiago zeukaten diagnostikoa egin zitzaizaien.

2.15 taula. Tratamenduaren betetzea. TBC kasuak. Gipuzkoa, 2014.

	Mendebalde*	Ekialde	GUZTIRA*
Trat. amaituta	62 (% 89,9)	55 (%87,3)	117 (% 88,6)
Heriotza	4 (% 5,8)	4 (% 6,3)	8 (% 6,1)
Lekualdatzea	0 (% 0,0)	2 (% 3,2)	2 (% 1,5)
Beste batzuk	2 (% 2,9)	2 (% 3,2)	4 (% 3,0)
Galtzea	1 (% 1,4)	0 (% 0,0)	1 (% 0,8)
GUZTIRA	69	63	132

*Ermua, Mallabia eta Aramaioko datuak ere sartu dira.

Zoonosiak

Bruzelosia

Ez da beste bruzella kasurik diagnostikatu Gipuzkoan 2009az geroztik.

Espainiak izaten zituen, lehen, intzidentzia tasarik handienak gure inguruko herrialdeen artean. 1990ean, Behi, Ardi eta Ahuntz Aziendetan Bruzelosia Desgerrarazteko Programa Nazionalak ezarri ziren. Programa horiekin gaixotasuna kontrolatu nahi da positibo eman duten animaliak identifikatu, hil eta ganaduzaleei indemnizazio ekonomikoa emanda. Programak indarrean daude oraindik. Programa horiei esker, Asturiasko, Balear eta Kanariar uharteetako, Kantabriako, Gaztela eta Leongo eta Euskadiko autonomia elkarteak "Ofizialki Kaltegabeak" dira *B.melitensis*ek eragindako bruzelosirako, eta Kanariak, Balearrak, Euskadi, Murtzia eta Errioxa "Ofizialki Kaltegabeak", behi-aziendaren bruzelosirako.

Beheranzko joera hori dago EBN ere. Azken urteetan asko jaisten ari da ahuntz eta ardietako bruzelosi kopurua.

Amorrua

Hauxe da amorruaren egoera, gaur egun, Espainian:

- Espainia (penintsula eta uharteak) lurreko amorrurik gabe egon da 1978az geroztik, Marokotik inportaturiko eta 2013ko ekainean aitorturiko amorru kasu bategatik izan ezik. 2004az geroztik, amorru kasu batzuk izan dira Marokoko zakur batzuetan, gaixotasuna Frantzia garatu dutenak Espainiatik igaro ondoren.
- Ceuta eta Melillak noizean behin aitortzen dituzte zakur, katu eta zaldietako amorru kasuak.
- Saguzarren lyssavirus europarra (EBLV-1) dabil hainbat espezieetako saguzarren artean, eta Espainiako toki askotan detektatu da. Gainera, beste lissavirus bat deskribatu da, saguzarren Lleida lissavirusa, Lleidako leize-saguzar batean (*Miniopterus schreibersii*).
- EBLV-1ekin infektaturiko hegoaldeko baratze-saguzar batzuek (*Eptesicus isabellinus*) hozka egin die lagun batzuei. EBL1 eta EBL2, biak, oso banaturik daude Europan, baina oso txikia da pertsonetara edo beste ugaztun batzuetara transmitituriko kasuen kopurua. Horrek iradokitzen digu eraginkortasun txikia dutela birus horiek, saguzarretan ez bada.

Premisa horien arabera, baliteke noizbehinkako kasuak agertzea gizakietan, saguzarren hozkadagatik, edota Ceutan eta Melillan, zakurren hozkadagatik. Zakurra litzateke Espainian agerraldi bat sortu eta irautea ahalbidetzeko espezie nagusia, infektaturiko zakur bat inportatzea baita gertagarriena.

Sortzetiko toxoplasmosia

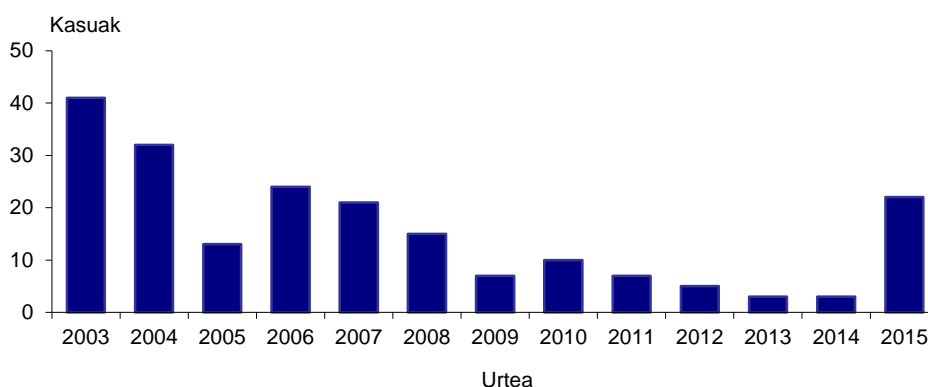
2015ean, ez da jaioberrietako toxoplasma gondii-ren kasurik aitortu IMSen. Sortzetiko toxoplasmosiaren zainketa ere sartu egingo da ABGen artean, Zainketa Epidemiologikoko Sare Nazionalaren protokolo berriak martxan jartzen direnean. Gaixotasun horren zainketa epidemiologikoari esker, hauek egin ahal izango dira:

- Sortzetiko toxoplasmosia biztanlerian nola azaltzen den jakin eta deskribatu.
- Haurdunetan bahetze-programak ebaluatzeko eta tratamendu goiztiarraren eta prebentzio-neurrien eragingarritasuna ebaluatzeko informazioa jaso.

Q sukarra

*Coxiella burnettii*ren 22 kasu aitortu dira, eta 2014an 3 izan ziren; azken 12 urteetako kopururik txikiena (2.15 grafikoa). 22 jakinarazpen horietatik, 13 gizonezkoenak ziren eta 9, emakumezkoenak, 7 urtetik 61era bitarteko adin-tartearekin.

2.15 grafikoa. *Coxiella Burnettii*ren isolamenduak. IMS Gipuzkoa, 2003-2015.



Kasuei egindako inkestetan, bi multzokatze detektatu ziren. Multzokatze batean, 7 lagun zeuden, herri berean bizi zirenak, eta 5en artean denbora-espazio lotura zegoen; beste bi kasuak denboran aparte agertu ziren. Bigarren multzokoak ama bat eta 7 urteko bere alaba ziren.

Lehenengo multzokatzea

Lehenengo klusterreko 5 kasuetatik 4ri buruzko informazioa izan genuen: bi emakumezko, 54 eta 56 urtekoak, eta bi gizonezko, 32 eta 39 urtekoak. Laurak herri bereko lau kaletan bizi ziren eta 2015eko 4. astearren eta 10.aren artean gaixotu ziren. Inkesten arabera, ez zeukaten laneko nahiz gizarte mailako loturarik, ez eta infekzio-iturri ezagunik ere.

Sukarra izan zen klinika, eta pneumonia, diagnostikoa 4 kasuetan. Serologiaren emaitzek Q sukarra baieztatu zuten.

Kasuak zein ESItakoak ziren, diagnostikaturiko pneumoniaren zainketa aktiboa egin zieten hantxe, erasandako gehiago baleude ere. Detektatu ziren arnas prozesuak ez ziren Q sukarrarenak.

Osa zaila da *Coxiella* lagunez lagun transmititzea, eta oro har mikroorganismo horiek dauzkaten partikulak airez barreiatzen direla transmititzen da; beste batzuetan, animalia edo material kutsatua ukitzeagatik ere harrapatu izan da gaixotasuna. Ahuntzak eta ardiak izaten dira, nagusiki, animalia gordailuak.

Zoonosi transmitigarria denez, Osasun Publikoko Elikadura Osasuneko unitateak jakinaren gainean jarri zuen Gipuzkoako Foru Aldundiko Abeltzaintza Zerbitzua. Zerbitzu horrek jakinarazi zuen badirela arditegi partikular batzuk, Gipuzkoan eta erasandako horien eskualdean, baserri inguruetakoa larreetan ibiltzen direnak. Ezarrita dago, aborturik egoten bada, Abeltzaintza jakinaren gainean jarri behar dutela partikularrek, jarraipena egin eta ustiategian laginak hartzeko. Urtarriletik eta martxora bitartean, Abeltzaintzak ez zuen jaso inongo gertakariren berririk.

Bigarren multzokatzea

Multzo honetan, egiaztaturiko bi kasuen familia guztia aztertu zen. Eragindakoak granja-etxe baten bizi ziren, landa-eremuan, abere-larrez inguratuta; ardi-, behi- eta ahuntz-aziendak ibiltzen direnak, hain zuzen.

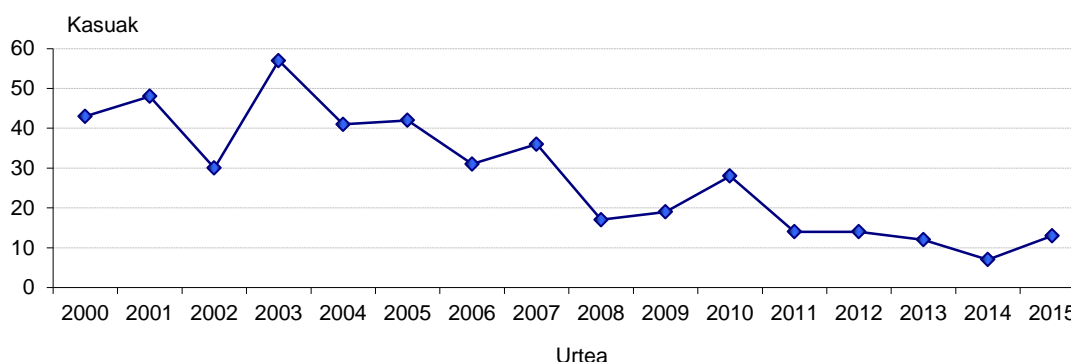
Familiako 5 kideetatik (gurasoak eta 3 seme-alaba), 1ek betetzen zuen ustezko kasuaren definizioa, eta 2 egiaztatuarena. Ustezko kasua 14 urteko neska bat zen, ekainaren 10ean gripe motako koadro bat eduki zuena, 24 orduan; eta Q sukarraren serologia-azterketak negatibo eman zuen. Egiaztaturiko bi kasuetatik, 1 familiako ama zen, 38 urtekoa; infekzio subkliniko bat erakutsi zuen eta Q sukarraren analitikak positibo eman. 2. kasua 7 urteko beste alaba zen; uztailaren 7tik 11rako egunetan ondoezik egon zen eta analgesikoak behar izan zituen. Serologiak positibo eman zion Q sukarrerako.

Inkestan jasotako informazioaren arabera, etxean animalia gaixo bat zaintzeagatik areosolen eraginpean egotea izan zen infekzio-iturria. Bi kasuak tratatu ziren eta arriskuen berri eman zitzaion familiari.

Taenia

2015ean zehar, Gipuzkoako ospitale publikoek 13 taenia kasuren berri eman die Epidemiologia Unitateari. Aurten eten egin da 2010az geroztik ikusi den beheranzko joera. Grafikoan ikusten denez, 2003an intzidentzia-tontor bat egon zen, zirtizerkosia igotzearekin batera, Osasun Publikoak esku hartu beharrekoa.

2.16 grafikoa. Teniasi kasuak. IMS. Gipuzkoa, 2000-2015



Erasandako 13 lagunetatik, 11 gizonezkoak izan dira, eta 2, emakumeak, 27 urtetik 68ra bitarteko adin-tartearekin. Kasuetako 4 herri berean bizi ziren, baina inkestek ez zuten infekzio-iturri amankomunik zehaztu.

Gutxi egindako behikia janda hartzen du teniasia gizakiak, animaliaren giharretan egoten den *Cysticercus Bovisen* larba kistikoak edukitzen ditu eta. Normalean ez du sintomarik ematen, baina hesteetako ondoeza ager daiteke. Gorotzetan taenia eraztunak edo zatiak ikustean egiten da diagnosis; arrautza infektatzaileak edukitzen ditu. Tratamendua farmakologikoa da, ahotiko antihelmintikoak hartuta. Gizakietan, prebentzio modura, hauxe gomendatzen da: higiene-aztura egokiak eduki eta behar besteko tratamendu termikoa eman haragiari, jan aurretik, tratamendua barruraino iristen zaiola.

Mycobacterium Bovis

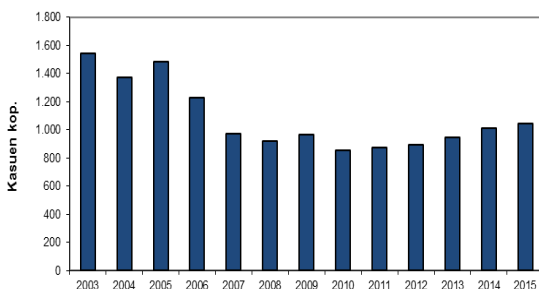
2015ean *Mycobacterium Bovisen* 2 kasu aitortu dira IMSen; aurreko urtean baino gutxiago. Kasuetariko bat 66 urteko gizon bat da, eta gernutan isolatu zitzaion *Mycobacterium*. Beste kasua 88 urteko emakume bat da eta pleurako likidoan isolatu zitzaion bakteria. Lehenengo kasua iatrogenikoa da, BCGren erabilera terapeutikoari lotua, eta, bigarrena, aspaldi-aspaldiko infekzio bat. European Food Safety Authority-ren (EFSA) 2015eko abenduko txostenaren arabera, *Mycobacterium Bovisek* gizakietan eragindako tuberkulosi kasuak 34 izan ziren Espainian ($0,07 \times 10^5$ tasa), eta abereen tuberkulosiari dagokionez, Espainia, Europar Batasuneko beste 11 herrialderekin batera, oraindik ez dago libre.

Elikagai- eta ur-transmisiozko gaixotasunak

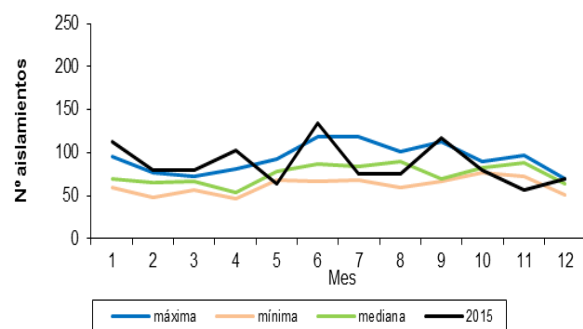
Campylobacter-a

Campylobacteren 1.047 isolamendu jakinarazi dira IMSera; 2014an baino zertxobait gehiago (1.010). Horien % 59 gizonezkoena zen, eta beste % 41a emakumezkoena. Isolamendu guztietatik, % 75 haurretan gertatu dira, eta 4 urtez azpikoak ziren % 64. Urtarrilean, apirilean, ekainean eta irailean, isolamenduek gaintitu egin zuten aurreko bosturteko gehiengoa (2.18 grafikoa). ESFAren datuen arabera, 2014an, *Campylobacter*ak urdail-hestetako bakterio-patogenerik ugariena izaten jarraitu zuen Europar Batasuneko (EB) gizakietan, eta halaxe izanda 2005az geroztik.

2.17 grafikoa. *Campylobacter*-en isolamenduak IMS. Gipuzkoa, 2003-2015.



2.18 grafikoa. *Campylobacter*-en kanal endemo-epidemikoa. IMS. Gipuzkoa, 2010-2015.



Bakterio horren gordailua etxeko nahiz basoko hegazti eta animalien heste-traktua da. Animalia edo pertsona infektatuen eginkariekin kutsaturiko jakiak janez gero transmititzen da. Beraz, hauek sartu behar dira prebentzio-neurrien artean:

- Oilaskokia hozkailuan edo izozkailuan eduki, erabili arte.
- Ondo kuzinatu produktu guztia, produktuaren barru-barruraino iristeraino tenperatura.
- Kutsatze gurutzaturik ez gertatzeko sukaldean, ondo garbitu eskuak, tresnak eta gainazalak; batik bat, animalia-produktu gordinak maneiatu ondoren.
- Ez edan pasteurizatu gabeko esnerik eta tratatu gabeko urik.

Kriptosporidiosisia

2015eko martxoaren 1az geroztik kriptosporidiosisia zaintzen hasi zen Epidemiologia unitatea.

Zainketa horri esker, biztanlerian kriptosporidiosisia nola azaltzen den jakin eta deskribatu dezakegu, eta kasuak garaiz detektatu ere bai, gaixotasunaren hedapena kontrolatzeko, prebentzio-neurriak ezartzeko eta agerraldirik ez egoteko.

Gipuzkoan 10 hilabeteen egindako kriptosporidiosiaren zainketaren emaitzak aurkezten dira. DUOko Mikrobiologia zerbitzuaren eta lehen mailako arretako eta Osasun Publikoko klinikoekin laguntzarekin egin zen zainketa hori. Ingurumen-ikuskapenak egin eta kontrol-neurriak ezartzeko, Gipuzkoako Ingurumen Osasuneko teknikariekin koordinatu ziren esku-hartzeak.

Kasua definitu zen: Gipuzkoan bizi den pertsona eta, gutxienez, hauetako agerpen klinikoren bat duena: beheakoa eta/edo abdomeneko mina, laborategiko emaitzetan *Cryptosporidium* positibo eman duena (*Cryptosporidium* oostizeak egiaztatuta eginkarieretan, *Cryptosporidium* egiaztatuta heste-urineko edo heste meheko biopsia-laginetan, *Cryptosporidium*aren DNA detektatuta eginkarieretan eta *Cryptosporidium*aren Ag detektatuta eginkarieretan). Agerraldia zela jo zen kriptosporidiosiaren bi kasu edo gehiagok elkarren arteko lotura epidemikoa bazuten.

2015eko martxoaren 1etik abenduaren 31ra, DUOko Mikrobiologia Zerbitzuak eginkarieretan *Cryptosporidium*ak positibo emandako 232 kasu jakinarazi zituen, eta 10 baztertu egin ziren beste erkidego batekoak zirelako.

Inkesta egin zitzaizen 194 pazienteri (% 88), eta 177 kasu egiaztatuak izan ziren, eta 17, ustezkoak. 194 kasu horietatik, 95 gizonezkoak ziren, eta 99, emakumeak, 4 urteko adin-medianarekin (tartea, 3 hilabete-74 urte). Kasuak honela banatu ziren Gipuzkoako ESletan: 112 Donostialdean, 23 Goierriin, 13 Tolosaldean, 10 Debabarrenean eta 1 Debagoieian.

Datu klinikoak 2.16 taulan daude zehaztuta.

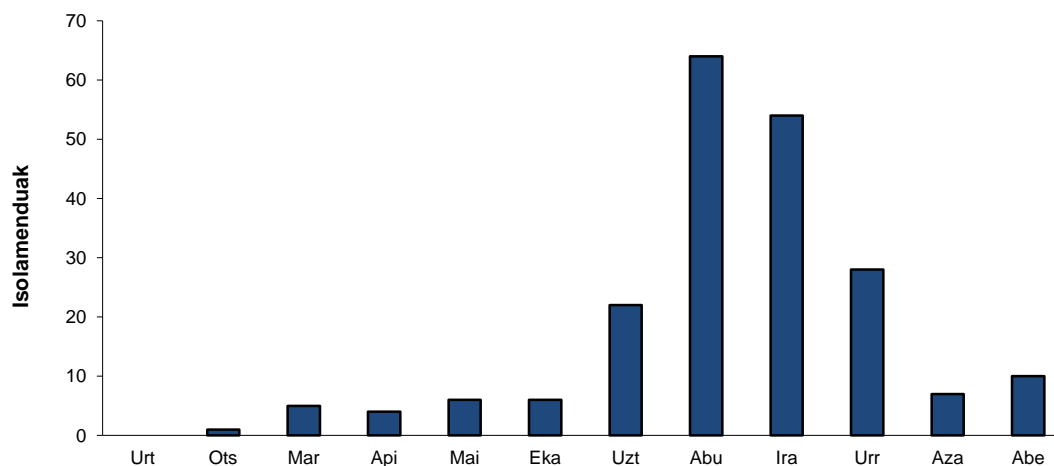
2.16 taula. Kriptosporidiosi kasuen sintomak Gipuzkoa, 2015.

sintomak	Maiztasuna	Gehiengo gertakariak/egun	Iraupena egunetan	Oharrak
Beherakoa	177 (% 91)	Tartea 1-30 Mediana 4	Tartea 1-60 Mediana 12koa	Eginkari likidoak % 68, eta % 12. produktu patologikoekin
Abdomeneko mina	119 (% 61)			
Gorakoak	71 (% 36)	Tartea 1-15 Mediana 2	1-20 egun	
Sukarra	58 (% 30)			

Medikamentu-tratamendua eman zitzaizen 11 kasuri, eta erasandakoetatik 10ek ospitaleratu beharra izan zuten.

Cryptosporidium spp-ri positibo emandako 29 koprokultibotan beste germen bat lotu zitzaizen: 11tan, Giardia, 9tan, Campylobacter, eta kasu batean, 3 mikroorganismoak batera.

Jasotako informazioak agerian utzi zuen 54 kasu multzokatu zeudela, 2 eta 7 kasu artean, multzokatze bakoitzeko. Batean, erasandako 7 lagun, herri berean bizi zirenak eta igerileku berean ibiltzen zirenak. Eskolaurreko 4 haurreko bi eskola-multzokatzetan, ikastetxeetan esku hartu zen: higiene-neurriak areagotzeko gomendatu zen eta egoeraren jarraipena egin.

2.19 grafikoa. *Cryptosporidium*aren jakinarazpena, hilabeteka. Gipuzkoa, 2015

Arrisku-faktoreei dagokienez, 59 lagunek (% 30) inkubaldian Gipuzkoako igerilekuetara joan izana zuten aurrekaritzat, eta 53k (% 27) Gipuzkoatik kanpoko igerilekuetara joan izana. Gipuzkoako udal-igerilekuetara joan zirenen artean, kasuen ehunekorik handiena noizbehinkakoa zen, eta 3 multzokatze detektatu ziren: 5 kasukoak bi, eta 3 kasukoak bestea. Gipuzkoatik kanpoko igerilekuetan ibili zirenen % 85 abuztuan eta irailean izan ziren.

22 kasutan (%11,3), inkestak esan zuen gaixoak kontaktua izan zuela animaliekin; eta bidaia egin izanaren aurrekariari dagokionez, 10 lagun bakarrik (% 5,1) ziren atzerrian egonak inkubaldian. % 25ean ez zen arrisku-faktorerik identifikatu.

Zainketarako prozedura hau jarraitu zen: Mikrobiologia-zerbitzuak kasu baten berri eman eta gero, epidemiologok, inkesta egin aurretik, kasuaren medikuarekin jartzen ginen harremanetan, eta gaixotasunari buruzko informazioa eta kriptosporidiosiarene transmisioa prebenitzeko neurriei buruzko informazioa ematen genion.

Igerilekuen erabilerarekin zerikusia zuten klusterrak detektatzean, horren berri ematen zitzaion Ingurumen Osasunari, eta teknikariek legezko esku-hartzea egiten zuten instalazioetan.

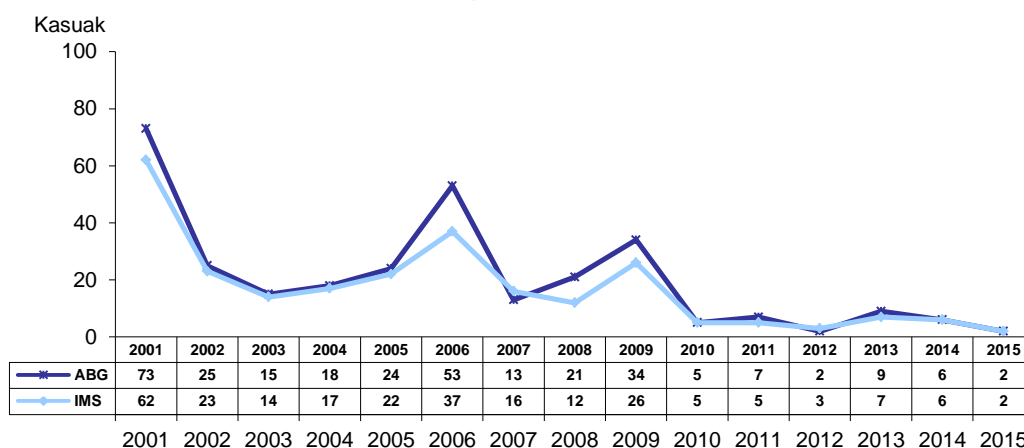
Sukar tifo-paratifikoa

2015ean, sukar tifo-paratifiko kasu baten berri eman da. Bi urteko mutiko bat zen; urrian gaixotu zen, eta sintoma hauek eman zituen: sukarra, beherakoa eta gorakoa; eta koprokultiboaren emaitza *Salmonella paratyphi* izan zen. Inkestarekin ezin izan zen infekzio-iturria identifikatu.

A hepatitisisa

2015ean, 2 A hepatitis kasuren berri eman da ABGn eta tasa 0,28 kasu $\times 10^5$ da (2.20 grafikoa).

2.20 grafikoa. A hepatitisaren kasuak.
ABG. IMS. Gipuzkoa, 2001-2015



A hepatitisisa diagnostikaturiko 2 kasuak bi gizonezko dira, 45 eta 52 urtekoak. Biek leku endemiko batean egon izanaren aurrekaria zuten (Saudi Arabia eta Dominikar Errepublika). Endemia handiko lekuetara joan aurretik txertoa hartzeko oharpena egiten bada ere, bi lagun horiek hartu gabe zuten.

Kasu bakoitzaren kontaktuak aztertu ziren eta profilaxia gomendatu zitzaizen, EAEko protokoloak adierazi bezala.

Escherichia coli verotoxigenikoa

2015ean, E.Coli O157ren 10 isolamenduren berri eman zen IMSen; 2014an, berriz, 8 izan ziren. 10 kasu horietatik, 5 gizonezkoak eta 5 emakumezkoak ziren, eta adina urtebete eta 79 urte bitartekoa (mediana 37). Kasuak hainbat herritan bizi ziren eta 4 uztailean multzokatu ziren. Inkestaren emaitzek ez zuten erakutsi zein izan zen infekzio-iturria, kasu batean izan ezik: edateko ona ez zen iturri batetik edan baitzuen ura hark.

EFSAren informazioaren arabera, 2014an, VTECren lagin positibo gehien hausnarkarien haragian izan ziren (ahuntz, ardi, behiki eta orein). VTECren berri eman zen gazta-laginen % 1ean, gutxi gorabehera, batez ere, ardi- eta ahuntz-esnearekin egindakoetan agertu ziren; aldiz, kutsatze bakan batzuk besterik ez ziren izan barazki-jatorriko RTEak elikagaietan. Bereziki, ez zen VTEC-positiboren berririk eman espezia eta belarren laginetan, ez eta ernetako hazienetan ere. Kategoria horretako elikagaiantzat bakarrik jarri dira VTECrentzako irizpide mikrobiologikoak EBn.

Listeria

2015ean, 8 listeriosi kasuren berri eman da Gipuzkoako Epidemiologia Unitatean.

Kasu horietako 3 gizonezkoak ziren eta 5, emakumezkoak, 30 eta 90 urte bitartekoak eta Gipuzkoako hainbat udalerritan bizi zirenak. Guztiek erakutsi zituzten gaixotasunerako arrisku-patologiak. Klinikoki bakterimia agertu zuten, eta honela sailkatu ziren: haurdunaldiko listeriosi 1, jaioberriaren listeriosi 1 eta gainerako 6ek, beste listeriosi batzuk.

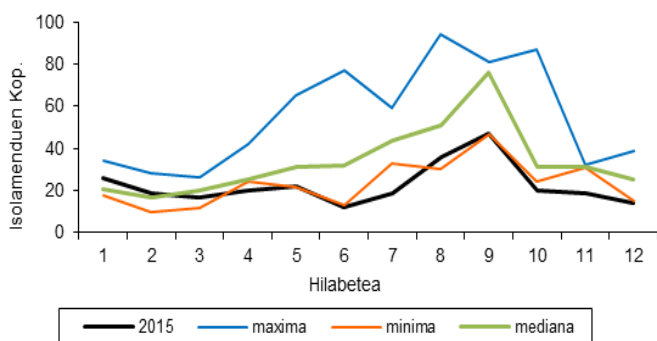
Inkestekin jasotako informazioaren arabera, kasu batean foie jatea jo zen gaixotasunerako arriskutzat, baina Osasun Publikoan egindako azterketa mikrobiologikoak ez zuten baieztatu elikagaia kutsatua zegoenik. Gainerako kasuetan ez zen infekzio-iturririk identifikatu.

Azterketa mikrobiologikoak *listeria monocytogenes* detektatu zuen odolean, peritoneo-likidoan, konjuntibako mukosan, faringekoan eta belarriko laginean; 6 listeria 4. serotaldekoak ziren eta 2 listeria 1. serotaldekoak.

Salmonellosia

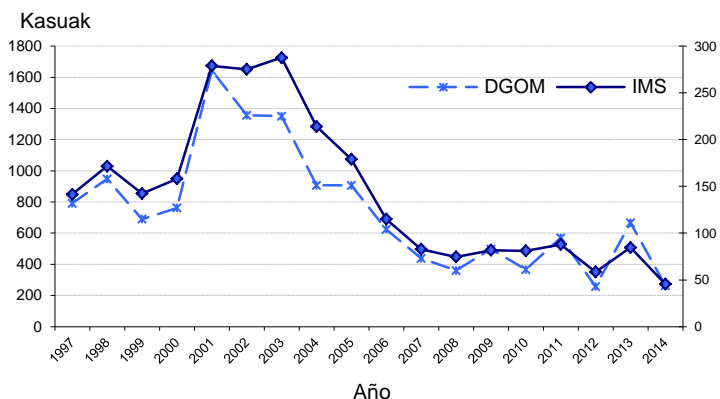
2015ean, 273 **salmonella** isolamendu jakinarazi dira IMSen: azken 18 urteetako kopururik txikiena. Kanal endemo-epidemikoak islatzen duenez, 2015ean isolamendu kopuruak ez zuten gaititu, hil bakar batean ere, azken 5 urteetako mediana (2.21 grafikoa). % 51,5 gizonezkoetan azaldu dira eta, jakinarazpenen % 57 haurra da eta horien % 62, sei urtez azpikoa.

2.21 grafikoa. Salmonellaren kanal endemo-epidemikoa Salmonella. IMS. Gipuzkoa, 2010-2015.



Serotipo hauek isolatu dira gehien: *S. typhimurium*, jakinarazpenen 156tan (% 57,5) eta *S. enteritidis*, 48tan (% 17,7).

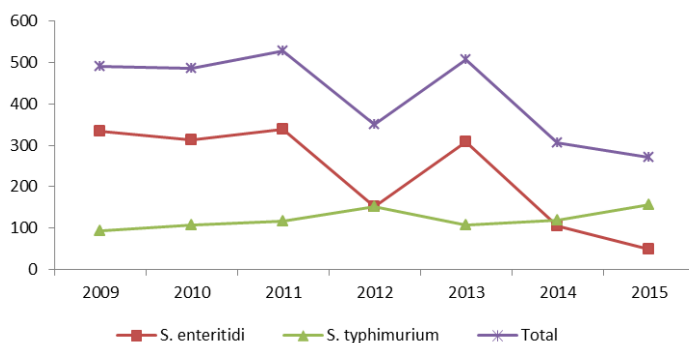
2.22 grafikoa. Salmonellosiaren isolamenduak eta ospitaleko sendagiriak IMS. DGOM. Gipuzkoa, 1997-2014



2.17. taula: Salmonella isolamenduak serotaldeka. IMS. Gipuzkoa, 2009-2015.

Urtea	S. enteritidis	S. Typhimurium	Guztira
2009	335	94	490
2010	312	107	487
2011	339	117	528
2012	151	152	351
2013	308	108	507
2014	104	119	307
2015	48	156	271

2.23 grafikoa. Salmonella isolamenduak, serotalde ohikoenen arabera. IMS. Gipuzkoa, 2009-2015



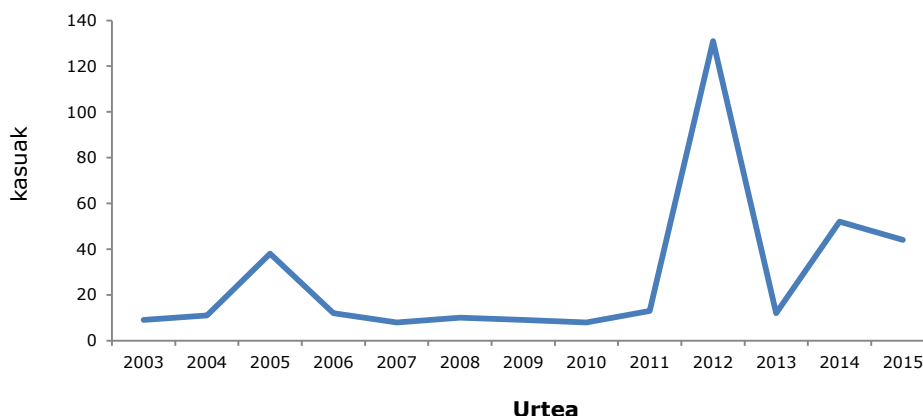
2015ean ez zen jakinarazpenik egin, germen eragilea salmonella zuen agerraldirenik

2014an, Gipuzkoako ospitale publikoetan, 44 alta eman ziren, lehenengo sei diagnostikoetan salmonellosiaren kodea zutenak (GNS 9: 003). Adinaren mediana 63 urtekoa izan zen, minimoa urtebete eta maximoa 92 urtekoa zela. Egonaldien tartea 1-20 egun bitartekoa izan zen eta mediana 5ekoa. Ez zen inor hil ospitalean.

Shigellak eragindako disenteria

44 shigellosis kasuren berri eman da ABGn, eta 2014an 52 izan ziren. 2012an jakinarazi zen azken hamarkadetako isolamendu kopururik handiena, eta aitorturiko 113 kasutatik 104 eskola-eremuko agerraldi batekoak ziren (2.24 grafikoa).

