

Índice

	<u>Página</u>
1 Introducción	2
2 Enfermedades infecciosas	4
- Enfermedades respiratorias	5
- Enfermedades de transmisión alimentaria	18
- Hepatitis víricas	22
- Enfermedades prevenibles por inmunización	23
- Otras enfermedades infecciosas	25
3 Brotes	27
- Brotes de toxi-infección alimentaria	27
4 Vacunaciones	31
5 Registro de Diabetes Mellitus en la Red de Médicos Vigía	35
6 Mortalidad en el Territorio Histórico de Gipuzkoa	37
7 Policía Sanitaria Mortuoria	44
8 Morbilidad Hospitalaria - CMBD	45
9 Registro de Cáncer	50
Anexo 1: Sistema de Información Microbiológica	55
Anexo 2: Tablas Registro de Cáncer	69
Anexo 3: Población	72

1 Introducción

INTRODUCCION

En este documento se presenta un resumen y análisis básico de la información recogida por la Unidad de Epidemiología e Información de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa durante el año 2005.

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

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

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

SISTEMAS/FUENTES DE INFORMACION

Sistemas gestionados por la Unidad de Epidemiología:

E.D.O.: actualmente únicamente hay 4 enfermedades sujetas a declaración numérica (gripe, varicela, sífilis e infección gonocócica) debiendo utilizar el formato individual para el resto de las enfermedades. Durante el año 2005 el porcentaje de notificación en el conjunto del Territorio Histórico (impresos recibidos/impresos a recibir) ha sido del 65%, 17 puntos por encima del del año pasado; en la comarca Oeste este porcentaje ha subido 11 puntos (76% vs 65%) y 12 en la comarca Este (58% vs 36%). Es difícil evaluar la declaración de las E.D.O. con formato individual, ya que pueden declararse tanto por atención primaria como por atención especializada, e incluso la declaración puede variar dependiendo de la enfermedad. Además, el servicio de microbiología del L.U.D. y de los hospitales comarcales notifican precozmente la identificación de determinadas enfermedades infecciosas, realizándose desde la unidad de epidemiología una búsqueda activa de los casos para realizar la encuesta y recomendar las medidas de control que sean necesarias en cada caso. Así mismo las gestoras de casos de tuberculosis realizan una búsqueda activa de casos en distintas fuentes de los servicios asistenciales. Todo ello supone una mejora en la vigilancia epidemiológica de esas enfermedades y en la exhaustividad de su registro.

Información microbiológica: el sistema constituye una fuente de información imprescindible para la vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas. Durante el año 2005 los laboratorios declarantes en Gipuzkoa han sido: el Laboratorio Unificado Donostia (LUD), Hospital del Bidasoa, Hospital Ntra. Sra. de la Antigua, Hospital de Mendara y Hospital Comarcal del Alto Deba.

La información aportada por el sistema se ha incluido en la descripción que se hace de cada una de las enfermedades por separado, presentándose al final de este documento la información más relevante separada por microorganismos. Así mismo se hará un informe anual del Sistema de Información Microbiológica de la C.A.P.V. que estará a disposición de quien esté interesado.

Médicos Vigía: en el año 2005 los médicos de la red vigía han continuado con la vigilancia de la gripe (médicos generales y pediatras) y con el seguimiento de la cohorte de los pacientes

diabéticos tipo 2 diagnosticados por los médicos vigía durante el año 2000 (médicos generales).

Registro de cáncer: Durante el año 2005 se ha realizado la recogida de datos del año 2002. La información a partir de enero de 1995 es proporcionada por los Registros de Cáncer Hospitalarios de Osakidetza (Complejo hospitalario Donostia) y el Instituto Oncológico en soporte informatizado, siendo responsabilidad de la Subdirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad la labor de depuración y control de calidad de los datos recibidos y la recogida activa de la información de los hospitales comarcales y el cierre del año mediante la revisión del resto de sistemas de información utilizados (Boletines Estadísticos de Defunción, TIS, etc.).