2.24 grafikoa. Shigellosi kasuak. ABG. Gipuzkoa, 2003-2015



Diagnostikaturiko 44 shigellosi kasuetatik, 25 gizonezkoak ziren eta 19 emakumeak, 1 eta 92 urteko tartearrekin, 31 urteko medianarekin. 39 kasutan, diagnostikoa baieztatu egin zen mikrobiologia bidez, eta 5, klinika bidez eta lotura epidemiologikoagatik. 23 kasutan, *shigella sonnei* isolatu zuten, eta 14tan *flexneri* eta 2tan *sp.* Kasu guztietatik, lau multzokatzetan agertu ziren 17, eta gainerako 27ak noizbehinkakoak izan ziren. A multzokoak ziren familia bereko 5 kide, eta Palentziako probintziako herri batean oporretan zeudela gaixotu izana zuten aurrekari. Inkestaren arabera, edateko ona izateko bermerik ez zuen iturri batetik edan zuten ura herri hartan. 2. multzokoak ziren herri bereko 7 lagun; 4 familia berekoak (aitona-amonak eta bi biloba, 4 eta 1 urtekoak) eta beste 3ak, hiru ikastetxetako ikasleak. Eta herri horretan bertan, halaber, shigella agerraldi handi bat gertatu zen 2012an. Mezu elektronikoko bat bidali zitzaizen eskoletako zuzendariari egoeraren berri emateko, eta zentroetan higie-neurriak areagotu zitzaizkien gomendatzeko.

Gainerako 5 kasuak bi familia-talde desberdinenak izan ziren (bat 2 laguneko multzokatzeko bat eta bestea 3koa)

Isolaturiko 27 kasuetatik, 14k leku endemiko batera joan izana zuten aurrekari (Maroko, Indonesia, Kolonbia, etab.), eta 11 kasutan ez zen jakin zein zen arrisku-faktorea. 11 horiek gizonezkoak ziren. 11 urteko mutiko bat izan ezik, gainerakoak helduak ziren, 32 eta 76 urte bitartekoak.

Yersinia

2015ean, yersinia enterokolitikoaren 40 kasu aitortu dira IMSera Gipuzkoan, eta 2014an 23 izan ziren. Horien % 52 gizonezkoa zen, 0 eta 95 urte bitartekoa, 3 urteko medianarekin. % 77, hamabost urtez azpikoa zen eta horien % 71, hiru urtez azpikoa. Banaketari dagokionez, ez da nabarmentzen ez urtaroka, ez geografikoki. Azken urteetako beheranzko joerari eusten dio, Europar Batasunean bezala. Yersenia txerriekin lotzen da.

Trichinellosia eta echinococcosia

2015ean ez da trichinellosi eta echinococcosi kasurik aitortu. 2014an, alerta bat artatu zen Avilako probintzian. Motiboa 2 trikinosi kasuko agerraldi bat izan zen, kutsatutako basurdekiaren eraginpean egoteagatik, probintzia horretan. Eraginpean egon zirenen artetik, 21 Donostian bizi zirenak ziren. RENAVE protokoloaren arabera, Gipuzkoako eraginpekoetako batek ere ez zuen betetzen ez ustezko kasuaren, ez egiaztatuaren definizioa. Gipuzkoako eraginpekoek jan zuten saltxitxoiaren analisietan ez zen *trichinella spp.*ren larba hilik detektatu.

Beste alerta bat 2015eko abenduan eman zen, eta esku hartu zen, Gipuzkoan bizi ziren 11 lagunek *trichinella spp.*ren larbekin kutsaturiko basurdekia jan zutelako. Parasito-aurkako tratamendua agindu zitzaaien 11 eraginpekoei: Albendazol, 400 mg-ko dosiak egunean bitan, 15 egunetan; eta azterketa egin zen, trikinosia baztertzeko. Emaizta klinikoek eta analitikoek negatibo eman zuten.

Sexu transmisiozko gaixotasunak (STG)

Infekzio gonokozikoa

2015ean, infekzio gonokozikoaren 12 kasu aitortu dira ABG numerikora (tasa 1,69/100.000), 2014ko antzeko zifra.

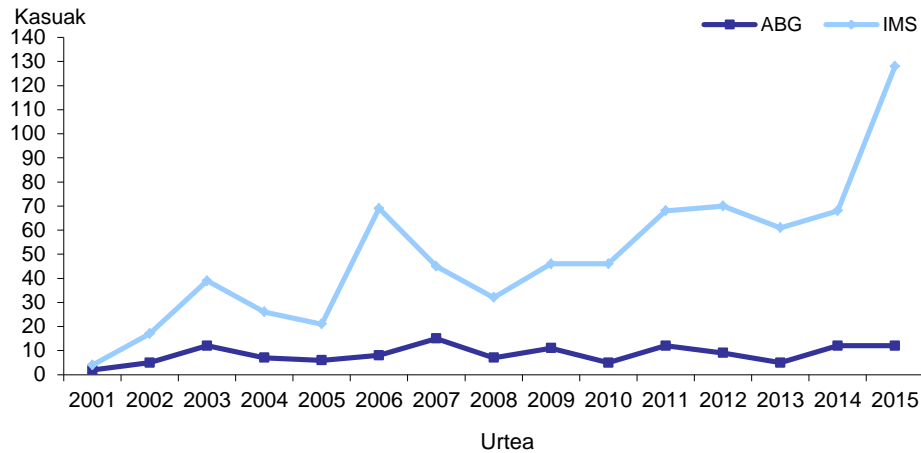
IMSera *Neisseria gonorrhoea*ren 128 isolamendu jakinarazi dira, eta 2014an, berriz, 68 jakinarazi ziren. Horrek esan nahi du % 88ko igoera egon dela. 110 (% 86) gizonezkoak ziren eta 18 (%14) emakumezkoak, 17tik 62 urtera bitarteko tartea eta 32 urteko medianarekin.

IMSera aitorturiko *N. gonorrhoeae* kasuak goranzko joera erakusten dute, 2001ean 4 isolamendu izatetik 2015ean 128 izateraigaro da eta.

Gipuzkoan, sexu transmisiozko infekzioen (STI) kontsultetan diagnostikaturiko gaixotasun gonokozikoko kasuak, 2015ean, 44 izan dira guztira: 35 gizonezko eta 9 emakumezko, 21 eta 50 urte bitartekoak. Honela agertu ziren: 17 gonokozia, uretrakoak; 5, zerbixekoak; 10, faringekoak, eta 12, uzkikoak. Infekzio gonokozikoak gehien erasaten duen kolektiboa gizonezko heterosexualak dira (kasu guztien % 46).

Grafiko honetan agertzen dira Gipuzkoan IMSera eta ABGra aitorturiko infekzio gonokozikoak, 2001-2015 denboraldian

2.25 grafikoa. N. Gonorrhoeae kasuak eta isolamenduak. ABG-IMS. Gipuzkoa, 2001-2015.



Sifilisa

2015ean, 36 sifilis kasu aitortu dira ABG-ra: $5,07 \times 10^5$ tasa.

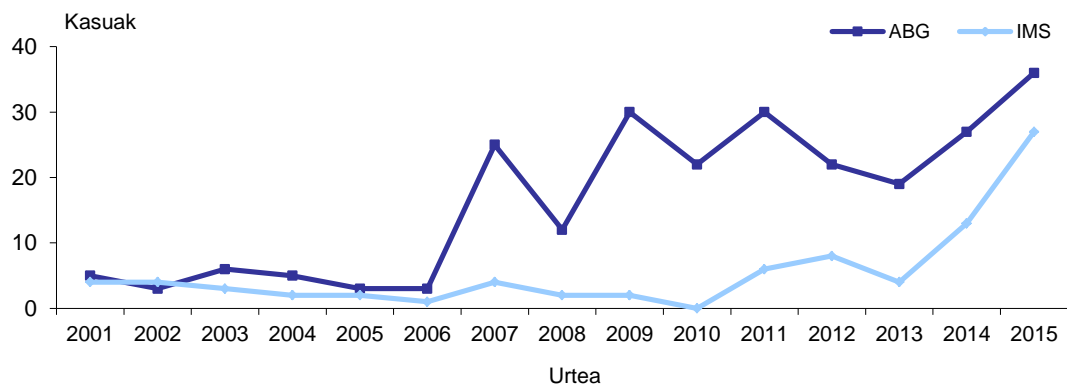
Treponemaren 27 kasu baieztaturen berri eman zen IMS-en, eta aurreko urtean 13 izan ziren. 27 kasuak gizonezkoak ziren, 23 eta 80 urte bitartekoak, 39 urteko medianarekin.

Bai ABG-n bai ISM-en azken 15 urtean egin diren aitortpen kopururik gehiena da.

Gipuzkoako STI kontsultetan diagnostikatu berri diren sifilis kasuak, 2015ean, 22 izan dira guztira: 18 gizonezko eta 4 emakumezko, 21 eta 62 urte bitartekoak. Honela agertu ziren: lehen mailako 6 sifilis, bigarren mailako beste 6, eta sifilis sor goiztiarrak 10. Gizonekin sexu-harremanak dituzten gizonezkoen kolektiboan izan da erasandako gehien (kasu guztien % 43).

Grafiko honetan agertzen dira Gipuzkoan IMS-er eta ABG-ra 2001-2015 denboraldian aitorturiko sifilis kasuak.

2.26 grafikoa. T. Pallidum kasuak. ABG-IMS. Gipuzkoa. 2001-2015



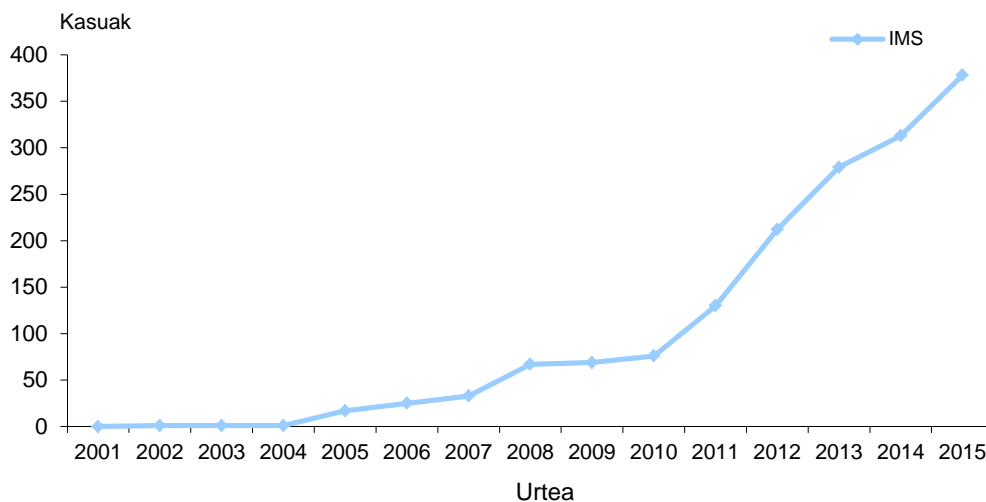
Chlamydia trachomatis

*Chlamydia trachomatis*ek eragindako infekzio egiaztatua dela jotzen da hiru irizpide hauetariko bat, behintzat, betetzen duenean:

- *Chlamydia trachomatis*en isolamendua lagin hauetako batean: genital eta gernubideak, uzkia, sudur-faringeetako edo konjuntibako exudatua.
- *Chlamydia trachomatis* egiaztatuta, antigorputz fluoreszente bidezko zuzeneko tindaketa (DFA) lagin hauetako batean: genital eta gernubideak, uzkia, sudur-faringeetako eta konjuntibako exudatua.
- *Chlamydia trachomatis*en azido nukleikoa lagin hauetako batean: genital eta gernubideak, uzkia, sudur-faringeetako edo konjuntibako exudatua.

2015ean, *Chlamydia trachomatis*en 378 diagnostiko erregistratu dira, eta 2014an, berriz, 313. Denen artetik, 196 (% 52) gizonezkoak eta 182 (% 48) emakumezkoak izan ziren. Adin-tartea 0tik 61 urtera bitartekoa zen, 29 urteko medianarekin.

2.27 grafikoa. *Chlamydia trachomatis* kasuak. IMS. Gipuzkoa. 2001-2015



2 motako herpes soila

IMSen 2 motako 73 herpes soil aitortu ziren, eta 2014an, 52. Sexuari dagokionez, 26 gizonezkoak izan ziren eta 47, emakumezkoak, adin-tartea 15etik 91 urtera bitartekoa eta mediana, 35 urtekoa.

Gaixotasun inportatuak (bektore bidezko transmisioa)

Paludismoa

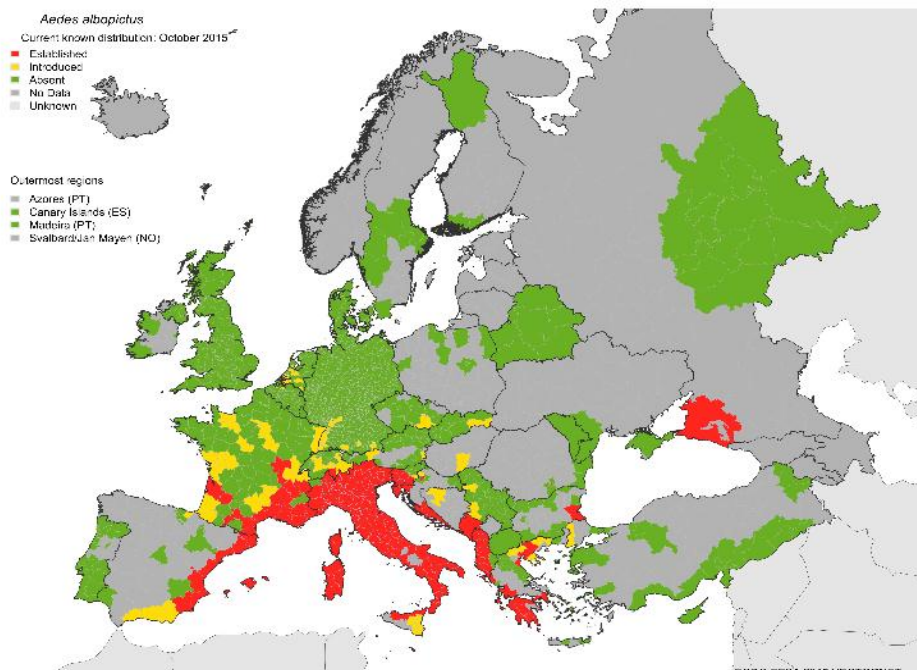
2015ean, 10 paludismo kasu aitortu dira. Erasandakoen adin-tartea 16tik 57 urtera bitarteko izan zen (mediana: 36) eta % 50 gizonezkoa zen. Guztiak eremu endemikoetan izanak ziren: 8 familia-arrazoiengatik eta 2 turismoa egite aldera.. Batek bakarrik zuen kimioprofilaxia egina, baina ez osorik. Kontaktuko herrialdeak, 9 kasutan, Afrikako, Kamerun, Senegal, Ekuatore Ginea, Nigeria eta Kenya izan ziren, eta batean, Asiako Pakistan. Identifikaturiko espezieetatik, 8, *P. Falciparum*, 1, *P. Ovale* eta beste 1, *Vivax* izan ziren.

Chikungunya birusak eragindako gaixotasunaren zaintza epidemiologikoa

2015ean, chikungunya birusak eragindako lau gaixotasun aitortu dira Gipuzkoan; denak inportatuak. Erasandako bi 48 urteko emakume bat eta haren 11 urteko semea ziren; biak Nikaraguan egonak, eta itzuli eta hurrengo egunean erakutsi zituzten sintomak. Beste bi kasuak 23 urteko emakume bat eta haren seme jaioberria ziren; Hondurastik itzultzean gaixotu ziren. Odol-laginetan RNA detektatuta egin zen diagnostikoa lau kasuetan. Denak osatu ziren, jaioberriak ospitaleratu beharra izan bazuen ere.

Chikungunya birusaren gaixotasuna aitortu beharrekoa da 2013az geroztik. Ez da frogatu lagunez lagun zuzenean transmititzen denik. Gizakietan, sintomak hasten direnetik ondorengo bospasei egunetara arte luzatzen da biremialdia (baita 10 egunera arte ere). Horrek esan nahi du transmisio-bektorea ingurunean badago eta pertsona bati heltzen badiu, aldi horretan infektatu daitekeela eta transmisore bihurtu. Zaintza epidemiologikoa eta kasu baten inguruan hartu beharreko neurriak aldatu egiten dira eltxo transmititzailea dagoela frogatu den leku batean bizi bada pazienteak, eta aldatu egiten dira hura zenbateraino finkatu den arabera ere. Erantsitako mapan *Aedes albopictus* eltxoa sartuta dagoen eremutzat identifikatzen da Gipuzkoa, nahiz eta finkatu gabe egon.

Aedes albopictus eltxoaren banaketa European



ITURRIA: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/vectors/vector-maps/Pages/VBORNET_maps.aspx

Edozein eremutan dela ere, kasu inportatuek informazioa banaka jasotzea eskatzen dute. Bertako kasua denean, ustezkoa edo egiaztatua, “ordura arte libre egondako leku batean hartu da gaixotasuna” izendatuko da, eta osasun publikoko alerta bilakatuko da. Egoera horretan, autonomia erkidegoko zaintza-zerbitzuak horren berri emango die, premiaz, Osasunaren eta Gizarte Zerbitzu eta Berdintasunaren Ministerioko Alerta eta Emergentsia Sanitarioen Koordinazio Zentroari eta Epidemiologiaren Zentro Nazionalari (CCAES). CCAESek, eragindako autonomia

erkidegoekin batera, zer neurri hartu behar diren balioetsiko du, eta beharko balitz, baita horren berri eman ere Europar Batasuneko Alerta eta Erantzun Bizkorreko Sistemari eta OMERi, Nazioarteko Erregelamendu Sanitarioa betez (2005).

Dengea, Chicungunya eta Zikaren aurrean Prest egoteko eta Erantzuteko Planaren (Epidemiologiaren Zentro Nazionala) arabera egingo da zaintza epidemilogikoa, bektore bidez transmiti daitezkeen gaixotasunetan.

Hona hemen Gipuzkoako 2015eko zaintzaren laburpena.

***Aedes albopictus* eltxoaren zaintza, Gipuzkoan**

Zaintza entomologikoa

2012an, *Aedes albopictus* (AA) eltxoa –tigre eltxoa ere esaten zaio– identifikatu zen Bidarteko zerbitzugune batean, eta, harrezkero, NEIKEReko Animalia Osasuneko taldea arduratzen da AAren zaintza entomologikoz, EAEn. 2014ko kanpainan, zainketa, batez ere Gipuzkoan egin zen, bereziki, mugan. Eta AAren arrautzak detektatu ziren behin, urriaren 6tik 21era bitartean, Behobiako bi arrautza-tranpattan (Zaisa II). 2015ean, AAren arrautzak identifikatu dira, behin baino gehiagotan, abuztuaren 10etik urriaren 27ra bitartean, Behobiako gasolindegri batean (Zaisa III) eta, behin, Irungo kiroldegiko aparkalekuan, 2015eko urrian. Laginketen arabera, ez dago AA heldurik; negatibo eman dute.

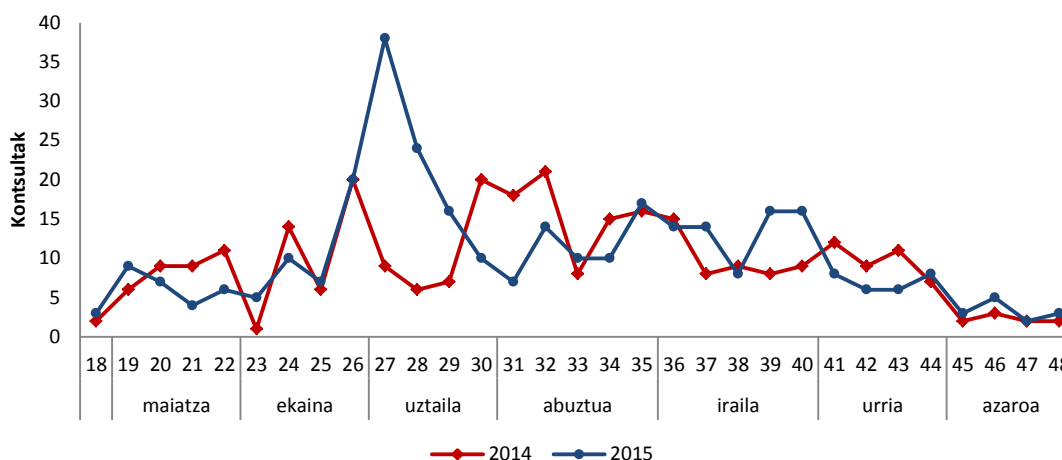
Zaintza epidemiologikoa

2015eko apirilaren 27aren (18. aste epidemiologikoa) eta azaroaren 29aren artean (48. astea) monitorizatu egin zen, Bidasoako ESiko lehen mailako arretan, intsektu-zitaderek eragindako kontsulta kopurua. Helburua tigre eltxorik bazegoen detektatzea zen, pentsatuz, beste erkidego batzuetan gertatu den bezala, horren ondoriozko kontsulta kopuruak gora egingo lukeela, eltxorik balego..

Aurrera begirako asteko maiztasuna aztertzeko, Bidasoako ESiko KSUak intsektu-zitaderek eragindako kontsulten kopurua eman zuen. Halaber, erkatu ahal izateko eta aurreko maiztasunik ez geneukalako, 2014ko kontsulta kopurua ere eman zuen. Horrela kalkulatu ziren asteko kontsulten maiztasun absolutua eta 1.000 biztanleko maiztasun-tasa.

Epidemiologiako Zentro Nazionalaren gomendioak jarraituz aukeratu da zainketarako aldia, bektorearen jarduera egon dela ikusi baita, garai horretan, haren presentzia frogatu den lekuetan. Aldagaitzat hartu zen, besteak beste, infekzioa egotea edo ez.

2.28 grafikoa. Intsektu-zitadaren ondorioz lehen mailako arretan izandako kontsultak, aste epidemiologikoaren arabera eta hilabeteka. 18-48 asteak. 2015. Bidasoako ESla



Azterturiko aldi horretan, intsektu-zitaderek eragindako 326 kontsulta artatu ziren Bidasoko ESlan; 2014ko garai berekoa baino kopuru handiagoa (295). Igoera hori, 27. eta 29. asteen artean (uztaileko lehenengo hiru asteak) gilaurrea jo izanari zor diogu; orduz geroztik, 2014koaren antzekoa izan zen kasu kopurua. Intzidentzia-gailurra lrungo jaietan gertatu zen. Horrek esan nahi du jende gehiago zegoela zitaduren eraginpean eta denbora luzeagoan, gainera, tenperatura oso altuak izan ziren aste batean. Zitaden ondoriozko maitasun-tasak, 2014an, mila biztanleko 3,46koa eta 2015ean, 3,82koa izan ziren.

Garai berean, infektaturiko lesioak % 31,6 (103/326) izan ziren 2015ean, eta 24,7 (73/295), 2014an: 7 puntu handiago. Lesio infektatutuen kontsultak gehiago izan dira Irun erdigunean, 2015eko zainketaldian.

Ikusi den intzidentziak ez du baztertzen gure erkidegoan eltxoa egoterik, baina baliteke adieraztea, finkatu bada, zitaderek ez dutela, oraindik, arazo garrantzitsurik eragin; uztailean gertatu zen uneko igoera ez baitzen gero udan zehar luzatu. Garrantzitsua da zitaderek eragindako lesioen infekzioen ehunekoa (bigarren mailako infekzioak), kontuan hartzen badugu AAren zitaderek infekzio-arrisku handiagoa ekar dezaketela. Baina kontsulta eta lesioen inguruko informazio zehatzagoa falta da; ondorioz, sakonago aztertu behako da alderdi hori.

Esku-hartzeak

Irungo erdigunean kokaturiko arrautza-tranpetan, urrian, AA arrautzak bigarrenez identifikatu zirela-eta, desinfektatu egin zen lagin positiboak identifikatu ziren eremua. Txostenaren amaieran, EAeko hiru lurraldeetako zaintza entomologikoa areagotzeko gomendatzen da, batez ere eltxoa dagoela identifikatu den lekuetan, eta biztanleentzat material informatikoa prestatzea eta zitaderek eragindako kontsulta kopurua zaintzen jarraitzea. Dengea, Chicungunya eta Zikaren aurrean Prest egoteko eta Erantzuteko Planaren (Epidemiologiaren Zentro Nazionala) arabera egingo da zainketa epidemiologikoa eta Sortzen Ari Diren Gaixotasunen EAeko Batzordearen gomendioak jarraituta, hark balioetsiko baitu zer neurri hartu, unean uneko egoera epidemiologikoaren arabera.

Beste gaixotasun batzuk

C hepatitis

Definizio klinikoa (hepatitisaren sintomak eta transaminasak igotzea) betetzen duten eta laborategiko diagnostikoa daukaten kasuak erregistratzen dira: VCH-aurreko serobihurketa.

2015ean, 4 CH kasu aitortu ziren, eta batek bakarrik betetzen zuen kasuaren definizio klinikoa, eta egiaztatu egin zuen laborategiak. 51 urteko gizonezko bat zen, Nafarroakoa eta aldi baterako Donostian bizi zena, eta tratamendu mediko kirurgikoa eta transfusioak egiten ari zena Espainiako beste probintzia batean.

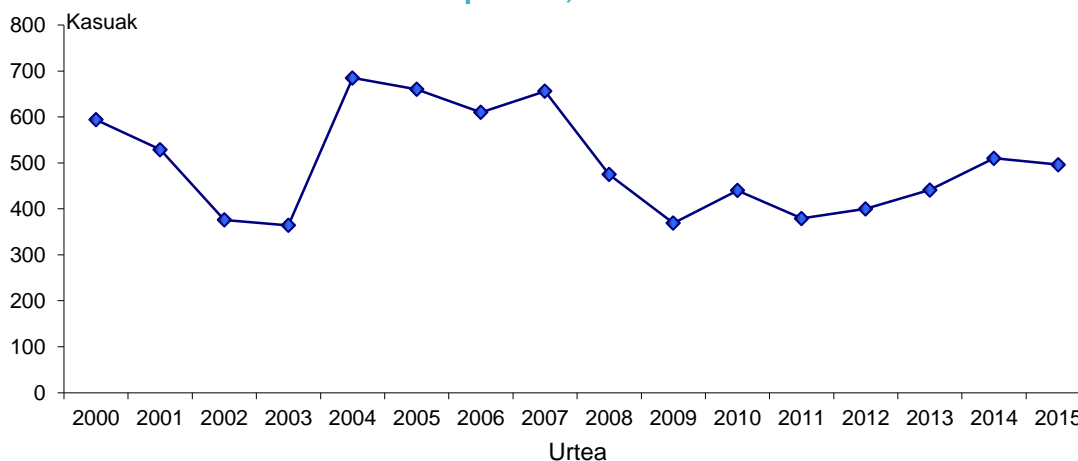
2.18 taula. C hepatitisaren kasuak eta tasak, 100.000 biztanleko. ABG. Gipuzkoa, 2002-2015

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Kasuak	3	5	3	3	4	8	2	5	3	2	7	1	0
Tasak	0,4	0,7	0,4	0,4	0,6	1,2	0,3	0,73	0,4	0,28	0,99	0,14	--

Errotabirusa

2015ean, errotabirusaren 496 isolamendu jakinarazi dira IMSen; aurreko urtekoaren antzeko kopurua (2.28 grafikoa). Sexuen arteko banaketari dagokionez, 262 gizonezko (% 53) eta 233 emakumezko (% 47) izan dira. Kasuen % 76 hiru urtez azpiko haurretan isolatu zen.

2.29 grafikoa. Errotabirusaren isolamenduak, urteka. IMS. Gipuzkoa, 2002-2015.

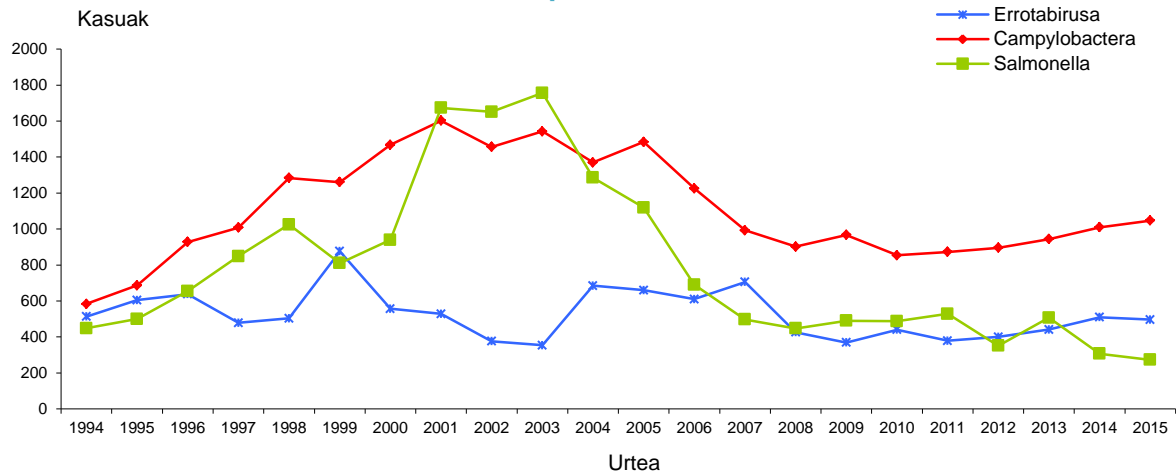


Hilabete hauetan agertu ziren errotabirusaren infekzioaren intzidentzia handienak: otsaila, martxo eta apirila; kasuen % 85 multzokatu baitzen haietan.

1994tik 2015era bitartean, IMSen maizen erregistraturiko hiru enteropatogenoen isolamenduaren jarraipena egin da, eta 2.29 grafikoa erakusten da.

2015ean, DUOko Mikrobiologia Zerbitzuak norobirusen berri eman zuen, eta garai horretan 709 emaitza positibo aitortu ziren. Kopuru hori 2015eko salmonellaren eta errotabirusaren isolamenduak baino handiago da.

2.30 grafikoa. Campylobacter-en eta errotabirusaren isolamenduak, urteka. IMS. Gipuzkoa, 1994-2015



Linfozito-meningitisa

Linfozito-meningitis (LM) gehienak, batez ere eboluzio akutu eta onbera edukitzen dutenak, enterobisuren taldekoak diren birusek eragiten dituzte. Enterobirusak dira bularreko ume eta haurren gaixotasun adierazgarri eta ugarienen erantzuleak, eta agerpen kliniko anitzak eragiten dituztenak. Meningitisak, oro har, osasun-inpaktu eta alarma sozial handia eragiten dute.

Enterobirusek eragindako infekzioak urte osoan zehar gertatzen dira, baina klima epeleko lekuetan portaera epidemikoa izan dezakete (2.31 grafikoa).

2015ean, LZRan isolaturiko 103 enterobirusen berri eman zen IMSen; 2014ko isolamenduak baino gehiago, 57 izan ziren eta % 63 gizonezkoenak ziren eta % 37, emakumezkoenak. Isolamendu guztietatik, % 83,5 haurretan gertatu da, eta 4 urtez azpikoak zen % 58,3.

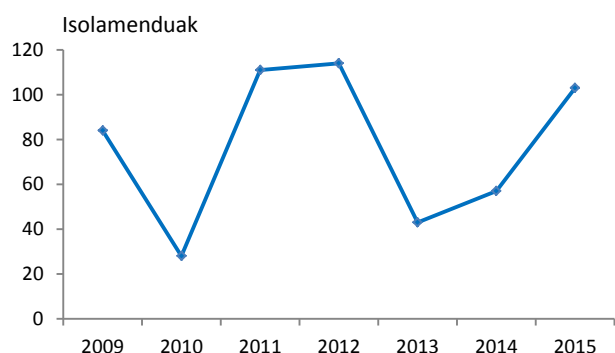
Intzidentziarik handiena erakutsitako asteak 9.etik 26.era bitartekoak izan ziren, martxotik ekainera bitartekoak, eta kasuen % 57 multzokatu zuten. 9. astean, DUOko Mikrobiologia Zerbitzuak LZRko 6 enterobirus kasuren berri eman zuen. 1.etik 9.erako aste bitartean, linfozito-meningitisaren 9 kasu detektatu ziren, eta 8 haurrak ziren. Aurreko urteko garai berean, 2 bakarrik jakinarazi ziren

Egoera epidemikoa ote zen susmoa zegoelako, eta kasuak garaiz detektatze aldera, linfozito-meningitisa diagnostikatu zitzairen haurretan, monitorizatu egin ziren kasuak, 11. astetik aurrera, gaixotasunaren hedapena kontrolatzeko, prebentzio-neurriak ezartzeko eta agerraldiak saihesteko. DUOko Pediatria Larrialdien Zerbitzuak zeukan monitorizazioa egiteko ardura.

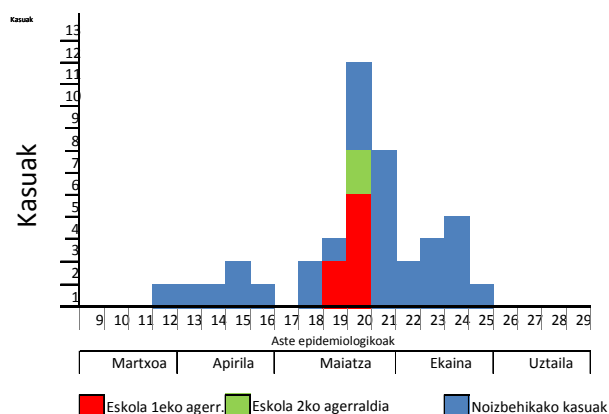
Inkesta bat prestatu zen datu hauek jasotzeko: filiazio-datuak, sexua, adina, ikastetxea, datu klinikoak, laborategiko emaitzak eta ebaluazioa (pediatra haiek betetzen zuten). Kasua definitu zen: 15 urtez azpiko pertsona, Gipuzkoan bizi dena, LM diagnostikoa egin zaiona 2015eko martxoaren eta ekainaren artean.

11. astetik 26.era bitartean, 41 LM kasu jaso ziren, eta horietako 40 Gipuzkoan bizi ziren; 36 kasu DUOKo Pediatria Larrialdien Zerbitzuak jakinarazi zituen, eta 4, lehen mailako arretako pediatriak. 40 horietatik, denbora-espazioan multzokatuta agertu ziren 9; bat, 7 lagunekoa, eskola bereko ikasleena, eta, bestea, 2 lagunekoa (2.32 grafikoa). Eskola-agerraldiko 7 kasu horien diagnostikoa kliniko-mikrobiologikoa izan zen, eta 5 kasutan, epidemiologikoa.

2.31 grafikoa, ISMera aitorturiko entereobirusen isolamenduak. Gipuzkoa, 2009-2015.



2.32 grafikoa. LM kasuak, aste epidemiologikoaren arabera. Gipuzkoa, 2015.



Agerpen kliniko hauekin gertatu ziren: sukarra, 39 kasutan; zefalea, 39tan, eta gorakoak, 34tan. Ziztada lunbarra egin zitzaizen 35i, eta emaitzek meningitisa zegoela egiaztatu zuten (hiperzelularitatea LZR), eta 28tan, berriz, emaitzak positibo eman zuten enterobiruserako.

Denak behaketapean egon ziren eta bik ospitaleratu beharra izan zuten. Guztiek egoki eboluzionatu zuten.

Epidemiologia-zerbitzukoak harremanetan jarri ginen kasuak multzokatu ziren ikastetxeekin, eta gaixotasunari eta kontrol-neurriei buruzko informazioa bidali zitzaizen. Kasu horien osasun-zentroetako pediatrekin koordinatuz egin ziren ekintza horiek.

LMren zainketak garbi utzi zuen zenbateko garrantzia duen asistentzia-sarearen eta mikrobiologia- eta epidemiologia-zerbitzuen arteko koordinazioak, kasuak garaiz detektatzeko, eta gaixotasunaren hedatzea eta agerraldiak saihesteko.

Sindromeen zaintza

2014an, GEAk lehen mailako arretan eragindako pediatria-kontsultak zaintzen hasi ginen Gipuzkoa Eskualdean, eta, 2015ean, Gipuzkoako haur guztietara zabaldu da zaintza-sistema hori Osabideren eskutik. Haurren arteko beste hainbat arnas patologia ere zaindu ziren lurralde guztian: bronkiolitisak eta pneumoniak. Prozesu horiek zaintzeko, gainera, Gipuzkoako Informazio Mikrobiologikoko Sistema erabili zen informazio-iturritzat.

Gastroenteritis akuatuak

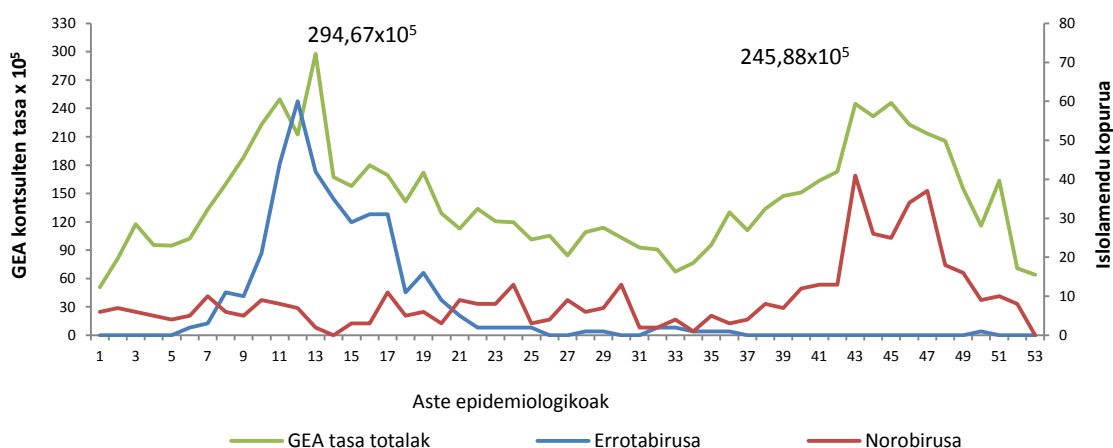
2015ean, GEAk eragindako 7.998 pediatria-kontsulta artatu ziren Gipuzkoan, eta 0tik 2 urtera bitarteko haurrena zen horien % 55. Bi uhin epidemiko agertu ziren. Bat, 13. astean gailurra jo zuela, urteroko errotavirus agerraldiarena zen, eta bigaren uhina, gailurra 45. astean jota, norobirusaren Erkidegoko zirkulazioari zegokiona.

Lehenengo uhin epidemikoan, gailur gorenak 9. astetik 13. astera bitartean izan ziren ($294,67 \times 10^5$). Erasanik handiena 0tik 2 urtera bitartekoen taldeak jasan zuen, 13. asteko tasa $1.018,28$ kontsulta 10^5 ko izan baitzen. ESIkako banaketan, tasa osorik handienak Debagoieneko ESIan agertu ziren, $428,60 \times 10^5$ ekin, 9. astean, eta Deabarreneko ESIan $453,19 \times 10^5$ ekin, 13. astean.

Kurban islatzen denez, urte osoan IMSera aitorturiko errotavirusaren % 85 aitortu zen epidemia-agerraldian.

Bigarren uhinean, 42-46 aste bitartean iritsi ziren tasarik gorenera, eta 0tik 2 urtera bitartekoen taldearen tasa maximoa $706,001$ kontsulta 10^5 ko izatera iritsi zen. Igoerarik handiena Deabarreneko ESIan izan zen, 10^5 ko $432,59$ ko tasa osoa zuela 43. astean. Haurren arteko 465 (% 66) errotavirus eta 283 (% 60) norobirus jakinarazi ziren IMSen irailetik aurrera.

2.33 grafikoa. GEA kontsultak (Osabide) haurretan, eta errotavirusaren eta norobirusaren isolamenduak (IMS) Gipuzkoa, 2015.



Osabideren eskutik zaintza-sistema hori ezarri izanari eta beste erregistro batzuetatik (IMS) emandako informazioari esker, hainbat informazio jaso dezakegu Gipuzkoako lehen mailako arretako zentroetan artaturiko haurren gastroenteritis akutuei buruz: intzidentzia eta ezaugarri epidemiologiko eta etiologikoak; eta agerraldiak detektatu ere bai.

Bronkiolitis akutua

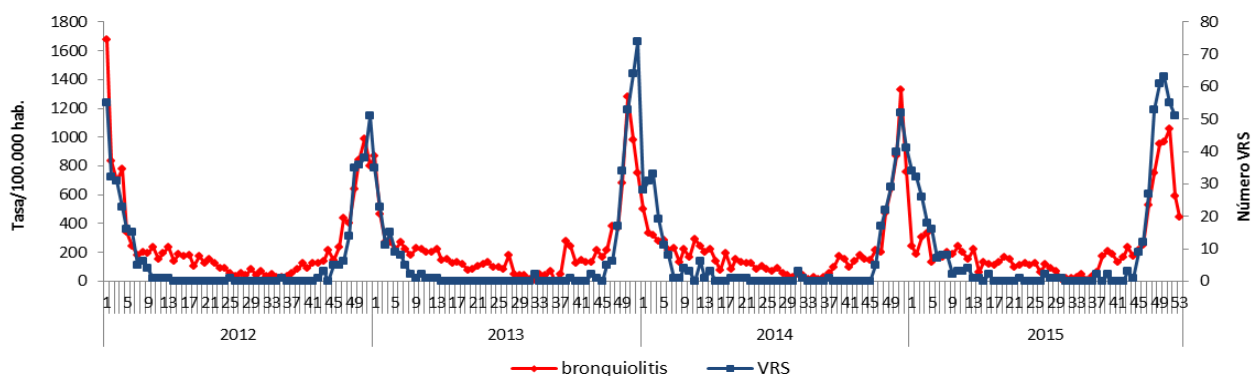
2015ean, lehen mailako arretan haurren arteko bronkiolitis kontsultak zaintzeko sistema bat ezarri zen Gipuzkoa osoan. Zainketarako, gainera, Osabide eta Gipuzkoako Informazio Mikrobiologikoko Sistema erabili ziren informazio-iturriztat.

Gipuzkoan, 2.782 pediatria-kontsulta artatu ziren bronkiolitis akutua zela-eta, eta 0-2 urte bitartekoa haurra zen % 97. Uhin epidemikoa agertu zen, gailur gorena 51. astean zuela (abenduaren 14-20); urtebetez azpikoen tasa $1.059,02 \times 10^5$ zen, eta arnas birus sintzitalaren (VRS) 55 isolamendu egin ziren.

ESlei dagokienez, bronkiolitis tasa handienekoak hauek izan ziren: Debagoieko ESla, $417,32 \times 10^5$ tasa osoarekin, eta Bidasoako ESla $328,07 \times 10^5$; eta biak, 51. aste epidemiologikoan.

Grafikoan irudikatzen denez, azken lau denboralditan bere horretan dira bronkiolitis epidemiaren gailur-asteak; gehieneko intzidentzia tasen tartea $988,80 \times 10^5$ ren (2012an) eta $1.332,03 \times 10^5$ ren (2013) artekoa da.

2.34 grafikoa. Bronkiolitis-kontsulten tasak (Osabide), 0-2 urte bitarteko haurretan, eta VRS isolamenduak (IMS). Gipuzkoa, 2012-2015.



Lan hori 2015ean martxan jartzen zen bitartean, bronkiolitisaren ondorioz Gipuzkoa Eskualdeko LMA 2014an egindako kontsultak gurutzatu ziren kausa horren ondorioz izan ziren ospitaleratzeekin (GDM). Bi baseen gurutzatze hori CICren bidez egin zen.

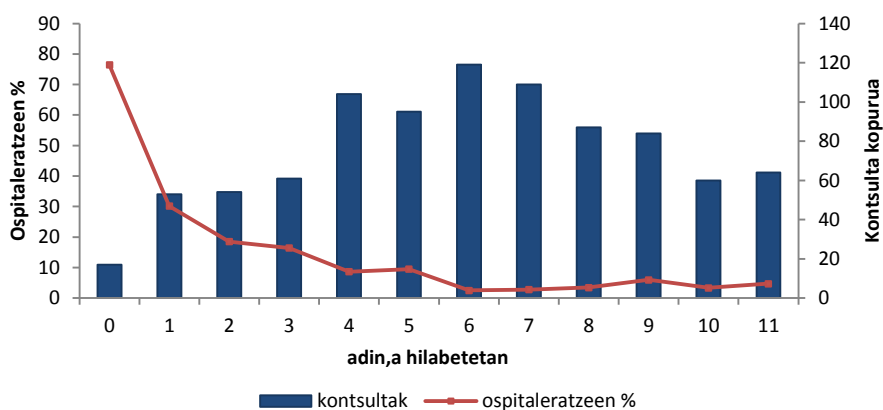
Emaitzak

2014an, Gipuzkoa Eskualdean 1.410 bronkiolitis kontsulta artatu ziren ospitaleez kanpoko pediatria-arretan, 1.218 haurretan: 694 gizonezko (% 57) eta 524 emakumezko (% 43). Kontsultan behin baino gehiagotan izan ziren mutikoak gehiago ziren neskatoak baino. % 14 vs % 10 ($p=0,04$). 1.218 haurretatik, 800 urtebetez azpikoak ziren; hots, % 19,6koa da adin-talde horrek LMA 2014an egindako kontsulten maiztasuna.

Bi baseen gurutzaketan, lehen mailako arretako 97 bronkiolitis kontsulta identifikatu ziren, kontsulta horiekin loturiko (behin-behinean) ospitaleratzea izan zutenak. 97 ospitaleratze horietatik, 95ek arnas patologia akutuen diagnostikoren bat zeukaten; hots, 1.410 kontsulten % 6,7k. Proporzio hori antzekoa zen bi sexuetan (% 6,5 kontsulta mutikoetan, eta % 7 kontsulta neskatoetan; $p=0,75$). Adinari dagokienez, hainbat desberdintasun ikusten dira: ospitaleratutako kontsulten proportzio handiena 6 hilabetez azpiko umeena izan zen (% 17,4), eta ondoren 6-11 hilabete bitarteko umeena (% 3,6).

2.35 grafikoan erakusten dira kontsulta kopurua eta ospitaleratzeen proportzioa, haurren hilabeteen arabera, urtebetez azpikoen kontsultetan. Ikusten denez, hilabetez azpikoen kontsultak dira ospitaleratze proportzio handiena daukatenak (% 76,5), eta proportzioa asko txikitzen da 6 hilabetekoenera bitartean (% 2,5).

2.35 grafikoa. LMA bronkiolitis kontsultak eta ospitaleratzeen %, zenbat hilabete dituzten arabera. Gipuzkoa Eskualdea, 2014



Egonaldiaren batez bestekoa 5,6 egunekoa izan zen (DE: 2,5), antzekoa gizonezkoetan (5,5; DE: 2,4) eta emakumezkoetan (5,5; DE: 2,5). 15 sendagiritan (guztiaren % 15,8), zainketa intentsiboen beharra izan zen; batez beste 3,9 egun igaro zituzten bertan (DE: 3,8). Hilabetez azpiko neskato bat hil egin zen.

Gipuzkoa Eskualdeko urtebetez azpiko haurren % 19,6 izan zen kontsultan, lehen mailako arretan, bronkiolitisa zela eta. Ehuneko hori % 13a baino handiago da; hots, praktika klinikoko gida (GPC) batzuk zehazten duten ehunekoa, hain zuzen. Bronkiolitis kontsulten % 6,7k ospitaleratzea ekarri zuen berekin. GPCren arabera, bizitzako lehen urtean bronkiolitisarekin ospitaleratu beharra izaten du haurren % 2-5ek. Gure emaitzetan ageri den igoera txiki hori baliteke izatea ospitaleratze-kontsultaren (30 egunekoa) eta arnas patologien ospitaleratzearen arteko lotura egiteko erabili den irizpidean gainestimazio batengatik.

Gizakien entzefalopatia espongiforme transmitigarriak (EETH)

2015ean, 2 EETH kasu aitortu ziren Gipuzkoan. Lehenengoa, 70 urteko gizonezko bat. Hil egin zen lau hilabete gaixo egon ondoren. Autopsiak egiaztatu egin zuen Creutzfeldt Jakoben noizbehinkako gaixotasuna zela. Bigarren kasua 79 urteko emakumezko bat zen, eta 5 hilabete gaixo egon ondoren hil zen. Hemen ezin izan zen Creutzfeldt Jakoben noizbehinkako gaixotasunaren susmoa egiaztatu, ez zen-eta autopsiarik egin.

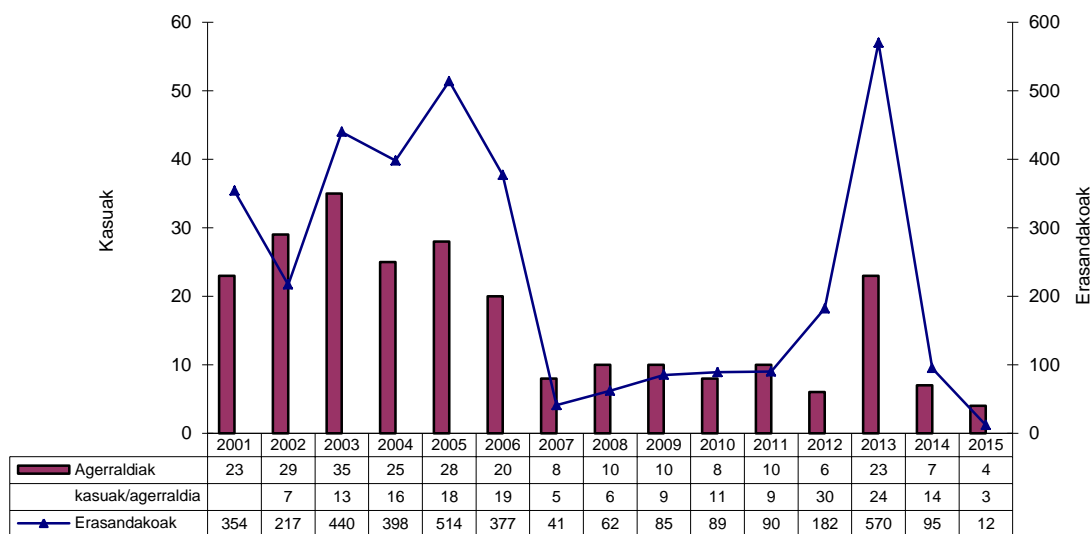
2014ko apirilean jakinarazitako 38 urteko kasua, 2015ean hil zen, 14 hilabete gaixorik egon ondoren, eta autopsiak Creutzfeldt Jakoben noizbehinkako gaixotasunaren diagnostikoa egiaztatu zuen.

3.- Agerraldiak

Elikagai-toxiinfekzioen agerraldiak

2015ean, ur-elikagaiek eragindako 4 agerraldiren berri eman zen (3.1 grafikoa). 12 laguni erasan zien eta inork ez zuen ospitaleratu beharrik izan. Agerraldien nahiz eragindakoen kopurua, aurtan, azken 15 urteetako txikiena izan da.

3.1 grafikoa. Elikagai-toxiinfekzioen agerraldiak, urteka. Gipuzkoa, 2001-2015



3.1 taulak islatzen duen bezala, enpresa-jangela batean gertatutako agerraldi bat izan ezik, gainerakoak ostalaritza munduan gertatu ziren. Norobirusaren agerraldietan, 2 eta 4 lagun artean egon ziren eraginpean, infekzio-iturriak almejak eta ostra gordinak izan ziren, eta azterketa mikrobiologikoarekin baieztatu zen norobirusak kutsatuta zeudela. Elikadura-osasunekoek elikagai horien jatorria zein zen ikertu zuten eta ondoren eten egin zuten horien salmenta.

Hirugarren agerraldian bi lagun multzokatu ziren; latako atun antxoadunaren mokadu bat jan eta ordu erdira, histaminaren intoxikazioa izan zitekeela pentsarazten zuten sintomak ematen hasi ziren. Biek arreta medikoa behar izan zuten. Egun hartan bertan ikuskatu zen establezimendua, eta, zerbitzaturiko elikagairik ez zuten ez, ezin izan ziren analizatu.

Laugarrena ospitale bateko guardiako medikuen jangelan gertatu zen. Emaizta epidemiologikoen lotura positibo baina ez-esanguratsua eman zuten hainbat elikagairentzako, baina germen eragilea *Clostridium perfringens* zenez, agerraldiaren eragilea mingaina saltsan izan zela erabaki zen. Ingurune-ikuskapena egin zen eta akats handiak ikusi ziren elikagaiak tratatzeko eta instalazioak zaintzeko eran, eta indarrean dagoen araudi sanitarioa betetzeko exijitu zitzaizkien enpresariei.

3.1 taula. Elikagai-toxiinfekzioen agerraldiak. Gipuzkoa, 2015

Agerraldia	Hila	Herria	Gertalekua	Eraginpekoak	Eragindakoak (eraso tasa)	Kultibo positiboa	Ospitaleratuak	Iturria	Eragilea
1	Otsaila	Donostia	Etxea	4	2 (50%)	1	0	Kuskubikoak	G2 Norobirusa
2	Martxoa	Pasaia	Jatetxea	2	2 (100%)	2	0	Kuskubikoak	Norobirusa
3	Maiatza	Hernani	Taberna Enpresako jangela	2	2 (100%)	0	0	Arraina	Histamina <i>Clostridium perfringens</i>
4	Ekaina	Donostia		ezezaguna	6	1	0	Haragia	

Anisakiasiarene zaintza

2015ean, anisakiasia zaindu zen apiril-maiatzetan. 2014an hasi ziren zainketa hori egiten, gaixotasun hori zela-eta EAEko ospitaletan artatutako kasuen berri jasotzearekin batera.

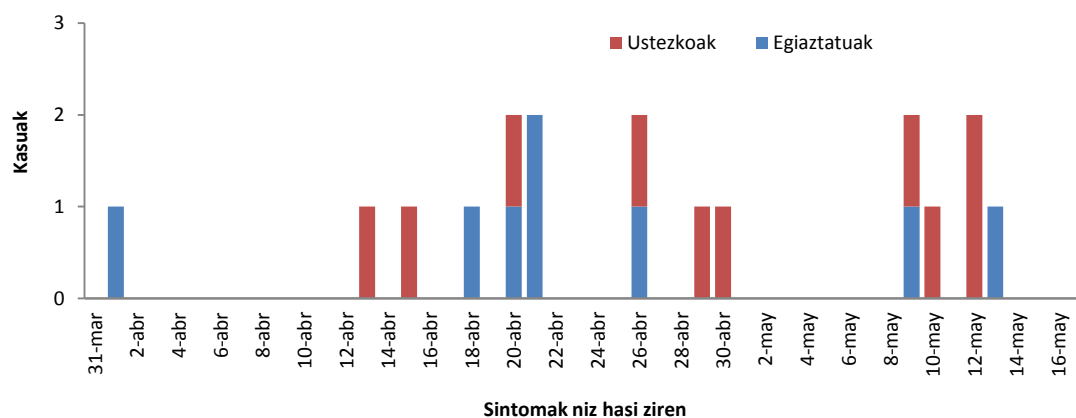
Osasun Publikoko Zuzendariordetzako Epidemiologia Unitatetik harremanetan jarri ginen ospitaleko eta ospitaleez kanpoko larrialdi-zerbitzuekin eta Gipuzkoako ospitaleetako alergologia eta digestiboko zerbitzuekin eta prebentzio-medikuntzakoekin. Biztanleek anisakiasia izateko zeukaten arriskuaren berri eman zitzairen, eta informazio egokia jasotzeko beharra zegoela esan, arazoaren balorazio bat egin ahal izateko.

Gipuzkoan, 2015eko denboraldian 18 kasu erregistratu ziren. 2014ko garai berean, berriz, 29. Lehenengo kasua apirilaren lehenean gertatu zen eta, azkena, maiatzaren 13an. 18 kasuetatik, 8 egiaztatu egin ziren anisakiasia edo /eta IgE ikusita, eta 10, klinika bidez. % 56 (10 kasu) gizonezkoa zen eta % 44 (8 kasu), emakumezkoa. Adin-tartea 22tik 75 urtera bitartekoa zen, 48 urteko medianarekin.

Hauxe izan zen klinika ohikoena: abdomeneko mina (kasuen % 72), urtikaria (% 50) eta gorakoak (% 17). Denek behar izan zuten arreta medikoa eta % 16,7k (eragindako 3), ospitaleratu beharra.

3.2 grafikoa, Gipuzkoako kasuen maiztasuna dago jasota, sintomak noiz hasi ziren arabera.

3.2 grafikoa. Kurba epidemikoa, sintomak noiz hasi diren arabera. Gipuzkoa, 2016ko apirila-maiatza



Arrisku-aurrekariari dagokionez, kasuen % 88,9k (16) antxoak jan zituen, eta horietako % 87,5ek gordinik edo ozpinetan. Kasuen % 83,3tan, aurretik izoztu gabe prestatu zituzten jakiak.

Antxoa marinatua jateko ohitura handia dugunez hemen, asko azpimarratu ziren prebentzio-neurri hauek:

1- Hobe da arraina tripak kenduta erostea, eta, ez bada hala egiten, lehenbailehen kendu behar dira tripak. Legatza bada, gainera, hegalak ego mendrezkak kendu, parasitoak badauzkate eta, hobe, buztan eta solomoak jatea.

2- Ez eten hotz-katea

3- Jan aurretik, ondo egin arraina; barruan 65°C harrapatu dituela ziurtatuta.

4- Legatz handiak eta arrainak gordinik eta marinatuta jan behar badira, etxeko eran prestatuta, izoztuta eduki, gutxienez 24 ordutan, -20 °C-an, edo, 48 ordutan gutxienez, ez badakigu hozkailuak zer tenperatura maximo har dezakeen izoztean.

Beste agerraldi batzuen deskripzio epidemiologikoa

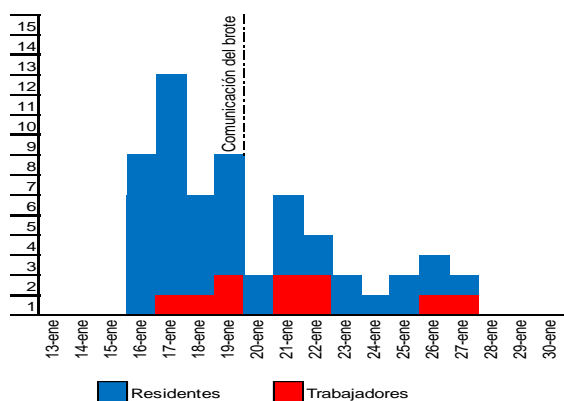
NOROBIRUSAK ERAGINDAKO GEA

2015ean, norobirusak eragindako bi agerraldi aitortu ziren bi gerontologia-zentrotatik.

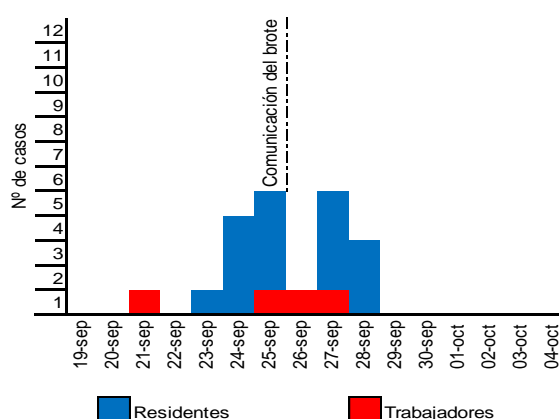
1. agerraldia urtarrilean jakinarazi zen, Donostiako gerontologia-zentro batetik. 95 egoiliar zituzten eta eguneko zentrorra joaten diren beste 30 lagun artatzen zituzten. Zentroan 100 langile zeuden. Eraso-tasa, egoiliarren artean, % 45ekoa izan zen (43 erasandako), eguneko zentrokoen artean, % 10ekoa (3 erasandako) eta, langileen artean ere % 10ekoa (10 erasandako). Kurbak bi motatako transmisio-eredua erakutsi zuen: ohiko jatorrikoa (iturria ez zen identifikatu) eta lagunez lagunekoa (3.3 grafikoa). Agerpen klinikoei dagokienez, % 90ek beherakoa izan zuen eta % 50ek gorakoa. Kasu bakar batek ere ez zuen ospitaleratu beharra izan. Analizaturiko 6 eginkari-laginetatik, 5ek positibo eman zuten norobiruserako. Ingurune-ikerketako emaitzek ez zuten elikagai-agerraldiaren jatorria identifikatu.

2. agerraldia irailean gertatu zen, Donostiako egoitza batean. 137 egoiliar zituzten, 7 solairutan banatuta, eta 100 langile. 20 lagun gaixotu ziren. Horietako 6 (eraso-tasa % 11,7) egoiliarrak ziren, eta 4, langileak (eraso-tasa % 4). Erasandako egoiliar guztiak 4. solairukoak ziren. Kasu erakuslea zehaztu zen eta kurbak lagunez laguneko transmisio-eredua erakutsi zuen (3.4 grafikoa). Agerpen klinikoei dagokienez, % 85ek gorakoa izan zuen, % 70ek, beherakoa eta % 15ek, sukarra. Analizaturiko 2 eginkari-laginetatik batek positibo eman zuen norobiruserako. Gaixotasunaren eboluzioa ona izan zen eta bakar batek ere ez zuen ospitaleratu beharra izan.

3.3 grafikoa. Kasuak,, sintomak noiz hasi diren arabera. Gipuzkoa, 2015eko urtarrila



3.4 grafikoa. Kasuak, sintomak noiz hasi diren arabera. Gipuzkoa, 2015eko iraila



Behin agerraldia zegoela jakinda, higie-neurriak areagotu egin ziren bi agerraldietan, eta beharrezko kontrol-neurriak ezarri ziren.

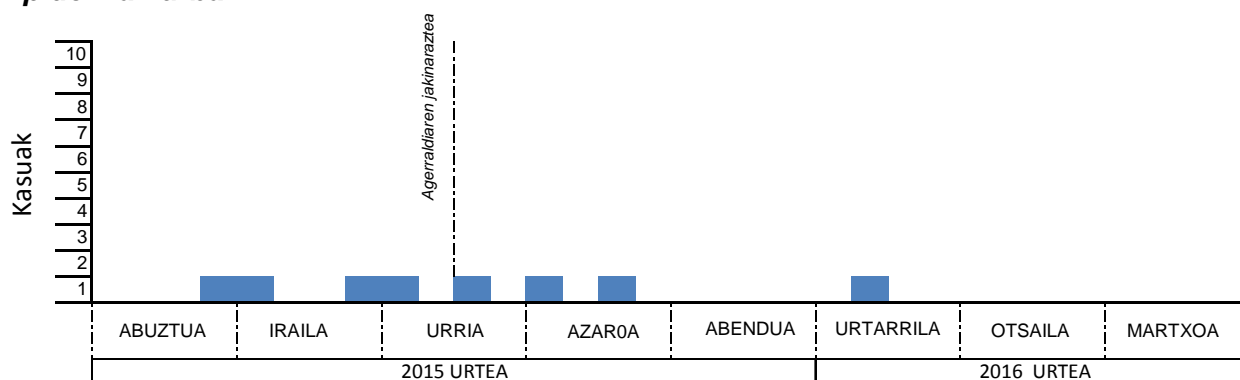
SARM AGERRALDIA, GERONTOLOGIA-ZENTRO BATEAN

2015eko urrian, Gipuzkoako gerontologia-zentro bateko mediku batek Epidemiologia Zerbitzuari jakinarazi zion 4 egoiliar zituela metizilinarako erresistentea den *Staphylococcus aureus* (SARM) kolonizazio/infekzioarekin, eta elkarren artean lotura epidemiologikoa zutela eta hilabeteko epean diagnostikatu zirela.

Zentro soziosantirioetan SARMen kolonizazio/infekzioa daukaten egoiliarren aurrean jarduteko Gipuzkoako sailarteko gida aintzat hartuta, agerraldi-egoera baieztatu zen, eta SARM infekzioa duten egoliarrentzat berariazko neurriak ezarri ziren, gidak adierazi bezala. Mediku-irizpideen baitan geratu zen SARM infekzioaren deskolonizazioa eta tratamendua nola egin.

Egoiliarrak 146 ziren, 3 solairutan banatuta. Sei hilabeteetako kasu erasotzaileak 8,3 gizonezko eta 5 emakumezko izan ziren. Lehenengo 4 kasuak hilabeteko epean agertu ziren. Lehena 2015eko abuztuaren 26an agertu zen eta, azkena, 2016ko urtarrilaren 13an.

Epidemia-kurba



Agerraldiaren jarraipenaldian sendatu egin ziren bi kasu erasotzaile, eta beste 6 kasutan iraun egin zuen germenak analizaturiko laginen batean. Intzidentziaren eboluzio onari esker, eragingarritzat jo ziren langile sanitarioek hartutako prebentzio-eta kontrol-neurriak. Bestalde, eta prebalentzia osoaren emaitzen arabera, patogenoa transmititzeko arriskuak kontrol-neurri zorrotzak edukiarazi zituen.

4.- Txertaketak

2015ean, aldaketa batzuk egin dira haurren txertaketa-egutegian:

- ✓ C meningokokoaren aurkako txertaketa-jarraibideak aldatu dira; orain 4 hilabeterekin, 12 hilabeterekin eta 12 urterekin jarriko da.
- ✓ Papilomobirusaren aurkako txertaketa-adina aurreratu egin da, eta orain 12 urterekin jarriko da.
- ✓ Pneumokokoaren aurkako txertaketa egiten hasi da: 13 serotipoko txerto konjugatua, 2, 4 eta 12 hilabeterekin.
- ✓ 6 urterekin jartzen den txertoaren (dTpa) hornitze-arazoak direla-eta, dosia atzeratu behar izan da, egoera bere onera itzuli artea.

2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	4 años	6 años	10 años	12 años	16 años
Hepatitis B	Hepatitis B	Hepatitis B	Sarampión		Sarampión		Varicela (1)	Papiroma (2)	
Difteria	Difteria	Difteria	Rubéola	Difteria	Rubéola	Difteria			Difteria (3)
Tétanos	Tétanos	Tétanos	Parotiditis	Tétanos	Parotiditis	Tétanos			Tétanos (3)
Tos ferina	Tos ferina	Tos ferina		Tos ferina		Tos ferina			
Poliomielitis	Poliomielitis	Poliomielitis		Poliomielitis					
Haemophilus influenzae b	Haemophilus influenzae b	Haemophilus influenzae b		Haemophilus influenzae b					
	Meningococo C		Meningococo C					Meningococo C	
Neumococo conjugada (4)	Neumococo conjugada (4)		Neumococo conjugada (4)						

(1) Solo población no vacunada y que no haya pasado la enfermedad. 2 dosis: 2ª dosis al mes de la primera.
 (2) Niñas de 6ª de Educación Primaria no vacunadas. 2 dosis: 2ª dosis a los 6 meses de la primera (entrará en vigor en el curso escolar 2015-2016).
 (3) Se recomienda una dosis de recuerdo a los 65 años de edad.
 (4) Se introducirá a lo largo del año 2015.

CAPV 2015

Kukutxeztularen aurkako txertoa jartzeko ere gomendatu zaie 27 eta 36 aste bitarteko sabelaldiko haurdun guztiei, jaioberria babesteko, txertaketa-egutegiarekin hasten den arte. Neurri hori kukutxeztul-intzidentzia asko igo delako ezarri da, eta eutsi egingo zaio gaixotasunaren eboluzio epidemikoaren arabera. Erabilitako txertoa dTpa da (karga txikiko difteria-tétanos-kukutxeztula).

Horniketa-arazoek BCG txertoari ere eragin diote. Txerto hori arrisku-taldeei bakarrik jartzen zaie 2013az geroztik. Txertaketa eten egin da EMAK (Medikamentuen Europako Agentzia) merkaturatzeko baimena eman arte beste laborategi bati.

Helduekin lan egiten duten profesionalei txertaketaren inguruko prestakuntza ematen jarraitu da; izan ere, artatzen duten biztanleriarentzako txertaketa-gomendioak inplementatzen hasi behar dute eguneroko lanean. 2015ean, helduen txertaketarako hainbat tailer garatu dira, hainbat ESItan: Donostialdea, Debagoiena eta Debabarrena.

Haurren txertaketa

Haurren Txertaketa-egutegiaren estaldurak

4.1 taula: Haurren txertaketa: estaldurak. Gipuzkoa 2015.

Dosi-egutegia	%	(KT % 95)
DTPa+P+Hib+HB+pneumo 1	94,8	94,3-95,4
DTPa+P+Hib+HB+pneumo 2	93,4	92,8-94,0
DTPa+P+Hib+HB 3	92,2	91,5-92,8
Meningo C 1	87,2	85,2-89,3
Meningo C 2	90,6	89,3-91,8
Meningo C 3	89,2	88,4-89,9
Meningo C 1 (pauta berria)	94,2	93,5-94,9
TV1	91,7	91,0-92,3
DTPa+P+Hib 4	91,7	91,0-92,4
TV2	86,3	85,5-87,1
dTpa*	33,5	32,5-34,6
Barizela**	9,5	8,8-10,2
Td 16 urte	91,7	91,0-92,4

* Txertaketa eten egin zen 2015eko irailean.

** Izendatzailean, 2005ean jaiotako denak sartzen dira

4.2 taula. Haurren txertaketa: estaldurak, ESika Gipuzkoa 2015.