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

Las coberturas vacunales se estiman a partir del número de dosis administradas en los centros de vacunación y justificadas a la unidad de epidemiología con el envío de la correspondiente hoja de registro, flujo de información que, en general, funciona de manera satisfactoria, aunque hay aspectos que deben mejorar: retrasos en los envíos de información, exhaustividad de la información enviada...

Sistemas no gestionados por la Unidad de Epidemiología:

Registro de mortalidad: en 1995 se comenzó a incluir en la memoria anual de la unidad de epidemiología un análisis básico del comportamiento de la mortalidad en el Territorio Histórico de Gipuzkoa referido al último año del que esta disponible la información. En esta memoria se incluye el análisis correspondiente al año 2003.

Registro de altas hospitalarias: desde que en el año 1993 se estableció en los hospitales este registro, se ha mostrado como un instrumento de gran calidad para mejorar la vigilancia epidemiológica, por lo que se utiliza sistemáticamente para tener un mejor conocimiento de cada vez más enfermedades. En este documento se presenta una descripción de la morbilidad hospitalaria a partir del análisis del CMBD de los hospitales públicos de agudos correspondiente al año 2005.

2 Enfermedades infecciosas

Situación general de las E.D.O.

En la tabla 2.1 se presenta el número de casos notificados de cada una de las enfermedades sujetas a declaración, tanto en el año 2005 como en los cinco años anteriores. Asimismo se presentan los índices epidémicos 1 y 2 calculados de la siguiente manera: el índice 1 es el resultado de dividir el número de casos de una enfermedad notificados en el año 2005 entre el número de casos del año anterior; el índice epidémico 2 se calcula dividiendo el número de casos notificados en el 2005 entre la mediana de los casos registrados el quinquenio anterior (2000-2004). Cuando el índice epidémico tiene valores entre 0,76 y 1,24 se considera que la incidencia de la enfermedad es normal; consideramos que la incidencia es baja si el índice es menor o igual a 0,75 y alta cuando es mayor o igual a 1,25. En las enfermedades de baja incidencia hay que tener en cuenta que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en el índice 1, por lo que el índice epidémico 2 es más estable para estas enfermedades.

Tabla 2.1: Casos y tasas x 100.000 hab. de las enfermedades notificadas al Sistema E.D.O.. Gipuzkoa 2000-2005.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005			
	casos	casos	casos	casos	casos	casos	Tasa	IE 1	IE 2
Botulismo	0	0	0	0	0	0			
Cólera	0	0	0	0	0	0			
Disentería	9	7	2	9	11	38	5,64	3,45	4,22
Fiebre tifo.paratífica	5	2	4	1	1	1	0,15		
Triquinosis	0	0	0	0	0	0			
Enf. Meningocócica	32	20	39	34	18	25	3,71	1,39	0,78
Gripe	115.890	3.754	18.579	12.778	3.668	14.336	2.128,38	3,91	1,12
Legionelosis	17	30	34	32	39	49	7,28	1,28	1,56
Tuberculosis	217	195	207	190	171	163	24,20	0,95	0,84
Varicela	2.418	1.653	2.083	2.685	2.781	3.535	524,82	1,27	1,46
Infec. Gonocócica	5	2	5	12	7	6	0,89	0,86	1,20
Sífilis	2	5	3	6	5	3	0,45	0,60	0,60
Difteria	0	0	0	0	0	0			
Parotiditis	58	18	6	10	9	17	2,52	1,89	1,70
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0			
Rubéola	2	0	0	0	0	2	0,30		
Sarampión	2	0	0	0	0	0			
Tétanos	2	1	0	2	1	1	0		
Tos ferina	15	8	11	6	11	1	0,15	0,09	0,09
Hepatitis A	81	73	25	15	18	24	3,56	1,33	0,96
Hepatitis B	9	12	11	11	19	12	1,78	1,33	1,09
Hepatitis C	2	4	3	3	5	3	0,45	0,60	1,00
Otras hepatitis víricas	0	0	0	0	0	0			
Brucelosis	2	0	1	2	0	0			
Rabia	0	0	0	0	0	0			
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0			
Paludismo	1	9	8	4	6	6	0,89	1,00	1,00
Peste	0	0	0	0	0	0			
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0			
Lepra	0	0	0	0	0	0			
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0			
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0			
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0			

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:**Gripe**

La Red de Médicos Vigía de la CAPV ha participado por séptima temporada consecutiva en la vigilancia de la gripe, mediante el registro de datos epidemiológicos y virológicos. Durante 2005-06 han participado en la Red Vigía 33 médicos y pediatras de Atención Primaria de Osakidetza, de los cuales 16 corresponden a Bizkaia, 11 a Gipuzkoa y 6 a Álava. El laboratorio de microbiología del Hospital Donostia centraliza los análisis virológicos de las muestras recogidas por la red. El conjunto de la red representa a una población de 51.572 habitantes (2,5% de la población de la CAPV), y su distribución según edad es más joven que la población de la CAPV (Tabla 2.2).

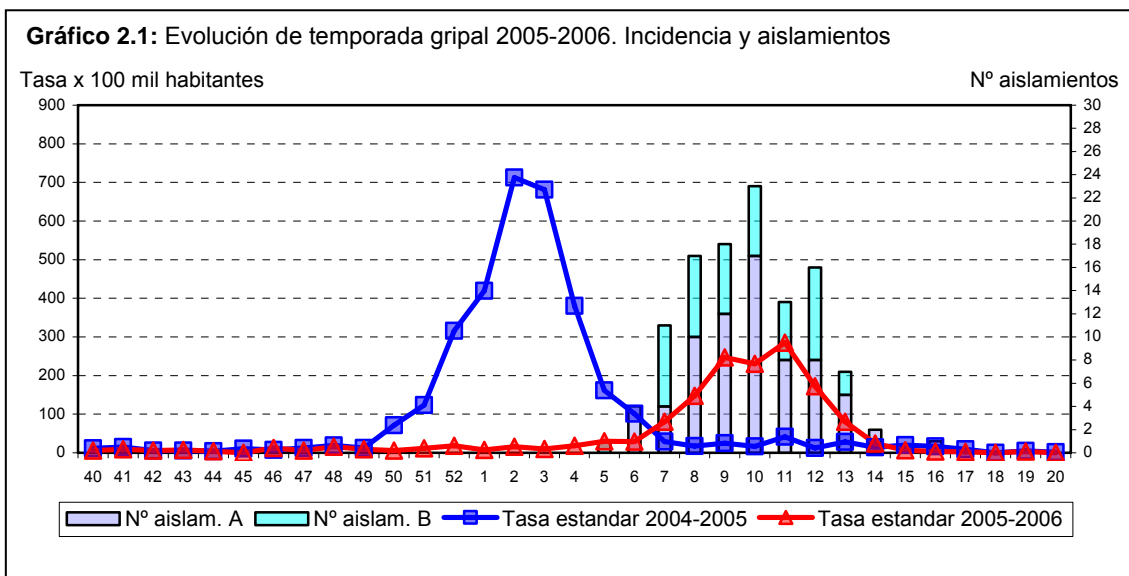
Tabla 2.2: Población de la CAPV y la Red Vigía según edad.