Dosi-egutegia	DEBA GOIENA	DEBA BARRENA	BIDASOA	DONOSTI ALDEA	GOIERRI	TOLOS ALDEA
DTPa+P+Hib+HB+pneumo 1	98,1	96,5	96	92,2	98,5	96,3
DTPa+P+Hib+HB+pneumo 2	97,5	95,1	96,2	90,2	97,1	94,6
DTPa+P+Hib+HB 3	97,4	95,0	92,6	89,1	96,5	93,0
Meningo C 1	98,9	89,3	87,9	86,9	72,6	96,1
Meningo C 2	100	90,8	91,0	86,7	93,5	95,4
Meningo C 3	93,8	94,4	89,5	86,3	90,7	91,2
Meningo C 1 (pauta berria)	95,4	96,4	94,2	94,5	95,7	87,9
TV1	96,6	96,2	94,0	88,0	94,6	93,7
DTPa+P+Hib 4	93,9	100	91,4	88,6	92,8	92,7
	93,7	94,9	82,4	81,7	90,5	90,5
dTpa	52,9	55,4	54,7	18,3	34,5	44,2
Barizela	6,4	9,6	14,5	76	9,7	9,0
Td 16 urte	75,7	74,5	93,0	85,9	100	100

Barizelaren aurkako estaldurak jaiotakoen kohorte guztiarekin kalkulatu dira, nahiz eta txertaketa 10 urtera kaltebera iristen diren haien zatik bakarrik izan.

Estaldura txikiagoak ikusten dira C meningokokoaren aurkako txertaketan; badirudi, erregistratzean egindako akatsekin duela zerikusia, bi jarraibide egon baitira urtean zehar.

6 urterekin hartzeko dosia 2015eko irailera atzeratu zen, eta, beraz, estaldura txikia da. ESlen arteko desberdintasunak eamteko moduagatik izan dira: osasun-zentroan edo ikastetxean.

4.3 taula. Estimaturiko txertaketa-estalduren bilakaera. Gipuzkoa 2007-2015

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
BCG ⁽¹⁾	93,4	97,4	96	91,6	92,4	92,4	-	-	-
1. DTPa. VPI, VHB, Hib	92,6	97,7	100	95,3	94,4	93,7	93,0	95,0	94,8
1. Men C (pauta 2,4,12)	92,6	97,7	100	95,3	94,4	93,7	93,0	95,0	87,2
1. Men C (pauta 4, 12, 12) ⁽²⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	94,2
2. DTPa, VPI, VHB, Hib	93	97,1	99,9	96	94,1	93,1	91,3	95,0	93,4
2. Men C (pauta: 2,4,12)	93	97,1	99,9	96	94,1	93,1	91,3	95,0	90,6
3. DTPa, VPI, VHB, Hib	92,3	96	98,3	96,6	94,3	92,2	90,3	94,5	92,2
3. Men C (pauta 2,4,12)	93,6	99,7	99,8	95,3	92,8	92,2	92,3	98,1	89,2
TV1	96,7	97,8	99,5	97,1	90,7	97,6	93,2	94,9	91,7
4. DTPa, VPI, Hib	99,5	93	98,3	96,3	92,6	94,2	96,7	99,0	91,7
TV2	100	95	90,3	98,2	92	95,5	90,2	90,7	86,3
DTPa/dTpa ⁽³⁾	94,1	94,8	98,5	90,5	89,8	91,3	98,5	89,9	33,5
BARIZELA	11	7,2	13,3	15,3	13	21,3	12,2	14,4	9,5
Td 16 urte	ee	ee	ee	ee	ee	ee	65,7	89,5	91,7

(1) Egutegitik kenduta 2013az geroztik

(2) 2015az geroztik jaiotakoentzako.

(3) 2013az geroztik dTpa erabiltzen da. Dosia atzeratuta hornidura-ezagatik

GPBren aurkako txertaketa, eskolaumeetan. 2014-2015 ikasturtea

2.927 neskatori jarri zitzairen txertoa, eta %85,9ko estaldurara iritsi zen. Gero eta gehiago errefusatzeko ari dira txerto hori azken urteetan, eta txertatzeko egon daitezkeen neskato-kohortearen % 17,5ean kokatu gara.

4.4 taula. GPBren aurkako txertoa eskolaumeetan, ESlaren arabera. Gipuzkoa. 2014-2015 ikasturtea

ESla	Neskat oak	1. dosia	2. dosia	3. dosia	Baimen. ez	Kontr. medikoa	Aurrez txertat.	Bestelakoak	Estaldura*
DEBAGOIENA	291	243	239	237	40	0	7	7	83,8
DEBABARRENA	337	304	303	300	11	3	17	5	94,1
BIDASOA	333	258	258	257	41	7	21	7	83,5
GOIERRI	515	451	449	443	21	0	10	7	88,0
TOLOSALDEA	297	224	219	221	63	3	8	6	77,1
DONOSTIALDEA	1.777	1.481	1.476	1.469	205	10	61	34	86,1
GUZTIRA	3.550	2.961	2.944	2.927	381	23	124	66	85,9

4.5 taula. GPBren aurkako txerto-estalduraren bilakaera, eskolaumeetan. Gipuzkoa 2007-08tik 2014-15erako ikasturteak.

2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15
91,4	93,6	86,4	87,6	88,2	88,4	86,9	85,9

Helduen txertaketa

Biztanleria orokorraren txertaketa: Biztanleria osoa babesteko tetanosaren aurka, Td txertoa jarrita. Aurten, txerto honen 23.670 dosi banatu dira eremu sanitario guztian. Osakidetza osasun-zentroetan egiten den txertaketaz gain, enpresetan ere banatzen da bertako mediku-zerbitzuaren bidez.

Arrisku-taldearen txertaketa: biztanleriako talde jakin batzuentzako, esposizio-arrisku handiagoa dutelako edo txerto bidez prebeni daitekeen gaixotasunen batekin konplikazioak dituztelako. Hemen sartzen dira B hepatitisaren, A hepatitisaren, pneumokokoaren eta amorraren aurkako txertaketak.

Amorraren kasuan izan ezik, txertaketa-zentroetan banatutako dosien berri bakarrik dakigu.

Amorraren aurkako txertaketa

2015ean, bi kasutan egin da amorraren aurkako profilaxia, esposizio ondoren. Gainerako txertaketak esposizio-aurreko jarraibideak izan dira, 64 kasutan, herrialde arriskugarrietara bidaiatzeko. Egindako adierazpenetan, bidaiatzeko arrazoiak zerikusia zuen kooperazioarekin % 27tan, % 39tan turismo-bidaiak ziren, eta gainerakoak, lana edo ikasketengatik eginak.

Helmuga nagusia India da oraindik ere, eta, ondoren, Tailandia. Bidaiaren iraupenaren mediana 123 egunekoa zen.

Txertoen kudeaketa

4.6 taula. ESika banatutako txertoak. Gipuzkoa, 2015.

	DEBA GOIENA	DEBABAR RENA	BIDASOA	DONOSTIA LDEA	GOIERR I	TOLOSALDE A
BCG	331	430	270	1.670	422	73
dTpa	1.048	1.091	1.185	3.440	898	929
DTPa-Hep.B-VPI+Hib	1.680	2.040	2.070	8.580	2.740	1.974
DTPa-VPI+Hib	630	823	642	2.985	887	714
A hepatitis, helduak	337	336	265	1.677	336	257
A hepatitis, haurrak	184	126	63	948	124	89
A+B hepatitis, helduak	144	134	88	345	115	87
A+B hepatitis, haurrak	18	0	0	23	6	0
B hepatitis, helduak	235	214	196	993	280	171
B hepatitis, karga bikoitza	7	15	0	4	8	2
B hepatitis, haurrak	50	115	100	240	70	74
Hib	3	55	26	38	13	12
Men C	2.445	2.988	3.640	13.959	4.034	2.670
Men ACWY	2	1	1	5	4	1
Men B	0	7	9	17	0	2
VNC 13	991	1.191	981	4.506	1.511	1.087
VNP 23	809	827	506	2.443	803	311
Papiloma	920	1.031	1.312	5.019	1.498	930
Td	1.919	3.406	2.088	9.937	3.496	2.156
Hirukoitz birikoa	1.384	1.572	1.459	6.358	2.083	1.529
Barizela	170	229	212	1.055	274	262
VPI	29	42	97	169	82	67

4.7 taula. **Sektore pribatuan banatutako txertoak, Gipuzkoa 2015**

	KONTSULTA PRIBATUAK	ENPRESA
DTPa-Hep.B-VPI+Hib	824	
DTPa-VPI+Hib	323	
C Meningokokoa	599	
Hirukoitz birikoa	652	
Barizela	23	
Td		355
A hepatitis, helduak		13
A+B hepatitis, helduak		36
B hepatitis, helduak		4
VNP	17	

5.- Gaixotasun ez-transmitigarriak

Minbizia Gipuzkoan

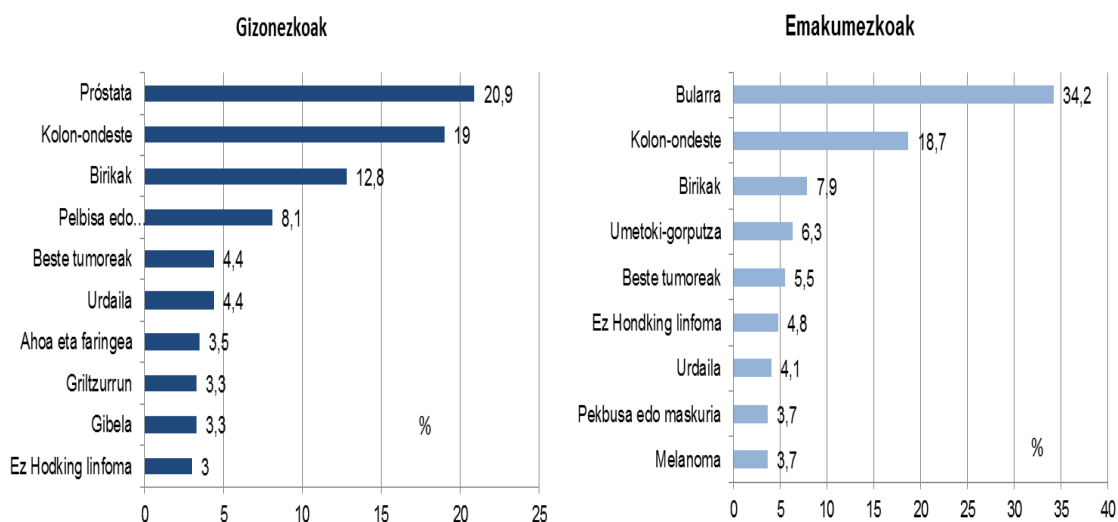
Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) minbizi-erregistroak, 1986az geroztik, EAEko egoiliarren artean diagnostikaturiko minbizi kasu berri guztiak jasotzen ditu. Osakidetzako eta Onkologikoko Ospitaleko Tumoreen Erregistroak dira informazio-iturri nagusiak. Gainera, minbizia duten pazienteak artatzen dituzten beste zentro publiko, itunpeko eta pribatuetatik ere jasotzen da informazioa, bai eta inguruko erkidegoetako osasun-zentroetatik eta heriotzen buletin estatistikoetatik ere. Tumore gaizto inbaditzaile eta "in situ" guztiak erregistratzen dira, bai eta gaixotasun ezezagunekoak ere, lau lekutakoak badira (maskuria, obulutegia, nerbio-sistema zentrala eta tumore kartzinoideak) eta nerbio-sistema zentralako tumore onberak ere bai. Baztertu egiten dira kartzinoma epidermoideak eta larruazaleko basozelularrak.

2015ean, 2012ko intzidentzia-urtea osatu zen, guztira 16.086 tumore erregistratuta Erkidegoko minbizi-erregistroan. Horien % 30,4 (4.895) Gipuzkoako egoiliarretan diagnostikatu ziren.

2012an -eskura dugun azken urtea-, aurreko urteetako datuen kalitateari eutsi zaio. Haiei buruzko informazio-iturritzat heriotza-agiria soilik (HAS) daukagun kasuak % 1 baino gutxiago dira (% 0,6 emakume eta % 0,3 gizonezko). Ehuneko handi bat mikroskopio bidez egiaztatu da; antzera bi sexuetan (91,1 gizonezko eta 91,7 emakumezko).

Gipuzkoako egoiliarren artean erregistraturiko tumore guztietatik, tumore gaizto inbaditzaileak dira 4.246 (2.459 gizonezkoetan 1.787 emakumezkoetan). 2012an, tumore ohikoenak prostatakoak izan ziren gizonezkoetan, eta bularrekoak, emakumezkoetan, eta, ondoren, kolon-ondesteak, bietan. Hirugarren tokian biriketako dago, gizonezkoetan nahiz emakumezkoetan.

5.1 grafikoa. Hamar tumore gaizto ohikoenak, sexuaren arabera. Gipuzkoa, 2012.



5.1 eta 5.2 tauletan xehetasunez daude jasota minbizi motaren arabera kasuen maiztasunaren banaketa, eta intzidentzia gordinaren tasak nahiz adinaren arabera estandarizatuak, eta diagnostikotik 5 urterako prebalentzia. Intzidentzia gordinaren tasa, 2012rako, 100.000 biztanleko 707,5koa izan zen gizonezkoetan eta 494,4koa emakumezkoetan, adinaren arabera estandarizaturiko gizon/emakume intzidentzia-ratioa 1,6koa zela. 2012aren amaieran, 5 urterako prebalentzia –aurreko 5 urteetan minbiziaz diagnostikatu eta bizirik zirauten pazienteak– 13.411koa zen (% 57 gizonezkoetan), 100.000 biztanleko 2.200 eta 1.600 inguruko tasekin, gizonezkoetan eta emakumezkoetan, hurrenez hurren.

5.1 taula. Tumore motaren arabera intzidentzia eta prebalentzia, Gipuzkoako gizonezkoetan, 2012

GIZONEZKOAK	Intzidentzia				Adina Batez bestekoa	Prebalentzia, 5 urtera	
	Kasuak	TG	TEm	TEe		Kasuak	TG
Ahoa eta faringea	86	24,7	13,2	18,8	63,3	294	84,6
Hestegorria	31	8,9	4,3	6,3	66,8	59	17,0
Urdaila	107	30,8	14,6	21,9	69,7	179	51,5
Kolon-ondestea eta uzki-kanala	468	134,7	65,5	96,3	68,1	1377	396,1
Gibela	82	23,6	11,5	16,8	67,4	147	42,3
Behazun- maskuria eta -bideak	23	6,6	3,1	4,6	70,7	43	12,4
Pankreasa	61	17,6	8,0	11,7	70,2	48	13,8
Laringea	51	14,7	8,1	11,3	64,4	209	60,1
Trakea, bronkioak eta birrikak	315	90,6	45,9	66,7	66,7	454	130,6
Larruzaleko melanoma	44	12,7	7,2	9,7	62,0	169	48,6
Mesotelioma	2	0,6	0,3	0,4	62,0	3	0,9
Bularra	6	1,7	1,0	1,3	61,7	24	6,9
Prostata	514	147,9	73,7	107,4	68,8	2497	718,3
Barrabilak	22	6,3	5,9	6,2	37,3	94	27,0
Giltzurruna	82	23,6	11,8	16,8	66,5	315	90,6
Pelbisetik gernu-maskurira	199	57,3	27,8	41,2	68,5	736	211,7
Garuna eta NSZ	48	13,8	6,8	9,8	66,1	58	16,7
Tiroide-guruina	17	4,9	4,4	4,9	48,1	86	24,7
Hodgkin-en gaixotasuna	10	2,9	2,9	3,0	43,9	63	18,1
Ez-Hodgkin linfoma	73	21,0	11,4	15,8	63,9	237	68,2
Mieloma	27	7,8	3,9	5,6	69,6	72	20,7
Leuzemia	43	12,4	8,7	9,9	60,0	183	52,6
Beste tumore hematopoietikoko batzuk	39	11,2	4,1	6,9	75,0	91	26,2
Gainerakoak	109	31,4	17,6	23,4	65,7	205	59,0
Guztiak, larruzaleko ez-melanoma izan ezik	2.459	707,5	361,7	516,9	67,0	7.643	2.198,6

*Tasa, 100.000ko; TG: Tasa gordin; TEm: tasa estandarizatu, munduko biztanleria estandarren arabera; TEe: tasa estandarizatu, Europako biztanleria estandarren arabera.

Diagnostiko garaiko batez besteko adina, 67 urte da gizonezkoetan, eta 65, emakumezkoetan, eta aldatu egiten da tumorea zein lekutakoa den. Horrela, prostatako minbizia 69 urterekin agertu zen estreinakoz; aldiz, 61 urterekin agertu zen bularreko minbizia, emakumezkoetan. Kolon-ondesteko minbizian (KOM) diagnostiko garaiko batez besteko adina, 69 urte da gizonezkoetan eta 69, emakumezkoetan;

biriketako minbizia, berriz, 67 urterekin agertu zen gizonezkoetan, estreinakoz, eta 63 urterekin, emakumezkoetan. Azkenik, tumore hematologiko tipoak, sindrome mielodisplasikoak, pankreakoak eta behazun-bideetakoak dira 70 urtetik gora diagnostikaturiko tumoreak, gizonezko nahiz emakumezkoetan.

5.2 taula. Tumore motaren arabera intzidentzia eta prebalentzia, Gipuzkoako emakumezkoetan, 2012

EMAKUMEAK	Intzidentzia				Adina	Prebalentzia, 5 urtera	
	Kasua k	TG	TEm	TEe	Batez bestekoa	Kasua k	TG
Ahoa eta faringea	38	10,5	5,2	7,4	64,9	117	32,4
Hestegorria	11	3,0	1,3	1,9	69,3	17	4,7
Urdaila	61	16,9	6,3	9,3	72,5	105	29,1
Kolon-ondestea eta uzki-kanala	278	76,9	33,2	48,2	69,1	833	230,5
Gibela	29	8,0	2,7	4,3	73,2	31	8,6
Behazun- maskuria eta -bideak	30	8,3	2,1	3,5	78,7	29	8,0
Pankreasa	48	13,3	4,8	7,1	73,4	41	11,3
Laringea	8	2,2	1,3	1,8	60,6	22	6,1
Trakea, bronkioak eta birrikak	118	32,7	17,2	24,1	63,0	181	50,1
Larruzaleko melanoma	55	15,2	9,3	12,0	58,6	233	64,5
Mesotelioma	1	0,3	0,2	0,2	64,0	2	0,6
Bularra	508	140,6	77,9	104,5	60,7	1997	552,5
Umetoki-lepoa	22	6,1	3,9	4,8	58,9	127	35,1
Umetoki-gorputza eta umetokia	82	22,7	11,4	16,1	65,1	389	107,6
Obulutegia	51	14,1	8,4	10,7	60,3	169	46,8
Giltzurruna	52	14,4	6,9	9,4	66,3	146	40,4
Pelbisetik gernu-maskurira	55	15,2	6,3	8,8	71,3	178	49,2
Garuna eta NSZ	32	8,9	5,0	6,4	51,2	38	10,5
Tiroide-guruina	56	15,5	11,8	14,0	63,1	329	91,0
Hodgkin-en gaixotasuna	2	0,6	0,4	0,5	50,5	37	10,2
Ez-Hodgkin linfoma	71	19,6	10,0	13,2	65,5	238	65,8
Mieloma	25	6,9	2,3	3,6	75,4	76	21,0
Leuzemia	35	9,7	5,4	6,6	62,3	135	37,4
Beste s. hematopo. batzuk	25	6,9	2,6	4,0	71,6	110	30,4
Gainerakoak	94	26,0	11,0	15,3	69,4	150	41,5
Guztiak, larruzaleko ez-melanoma izan ezik	1.787	494,4	247,1	337,5	64,9	5.768	1.595,8

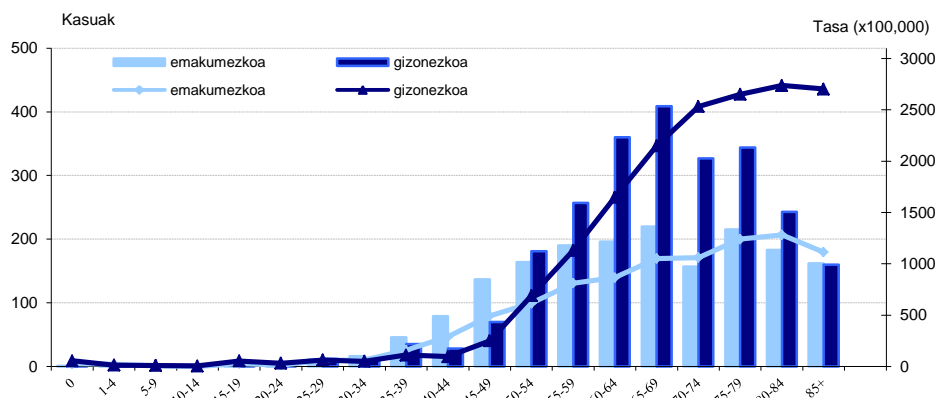
*Tasa, 100.000ko; TG: Tasa gordina; TEem: tasa estandarizaturia, munduko biztanleria estandarren arabera; TEe: tasa estandarizaturia, Europako biztanleria estandarren arabera.

Minbizi moten banaketa aldatu egiten da adinarekin. Haurretan, leuzemiak dira tumorarik ohikoenak; 15 eta 29 urte bitartean, berriz, Hodgkin-en gaixotasuna da ohikoena, eta, gero, barrabiletakoa, gizonezkoetan, eta, leuzemiak, emakumezkoetan. Emakumezkoetan, 30 urtetik 70era bitartean, bularrekoa da tumorarik ohikoena, eta, gero, kolon-ondestekoa; ohikoenak biak, 70 urtetik aurrera. Gizonezkoetan, kolon-ondesteko minbizia dago lehenengoa tokian, 30-49 urte bitartean, eta, gero, biriketako

minbizia; prostatako tumoreak dira ohikoena 50 urtetik aurrera, eta, gero, kolon-ondestekoak.

Adin-taldearen arabera kasu kopurua eta intzidentzia-tasa espezifikoak batera doaz gizonezko nahiz emakumezkoetan 25 urtera arte; 25etik 55 urtera, handiagoak dira emakumezkoetan, eta, 55 urtetik aurrera, igo egiten dira gizonezkoetan, eta adin-taldearen arabera kasuen eta tasa espezifikoaren arteko aldea handitu egiten da, gizon eta emakumeen artean.

5.2 grafikoa. Minbiziaren intzidentzia: kasuak eta tasa espezifikoak (100.000ko), adin-taldearen eta sexuaren arabera. Gipuzkoa, 2012

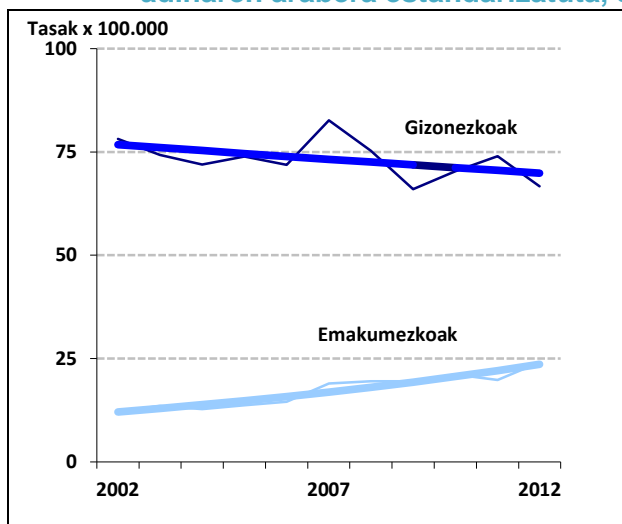


Tabakoari loturiko tumoreak

Ikerketa askotan egiaztatu da tabakoaren eta biriketako tumoreen arteko lotura, baina beste leku batzuetako tumoreetarako ere ikusi da lotura hori: ahoa, laringea, gurnumaskuria eta hestegorria. Tabakoaren aurkako legea aldarrikatu bada ere, osasun publikoko arazo izaten jarraitzen du tabako-kontsumoak, oraindik, gure Erkidegoan, eta tabako gutxiago erretzen bada ere, batez ere gizonezkoen artean, handia da, oraindik, gazte erretzaileen ehunekoa.

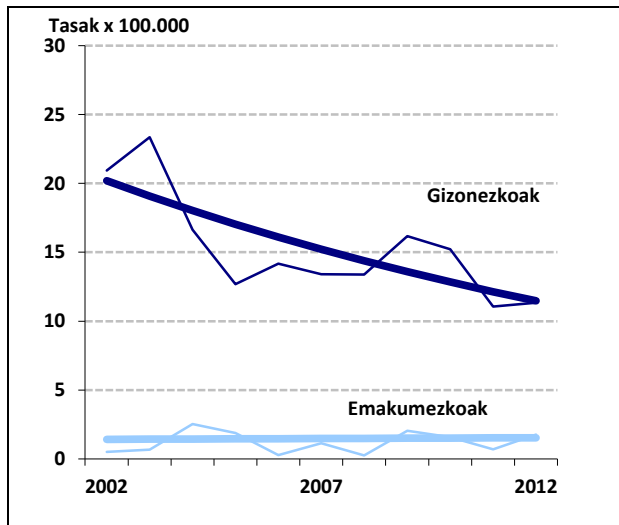
Hemen erakusten da intzidentziak zer bilakaera izan duen, hein batean tabakoari egok dakizkiokeen tumoreetan: biriketako eta laringeko minbizia eta tumore urotelialak (pelbisetik uretrara bitartean gertatzen direnak sartuta), Gipuzkoan.

5.3 grafikoa. Biriketako minbiziaren intzidentzia-tasen (100.000ko) bilakaera, adinaren arabera estandarizatuta, sexuka. Gipuzkoa, 2002-2012.



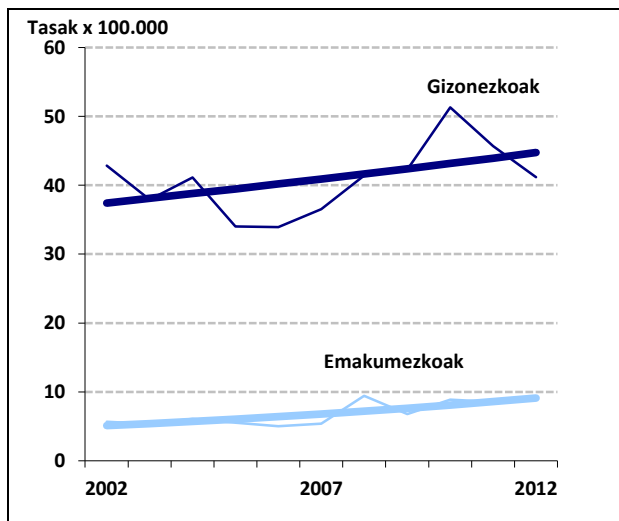
2012an, biriketako 315 minbizi diagnostikatu ziren: 100.000ko 91ko tasa gordina. Bilakaera beheranzkoa zen, nahiz eta ez izan estatistikoki esanguratsua azken hamarkadan. Emakumezkoetan, 118 kasu diagnostikatu ziren 2012an; 100.000ko 33ko tasa gordina esan nahi du horrek. Hala ere, tasa estandarizatua bikoiztu egin da azken hamarkadan; urtean % 6,9 igo da, eta esanguratsua da.

5.4 grafikoa. Laringeko minbiziaren intzidentzia-tasen (100.000ko) bilakaera, adinaren arabera estandarizatuta, sexuka. Gipuzkoa, 2002-2012.



2012an, laringeko 51 tumore gaizto diagnostikatu ziren gizonezkoetan, eta 8, emakumezkoetan. Beherakada esanguratsua ikusi zen (urteko % 5,5) gizonezkoen tasa estandarizatuetan. Kopurua eta tasak, bestalde, askoz txikiagoak dira emakumezkoetan. Igora txiki bat ikusi zen (urteko % 0,8) adinaren arabera estandarizatutako tasetan, baina ez esanguratsua.

5.5 grafikoa. Tumore urotelial gaiztoen (pelbisetik uretrara) intzidentzia-tasen (100.000ko) bilakaera, adinaren arabera estandarizatuta. Gipuzkoa, 2002-2012.



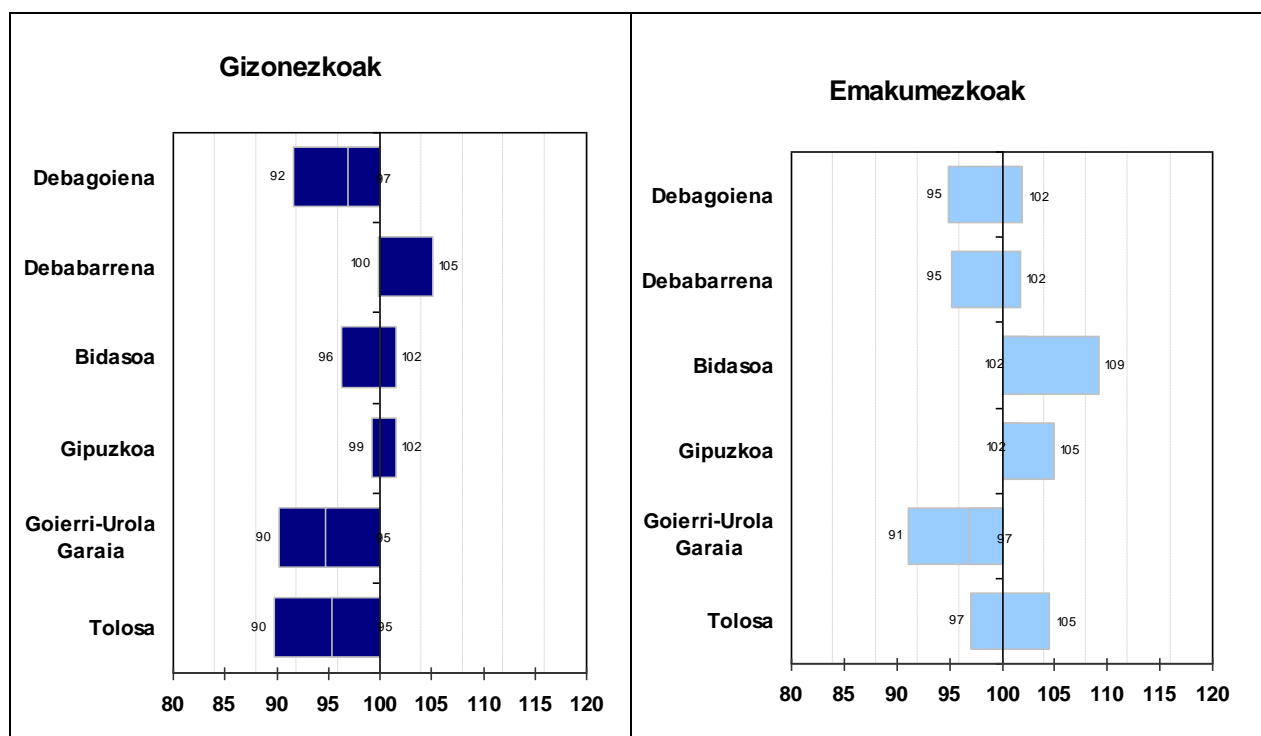
2012an, 199 tumore gaizto (pelbis, giltzurrun, ureter, maskuri eta uretrakoak) diagnostikatu ziren gizonezkoetan, eta 55, emakumezkoetan. 100.000ko tasa gordinak 57,3koa eta 15,2koa izan ziren, hurrenez hurren. Gizonezkoetan ez zen aldaketa esanguratsurik ikusi tasetan, baina bai, emakumeetan, urteko % 6 igo baitzen adinaren arabera estandarizatuko tasetan.

Minbiziaren banaketa geografikoa, Gipuzkoan

Minbiziak azken hamarkadan (2003-2012) izandako intzidentziaren banaketa erakusten da, eskualdeka/ESIka, Gipuzkoako eskualde bakoitzeko intzidentzia Autonomia Erkidegoko intzidentziarekin parekatuz. Tolosaldea eskualdeko datuak aparte estimatu ziren. Intzidentzia-ratio estandarizatu (IRE) erabili zen adierazletzat; hots, ehunekotan adierazitako tasa-ratioa, eta % 95eko konfiantza-tartearekin (KT) azaltzen da.

2003-2012 denboraldian diagnostikaturiko tumore gaizto guztietan, arrisku txikiagoa nabaritu zen gizonezkoentzat Debagoienean, Goierri-Urola Garaian eta Tolosan, eta arrisku handiagoa, Debabarrenean. Bidasoa eta Gipuzkoa eskualdeko emakumeentzat arrisku handiagoa ikusi zen, eta Goierri-Urola Garaiko emakumeak izan ziren EAEko batez bestekoa baino arrisku txikiagoa erakutsi zutenak.

5.6 grafikoa. Intzidentzia-ratio estandarizatu (KT, %tan) Gipuzkoako eskualdeetan. Tumore gaiztoak, 2003-2012



Gipuzkoako eskualdea biztanle gehienekoa izaki, zehaztasun handiagoa dago tasa-ratioaren estimazioan, konfiantza-tarte txikiagoarekin, eta, beraz, tumore kopuru handiagoa ikusi da tasa-ratio estandarizatu estatistikoki esanguratsuduna. Hala ere, 5.6 grafikoa, minbizi mota bakoitzeko intzidentziaren (IRE) joera edo desbideratzea ikus daiteke, eta eskualde bakoitzeko gaixotasun-karga handia edo txikia den adierazten digu, nahiz eta datuak ez izan esanguratsuak biztanle gutxiago izateagatik.

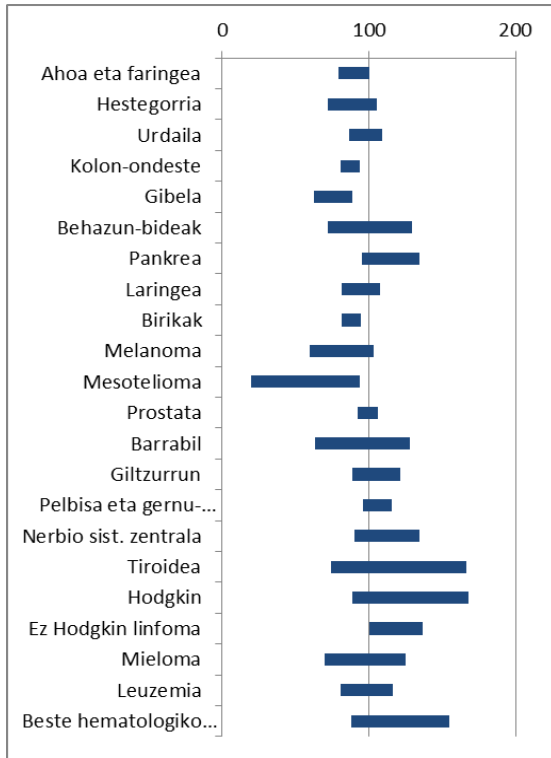
Debagoieneko gizonezkoek arrisku txikiagoa erakutsi zuten kolon-ondesteko (IRE: 87 KT: 80-94), gibeletako (IRE: 75 KT: 62-89), biriketako (IRE: 88 KT: 82-95) eta mesotelioko (IRE: 50 KT: 20-94) minbizirako, EAEko gizonezkoekin alderatuta, eta arrisku handiagoa, Ez-Hodgkin linfomarako (IRE: 118 KT: 100-137). Emakumezkoek arrisku txikiagoa erakutsi zuten umetoki-lepoko minbizia edukitzeko (IRE: 63 KT: 46-84), eta arrisku handiagoa, tiroideetako minbizirako (IRE: 128 KT: 102-156).