Edad	CAPV		Red Vigía	
	n	%	n	%
0-4	89.668	4,3	3.696	7,2
5-14	133.809	6,5	6.163	11,9
15-24	200.024	9,7	4.469	8,7
25-44	704.657	34,0	15.637	30,3
45-64	527.515	25,5	12.137	23,5
65 y +	414.679	20,0	9.470	18,4
Total	2.070.352	100,0	51.572	100,0

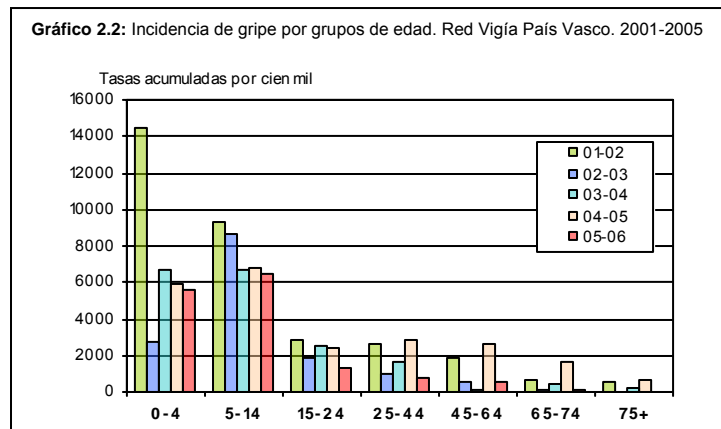
Resultados:

La temporada 2005-2006 se ha caracterizado por una onda epidémica de gripe estacional de baja incidencia, de hecho, después de la temporada 2000-2001 ha sido la temporada de menor actividad. El inicio del pico epidémico anual se retrasó varias semanas respecto a las temporadas previas. La actividad gripal fue baja hasta la semana 8 de 2006 donde se registraron incidencias superiores a 100 por 100.000 habitantes. El pico de máxima incidencia se alcanzó la semana 11 con tasas de 285 por 100.000 habitantes, a partir de dicha semana se registró un descenso paulatino de la actividad con niveles muy bajos tras la semana 15 (gráfico 2.1). Durante las semanas de vigilancia se han notificado 855 casos. El 53% de los casos registrados han sido en hombres y el 47% en mujeres. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron fiebre (98%), síntomas respiratorios (84%), mialgias (78%) y cefalea (73%). El 87% de los pacientes diagnosticados de gripe no tenía ninguna patología previa y sólo el 2,22% de los casos estaban vacunados.

Se han tomado 246 frotis (29% de los casos registrados) y 113 han resultado positivos (46%) El primer aislamiento viral fue del tipo B y se registró en la semana 5 de 2006 en Gipuzkoa (en un varón de 12 años). Aunque los aislamientos virales de tipo B predominaron al inicio de la temporada, en conjunto, los virus A son los que se han aislado mayoritariamente esta temporada (71 aislamientos frente a 17). Entre los virus A, ha predominado el A(H1). (Gráfico 2.1)



Como viene siendo habitual, la mayor incidencia se ha registrado en la población infantil (menor de 14 años). Esta temporada el grupo de edad más afectado ha correspondido a los adolescentes (10-14 años). La incidencia relativa en los adultos y personas mayores ha sido inferior a las temporadas anteriores (ver Gráfico 2.2).



En las demás CCAA, que participan en la vigilancia de la gripe mediante las Redes Centinelas, las características de la actual temporada han sido similares a las descritas para nuestra comunidad, en cuanto a los virus circulantes, distribución por edad y temporalidad.

Según la información proporcionada por el EISS, en gran parte de Europa la actividad de la gripe esta temporada ha sido moderada y varios países (Austria, Alemania, Hungría, Portugal, Escocia, Rumania y Gales) han registrado niveles de actividad gripal muy bajos. El virus tipo B ha sido el predominante en Europa, representando un 60% del total de aislamientos.

Composición recomendada por la OMS para la vacuna antigripal de la temporada 2006-2007 para el hemisferio norte.

Según la OMS durante el periodo de Octubre de 2005 a Enero de 2006 han circulado por distintas partes del mundo virus A(H1N1), A(H3N2) y B.

Los virus A(H1N1) se han aislado de casos esporádicos en muchos países. En los test de hemoaglutinación indirecta (HI) la mayor parte de los aislamientos han demostrado ser antigénicamente similares a A/New Caledonia/20/99.

No se ha informado de ningún aislamiento de virus gripal A(H1N2).

Cepas de virus A(H3N2) se han asociado a numerosos brotes en varios países. Muchos aislamientos recientes demuestran que las cepas eran antigénicamente similares al actual virus de referencia A/California/7/2004, pero una creciente proporción de los aislamientos recientes muestran estar más relacionados antigénicamente a A/Wisconsin/67/2005.

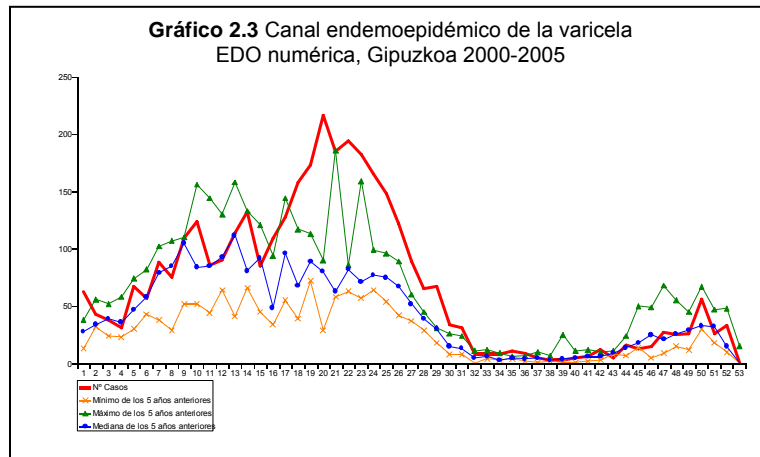
Este año no se ha notificado ningún brote provocado por virus del tipo B, pero sí se han comunicado niveles bajos de actividad de dicho tipo en varios países. La mayor parte de los aislamientos más recientes son cepas antigénicamente similares a B/Malaysia/2506/2004.

Por todo ello la composición recomendada para el hemisferio norte de la vacuna antigripal para la temporada 2006-2007 es:

- Virus similar a A/New Caledonia/20/99 (H1N1)
- Virus similar a A/Wisconsin/67/2005 (H3N2)
- Virus similar a B/Malaysia/2506/2004

Varicela

Durante 2005 fueron notificados de forma numérica 3.535 casos de varicela, un 27% más que el año anterior. Se ha presentado un pico máximo de incidencia en el mes de mayo. Durante los meses de agosto, septiembre y octubre la incidencia fue mínima. Durante todo el periodo 2005, el número de casos notificados fue superior a la mediana de los 5 años anteriores (gráfico 2.3). Tal y como se expresa en la introducción de esta memoria el porcentaje de notificación al sistema E.D.O. durante el ejercicio 2005 ha aumentado considerablemente y este dato es importante a tener en cuenta al considerar el aumento de la declaración de varicela.



En la tabla 2.3 se presenta el número de ingresos hospitalarios de los últimos 6 años con diagnóstico al alta de varicela, obtenido a partir del CMBD de las altas hospitalarias de los hospitales públicos agudos de Gipuzkoa. Los datos muestran que el número de ingresos ha aumentado a lo largo del periodo en todas las edades.

Tabla 2.3: ingresos hospitalarios por varicela (CIE 9: 052). Gipuzkoa 2000-2005.