Debabarreneko gizonezkoek, berriz, arrisku handiagoa erakutsi zuten gibeletako (IRE: 118; 103-133) eta prosatako (IRE: 127; 120-134) minbizirako, eta arrisku txikiagoa kolon-ondesteko (IRE: 91; 84-97) eta mesotelioko minbizirako (IRE: 31; 10-63) eta leuzemiarako (IRE: 80; 60-96). Emakumezkoetan, arrisku txikiagoa ikusi zen KOMerako (IRE: 88; 80-96), eta handiagoa, tiroideetako minbizirako (IRE: 141; 115-168).

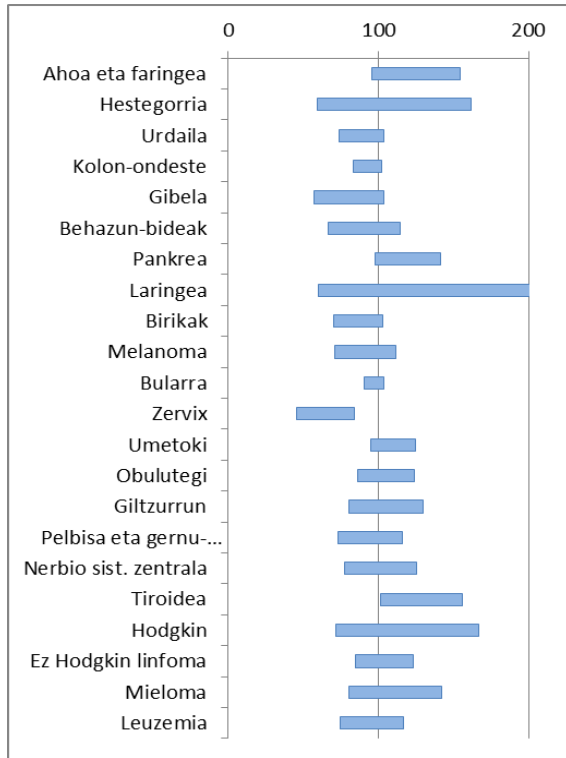
5.7 grafikoa. Intzidentzia-ratio estandarizatua (KT, %tan), ESI-eskualdeka. Tumore gaiztoak. Gipuzkoa, 2003-2012

DEBAGOIENA

Gizonezkoak

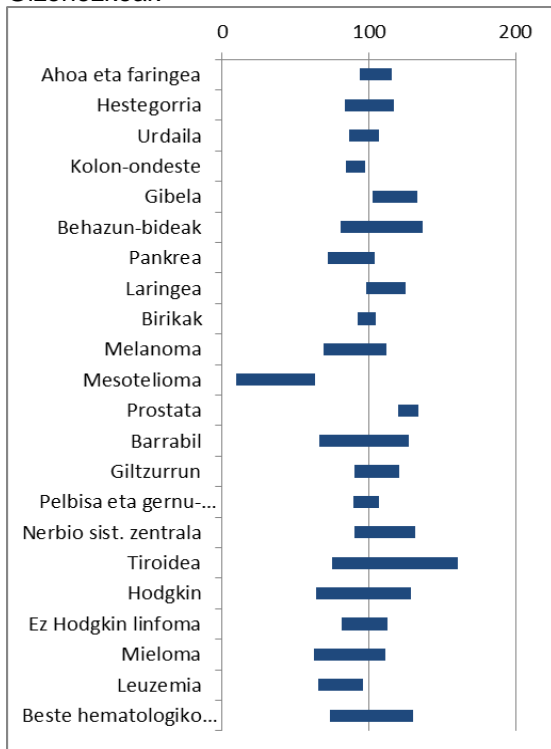


Emakumezkoak

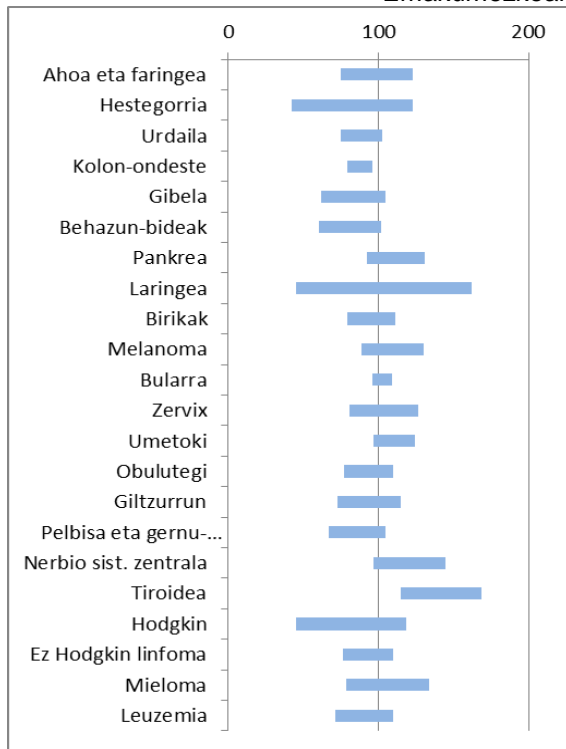


DEBABARRENA

Gizonezkoak



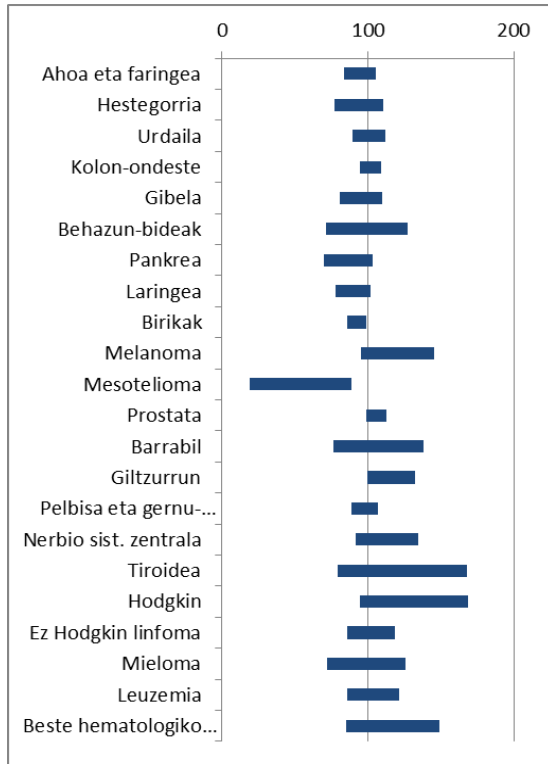
Emakumezkoak



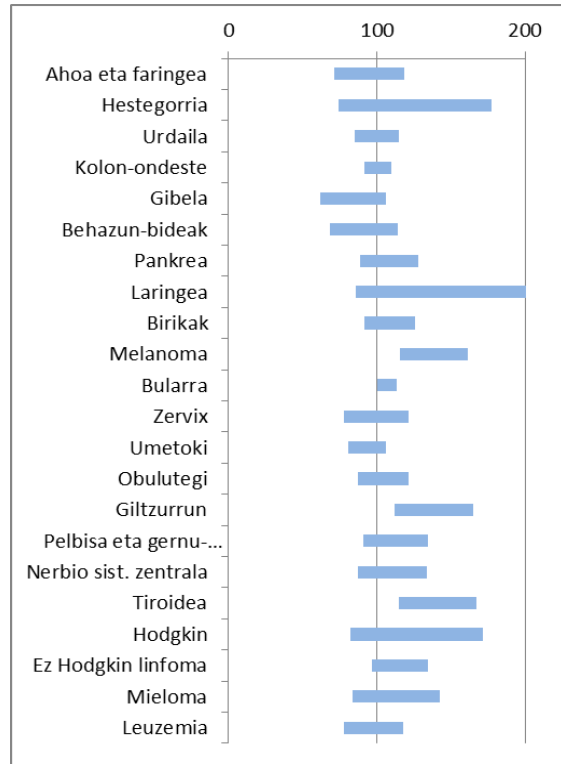
5.7. grafikoaren jarr.

BIDASOA

Gizonezkoak

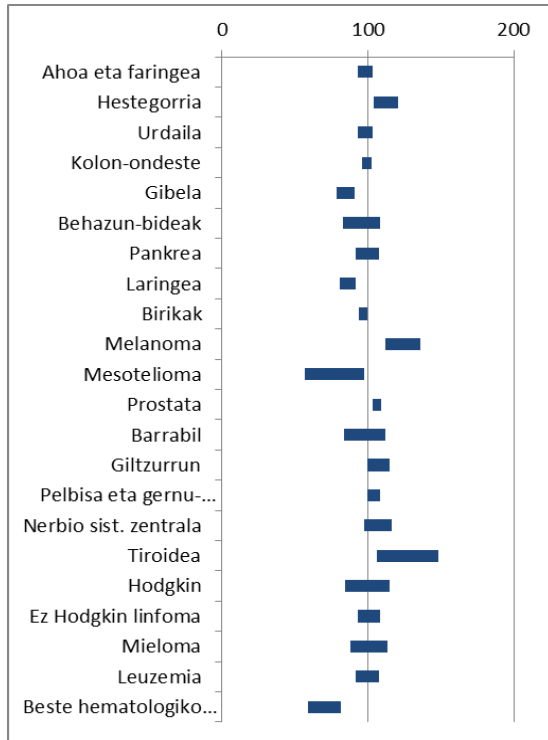


Emakumezkoak

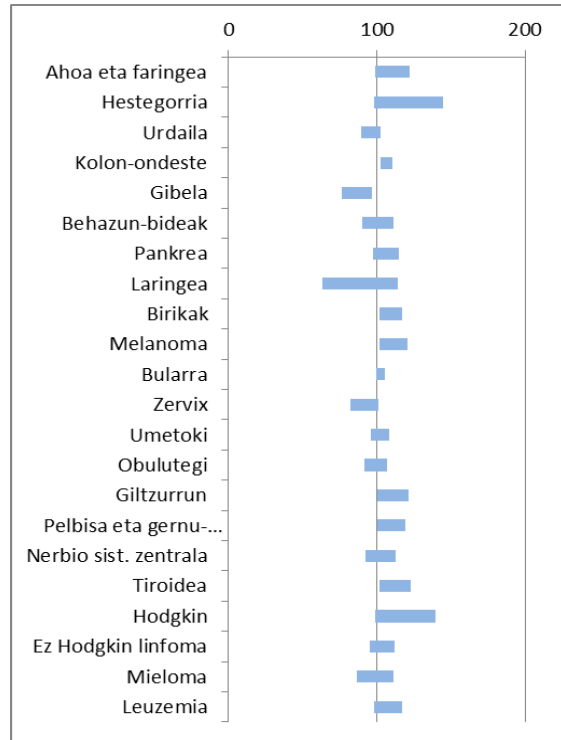


GIPUZKOA

Gizonezkoak



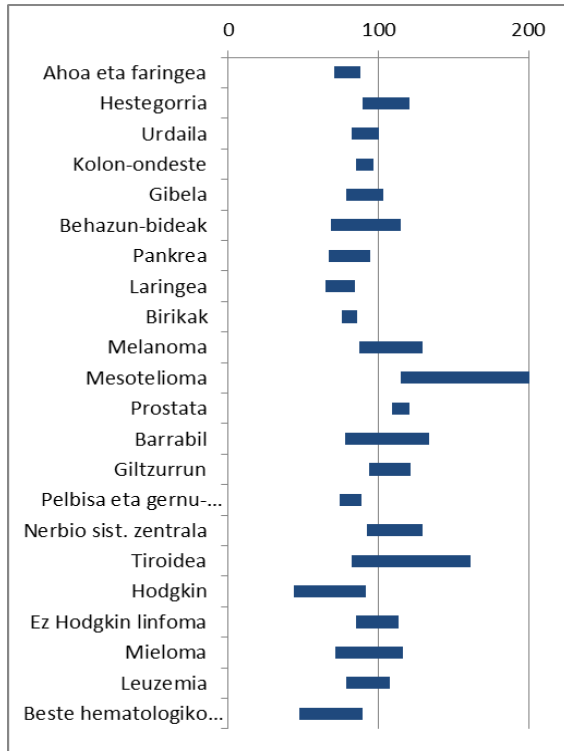
Emakumezkoak



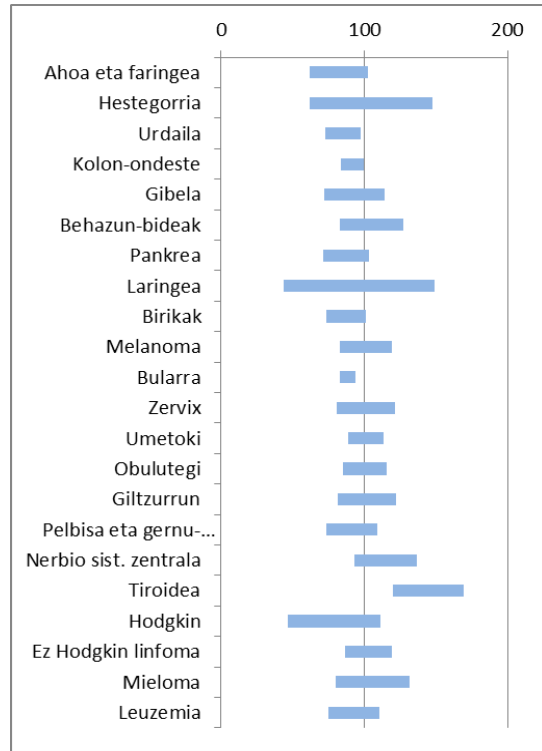
5.7. grafikoaren jarr.

GOIERRI UROLA GARAIA

Gizonezkoak

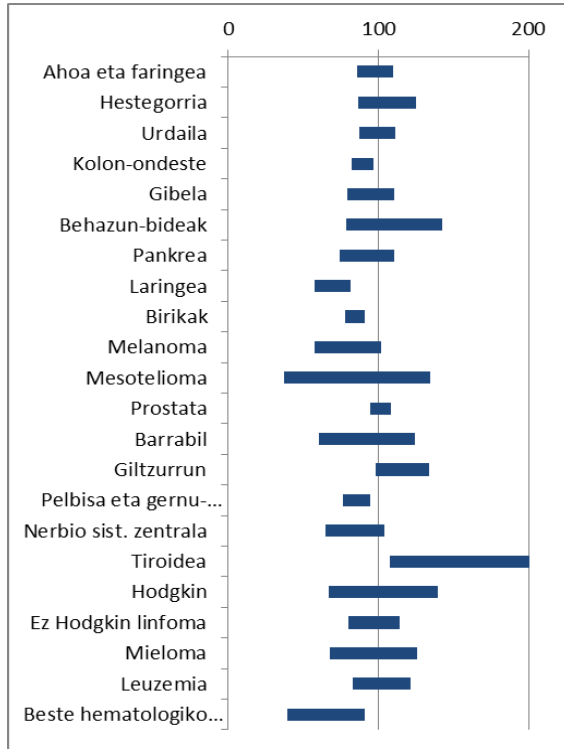


Emakumezkoak

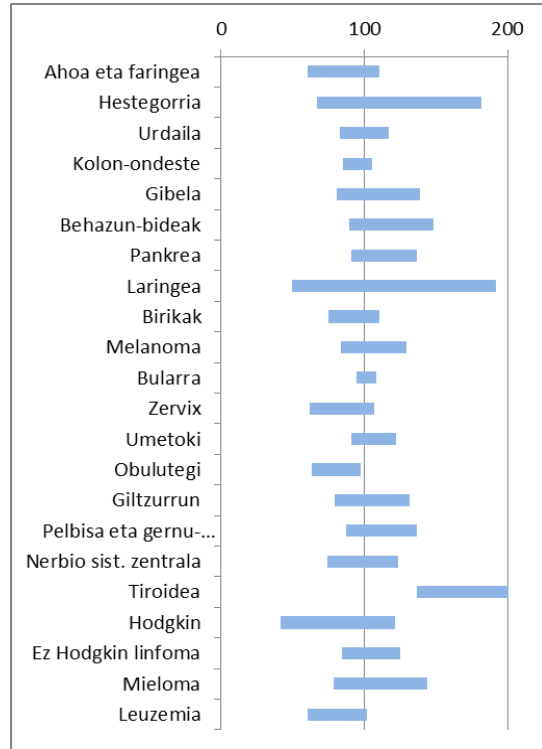


TOLOSA

Gizonezkoak



Emakumezkoak



Bidasoa eskualdean, gizonezkoetan biriketako minbizi (IAE 92; 86-99) eta mesotelioma gutxiago ikusi zen (IAE 47; 19-89), eta prostatako minbizi gehiago (IAE 106; 99-112); emakumezkoetan, berriz, larruazaleko melanomaren (IAE 138; 115-162) eta bularreko (IAE 107; 100-113), giltzurruneko (IAE 137; 112-165) eta tiroidetako minbiziaren (IAE 140; 115-167) intzidentzia handiagoa ikusi zen.

Gipuzkoa eskualdean, gizonezkoek intzidentzia handiagoa erakutsi zuten esofagoko minbizian (IAE: 112; 104-121), larruazaleko melanoman (IAE 124; 112-136), prostatako (IAE 106; 103-109) eta giltzurruneko minbizian (IAE 107; 100-115), tumore urotelialetan (IAE 104; 100-108) eta tiroideko minbizian (IAE 126; 106-148), eta intzidentzia txikiagoa, gibelesko (IAE 85; 79-91), laringeko (IAE 86; 80-92) eta biriketako minbizietan (IAE 97; 94-100), mesotelioman (IAE 104; 100-108) eta beste tumore hematologiko batzuetan (IAE 70; 59-82). Emakumezkoetan, arrisku handiagoa ikusi zen KOMerako (IAE 107; 102-111), biriketako minbizirako (IAE 109; 102-117) larruazaleko melanomarako (IAE 111; 102-121), bularreko (IAE 103; 100-106) eta giltzurruneko minbizirako (IAE 110; 100-121), tumore urotelialetarako (IAE 110; 100-120) eta tiroidetako minbizirako (RIE 112; 102-123), eta arrisku txikiagoa, gibelesko minbizirako (IAE 86; 76-96) eta beste tumore hematologiko batzuetarako (IAE: 73; 61-86).

Goierrri-Urola Garaiko eskualdeko gizonezkoek arrisku handiagoa erakutsi zuten mesoteliomarako (IAE 167; 115-229) eta prostatako minbizirako (IAE 115; 109-121), eta intzidentzia txikiagoa, aho-barrunbeto eta faringeko minbizian (IAE 79; 71-88), CCR), KOMen (IAE 91; 85-97) eta pankreako (IAE 80; 67-95), laringeko (IAE: 74; 65-85) eta biriketako minbizian (IAE 80; 76-86), tumore urotelialetan (IAE 81; 74-88), Hodgkin-en (IAE 66; 44-92) eta beste tumore hematologiko batzuetan (IEA 67; 47-89). Eskualdeko emakumezkoek intzidentzia txikiagoa erakutsi zuten urdaileko minbizian (IAE 84; 72-97), KOMen (IAE 91; 84-99) eta bularreko minbizian (IAE 88; 83-94) eta intzidentzia handiagoa, berriz, tiroidetako minbizian (IAE: 144; 120-169).

Tolosladean, gizonezkoek intzidentzia handiagoa erakutsi zuten tiroidetako minbizian (IAE: 159; 108-220), eta txikiagoa KOMen (IAE: 90; 82-97), laringeko (IAE: 69; 58-81) eta biriketako minbizian (IAE 84; 78-91), tumore urotelialetan (IAE 85; 76-95) eta beste tumore hematologiko batzuetan (IAE 63; 40-91). Emakumezkoetan ere intzidentzia handiagoa ikusi zen tiroidetako minbizian (IAE 167; 136-201), eta txikiagoa obulutegiko minbizian (IAE 80; 64-98).

Kardiopatia iskemikoa (KI)

Gipuzkoako kardiopatia iskemikoaren analisi bat aurkezten da hemen, eta, horretarako, hilkortasun-erregistroko datuak eta ospitaleko sendagiriaren oinarritzko gutxieneko datu-multzoko (OGDM) datuak hartu ditugu. Lehenengo, erregistro bakoitzetik eskura ditugun azken urteko datuak (hilkortasuneko 2013koa eta GDMkoa 2014koa) erakusten dira, eta gero, tasek 2000az geroztik izandako bilakaera.

Hilkortasuna aztertzeko, heriotza-kausa oinarritzotzat GNS-10eko I20-I25 kodedun hildakoak aukeratu dira. OGDM aztertzeko, Gipuzkoako egoiliarren arteko ospitaleko sendagiriak aukeratu dira, EAEKo edozein ospitale publiko nahiz pribatutan eman badira eta lehenengo diagnostikoa GNS-9ko kardiopatia iskemiko akutuaren kode bat bazuten (410, 411, 413). Aukeratutako sendagiriekin baldintza hauek bete behar zituzten: egun bat edo gehiagoko egonaldia, edo egonaldirik ez baina urgente hartua izatea (ospitaleratzedun sendagiriak); baztertu egin dira beste ospitale batera eramantzenak.

Tasak kalkulatzeko, 2001, 2006 eta 2011ko zentsuak erabili dira; haien arteko interpolazioak, zentsuarterteko urteetarako, eta, estrapolazio lineala, 2012, 2013 eta 2014rako. Hilkortasunaren eta ospitaleratze-maiztasunaren urteroko tasa gordina eta adinaren arabera estandarizatu estimatu da (2013ko Europako biztanleria estandarrekiko), bi sexueterako. Halaber, tasen joera ere aztertu da, bi adin-taldetarako: 65 urtez azpikoak eta 64 urtez gainekoak. Joera aztertzeko, JoinPoint(JP) log lineal erregresio-eredu bat erabili da, urteko portzentaje aldaketa (UPA) eta joeren inflexio-puntuak –egongo balira– estimatzen laguntzen baitu.

Hilkortasuna (GNS-10: I20-I25)

2013. urtea: Gipuzkoan 2013an hil ziren 6.385 lagunetatik, 1.731ren (% 27,1) kausa zirkulazio-sistemako gaixotasunen bat izan zen. Multzo horretako gizonen kausak (guztiaren % 26) bigarren kausa izan ziren, tumore gaiztoen atzetik; gaixotasun-multzo horretako emakumezkoetan, berriz, heriotzen % 28ren erantzule izan zen; heriotza-kausarik ohikoena, alegia.

Gaixotasun horien ondorioz gizonen artean hildakoen % 33 (278/852), kardiopatia iskemikoaren ondorioz gertatu zen; emakumezkoetan, berriz, % 17koa izan zen proportzioa (149/879).

5.3 taula. Kardiopatia iskemiko akutua eragindako heriotzak eta heriotza-tasak. Gipuzkoa, 2013.

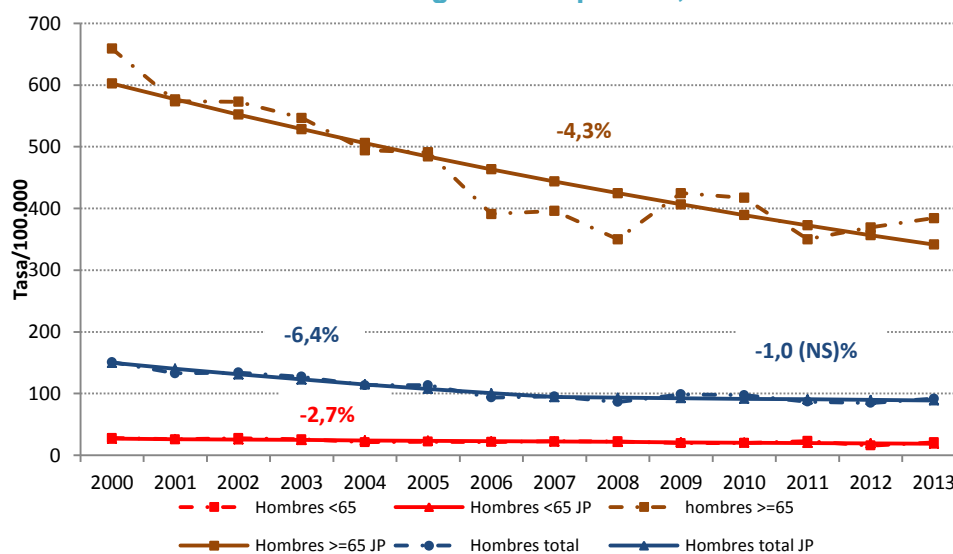
	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Guztira
Heriotzak (%)	278 (65,1)	149 (34,9)	427
Batez besteko adina (DE)	74,9 (13,2)	84,1 (10,3)	78,1 (13,0)
Kopurua, adin-taldea			
0-34 urte	1	0	1
35-44 urte	6	1	7
45-54 urte	16	3	19
55-64 urte	40	4	44
65-74 urte	45	11	56
75-84 urte	96	42	138
>=85 urte	74	88	162
Tasa gordina (100.000ko)			
Guztira	79,5	41,0	59,9
<65 urte	21,8	2,9	12,5
>=65 urte	352,0	169,4	246,7
Tasa estandarizatu*			
(100.000ko)			
Guztira	91,9 (5,8)	28,8 (2,4)	54,2 (2,7)
<65 urte	21,0 (2,7)	2,6 (0,9)	11,7 (1,4)
>=65 urte	384,4 (27,8)	136,8 (11,9)	229,4 (12,4)

*2013ko Europako biztanleria estandarren adinaren arabera estandarizatutako tasa

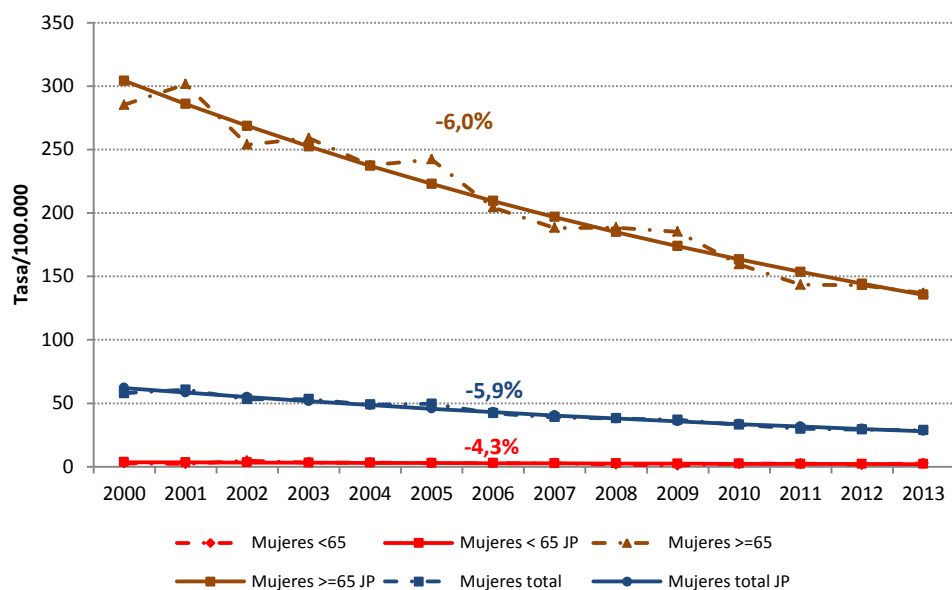
Taulan ikusten denez, heriotzako adinaren batez bestekoa handiagoa da emakumezkoetan (84 urte), gizonezkoetan baino (75 urte). 65 urte baino gutxiago dituztela hildakoen proportzioa % 5,4 da emakumeetan, eta % 22,7, gizonezkoetan. Adin-egitura bererako, kardiopatia iskemikoaren heriotza-tasa gizonezkoentzat baino 3 aldiz txikiagoa izan zen emakumeentzat, eta handiago da alde hori adin-talde gazteenean.

2000-2013 denboraldia: ondorengo grafikoetan erakusten da zer bilakaera izan duen kardiopatia iskemikoaren ondoriozko hilkortasunak Gipuzkoan, 2000-2013 denboraldian, gizonezkoen eta emakumezkoen artean.

5.8 grafikoa. Kardiopatia iskemikoaren ondoriozko hilkortasunaren tasa estandarizatu. Gizonezkoak. Hilkortasunaren erregistroa. Gipuzkoa, 2000-2013



5.9 grafikoa. Kardiopatia iskemikoaren ondoriozko hilkortasunaren tasa estandarizatuak. Emakumezkoak. Hilkortasunaren erregistroa. Gipuzkoa 2000-2013.



Gizonezkoetan, kontuan hartu diren bi adin-taldeetan, beherakada esanguratsua izan da hilkortasun-tasan, aztertutako denboraldian (beherakadaren urteko batez bestekoa % 4,3koa da 64 urte baino gehiagokoetan, eta % 2,7koa, 65 urtez azpikoetan. Hala ere, gizonezko guztien artean, bi aldi bereizten dira: 2000 eta 2007 bitartean, tasa estandarizatuaren jaitsieraren urteko batez bestekoa % 6,4koa da; 2007 eta 2013 bitartean, berriz, aldaketa esanguratsua dago tasan.

Emakumezkoetan, kontuan hartu diren bi adin-taldeetan nahiz emakumeen guztizkoan, beherakada esanguratsua ikusten da tasan, % 6koa baita 64 urtetik gorakoetan, % 4,3koa 65 urtez azpikoetan eta % 5,9koa emakume guztien artean.

Morbilitatea

2014. urtea (GNS-9: 410, 411, 413): 2014an, EAeko ospitale guztietan, 907 sendagiri eman ziren Gipuzkoako egoiliarren ospitaleratzeen ondorioz, lehen diagnostikoa kardiopatia iskemiko akutua zutenen artean (644 gizonezko eta 263 emakumezko). Sendagiri horien % 6,6 beste ospitale batzuetara bideratu ziren; beraz, azkenean, 847 sendagiri aukeratu dira azterketarako, eta horietako 600 gizonezkoenak dira (tasa gordina: 170,5/100.000) eta 247, emakumezkoenak (tasa gordina: 67,5/100.000).

Taula ikusten dira sendagiri horien ezaugarriak. Sendagiriaren batez besteko adina handiagoa da emakumezkoetan (74,9), gizonezkoetan baino (66,1). 65 urtez azpiko sendagiriaren proportzioa % 23 da emakumezkoetan eta % 46, gizonezkoetan. Emakumezkoetan, egonaldiaren batez bestekoa 8,3 egunekoa da (8,2 gizonezkoetan) eta ospitaleko hilgarritasuna 7,7koa izan zen 100 ospitaleratuko (% 2,8 gizonezkoetan). Miokardioko infartu akutuen sendagiritan, 8,6 eta 3,6koa izan zen hilgarritasuna ehun sendagiriko, emakumezkoetan eta gizonezkoetan, hurrenez hurren. Adin-egitura bererako, kardiopatia iskemikoaren ondoriozko ospitaleratze-tasa gizonezkoentzat baino 3 aldiz txikiagoa izan zen emakumeentzat, eta handiago da alde hori adin-talde gazteenean.

5.4 taula. Kardiopatia iskemiko akutuen ondoriozko sendagiriak eta opitaleratze-tasak. Gipuzkoa, 2014.

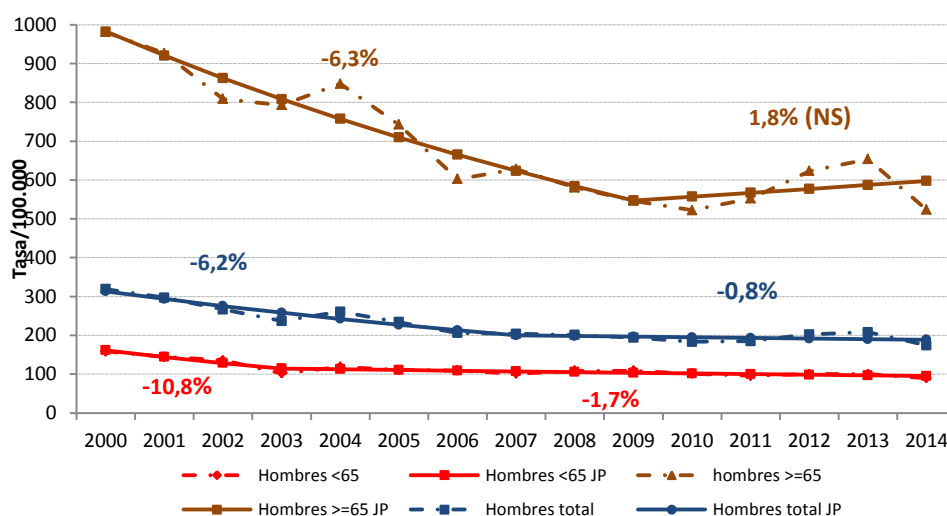
	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Guztira
Sendagiriak (%)	600 (70,8)	247 (29,2)	847
Batez besteko adina (DE)	66,1 (13,4)	74,9 (13,9)	68,7 (14,1)
Egonaldiaren batez bestekoa (DE)	8,2 (5,8)	8,3 (5,1)	8,2 (5,6)
Ospitaleko hilgarritasuna (%)	17 (2,8)	19 (7,7)	36 (4,3)
Ospitalean hildakoen batez besteko adina (DE)	70,8 (13,6)	87,1 (5,8)	79,4 (13,0)
Kopurua, adin-taldea			
0-34 urte	4	0	4
35-44 urte	29	6	35
45-54 urte	114	21	135
55-64 urte	130	30	160
65-74 urte	143	54	197
75-84 urte	131	69	200
>=85 urte	49	67	116
Tasa gordina (100.000ko)			
Guztira	170,5	67,5	118,0
<65 urte	95,7	20,3	58,5
>=65 urte	516,6	224,1	348,2
Tasa estandarizatua* (100.000ko)			
Guztira (DE)	174,2 (7,3)	55,7 (3,7)	111,0 (3,9)
<65 urte (DE)	89,9 (5,4)	18,3 (2,4)	53,8 (3,0)
>=65 urte (DE)	523,5 (29,9)	209,9 (16,1)	347,0 (15,8)

*2013ko Europako biztanleria estandarren adinaren arabera estandarizatutako tasa

2000-2014 denboraldia (GNS-9: 410, 411, 413): ondorengo grafiko hauetan erakusten da zer bilakaera izan duen kardiopatia iskemiko akutuen ondoriozko ospitaleratze maiztasunak, Gipuzkoan, 2000-2014 denboraldian, gizonezkoen eta emakumezkoen artean.