EDAD	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
0-14	13	18	9	13	15	22	77
> 15	14	11	15	15	16	22	79
TOTAL	27	29	24	28	31	44	156

La estancia media correspondiente a las altas hospitalarias producidas en el año 2005 ha sido de 5,89 días (DE: 3,9 días). De las 22 altas en el grupo de 0-14 años, 1 ha presentado neumonitis, 1 encefalitis, y el resto otras complicaciones con varicela. De los 22 ingresos en el grupo de 15 ó más años de edad, 1 caso presentó encefalitis, 10 neumonitis y el resto otras complicaciones. En los 6 últimos años analizados en CMBD, en 2 casos se presenta la defunción como circunstancia al alta: la primera en el año 2000 un hombre de 69 años de edad, y la segunda el año 2004 otro hombre de 71 años de edad, ambos con diagnóstico de neoplasia. En 2004 a través de un servicio de urgencias se tuvo conocimiento del fallecimiento de un niño de 8 años de edad cuya necropsia confirmó el diagnóstico de varicela con complicaciones. En el año 2005 no se ha producido ningún fallecimiento relacionado con varicela.

Tuberculosis

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

Aunque los datos que se presentan son provisionales, los posibles cambios que se puedan producir al cerrar definitivamente el registro de 2005, no afectarán sustancialmente a la información que se presenta.

En el conjunto del Territorio Histórico de Gipuzkoa, en el año 2005 se han registrado un total de 163 casos de tuberculosis lo cual equivale a una tasa bruta de 24,2/100.000 habitantes, que supone un descenso del 5% con respecto a la tasa del año anterior (tabla 2.4). De los 163 casos, 7 tenían antecedentes de tuberculosis en algún momento de su vida, por lo que la

incidencia de casos nuevos ha sido 23,2/100.000 habitantes. Al sistema de información microbiológica (S.I.M.) se han notificado 114 micobacterias del complejo tuberculoso, un 14% menos que las notificadas el año anterior (tabla 2.5).

Tabla 2.4: Evolución de los casos de TBC y tasa por 100 mil hab. en el Territorio Histórico de Gipuzkoa 1996-2005.

AÑO	Nº DE CASOS	TASA/100.000 hab.	% DESCENSO RESPECTO A 1996
1996	343	50,7	--
1997	298	44,1	13,0%
1998	282	41,7	17,8%
1999	256	37,9	25,2%
2000	217	32,1	36,7%
2001	195	28,8	43,2%
2002	208	30,9	39,1%
2003	189	28,1	44,6%
2004	171	25,4	49,9%
2005*	163	24,2	52,3%

*datos provisionales

Tabla 2.5: Nº anual de aislamientos de MTC notificados al SIM. Gipuzkoa 1996-2005.

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
252	238	206	194	160	159	144	136	133	114

La razón de sexos (hombre/mujer) de los casos registrados en el año 2005 es de 1,4, con 96 casos en varones (tasa de 29,1/100000) y 67 casos en mujeres (tasa de 19,5/100000). El 51% de los casos tienen menos de 45 años. Tanto en los hombres como en las mujeres, la tasa más elevada se observa en el grupo de 75 ó más años, seguido del grupo 25-34 años (tabla 2.6).

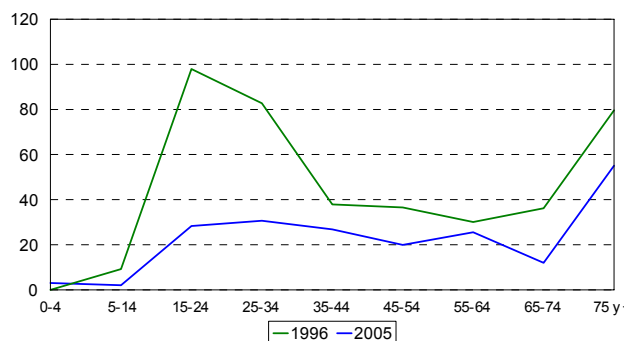
Tabla 2.6: Nº de casos de TBC y tasas por 100.000 hab., según grupo de edad y sexo. Gipuzkoa 2005.