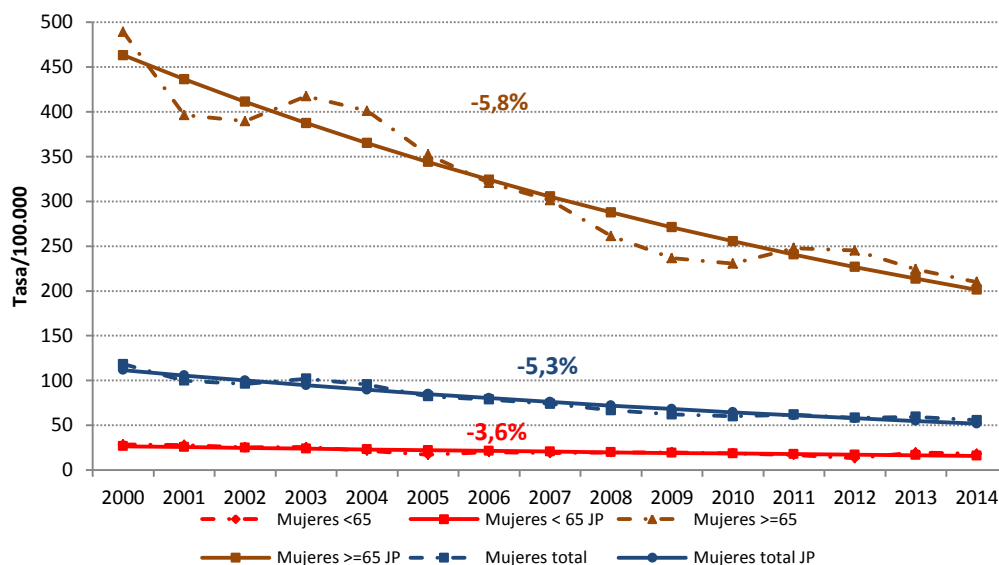
Gizonezkoen artean, urteko % 6,2ko batez besteko jaitsiera ikusten da (KT % 95: -3,8; -8,6), 2000-2007 denboraldian; urte horretatik aurrera, berriz, ez da ikusten joera esanguratsurik. 65 urtez azpikoetan, beherakada esanguratsua ikusten da azterturiko denboraldi guztian, nahiz eta joera hori handiagoa izan denboraldiaren hasieran (2000-2003 urteak). 64 urtik gorakoetan, tasa % 6,3 jaisten da 2000-2009 bitarteko urteetan; 2009-2014 bitartean, berriz, tasak igotzeko joeratzu bat du, esanguratsua ez bada ere.

5.10 grafikoa. Kardiopatia iskemikoaren ondoriozko ospitaleratzea. Gizonezkoak. Gipuzkoa, 2000-2014. OGDM



Emakumezkoetan, orotara nahiz kontuan harturiko bi adin-taldeetan, tasak behera egiten du urtero esanguratsuki, aztertutako aldi guztian.

5.11 grafikoa. Kardiopatia iskemikoaren ondoriozko ospitaleratzea. Emakumezkoak. Gipuzkoa, 2000-2014. OGDm



Garun-hodietako gaixotasuna (GHG)

Garun-hodietako gaixotasunaren Gipuzkoako azterketa bat aurkezten da hemen. Hilkortasunaren erregistrotik eta ospitaleko sendagiriaren datuen gutxieneko oinarritzko multzotik (DGOM) hartu dira datuak. Lehenik eta behin, erregistro bakoitzetik eskura dugun azken urteko datuak (2013 hilkortasunean eta 2014 DGOMn) aurkezten dira, eta ondoren, tasek 2000. urteaz geroztik izandako bilakaera.

Hilkortasunaren analisia egiteko, oinarritzko heriotza-kausatzat GNS-10eko I60-I69 kode bat duten hildakoak aukeratu dira. DGOMren analisia egiteko, berriz, lehen diagnostikotzat GNS-9ko 430-438 bitarteko kode bat zuten ospitale-sendagiriak, Betiere Gipuzkoako egoiliarrei EAeko edozein ospitale publiko nahiz pribatuetan gertatutakoak, baldin eta baldintza hauek betetzen bazituzten: egun bateko edo gehiagoko egonaldia, edo egun batekoa izan gabe harrera urgentea izan bazen (sendagiriak, ospitaleratzearekin); baztertu egin dira beste ospitale batera bidalitakoak sendagiriak.

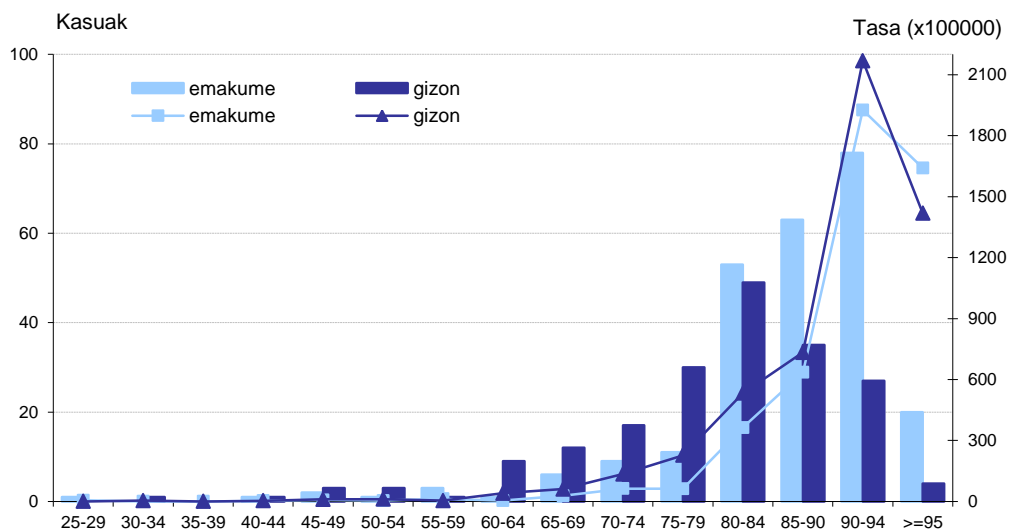
Tasak kalkulatzeko, 2001eko, 2006ko eta 2011ko zentsuak erabili dira, eta zentsu-bitarteko urteetarako, haien interpolazioak, eta estrapolazio lineala 2012 eta 2013rako. Hilkortasunaren eta bi sexuen ospitaleratze-maiztasunaren urteko tasa gordin eta adinaren arabera estandarizatua estimatu da (2013ko Europako biztanleekiko). Joera aztertzeko, JoinPoint (JP) log linealaren erregresio-eredu bat erabili zen; horrekin zenbatetsi baitaitezke urteko portzentaje aldaketa (PCA) eta joeren inflexio-puntuak, halakorik balego.

Hilkortasuna (GNS-10: I60-I69)

2013. urtea: garun-hodietako gaixotasunak eragindako 441 heriotza gertatu ziren Gipuzkoan urte horretan; hots, zirkulazio-sistemako gaixotasun batek eragindakoen % 25. Heriotza horietatik, 192 gizonezkoen artean gertatu ziren (zirkulazio-jatorriko heriotzen % 23) eta 249, emakumezkoen artean (zirkulazio-jatorriko heriotzen % 28). Nahiz eta tasa gordina handiagoa izan emakumezkoen artean (100.000 biztanleko 81,5 vs. 54,9) tasa estandarizatuarekin alderantziz gertatzen da (47,0 vs. 68,4).

GHGren ondorioz hildakoen % 34 garun-hemorragiengatik (I60-I62) hil da, % 20 bihotzekoak jota (I63), % 31 hemorragiko edo iskemikotzat zehaztugabeko entzefaloko hodi-istripu akutuen ondorioz (I64), % 12, garun-hodietako beste gaixotasun batzuen^o ondorioz (I67), eta gainerako % 3a, GHGren ondorioengatik (I69). Banaketa horretan, desberdintasunak daude sexua kontuan hartuz gero: gizonekoetan, garun-hemorragia izan da heriotzen % 41en erantzule, eta bihotzekoa % 17rena; emakumezkoen artean, aldiz, proportzio horiek % 30 eta % 22 dira, hurrenez hurren.

5.12 grafikoa. Garun-hodietako gaixotasunaren ondoriozko hilkortasun-tasa espezifikoak, adinaren eta sexuaren arabera. Gipuzkoa 2012. Hilkortasun-erregistroa.

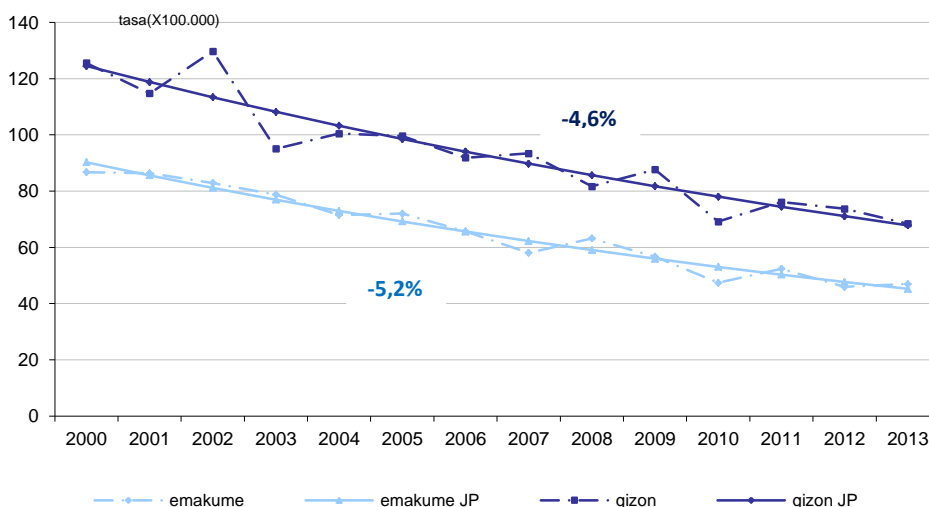


Grafikoan, adin-talde eta sexu bakoitzerako hilkortasunaren tasa espezifikoak agertzen da. Bi sexuetan, modu mailakatuan igotzen da adinarekin batera, 90-94 urteko taldera arte, eta adin-talde guztietan, adin gehienekoan izan ezik, tasa handiagoa da gizonezkoetan.

2000-2013 denboraldia: bi sexuetan, beheranzko joera ikusten da, aztertu den denboraldirako, eta estatistikoki esanguratsua da kausa horrek eragindako hilkortasunean: urteko batez besteko jaitsiera % 4,6koa da gizonezkoetan (KT % 95: -5,5; -3,6), eta % 5,2koa, emakumezkoetan (KT % 95: -5,9; -4,5).

5. grafikoa.13. Garun-hodietako gaixotasunak eragindako hilkortasunaren tasa estandarizatu.

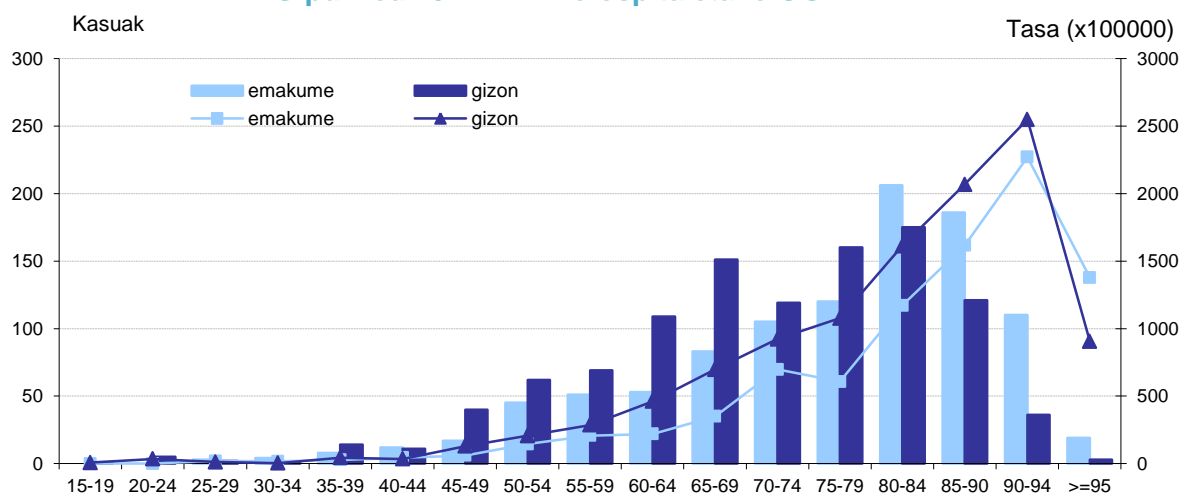
Hilkortasunaren Erregistroa. Gipuzkoa, 2000-2013.



Morbilitatea (GNS-9: 430-438)

2014. urtea: urte honetan, 2.101 sendagiri eman ziren EAEko ospitaleetan, lehenengo diagnostikoa GHG zutenen ospitaleratzeetan, Gipuzkoako egoiliarren artean (1.022 gizonezko eta 1.079 emakumezko). Sendagiri horien % 9 beste ospitale batera bideratu ziren; beraz, azkenean, 1.914 alta aukeratu dira analisisia egiteko. Horietako 992 gizonezkoenak dira, eta 922, emakumezkoenak. Ospitaleratze-maiztasunaren tasa gordina nahiz adinaren arabera estandarizaturiko tasa handiagoa da gizonezkoetan emakumezkoetan baino (299,6 vs. 200,9 eta 281,9 vs. 251,8).

5. grafikoa.14. Garun-hodietako gaixotasunaren ondoriozko sendagiriak eta ospitaleratze-maiztasuna, adinaren eta sexuaren arabera. Gipuzkoa 2014. EAEko ospitaletako OGDM.



Grafikoan ikusten da sexuaren eta adin-taldearen arabera banaketa, garun-hodietako gaixotasunen ondorioz ospitaleratutakoen artean. Tasak gora egiten du adinarekin, bi sexuetan, 90-94 urteko bitarteko taldera arte, eta talde guztietan, adinik

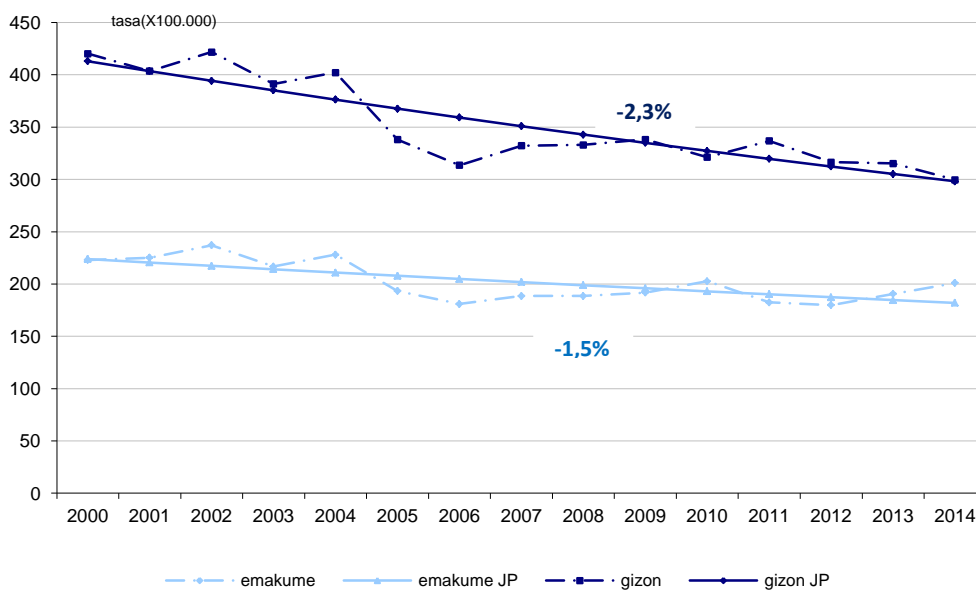
gehienekoan izan ezik, tasa handiagoa da gizonezkoetan. Sendagiri kopurua ere handiagoa da gizonezkoetan 80-84 urtera artekoetan, eta hortik aurrera, berriz, emakumezkoetan. GHG ondorengo sendagiriaren % 54 gizonezkoetan, eta % 86 emakumezkoetan, 75 urtetik gora gertatzen dira.

Batez beste, 6,8 eguneko egonaldia egiten dituzte (DE: 7,1), antzera bi sexuetan. GHGren ohiko 100 ospitaleratzetik 9,7 heriotzakoa izan zen hilgarritasuna; ospitaleratu eta lehenengo hiru egunetan hiltzen dira erdiak.

Aukeraturiko sendagiriaren % 87ren kausa (1.834/2101) garun-hodietako istripu akutua da, eta horietako 1.203k (% 66) hodiren bateko oklusioa erakutsi zuen; 298k (%16), GHI hemorragikoa, 279k (%15) garuneko iskemia iragankorra, eta 54k (% 3) GHI akutu gaizki definitua. Gainera, GHGaren beste diagnosi bat duten 267 sendagiri daude (beste GHG bat edo gaizki definitua, eta GHGaren eragin berantiarak). Hilgarritasuna handiagoa da GHI hemorragikoetan (% 30) GHI oklusiboetan baino (8,6%).

2000-2014 denboraldia: hurrengo grafikoetan GHGk Gipuzkoan eragindako ospitaleratze-maiztasuna erakusten da 2000-2014 denboraldirako. Azterturiko denboraldi osorako, estatistikoki esanguratsua den beheranzko joera ikusten da bi sexuetarako. Jaitsiera hori urteko % 2,3koa da gizonezkoetan (KT % 95: -3,0; -1,6) eta urteko % 1,5koa emakumezkoetan (KT % 95: -2,3; -0,6).

**5. grafikoa.15. Garun-hodietako gaixotasunaren ondoriozko sendagiriak.
Tasa estandarizatua.
Gipuzkoa 2000-2014. EAEko ospitaletako OGDM.**



6.- Ospitaleko morbiditatea

Ospitaleetan artaturiko pazienteen datu kliniko administratiboek osatzen dute oinarritzko gutxieneko datu-ultzoa (GDM) eta ospitaleko sendagiritan dagoen informazioa laburbiltzen du. 2014ko erregistroko Gipuzkoako oinarritzko datuen azterketa aurkezten da hemen. Lehenik eta behin, ospitale publiko zein pribatuetako jardueraren datu nagusiak aurkezten dira, eta, ondoren, EAEko ospitaleren batean ospitaleratuta dagoen Gipuzkoako egoiliarren mobilitatearen profila. Analisisirako unitatea sendagiria da beti, eta, beraz, paziente berak sendagiri bat baino gehiago eduki ditzake gaixotasun bererako edo beste baterako. Ospitaleratzeko arrazoia aztertzeko, sendagiriaren diagnosi nagusia hartzen da kontutan.

Gipuzkoako ospitaleetako ospitale-sendagiriaren OGDMen erregistroa

Erregistroak akutuen 11 ospitaletatik (Osakidetzako 5 ospitale eta 6 ospitale pribatu) jasotzen du informazioa, eta egonaldi ertain-luzeko bi ospitale ez-psiatrikotik (ospitale publiko bat eta pribatu bat). Ospitale horietan, 2014an, 108.131 sendagiri eman ziren guztira (aurreko urtean baino % 2 gehiago), eta horietako 106.038 (% 98,1) akutuen zentroetan eman ziren, eta 2.093 (% 1,9), egonaldi ertain-luzeko ospitaletan. Akutuen ospitaletako alta horien egonaldia, guztira, 451.250 egunekoa izan zen (2013an baino % 3,4 gutxiago); hau da, 4,26 egun, batez beste (DE: 6,92). Egonaldi ertain-luzeko ospitaleetan erregistraturiko sendagiriak 57 izan ziren guztira.429 eguneko egonaldia (aurreko urtean baino % 1 gehiago); 27,44 egun, batez beste (DE: 21,16).

6 taula.1. Sendagiri kopurua, egonaldi-egunak eta batez besteko egonaldia DGOM. Gipuzkoako ospitaleak, 2014.

	Sendagiriak (%)	Egonaldi.egunak (%)	Batez besteko egonaldia (DE)
Gizonezkoak	52.951 (49,0)	261.057 (51,3)	4,9 egun (8,5)
Emakumezkoak	55.180 (51,0)	247.622 (48,7)	4,5 egun (8,2)
0 - 14 urte	5.870 (5,4)	23.207 (4,6)	4,0 egun (8,6)
15-34 urte	12.047 (11,1)	34.559 (6,8)	2,9 egun (6,3)
35-64 urte	37.839 (35,0)	148.676 (29,2)	3,9 egun (7,8)
>=65 urte	5.2370 (48,3)	302.198 (59,4)	5,8 egun (8,9)
EE	5 (0,0)	39	
GUZTIRA	108.131 (%100)	508.679(%100)	4,7 egun (8,3)

Akutuen ospitaleetan erregistraturiko sendagiritatik, 26.276 (guztiaren % 24,8) ospitaleratu gabeko jarduerak dira, egonaldi-egunik gabeak. Sendagiri horien % 42 (10.894 sendagiri) nerbio-sistemako eta zentzumen-organoen gaixotasunen taldekoak dira, eta horietako 7.990k (% 73) katarataren diagnostikoa erakusten dute.

6.2 taula. Diagnostiko nagusiaren araberako ehuneko banaketa, talde handien eta zentro-motaren arabera.
Gipuzkoako ospitaletako OGDM, 2014.

GNS – 9-MC	DIAGNOSTIKOAK	AKUTUEN OSPITALEAK		EEGONALDI ERTAIN-LUZeko OSPITALEAK	
		Sendagiriak, guztira (%)	Egonaldi-egunik gabeko sendagiriak (lineako %)	Sendagiriak	%
001-139	Infekzioso eta parasitodunak	1.808 (1,7)	88 (4,9)	12	0,6
140-239	Tumoreak	8.850 (8,3)	1.464 (16,5)	274	13,1
240-279	Endokrino-metabolikoak	1.602 (1,5)	194 (12,1)	2	0,1
280-289	Odola eta organo hematopoietikoak	1.131 (1,1)	289 (25,6)	2	0,1
290-319	Buruko nahasmenduak	1.501 (1,4)	45 (3,0)	18	0,9
320-389	Nerbio-sistemako eta zentzumen-organoetako gaixotasunak	13.076 (12,3)	10.894 (83,3)	22	1,1
390-459	Zirkulazio-sistema	12.609 (11,9)	1.730 (13,7)	61	2,9
460-519	Arnas aparatua	10.536 (9,9)	925 (8,8)	63	3,0
520-579	Digestio-aparatua	11.815 (11,1)	1.998 (16,9)	15	0,7
580-629	Genital- eta gernu-aparatua	6.501 (6,1)	1.155 (17,8)	14	0,7
630-676	Haurdunaldia, erditzea, erdiberriaroa	8.019 (7,6)	639 (8,0)	-	-
680-709	Larruazala eta ehun konjuntiboa	1.470 (1,4)	381 (25,9)	9	0,4
710-739	Sistem. muskuloeskeletikoa	10.442 (9,8)	3.323 (31,8)	2	0,1
740-759	Sortzetikoak	565 (0,5)	270 (47,8)	-	-
760-779	Patologia perinatala	900 (0,8)	27 (3,0)	-	-
780-799	Gaizki definitutako zeinu eta sintomak	4.557 (4,3)	348 (7,6)	33	1,6
800-999	Lesioak eta pozoitzeak	7.357 (6,9)	818 (11,1)	10	0,5
V01-V82	V. kodea	3.295 (3,1)	1.687 (51,2)	1.556	74,3
Kodegabea		4 (0,0)	1 (25,0)		
	GUZTIRA	106.038 (100)	26.276 (24,8)	2.093	100

Gipuzkoako akutuen ospitaletan sendagiri gehien eragin zituzten patologiak, 2014an, nerbio-sistemako eta zentzumen-organoetako eta zirkulazio-sistemako eta digestio-aparatuko gaixotasunak izan ziren, eta diagnostikorik ohikoenak, kataratak, sendagiri guztien artetik, eta osteoartritria eta bihotzeko gutxiegitasuna, ospitaleratzedun sendagiriaren artetik (egun bat edo gehiagoko egonaldia). Egonaldi ertain-luzeko ospitaletan, sendagiriaren ia % 75ek V kodea zeukaten diagnostiko nagusian.

Ospitaleratzedun sendagiriaren % 3,4 ospitalean bertan hil zen: % 2,9, akutuen ospitaletan eta % 25, egonaldi ertain-luzeko ospitaletan.

Gipuzkoako ospitale guztietan erregistraturiko sendagiri guztietatik, % 94,3 bertako egoliarra zen, % 3,2, Bizkaiko egoiliarra eta % 1,1, Nafarroakoa.

Akutuen ospitaletan egindako sendagiriaren % 80 Osakidetzako ospitaletan egin ziren eta % 20, ospitale pribatuetan. Ospitale publikoen artean, sendagiriaren % 66 Donostia Ospitalekoa zen, % 10, Zumarragako Ospitalekoa, % 9,2, Mendaroko Ospitalekoa, % 8, Bidasoa Ospitalekoa eta % 6,7 Debagoieneko Ospitalekoa. Ospitale pribatuetan emandako sendagiriaren % 43 Poliklinikakoa da, % 25,5, Asuncion Klinikakoa, % 13, Quirongoa, % 10, Onkologikakoa, % 6, Pilar Klinikakoak eta % 2,4, Pakeakoa.

Ospitaleko morbiditatea, sexuaren eta adin-taldearen arabera

Gipuzkoako egoiliarren ospitaleko morbiditatearen profila aurkezten da hemen, EAEko ospitale ez-psikiatrikoetan gertatutako sendagiriak oinarri hartuta. Horretarako, ohiko ospitaleratzea izan duten sendagiriak aukeratu dira, egun bat edo gehiagoko ospitaleratzeak eta egun bat baino gutxiagokoak, baina harrera urgentea izan dutenak (bazter utzi dira egonaldirik gabeko sendagiri programatuak); tasak izendatzeko, 2006ko erroldatik eta 2011ko zentsutik abiatuta egindako estrapolazio linealaren bidez, 2014rako estimaturiko biztanleria erabili da. 2014an, guztira, 82.286 sendagiri egon dira ohiko ospitaleratzearekin; hots, 114,85 sendagiri/1.000 bizt. Sendagiri horietatik, 40.804 gizonezkoak dira (116,20 tasa/1.000 bizt.) eta 41.482 emakumezkoak (113,56 tasa/1.000 bizt.); emakumezkoen tasak behera egiten du (93,52 sendagiri/1.000 biztanleko), alde batera uzten baditugu haurdunaldiaren, erditzearen eta erdiberriaroaren ondorioz emandako ohiko sendagiriak.

6.3 taula: Ohiko ospitaleratzedun sendagiri kopurua eta tasak, Gipuzkoako egoiliarretan. EAEko ospitaletako OGD. 2014.

	Gizonezkoak		Emakumezkoak		Guztira	
	Kopurua	Tasa/1.000	Kopurua	Tasa/1.000	Kopurua	Tasa/1.000
0-14	2.571	52,89	1.933	41,91	4.504	47,55
15-34	2.797	27,30	6.735	69,28*	9.532	47,74
35-64	14.683	109,77	13.710	98,74**	28.393	104,15
>=65	20.752	313,01	19.102	229,80	39.854	266,72
EE	1		2		3	
Guztira	40.804	116,20	41.482	113,56[§]	82.286	114,85

*24,43/1.000, haurdunaldi, erditze edo erdiberriaroko sendagiriak kenduta

§ 93,52/1.000, haurdunaldi, erditze edo erdiberriaroko sendagiriak kenduta

Ohiko ospitaleratzea izan duen biztanleen batez besteko adina 59 urtekoa da: 60,3, gizonezkoentzat eta 58, emakumezkoentzat; eta 63,3ra igotzen da, emakumeetan, haurdunaldi, erditze eta erdiberriaroko taldeko sendagiriak bazter uzten badira. 6.3 taulan erakusten da sendagiri kopurua, adin-taldearen eta sexuaren arabera, eta haien tasa. Haurdunaldi, erditze eta erdiberriaroi loturiko sendagiriak baztertzen badira, gizonezkoen sendagiriaren tasak gainditu egiten du, adin-talde guztietan, emakumezkoena, eta tasarik txikiena, bi sexuetan, 15-35 urteko adin-taldean ikusten da. Ohiko ospitaleratzedun sandagiriaren % 48, beraz, 64 urtetik gorakoena da, eta egonaldiko egun guztien % 59 dira.

Morbildate-eredua desberdina da adinaren eta sexuaren arabera (6.1 grafikoa). **15 urtez azpiko** taldean, ospitaleratzeako kausa nagusiak hauexek izan ziren bi sexuetan: arnas aparatuko gaixotasunak (1.201 sendagiri), jaiotza inguruko patologia (887 sendagiri) eta digestio-aparatuko gaixotasunak (378 sendagiri). Hiru kausa nagusi horiek ohiko ospitaleratzedun sendagiriaren % 55 dira adin-talde horretan. Arnas patologiaren barruan, ospitaleratze-kausa ohikoena amigdalako eta adenoideko patologia kronikoa izan da; bigarren lekuan, bronkitis/bronkiliolitis akutua dago eta hirugarren lekuan, asma. Jaiotze inguruko patologian, diagnostiko ohikoena hauekin zerikusia duten trastornoak izan dira: haurdunaldi laburtua eta jaiotze-pisu eskasa, umetokiko hazkunde atzeratua eta fetuaren malnutrizioa eta jaiotze inguruko beste ikterizia baten diagnostikoa (GNS 9: 774). Digestio-aparatuko patologiengatik ospitaleratutakoaren % 61ek apendizitis akutuen diagnostikoa erakutsi du (230 sendagiri).

15-34 urteko taldean, gizonezkoen arteko ohiko ospitaleratzeen kausa nagusiak traumatismoak eta pozoitzeak (572 sendagiri), sistema muskuloesketikoa (465 sendagiri) eta digestio-aparatuko gaixotasunak dira (427 sendagiri). Traumatismo eta pozoitzeen atalean, diagnostikorik ohikoena hauekin zerikusia dutenak dira: beste kontzeptu batzuekin sailkatu gabeko zainketa kirurgiko eta medikoen konplikazioak (CIE 9: 996-999), erradio eta kubituko hausturak, orkatilako hausturak eta aurpegi-

hezurren hausturak; talde honetako sendagiriaren % 33 osatzen dute. Sistema muskuloeskeltikoarekin zerikusia duten diagnosien % 53, GNS 9ko 717 kodeari dagozkio (belaun barruko trastornoak). Digestio-aparatuaren barruan, sendagiriaren % 30ek apendizitis akutuaren diagnostikoa dauka.

Talde honetako emakumeen artean, haurdunaldi, erditze eta erdiberriaroarekin zerikusia duten sendagiriak guztiaren % 65 dira (4.360 sendagiri). Hauexek dira digestio-aparatuarekin (426 sendagiri), aparatu urogenitalarekin (390 sendagiri) eta arnas aparatuarekin (252 sendagiri) zerikusia duten sendagiriak: digestio-aparatuaren, apendizitis akutuaren (% 28) eta kolelitiasisen (% 20) diagnostikoak nabarmentzen dira; aparatu urogenitalaren diagnostikorik ohikoenak bularreko patologia onberekin (taldeko % 27) eta obulutegiko, Falopioren tronpako eta lotailu zabaleko trastorno ez-inflamatorioekin loturikoak dira (% 19); arnas aparatuarekin zerikusia duten patologiek goiko arnas traktuko patologia (infekziosoa edo ez) erakusten dute.

35-64 urteko taldean, ospitaleratzeen kausa nagusiak, gizonezkoetan, digestio-aparatuarekin (2.450 sendagiri), sistema muskuloeskeletikoarekin (2.016 sendagiri) eta zirkulazio-sistemarekin (1.954 sendagiri) dute zerikusia. Digestio-patologiaren sendagiriaren % 26 abdomeneko barruneko herniarekin dago lotuta (GNS 9: 550-553). Sistema muskuloeskeletikoko diagnosien artean, belaun barneko trastornoekin zerikusia dutenak nabarmentzen dira (talde honetako sendagiriaren % 30). Kardiopatia iskemikoa zirkulazio-sistemako sendagiriaren % 28tan ageri da; % 40 (226 sendagiri) miokardioko infartu akutuaren diagnostia da; talde honetako sendagiriaren % 16k garun-hodietako gaixotasunaren diagnostia du.

Adin-talde honetako emakumeen ospitaleratze-arrazoiak, oraindik ere, haurdunaldiarekin, erditzearekin eta erdiberriaroarekin zerikusia dutenak dira (sendagiriaren % 22: 2.953 sendagiri). Eta, ondoren, tumoreak (1.670 sendagiri), digestio-aparatu eta sistema muskuloeskeletikoa datoz (1.481 eta 1.437 sendagiri, hurrenez hurren). Tumoreen artean, bularreko neoplasia gaiztoa da diagnostikorik ohikoena (taldeko diagnosien % 15), eta, ondoren, umetokiko leiomioma (taldeko sendagiriaren % 16). Digestio-aparatuko diagnosirik ohikoena kolelitiasia da (taldeko % 26) eta, ondoren, belaun barneko trastornoak, sistema muskuloeskeletikoan, taldeko sendagiriaren % 18rekin.

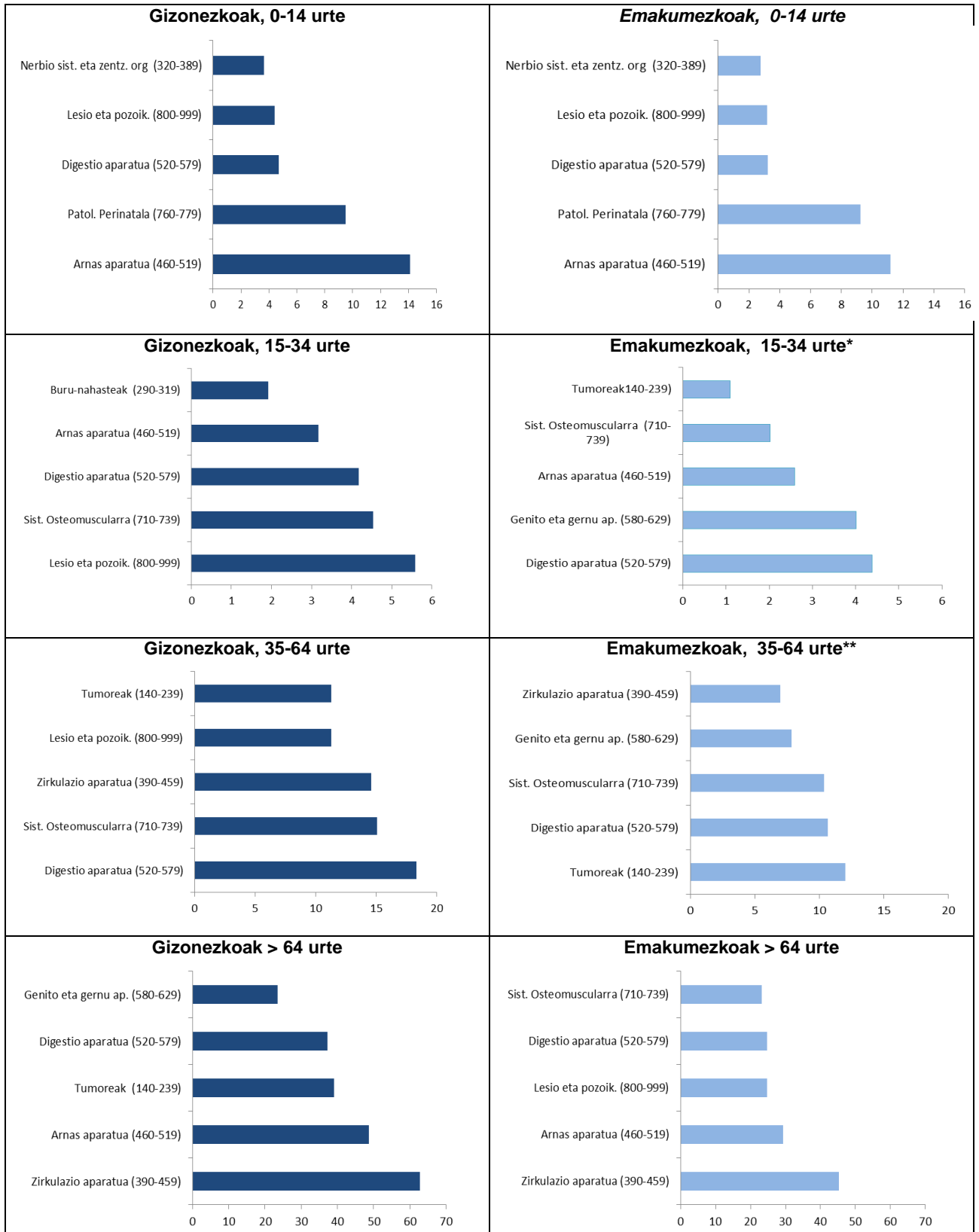
64 urtetik gorakoetan, ospitaleratzeen bi kausa nagusiak, bi sexuetan, zirkulazio-sistemako gaixotasunak (4.163 sendagiri, gizonezkoetan, eta 3.761, emakumezkoetan) eta arnas aparatukoak dira (3.233 eta 2.434, hurrenez hurren). Gizonezkoetan, hirugarren kausa tumoreak dira (2.595 sendagiri); emakumezkoetan, berriz, traumatismoak eta pozoitzeak (2.061).

Zirkulazio-sisteman, gizonezko nahiz emakumezkoetan, diagnostiko hauexek nabarmentzen dira: bihotz gutxiegitasuna (diagnosien % 21 eta % 25, hurrenez hurren), garun-hodietako gaixotasuna (taldeko sendagiriaren % 18 eta % 21, hurrenez hurren), kardiopatia iskemikoa (% 18 vs % 12) eta eroapen trastornoak eta bihotz-disritmiak (% 15 vs % 17).

Arnas aparatuan, gizonezkoen artean, hauexek dira hiru diagnosi-talde nagusiak: buxadurazko arnas gaixotasun kronikoa eta hari loturiko gaixotasunak (GNS 9: 490-496), arnas aparatuko beste gaixotasun batzuk (510-519) eta pneumonia (talde honetako sendagiriaren % 29, % 28 eta % 23, hurrenez hurren); emakumezkoetan, diagnosirik ohikoenak arnas aparatuko beste gaixotasun batzuk eta pneumonia dira (% 47 eta % 21, hurrenez hurren).

Tumoreen diagnostikorik ohikoenak, gizonezkoen artean, prostatako, maskuriko eta trakea-bronkioetako eta biriketako neoplasia gaiztoak dira. Emakumezkoen traumatismo eta pozoitzeen taldeko sendagiriaren % 29k femur-lepoko hausturaren diagnostia daukate.

6.1 grafikoa. Ohiko ospitaleratzeen kausa nagusiak, adin-taldeka eta sexuka, Gipuzkoako egoiliarretan (tasa/1.000 bizt.). EAEko ospitaleak. 2014ko OGDm.



*Talde honetako ospitaleratzeen kausa nagusia: haurdunaldia, erditzea eta erdiberriaroa, tasa 44.85/1000.

**Talde honetako ospitaleratzeen kausa nagusia: haurdunaldia, erditzea eta erdiberriaroa, tasa 21.27/1000.

7.- Hilkortasuna, Gipuzkoan. 2013

Hilkortasunaren analisiak hilkortasun orokorraren adierazleak ematen ditu, hilkortasun proportzionala, kausa-talde handien arabera eta adin eta sexukako kausa espezifikoek arabera, Gipuzkoako Lurralde Historikoko egoiliarren artetik. Kasua nagusien bilakaeraren jarraipena egiten da eta EAEko hilkortasunarekin parekatzen da, hilkortasun estandarizatuaren ratioaren bidez (HER). Gainera, haurren hilkortasuna, jaiotzerakoan dagon bizi-itxaropena eta hilkortasun goiztiarra ere kalkulatu dira, galdutako bizitza-urte potentzialen (GBUP) bidez. Hilkortasunaren EAEko Erregistroa da informazio-iturria.

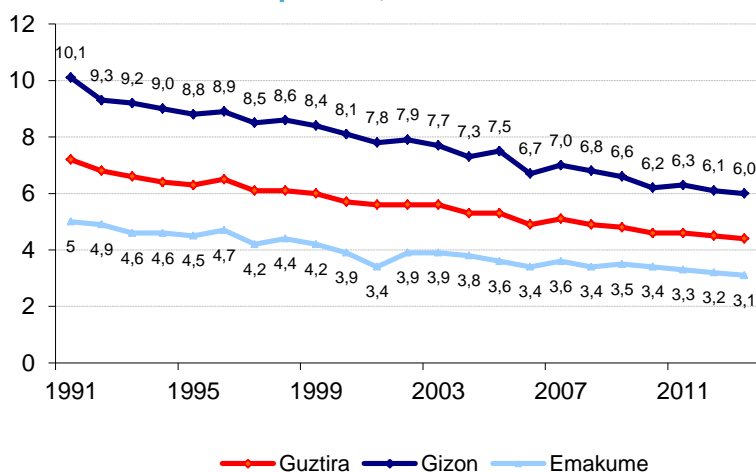
Kodetu egin da oinarritzko heriotza-kausa, Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapenaren (GNS-10-HK) arabera, eta tasak, berriz, 2013ko errolda oinarri hartuta kalkulatu dira.

Europako biztanleria erabili da estandarizazio zuzena egiteko, eta, EAEkoa, zeharkako estandarizazioa egiteko.

Hilkortasun orokorra

2013an zehar, Gipuzkoako 6.385 egoiliar hil ziren: 3.291 gizonezko (% 51,5) eta 3.094 emakumezko (% 48,5). Hilkortasun orokorraren tasa 1.000 biztanleko 9,0koa izan zen; 9,5, gizonezkoetan, eta 8,6, emakumezkoetan. Europako biztanleriaren arabera estandarizaturiko tasa milako 4,4koa izan zen; milako 6,0, gizonezkoetan, eta milako 3,1, emakumezkoetan.

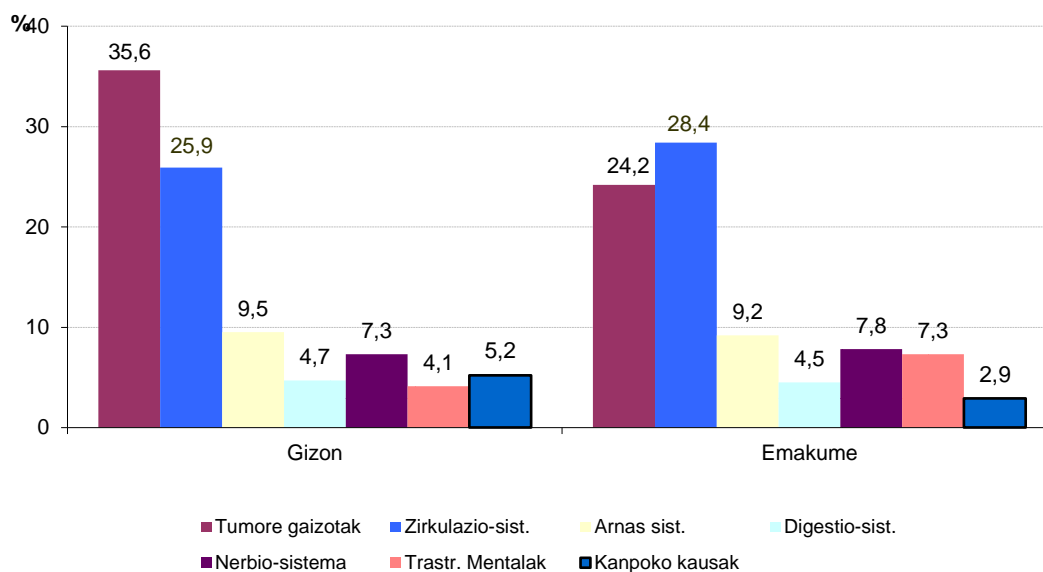
7.1 Grafikoa. Hilkortasun-tasak, milaka estandarizatuta, sexuaren arabera. Gipuzkoa, 1991-2013.



Hilkortasun proportzionala

Biztanleria osorako hiru heriotza-kausa nagusiak hauexek dira oraindik ere: tumore gaiztoak (% 30,1), zirkulazio-sistemako gaixotasunak (% 27,1) eta arnas sistemako gaixotasunak (% 9,4). Gizonezkoen artean, hiru kausa handi horiek heriotzen % 35,6, % 25,9 eta % 9,5 izan ziren, hurrenez hurren. Emakumezkoen artetan, berriz, hauek izan ziren hiru kausa nagusiak: zirkulazio-sistemako gaixotasunak (% 28,4), tumore gaiztoak (% 24,2) eta arnas sistemako gaixotasunak (% 9,2).

7.2. Hilkortasun proportzionala. Hilkortasunaren ehunekoak, gaixotasun-talde handien eta sexuaren arabera. Gipuzkoa, 2013



Hilhortasuna, heriotza-kausen talde handien arabera

Hilhortasun estandarizatuaren tasak handiagoak izan ziren gizonezkoetan, emakumezkoetan baino, hauetan izan ezik: hezur-giharren sistemako gaixotasunak eta sortzetiko malformazioak eta kromosoma-anomaliak. Tumoreek eta garun-hodietako gaixotasunek eman zituzten tasarik handienak bi sexuetan.

7.1. taula. Hilhortasuna, kausa-talde handien arabera, Gipuzkoa 2013.

Taldea	Kodeak	Kausak	Gizonezko		Emakumezko		Guztira	
			Kasu	Tasa	Kasu	Tasa	Kasu	Tasa
I	A, B	G. Infekzioso eta Parasiarioak	43	8,4	48	5,2	91	6,7
II	C,D00-	Tumoreak	1.170	226,6	750	104,4	1.920	158,1
III	D50-89	Odol eta org. hematopoietikoen g.	9	1,8	9	0,9	18	1,2
IV	E	G.. endokrino, nutriz. eta metabol.	99	17,9	129	13,2	228	15,5
V	F	T. mentalak eta portaerazkoak	136	21,8	226	17,2	362	18,9
VI	G	Nerbio-sist. g.	160	27,4	241	21,7	401	24,5
VII	H00-59	Begiko gaixotasunak	0	0	0	0	0	0
VIII	H60-95	Belarriko gaixotasunak	0	0	0	0	0	0
IX	I	Zirkulazio-sist. g.	852	148,3	879	74,6	1.731	106,7
X	J	Arnas sist. g.	314	51,9	286	23,2	600	34,3
XI	K	Digestio-sist. g.	155	29,2	139	13,9	294	20,9
XII	L	Larruazaleko eta azalapeko ehun	6	1,1	10	0,9	16	1
XIII	M	S. muskulueskelet eta ehun konek.	28	4,4	55	4,8	83	4,5
XIV	N	S. genitourinarioko g.	57	9,4	58	4,6	115	6,5
XV	O	Haurduntza, erditze eta erdiberri.	0	0	0	0	0	0
XVI	P	Jaiotza inguruko g.	7	3,1	3	1,5	10	2,3
XVII	Q	Sortzetiko malform, eta kromosom.	6	1,9	10	3,2	16	2,5
XVIII	R	Kausa gaizki definituak	79	13,6	162	13	241	13,7
XIX	V-Y	Kanpoko kausak	170	37,9	89	11,7	259	24,4
		GUZTIRA	3.291	604,9	3.094	313,6	6385	441,6

Europako biztanleriaren arabera estandarizaturiko tasak (100.000 biztanleko).

Heriotza-kausa espezifikoak eta heriotza-tasa, sexuaren arabera

Gizonezkoen artean, heriotza-kausa nagusiak hauek izan ziren: bronkio eta biriketako tumore gaiztoak (54,7/100.000), kardiopatia iskemikoa (50,6/100.000), garun-hodietako gaixotasunak (32,0/100.000) eta koloneko eta ondesteko tumore gaiztoak (27,8/100.000).

Emakumezkoen artean, berriz: garun-hodietako gaixotasunak (21,3/100.000), bronkio eta biriketako tumore gaiztoa (16,7/100.000), bularreko tumore gaiztoa eta kardiopatia iskemikoa (13,7/100.000) eta trastorno mental organikoak (16,1/100.000).

7.2. taula. Heriotza-kausa nagusiak, sexuaren arabera. Gipuzkoa, 2013

Kausa	KODEA	Gizonezko		Emakumezko		Guztira	
		Def.	Tasak	Def.	Tasak	Def.	Tasak
Kardiopatia iskemikoa	I 20-25	278	50,6	149	13,7	427	29,7
Garun-hodietako gaixot.	I 60-69	192	32,0	249	21,3	441	26,1
Trak. bronk. birik. tum. gaiz.	C 33-34	268	54,7	94	16,7	362	34,1
BGBK eta antzeko gaixot.	J 40-44, 47	146	24,2	76	7,3	222	13,7
Kolon-ondesteko tum. gaiz..	C 18-21	151	27,8	102	12,6	253	19,1
Bihotzeko gutxiegitasuna	I 50	101	16,8	155	11,7	256	13,8
Trast. mental organikoa	F 00-09	124	19,5	220	16,1	344	17,4
Zirkulazio-istripuak	V 01-89	25	6,4	5	1,2	30	3,7
Diabetesa	E 10-14	79	13,4	100	9,7	179	11,5
Urdaileko tum. gaiz.	C 16	75	14,7	44	5,8	119	9,8
Bularreko tum. gaiz.	C 50	0	0	90	13,7	90	
Zirrosia	K 70,73,74, 76.9	55	12,3	24	3,3	79	7,7
Alzheimerra	G 30	58	9,1	156	11,2	214	10,8
Prosatako tum. gaiz.	C 61	84	14,1	0	0	84	
Gaixotasun hipertentsiboak	I 10-15	69	11,6	143	10,6	212	11,5
Pneumonia	J 12-18	60	9,6	70	5,2	130	6,7
Maskuriko tum.gaiz.	C 67	63	11,2	23	2,7	86	6,2
HIES/GIB	B 20-24/ R75	8	2,1	3	0,6	11	1,4
Pankreako tum. gaiz.	C25	57	10,8	42	4,6	99	7,5
Suizidioa	X<=85, Y<=9	44	10,5	19	4,3	63	7,3

Europako biztanleriara estandarizaturiko tasak (100.000 biztanleko).

Kausa espezifikoek eragindako hilkortasuna, adinaren eta sexuaren arabera

15 urtez azpiko 23 lagun hil ziren: 13 gizonezko (24,5/100.000) eta 10 emakumezko (19,8/100.000), eta kausa nagusia jaiotza inguruko denboraldiko gaixotasunak izan ziren.

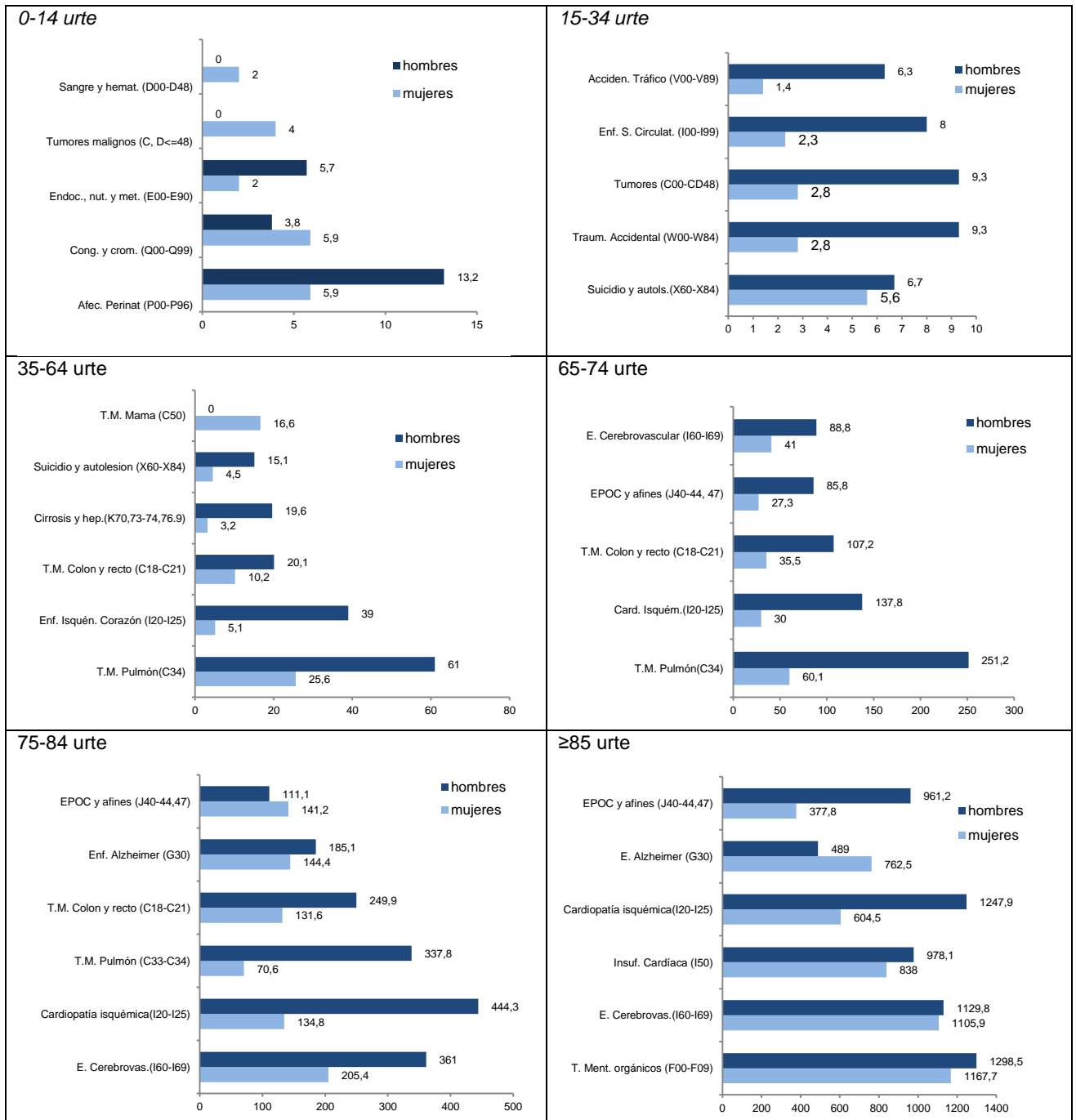
15 eta 34 urte bitarteko taldean, 51 lagun hil ziren. Hiru kausa nagusiak suizidioak, istripu-traumatismoak eta tumoreak izan ziren, heriotza kopuru berarekin denak, eta 6,1/100.000eko tasarekin.

898 lagun hil ziren (284,8/100.000), 35 eta 64 urte bitartekoak, eta 858 (1238,9/100.000), 65etik 74 urtera bitarteko taldean. Tumore gaiztoek eragindako heriotzak % 50 baino gehiago izan ziren bi adin-taldeetan.

75 eta 84 urte bitarteko taldean 1.833 lagun hil ziren (4868,6/100.000); % 30 tumore gaiztoek eraginda.

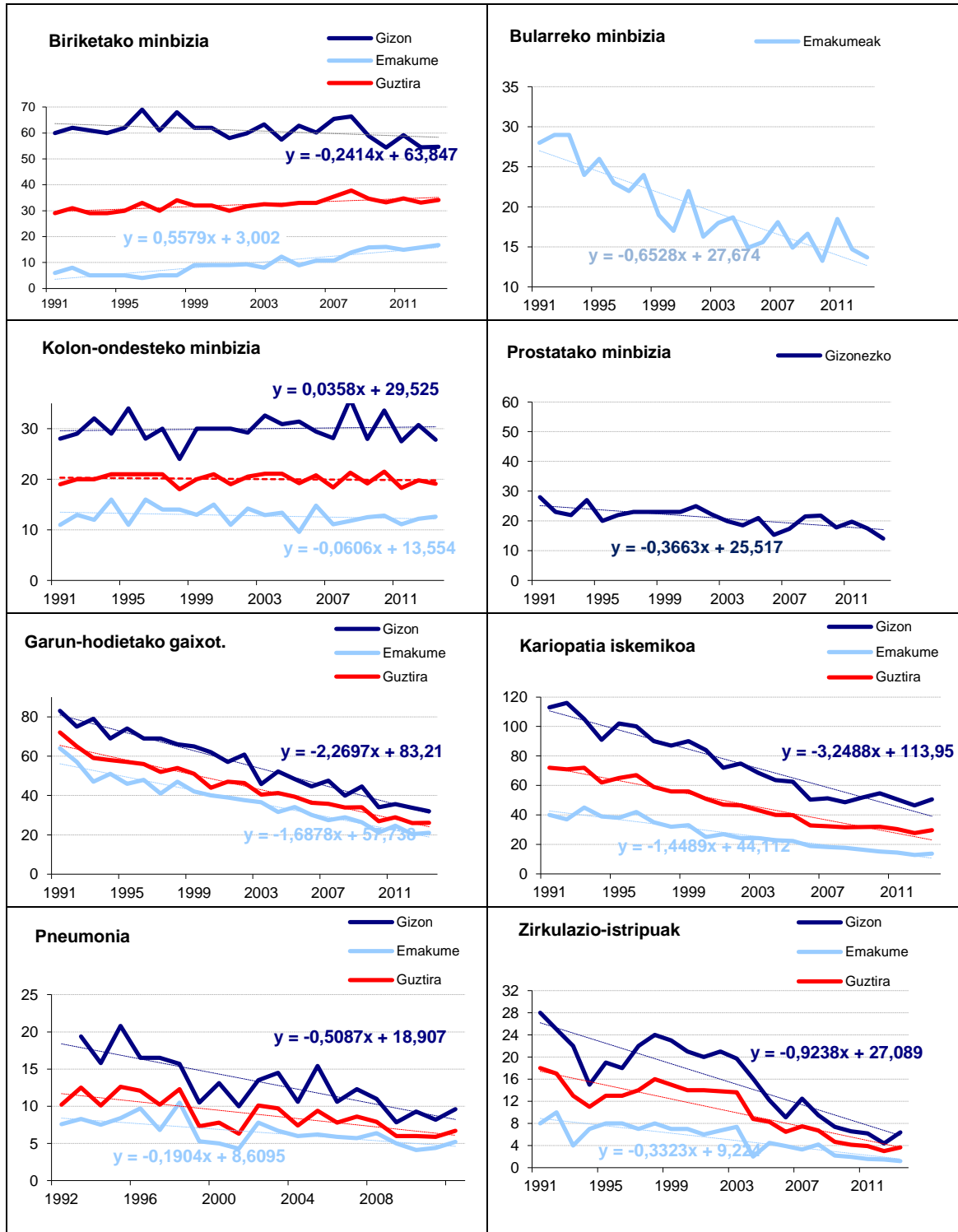
84 urtetik gorakoetan, 2.722 lagun hil ziren (13.285,1/100.000); % 33,3 zirkulazio-sistemako gaixotasunek erasanda.

7.3. grafikoa. Heriotza-kausa nagusien ondoriozko hilkortasuna. Tasa espezifikoak, 100.000 biztanleko, adinaren eta sexuaren arabera. Gipuzkoa, 2013



Heriotza-kausen bilakaera

7.4. grafikoa. Heriotza-kausa batzuen bilakaera, Tasa estandarizatuak (100.000ko). Gipuzkoa, 1991-2013.



Gero eta gutxiago dira bularreko minbizi, prostatako minbizi, garun-hodietako gaixotasun edo kardiopatia iskemikoek eragindako heriotzak. Errepideko istripuek eragindako hilkortasuna baxua izaten jarraitzen du, igo egin bada ere iazkoaren aldean. Kolon eta ondesteko minbiziek eragindako heriotza kopurua egonkor dago eta gora egin du bronkio eta biriketako minbiziak eragindakoak, eta batez ere emakumeen artean gertatu da.

Haur-hilkortasuna

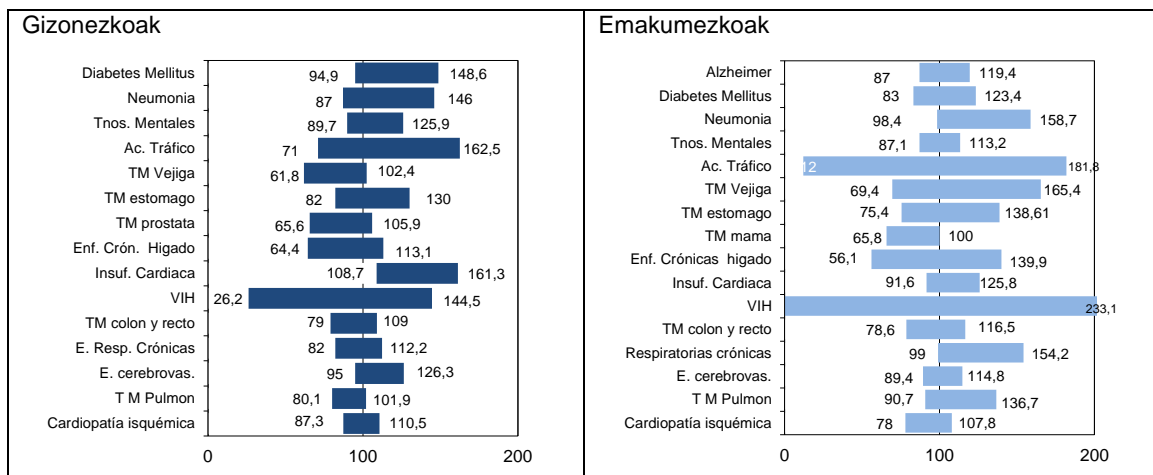
2013an, urtebetez azpiko 10 gizona eta 5 emakumezko hil ziren. Bizirik jaiotako 1.000 haurreko 2,4koa izan zen hilkortasun-tasa: milako 3,1 gizona eta 1,6 emakumezko.

Jaiotza inguruko hilkortasuna (haurdunaldiko 28. astetik bizitzako lehen astera bitarte) 1.000ko 4,4koa izan zen, jaiotako 1.000 haurreko, 6,2 mutiko eta 2,6 neskato.

Hilkortasuna, EAEkoarekin alderatuta. HER 2013

Hilkortasun estandarizatuaren ratioaren (HER) bidez, Gipuzkoako hilkortasuna eta ESI bakoitzekoa (Erakunde Sanitario Integratua) alderatu genituen EAEkoarekin. Gipuzkoako hilkortasuna EAEkoaren antzekoa izan zen. Gizonezkoen bihotz-gutxiegitasunak eragindako hilkortasunean bakarrik ikusi ziren desberdintasun esanguratsuak, HER=135ekin (108,7; 161,3). 2012an ere handiagoa izan zen, baina ez esanguratsua.

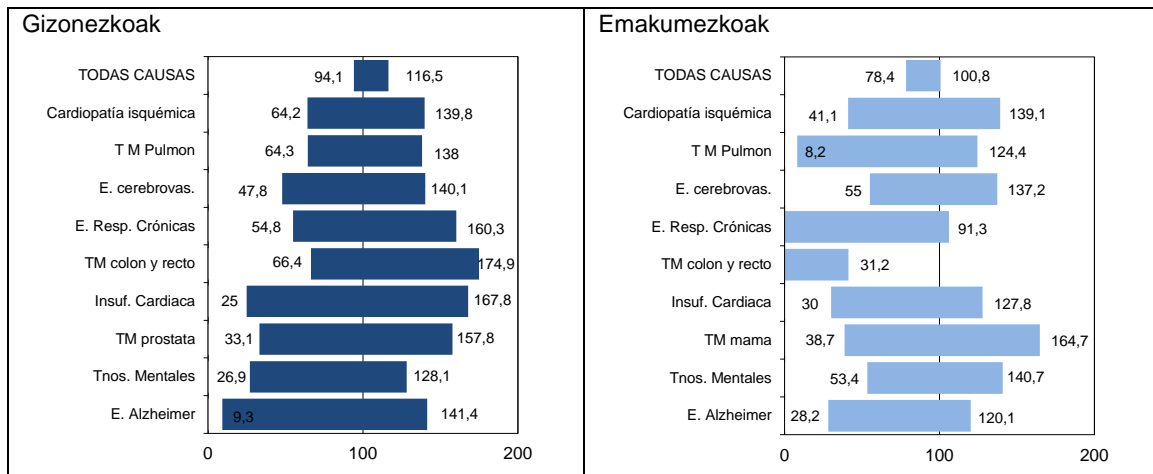
7.5. grafikoa. Hautazko kausek eragindako hilkortasuna. Hilkortasun estandarizatuaren ratioa (HER). Gipuzkoa, 2013



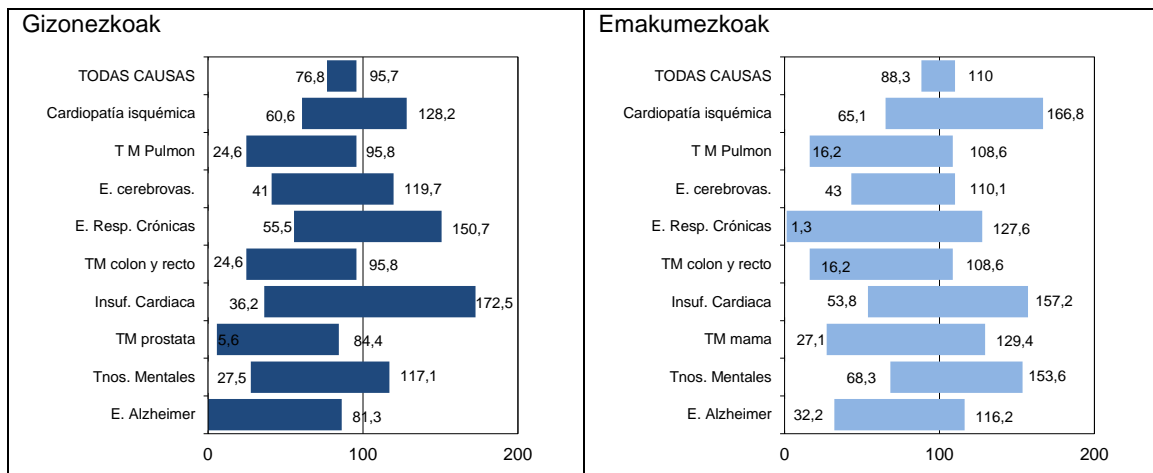
Debagoieneko ESlan, lehen bezala jarraitzen du kolon eta ondesteko minbiziaren desberdintasun esanguratsuak, emakumezkoetan, HER=10,5ekin (-10,1; 31,2).

Debabarreneko ESlan, gizonezkoek eragindakoa izan zen desberdintasuna, hilkortasuna esanguratsuki txikiagoa izan baitzen biriketako, kolon eta ondesteko eta prostatako tumore gaiztoek eta Alzheimerren gaixotasunak nahiz beste kausa batzuek eragindakoen artean. Emakumezkoetan ez zen desberdintasun esanguratsurik egon.