EDAD	Nº DE CASOS			TASA/100.000		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-4	0	1	1	0,0	7,0	3,4
5-14	1	0	1	3,6	0,0	1,8
15-24	12	5	17	28,4	12,6	20,7
25-34	23	15	38	39,5	27,7	33,9
35-44	19	8	27	35,3	15,0	25,2
45-54	5	13	18	10,6	27,7	19,1
55-64	13	7	20	35,2	18,4	26,7
65-74	5	5	10	16,0	13,6	14,7
>=75	18	13	31	100,4	38,8	60,3
TOTAL	96	67	163	29,1	19,5	24,2

elevada se observa en el grupo de 75 ó más años, seguido del grupo 25-34 años (tabla 2.6).

En el gráfico adjunto (2.4) se presentan las tasas específicas por grupos de edad correspondientes a los años 1996 y 2005.

Gráfico 2.4: Tasa de incidencia por grupo de edad. Gipuzkoa 1996 y 2005



En la tabla 2.7 se pueden observar todas las localizaciones que han presentado los 163 casos (algunos presentan más de una localización). La localización de la enfermedad ha sido pulmonar, con o sin otras localizaciones, en 109 casos (67% del total), lo que supone una tasa de 16,2/100.000 hab. Los cuatro casos con localización meníngea se han presentado en adultos, dos de los cuales estaban infectados con el VIH y uno tenía una enfermedad neoplásica concomitante.

Tabla 2.7: Distribución de los casos de TBC según localización. Gipuzkoa 2005.

LOCALIZACION	Nº DE CASOS
pulmonar	109
pleural	22
linfática	14
meníngea	4
osteoarticular	6
peritoneal	1
génito-urinaria	4
diseminada/miliar	6
otra	7

En cuanto al método diagnóstico, en 117 casos (71,8% del total) hay un cultivo positivo en alguna muestra biológica. Los casos con microscopía directa de esputo positiva son 57 (52% de los casos con afectación pulmonar), lo que implica una tasa de incidencia de bacilíferos de 8,5/100.000 hab., un 21% inferior a la del año pasado y similar a la del año 2003 (gráfico 2.5). En el Servicio de Microbiología del L.U.D. se ha realizado estudio de sensibilidad a 101 de las 108 cepas (93,5%) de *Mycobacterium tuberculosis* correspondientes a otros tantos pacientes aisladas o identificadas en ese laboratorio durante 2005. En las cepas analizadas se ha realizado estudio de susceptibilidad a isoniazida, rifampicina, estreptomycin y etambutol; 92 cepas han sido sensibles a los cuatro fármacos, una ha sido resistente a la rifampicina, una a la estreptomycin y 7 (6,9%) han presentado resistencia a la isoniazida.

Gráfico 2.5: Tasa de incidencia de tuberculosis bacilífera. Gipuzkoa 1996-2005.

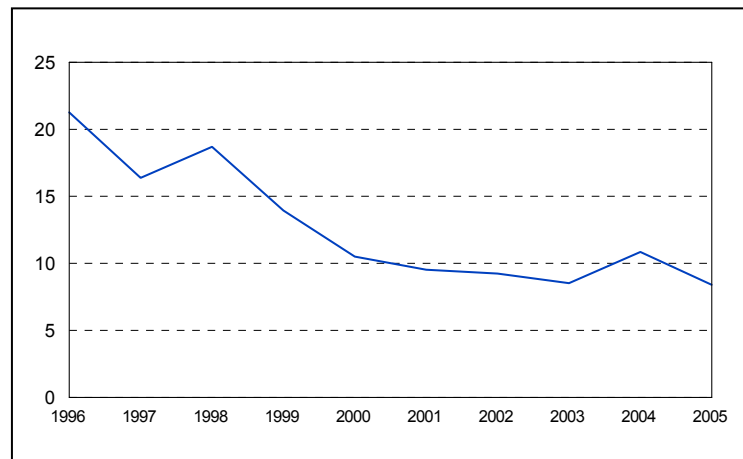


Tabla 2.8: Nº de días de demora diagnóstica en casos con afectación pulmonar. Gipuzkoa 2004.

	bacilíferos	No bacilíferos	Total
N	57	52	109
Media (DE)*	69,3 (77,9)	97,9 (277,4)	82,8 (198,3)
Mediana	42	35	39,5

* $t=-0,747$; $p=0,457$

($p=0,457$). La mediana de la demora diagnóstica para el conjunto de los casos con afectación pulmonar es de 39,5 días, 42 días para los bacilíferos y 35 para los que no lo son.