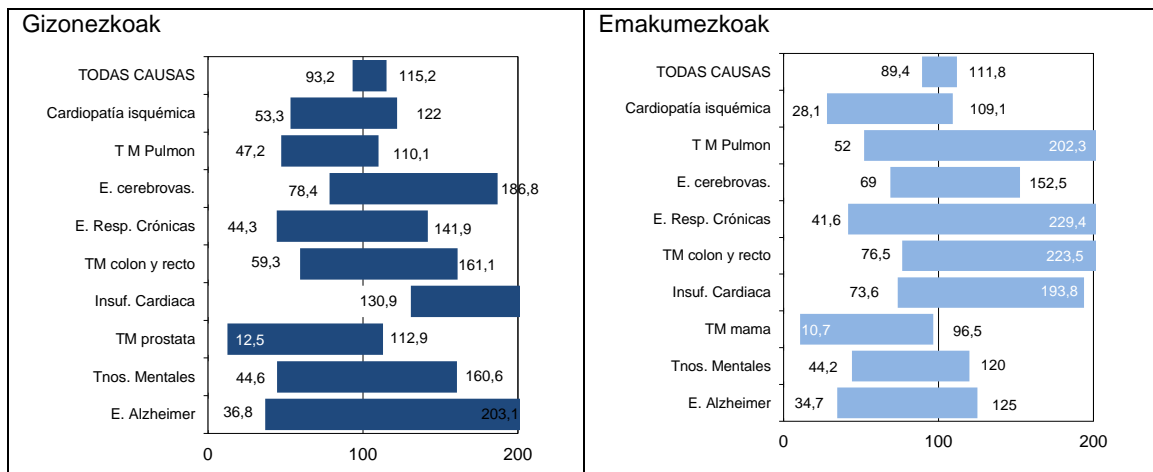
7.6. grafikoa. Hilkortasun estandarizatuaren ratioa (HER) kausa nagusien eta sexuaren arabera, Debagoieneko ESla



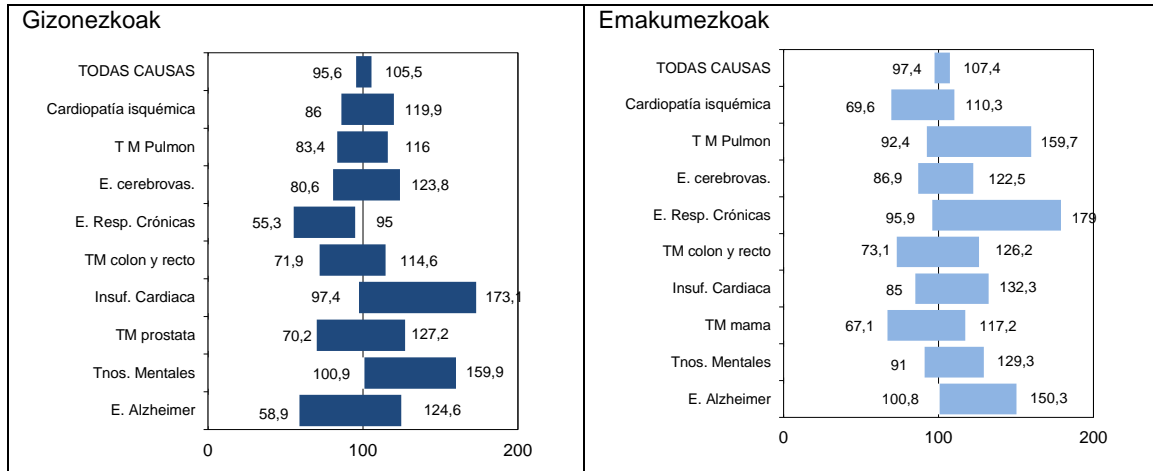
7.7. grafikoa. Hilkortasun estandarizatuaren ratioa (HER) kausa nagusien eta sexuaren arabera. Debabarreneko ESla, 2013.



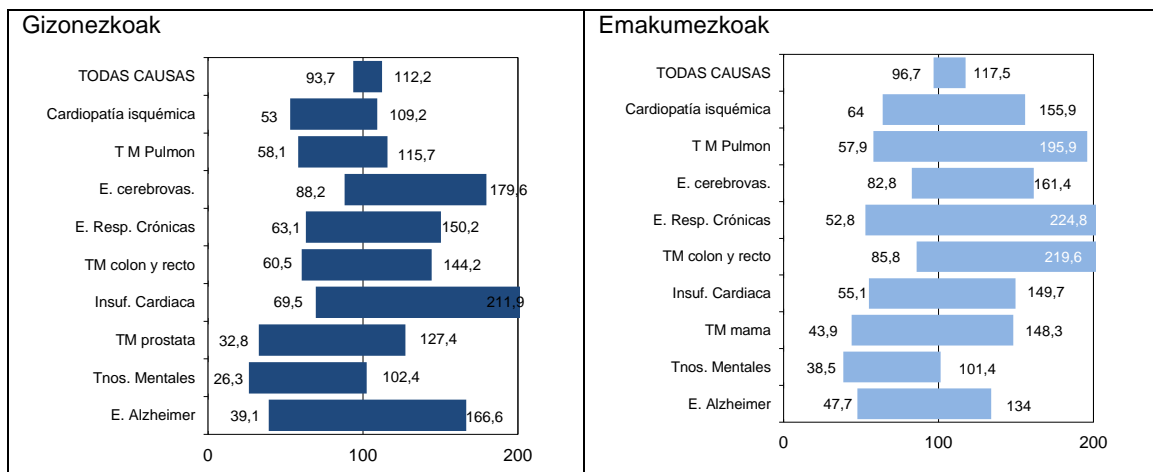
7.8. grafikoa. Hilkortasun estandarizatuaren ratioa (HER) kausa nagusien eta sexuaren arabera. Bidasoako ESla, 2013.



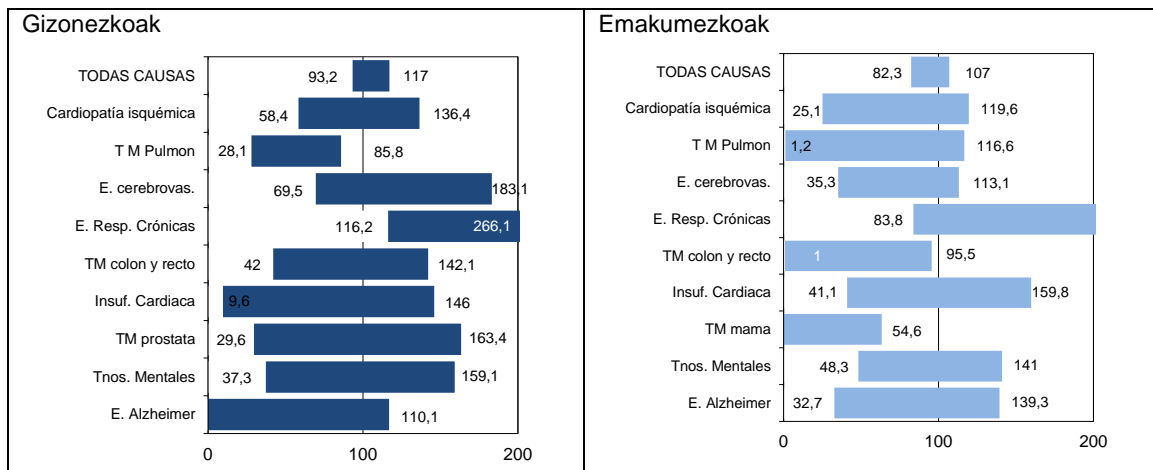
7.9. grafikoa. Hilkortasun estandarizatuaren ratioa (HER) kausa nagusien eta sexuaren arabera. Donostialdeako ESla, 2013.



7.10. grafikoa. Hilkortasun estandarizatuaren ratioa (HER) kausa nagusien eta sexuaren arabera, Goierri-Urola Garaiko ESla, 2013.



7.11. grafikoa. Hilkortasun estandarizatuaren ratioa (HER) kausa nagusien eta sexuaren arabera. Tolosaldeako ESla, 2013.



Bidasoako ESlan, bihotz-gutxiegitasunak eragindako hilkortasuna esanguratsuki handiagoa izan zen gizonezkoetan, HER=243,3rekin (130,9; 355,6) eta emakumezkoetan, berriz, bularrezko minbizia esanguratsuki txikiagoa izan zen HER=53,6rekin (10,7;96,5).

Donostialdeako ESlan, arnas gaixotasun kronikoek eragindako hilkortasunak, HER=75,2rekin (55,3;95,0), eta trastorno mental organikoek eragindakoak, HER=130,4rekin (100,9; 159,9), desberdintasun esanguratsuak erakutsi zituzten gizonezkoetan, eta emakumezkoetan, berriz, Alzheimerraren gaixotasunak eragindakoak, HER=125,6rekin (100,8; 150,3).

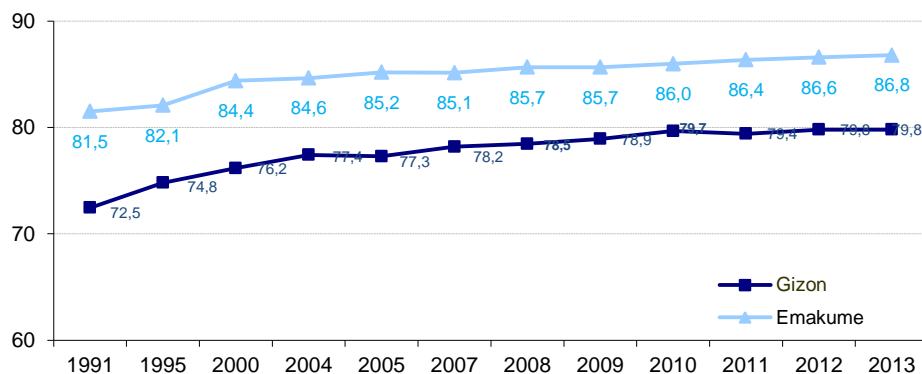
Goierrri-Urola Garaiko ESlan, hilkortasunean ez zen desberdintasun esanguratsurik ikusi EAEkoaren aldean.

Tolosaldeako ESlak desberdintasun esanguratsuak erakutsi zituen biriketako minbiziak eragindako hilkortasunean, HER=57rekin (28,1; 85,8) eta arnasketa-gaixotasun kronikoek eragindakoetan, HER=191,2rekin (116,2; 266,1), gizonezkoetan, eta emakumezkoetan, berriz, koloneko eta ondesteko minbiziak eta bularreko minbiziak eragindako hilkortasunean, HER=48,2rekin (1,0; 95,5) eta HER=22,9rekin (-8,8; 54,6). Gizonezkoen arteko arnasketa-gaixotasun kronikoek eragindako hilkortasuna handiagoa zen 2012an ere.

Bizi-itxaropena

Jaiorduko bizi-itxaropena, Gipuzkoarrentzat, 83,4 urtekoa zen 2013an; goizonezkoetan txikiagoa (79,8), emakumezkoetan baino (86,8).

7.12. grafikoa. Jaiorduko bizi-itxaropena, sexuaren arabera. Gipuzkoa 1991-2013



Hilkortasun goiztiarra

2013. urtean, heriotza-kausa guztiengatik galdutako bizitza-urte potentzialak (GBUP) 17.502 izan ziren 70 urtez azpikoetan. % 68,1, gizonezkoetan (11.914), eta gainerako % 31,9a, emakumezkoetan (5.588).

Gizonezkoetan, hiru kausa nagusiak —biriketako tumore gaiztoa, kardiopatia iskemikoa eta suizidioa— GBUP osoaren % 25,1 izan ziren.

Emakumezkoetan, biriketako minbizia eta bularreko tumore gaiztoa izan ziren kausa nagusiak, eta, atzetik, sortzetikoak eta suizidioa. Lau kausak, batera, GBUP osoaren % 28,8 izan ziren.

7.3 taula. Galdutako bizitza-urte potentzialak eta tasa estandarizatuak*. Gipuzkoa, 2013

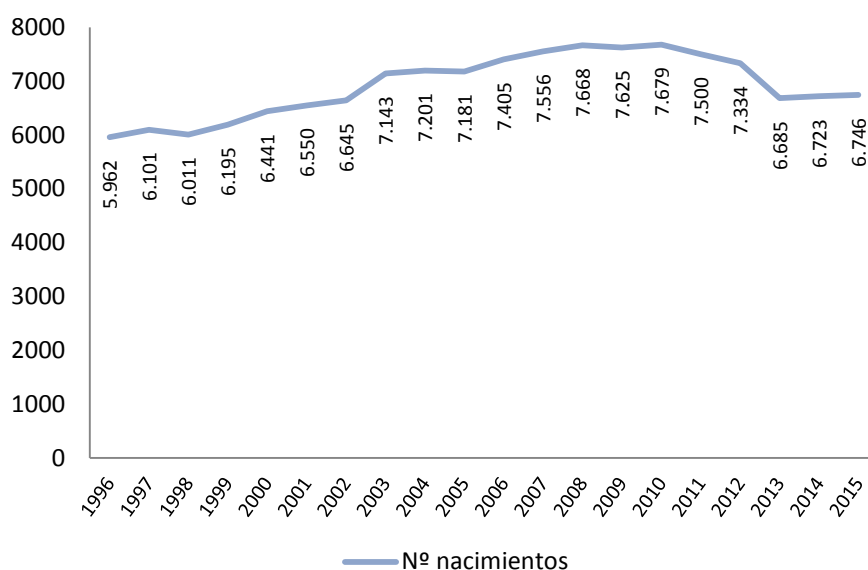
Kausak	Gizonezko		Emakumezko		Guztira	
	GBUP (*)	Tasa	GBUP (*)	Tasa	GBUP (*)	Tasa
Biriketako tumore gaiztoa	1328	3,5	552,5	1,5	1880,5	2,5
Sortzetiko gaixot. (Q00-Q99)	227	0,9	320	1,4	547	1,1
Suizidioa (X60-X84)	696	2,2	304	1,0	1000	1,6
K. iskemikoa (I20-I25)	970,5	2,6	144,5	0,4	1115	1,5
Gibeleko gaixot. (K70-K77)	553	1,5	86	0,2	639	0,9
Zirkulazio-istripua (V01-V89)	431,5	1,6	110	0,5	541,5	1,0
Kolon eta ondesteko t.g. (C18-C21)	394	1,1	262,5	0,7	656,5	0,9
Bularreko t.g. (C50)	0	0,0	435,5	1,2	435,5	--
Pozoitzeak (X40-X49)	350	0,9	127	0,4	477	0,7
Garun-hodietako gaixot.	281	0,8	185,5	0,6	466,5	0,7

(*) Tasa, 100.000 biztanleko, Europako biztanleen adinaren arabera estandarizatuta.

8.- Jaiotzak, Gipuzkoan

Hemen aurkezten diren datuak Metabolopatiak Detektatzeko Programatik hartu dira. Gipuzkoan izandako jaiotza guztiak sartu dira, erditzea non izan den (ospitale publikoa, ospitale pribatua edo etxea) eta ama zein lurraldetan bizi den gorabehera.

8.1 grafikoa. Gipuzkoako jaiotzak 1996-2015



2015ean, 6.746 haur jaio dira Gipuzkoan (8.1 grafikoa); aurreko urteetako antzera. Jaiotakoen % 49,9 neskatoa izan da.

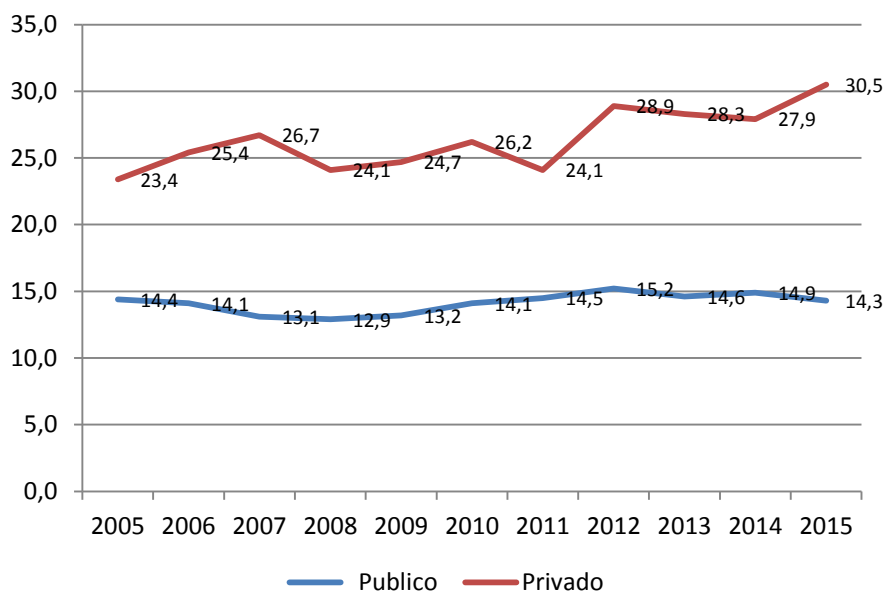
Gipuzkoako jaiotza guztien % 95 haur bakarreko erditzea izan da eta, % 4,8, bikiak; aurreko urtekoa ahalako ia bi. Hirukiak jaio ziren 3 erditzetan.

8.1 taula. Jaiotzen ehuneko banaketa, amaren adinaren arabera. Gipuzkoa, 2005-2015.

Amaren adina	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
< 15	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
15-19	0,8	1,1	0,8	0,8	0,9	0,9	,8	0,9	,9	0,8	0,8
20-24	3,3	3,6	3,9	4,2	4,2	3,8	3,9	3,5	4,0	3,9	3,9
25-29	20,3	18,2	17,8	17,2	15,8	15,3	15,1	14,2	14,9	14,8	14,7
30-34	46,9	47,4	45,2	46	44,8	43,9	41,8	40,7	40,1	40,3	39,5
35-39	25,0	25,3	26,3	27,2	29,1	30,8	32,0	34,0	32,9	32,9	33,2
> 39	3,5	4,4	4,5	4,3	5,1	5,3	6,4	6,7	7,2	7,3	7,9

2015ean ama izan diren emakumeen % 41,1ek 34 urte baino gehiago zituen. Igotzen ari da haurra 40 urtetik gora izaten duten emakumeen proportzioa.

8.2 grafikoa. Abdomenetik bizirik jaiotako ehunekoa, zentro motaren arabera. Gipuzkoa, 2005-2015.



Zesareaz jaiotzen direnen proportzioa esanguratsuki handiagoa da zentro pribatuetan, publikoetan baino. Zentro publikoetan beheranzko joerari eusten diote, pribatuetan, aldiz, igotzen jarraitzen dute.

Jaioberriaren elikadura mota ospitaleko sendagiria ematerakoan jasotzen da. 2015an, igo egin da amagandiko edoskitzea.

8.2 taula. Sendagiria ematean Gipuzkoan jaiotako haurren zeukaten elikadura mota, 2005-2015

Edoskitze mota Sendagiria	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Amagandik	61,2	62,2	63,3	61,5	65,1	68,5	72,3	74,2	71,7	71,8	75,3
Artifiziala	16,5	16,7	16,6	16,8	16,2	16,4	16,3	14,8	14,5	14,4	12,2
Mistoa	21,1	20,1	19	21	13,3	14,4	10,8	9,5	12,1	12,7	11,3
Jaso gabe	0,7	0,5	0,4	0,3	4,9	0,0	0,3	1,1	1,3	0,0	0,5
Bestelakor en bat	0,6	0,6	0,8	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,8

Pisu eskaseko jaioberria (PEJ) esaten zaio 2.500 gr. Baino gutxiagorekin jaio denari eta pisu oso eskaseko jaioberria (POEJ), 1.500 gr baino gutxiagorekin jaio denari.

Gipuzkoako jaioberrien batez besteko pisuak egonkor dirau urteetan zehar, bai eta normala baino pisu txikiagoko jaiotzek ere.

8.3 taula. Pisu eskaseko eta oso eskaseko jaioberrien ehunekoa. Gipuzkoa. 2005-2015

Urtea	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PEJ	6,6	5,9	7,3	6,7	6,7	6,7	6,6	6,6	7,0	7,3	7,0
POEJ	0,9	0,9	0,6	1,3	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9

9.- Azterlanak eta proiektuak

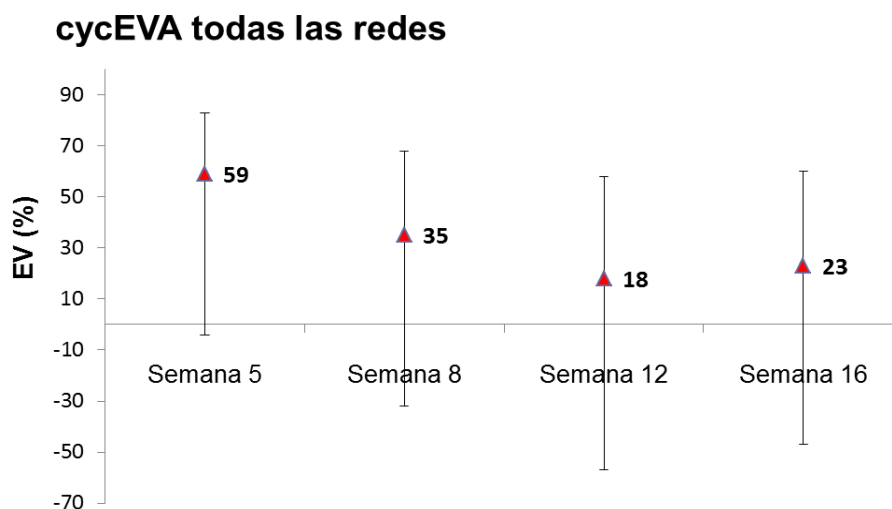
GRIPEAREN AURKAKO TXERTOAREN ERAGINKORTASUNAREN cycEVA AZTERKETA

Europako I-MOVE proiektuaren (Monitoring the influenza vaccine effectiveness in the European Union and European Economic Area) osagarri espainiarra da cycEVA azterlana. Haren garrantzia honetan datza: a) txertaketa-gomendioentzako orientazioa ematea, b) txerto-anduien eta zirkulatzailen arteko komunztadura ezagutzen laguntzea, c) eraginkortasunaren estimazio goiztiarrak lortzea, eta d) osasun publikoko esku-hartzeak eta txertoen ikerkuntza indartzeko aukera eskaintzea.

2014-2015 ekitaldiko emaitzak

- 2014-15eko cycEVA azterlana hasiz geroztik, 2014/50. astean 1.276 paziente erreklutatu ziren: 443 kontrol eta 833 kasu [A tipoko 471 (22 azpitipatu gabeko A, 10 A(H1N1)pdm09, 439 A(H3N2) eta B tipoko 362].
- Erreklutaturiko pazienteen % 22,3 (285/1276) aukeragarriak ziren txertaketarako, eta % 35,8k (102/285) hartua zuen gripearen aurkako txertoa.
- Gripearen aurkako txertoaren babes-efektu orokorra, ia onena izan zen A(H3N2)rako eta neurritsua Brako.
- Txertaketaz geroztik, gutxitu egin zen A(H3N2)rako gripearen aurkako txertoaren eragingarritasuna, denboraldian zehar eta denbora aurrera joan ahala.

AH3N2 aurkako txertoaren eragingarritasuna. cycEVA, Espainia.



2015eko argitalpenak

1. Silvia Jiménez-Jorge, Francisco Pozo, Amparo Larrauri, The cycEVA Study Team. Interim influenza vaccine effectiveness: A good proxy for final estimates in Spain in the last four seasons 2010-2014. *Vaccine* 33 (2015) 3276–3280
2. Jiménez-Jorge S, de Mateo S, Delgado-Sanz C, Pozo F, Casas I, García-Cenoz M, Castilla J, Rodríguez C, Vega T, Quiñones C, Martínez E, Vanrell JM, Giménez J, Castrillejo D, Altzibar JM, Carril F, Ramos JM, Serrano MC, Martínez A, Torner N, Pérez E, Gallardo V, Larrauri A, on behalf of the Spanish Influenza Sentinel Surveillance System. Estimating influenza vaccine effectiveness in Spain

using sentinel surveillance data. Euro Surveill. 2015;20(28):pii=21187. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21187>

3. Valenciano M, Kissling E, Reuss A, Jiménez-Jorge S, Horváth JK, Donnell JM, Pitigoi D, Machado A, Pozo F; I-MOVE Multicentre Case Control Study Team. The European I-MOVE Multicentre 2013–2014 Case-Control Study. Homogeneous moderate influenza vaccine effectiveness against A(H1N1)pdm09 and heterogenous results by country against A(H3N2). *Vaccine*. 2015 Jun 4;33(24):2813-22. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.012. Epub 2015 Apr 28

KASU ETA KONTROLEN AZTERLAN NEGATIBOA, GRIPEAREN AURKAKO TXERTOAREN ERAGINGARRITASUNA EBALUATZEKO, ARNAS INFEKZIO AKUTU LARRIAK (AIAL) JOTA OSPITALERATZEN DIREN GRIPE EGIAZTATUDUNEKIN ERABILTZEKO, 64 URTETIK GORAKOETAN, ESPAINIAN.

I-MOVE+ Europako Batzordearen Horizon 2020 Proiektua

Europako Batzordearen Horizon 2020 programari emandako erantzuna da I-MOVE+ zentro anitzeko programa, PHC 17 – 2014ren barruan: “*Personalizing health and care Comparing the effectiveness of existing healthcare interventions in the elderly*”. Kontsortzio horren zati, gripearen aukako txertoaren eragingarritasuna ebaluatuko da, gripe egiaztatudun arnas infekzio akutu larria duten kasuekin erabiltzeko (AIAL), 64 urtetik gorakoetan, helburu hauekin:

- Ulertzea zer faktorek erasaten dioten gripearen aukako txertoaren eragingarritasunari, babesak zenbat irauten duen eta zer egiteko duten urtero errepikatzen diren txertaketek.
- Identifikatzea zeintzuk diren txertoen eraginean erasan dezaketen birus-andui zirkulatuzaileen faktore giltzarri fenotipikoak edo genotipikoak.
- Txerto motak identifikatzea (adjuvatuak vs ez-adjuvatuak, bizirik atenuatuak vs hirubalioko edo laubalioko geldituak) eta, laginaren neurriagatik posible bada, baita gripearen aurkako TE desberdineko txerto-markak ere.

Emaitza horiek, gainera, Medikamentuen Europako Agentziari (European Medicine Agency-EMA) ere balioko diote, eta Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) urtero ematen dituen gomendioen gidari ere izango dira gripearen aurkako txertoaren osagaietan zer gripe-andui sartu erabakitzeke orduan.

I-MOVE+en osagarri espainiarrean, bi ospitaleek hartzen dute parte: Zaragozako “Miguel Servet Unibertsitate Ospitalea” eta Donostiako “Donostia Unibertsitate Ospitalea”.

Parte hartzen ari diren edozein ospitaletako erreferentziako biztanleriatik 64 urtetik gorakoek osatzen dute azterlanerako populazioa, AIAL dela-eta ospitaleratu badira eta gripearen aurkako txertoarentzat kontraindikaziorik ez badute.

2015-2016 denboraldirako kasuen erreklutamendua 2015/50. astean hasi zen, eta bi aste jarraian SARlrekin eta gripe positiboarekin ospitaleratutako pazienterik ez dagoenean amaituko da.

Azterlana hiru gripe-denboralditan egin eta 2018an amaituko da, eta Euskadiko Ikerketa Klinikoko Batzorde Etikoaren (E-IKBE) aldeko irizpena jaso du (PI2015104 EPA-AS).

KASU-KONTROL ANITZEKO MINBIZIAREN AZTERKETA, MCC-SPAIN

2008an, **biztanleen kasu-kontrol anitzeko azterlan bat** (MCC-Spain) jarri zuten martxan CIBERESPeKo 7 taldek, ikertzeko ingurumen-faktoreek nola erasaten duten, eta horien eta faktore genetikoaren arteko elkarreragina zer-nolakoa den, maiztasun handienekoak diren edota ezaugarri epidemiologiko bereziak dituzten tumoreetan, ez baitakigu ondo zein ingurumen-faktore dauden inplikaturak. Azterlanean 11 autonomia-erkidegok hartzen dute parte (Katalunia, Madril, Asturias, Nafarroa, Euskadi, Murtzia, Kantabria, Andaluzia, Valentzia, eta Gaztela eta Leon), <http://www.mccspain.org/>. Gipuzkoan ardatzen da Euskadiko MCC.

Aukeratutako tumoreak honako hauek dira: **kolon-ondesteko minbizia, bularreko minbizia, urdaileko eta prostatako minbizia eta linfa-leuzemia kronikoa (LLK)**. Elkarriketa pertsonalizatuaren bidez jaso da kasuei (ospitalea) eta kontrolei (biztanleria) buruzko esposizioaren informazioa, horretarako entrenaturiko langileekin, galdetegi estandarizatu batetik abiatuta, eta odol- eta ile-lagin biologikoak ere hartu dira.

Azterlana, denera, 10.065 lagunek osatu dute: 6.067 kasu eta 3.998 kontrol. Gipuzkoan, 362 kontrol, eta bular eta koloneko 345 kasu daude.

MCC-Gipuzkoa makina bat lan-taldetan aritzen da, Dietaren LTaren buru dela, eta, modu aktiboagoan lagunduz, beste talde hauetan: ura, familia-aurrekariak, faktore endokrinoak eta hormonak, farmakoak, langintza eta jarduera fisikoa.

2015ean, analisi orokorraren planean aritzeaz gain, beste hainbat analisi egiten ere buru izan gara: **1) gizarte-desberdintasuneko ohiturek zer dakarten KOMera: MCC-Spain, 2) egosteko metodoak eta graduak, eta zer lotura duten kolon-ondesteko minbiziarekin, eta 3) dietaren gaitasun antioxidatzailea eta zer lotura duen kolon-ondesteko minbiziarekin.**

Metalen taldean, amaitu da elikagaietako artseniko, kadmio, kromo eta merkurio kontzentrazioari buruzko informazioa modu estandarizatuan biltzeko aplikazio informatikoa.

2012an hasitako FIS proiektuaren emaitzak ustiatzen ere lagundu da: Ezarritako arrisku-faktoreen eragina (jarduera fisikoa eta Mediterraneoko dietarako atxikimendua) bularreko minbizian, Espainian. Beste arrisku-faktore batzuk eta gure herrialdean zer inplikazio duten. MCC-Spain.

2015ean, aztertze edo jada argitaratuta dauden argitalpen hauetan parte hartu dugu edo lider izan gara:

.- Association of diabetes and diabetes treatment with incidence of breast cancer

.-Meat intake, cooking methods and doneness and risk of colorectal tumours in a multicentre case-control study (MCC-Spain).

.- Perinatal and childhood factors and risk of breast cancer subtypes in adulthood

EUROPAKO AURRERA BEGIRAKO AZTERLANA, DIETA, MINBIZI ETA OSASUNARI BURUZ. EPIC.

EPIC azterlana (Europena Prospective Investigation into Cancer) zentro anitzeko kohorte-azterlantzat diseinatu zen, eta 1992an abiatu zen Europako 10 herrialdetan. Espainian bost geografia-eremutan egiten da: Asturias, Granada, Gipuzkoa, Murtzia eta Nafarroa.

EPIC azterlana sortzeko helburua epidemiologia laborategiko beste ikerketa batzuekin, faktore genetiko eta metabolikoekin, osatzea izan zen; eta nutrizioaren eta minbiziaren ezagutza zientifikoan sakontzea. Gaur egun, minbiziaren ikerketaz gain, beste lan-ildo batzuk ere sortu dira, bihotz-hodietako gaixotasunak, diabetesa, gaixotasun neurologikoak eta zahartzea aztertzen dituztenak. Europako kohortea 450.000 boluntariok osatzen dute; 8.400 dira, guztira, EPIC-Gipuzkoan. <http://www.epic-spain.com/>

2015ean, amaitu dugu Epic-Gipuzkoa kohorteko kideak eguneratzeko posta eta telefono bidezko kontaktu-lana, haien bizitza-egoerari buruzkoa, eta beste proiektu honetan jarraitzeari buruzkoa: "Bizimodua eta genetika-suzzeptibilitatea, minbizi-arriskuaren, eta pronostikoaren eta biziraupenaren aurreraletzat, Espainiako EPIC kohortean.

Martxan jarri da, FIS 2014ko deialdian, Bisfenol-Aren eraginpean egoteak osasunean duen eragina (minbizia eta gaixotasun koronario iskemikoa) proiektua, Nutrizioa eta Minbiziari buruzko Europako aurrerako begirako azterlananean (EPIC-España),Gipuzkoako azpiproiektua. Helburuak: BPA eta kidekoekiko esposizio-prebalentzia zehaztea lagin biologikoetan, 1.000 partaidetan (azpikohortea), erreklutatzerakoan (seruma) eta gaur egun (seruma eta gernua); 2) ezartzea zer ekarpen egiten duten dietak eta beste aldagai batzuk BPA eta kidekoekiko esposizioan; 3) aztertzea zer lotura dagoen BPA eta kidekoen eta hormonamendeko minbizia (prostata eta bularra) eta gaixotasun koronario iskemikoa (GKI) garatzearen artean.

Proiektua FIS 2015eko deialdira aurkeztu da: Kronodieta, erritmo zirkadianoa erregulatzen duten geneen polimorfismoak, pisu-gorabeherak eta obesitatea, Nutrizioari eta Minbiziari buruzko Europako aurrera begirako azterlananean (EPIC España). Gipuzkoa azpiproiektua. FIS PI15/01752

Argitalpen tekniko-zientifiko hauetan parte hartu dugu, edota lankide edo buru izan gara, EPIC-Spain eta EPIC mailan, Europan, 2015ean:

.-Description of indexes based on the adherence to the Mediterranean Dietary Pattern: a review.

.- Life-course social position, obesity, and diabetes risk in the EPIC-Spain Cohort

.- Unprocessed red meat and processed meat consumption and risk of stroke in the Spanish cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)

.- Pre-diagnostic concordance with the WCRF/AICR guidelines and survival in European colorectal cancer patients: a cohort study

Pre-diagnostic polyphenol intake and breast cancer survival: EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) proiektuari lotutakoak: 74

INMA (HAURTZAROA ETA INGURUMENA)

INMA proiektuaren helburua informazioa eta ezagutza ematea da, ulertu nahi baita zein mekanismo kausal dagoen ingurumeneko kutsaduraren eta haurren garapen fisiko eta neuropsikologikoaren artean.

2006an, ama-umeen INMA kohortea erreklutatzen hasi ginen Gipuzkoan, Goierriko eta Urola Garai eta Erdiko eskualdeetan {[HYPERLINK "http://www.proyectoinma.org/"](http://www.proyectoinma.org/) }.

Hasiera batean, 640 emakume haurdun erreklutatu ziren, gero, haien seme-alabei jarraipena egiteko. 2012an amaitu zen hasierako kohortearekin kontaktatzen, eta, gaur egun, 4 urteko 403 haurrek osaturiko kohortea daukagu.

Lankide gara Europako beste hainbat proiektutan ere; Helix Project: The Human Early-Life Exposome – novel tools for integrating early-life environmental exposures and child health across Europe.

2015ean, 8 urteko INMA-Gipuzkoako haurren jarraipen-fasearen lekuan lekuko lana egin da, garapen neuropsikologikoaren eta haurtzaroko transtornoen, obesitatearen eta asmaren inguruan. Gainera, amaitu dugu INMA Gipuzkoa kohorteko haurren erradiazio ez-ionizatzailen eremu elektromagnetikoekiko esposizioaren ezaugarritzeari buruzko lekuan lekuko lana ere.

Argitalpen tekniko-zientifiko hauetan parte hartu dugu edota lankide edo buru izan gara, INMA kohortearen mailan, 2015ean:

- .- Use of high doses of folic acid supplements in pregnant women in Spain: an **INMA** cohort study.*
- .-Compliance of nutritional recommendations of Spanish pregnant women according to sociodemographic and lifestyle characteristics: a cohort study.*
- .-Mediterranean dietary pattern in pregnant women and offspring risk of overweight and abdominal obesity in early childhood: the **INMA** birth cohort study.*