En la tabla 2.8 se presenta la demora diagnóstica de los casos con afectación pulmonar, entendida como el número de días transcurrido entre la fecha de inicio de síntomas y el comienzo del tratamiento. La demora media es de 83 días, 69 para los casos bacilíferos y 98 para los no bacilíferos, diferencia que no es estadísticamente significativa

En 63 casos (39% del total) se notifica un factor de riesgo de padecer tuberculosis y en 14 casos (9%) se declaran dos o más factores. El tabaquismo y el contacto reciente con un enfermo tuberculoso son los factores de riesgo que más frecuentemente se han declarado en el año 2005: 20 (12% del total) y 16 casos (10% del total) respectivamente; en segundo lugar aparece la infección por VIH en 13 casos (8% del total). En 7 casos la ADVP se identifica como factor de riesgo, siendo 5 de ellos también VIH+. El alcoholismo, solo o asociado a otro factor de riesgo, se notifica en 6 casos (3,7% del total); otros procesos que disminuyen la capacidad de respuesta del huésped están presentes en 20 casos (12%).

De los 163 casos, 19 (11,6%) son nacidos en el extranjero, de los que 9 provienen de América central o del sur, 6 de África, 3 de Asia y 1 de un país del este de Europa. En 18 casos está registrada la fecha de entrada en nuestro país, por lo que puede estimarse el tiempo transcurrido desde ese momento hasta el diagnóstico de tuberculosis: la mediana de este tiempo es 2,7 años con un mínimo de 5 meses y un máximo de 30 años.

En la tabla 2.9 se muestran las tasas brutas anuales por comarca sanitaria correspondientes al periodo 1996-2005. En la comarca Este la tasa del año 2005 es un 52% menor que la de 1996 lo que en números absolutos supone pasar de 187 a 85 casos; en la comarca Oeste se ha pasado de 174 casos en el año 1996 a 84 en 2005, lo que supone un descenso del 53% para la tasa de 2005 respecto a la del año 1996.

Tabla 2.9: Tasas brutas de TBC por 100 mil hab. según comarcas sanitarias. Gipuzkoa 1996-2005.

COMARCA	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005*
Alto Deba	33.9	44.9	34.2	28.1	26.7	29.9	20.5	28.4	31.9	36.9
Bajo Deba	94.3	101.9	77.2	95.8	77.5	56.8	45,7	47,5	28,5	37,4
Goiherri	61.8	48.6	45.4	49.1	49.3	27.3	37,5	38,0	37,7	27,5
Tolosa	66.1	34.1	37.7	31.0	39.8	27,4	42,8	31,3	22,4	20,7
C. Oeste*	64.9	58.7	49.5	52.7	49.5	35.5	36,9	36,9	30,9	30,7
Donostia	44.4	44.7	43.4	34.9	24.4	26.9	25,3	24,8	16,5	24,5
Gipuzkoa	38.6	33.6	30.4	31.0	25.4	22.3	30,5	27,3	20,7	17,3
Bidasoa	47.4	29.9	36.7	21.0	19.5	26.5	22,3	13,8	24,9	16,4
C. Este	42.7	38.0	37.2	31.0	23.9	25.1	26,8	23,8	21,6	20,3
	52,3	46,7	43,6	40,0	34,2	29,3	30,9	29,1	25,3	24,5
TOTAL*										

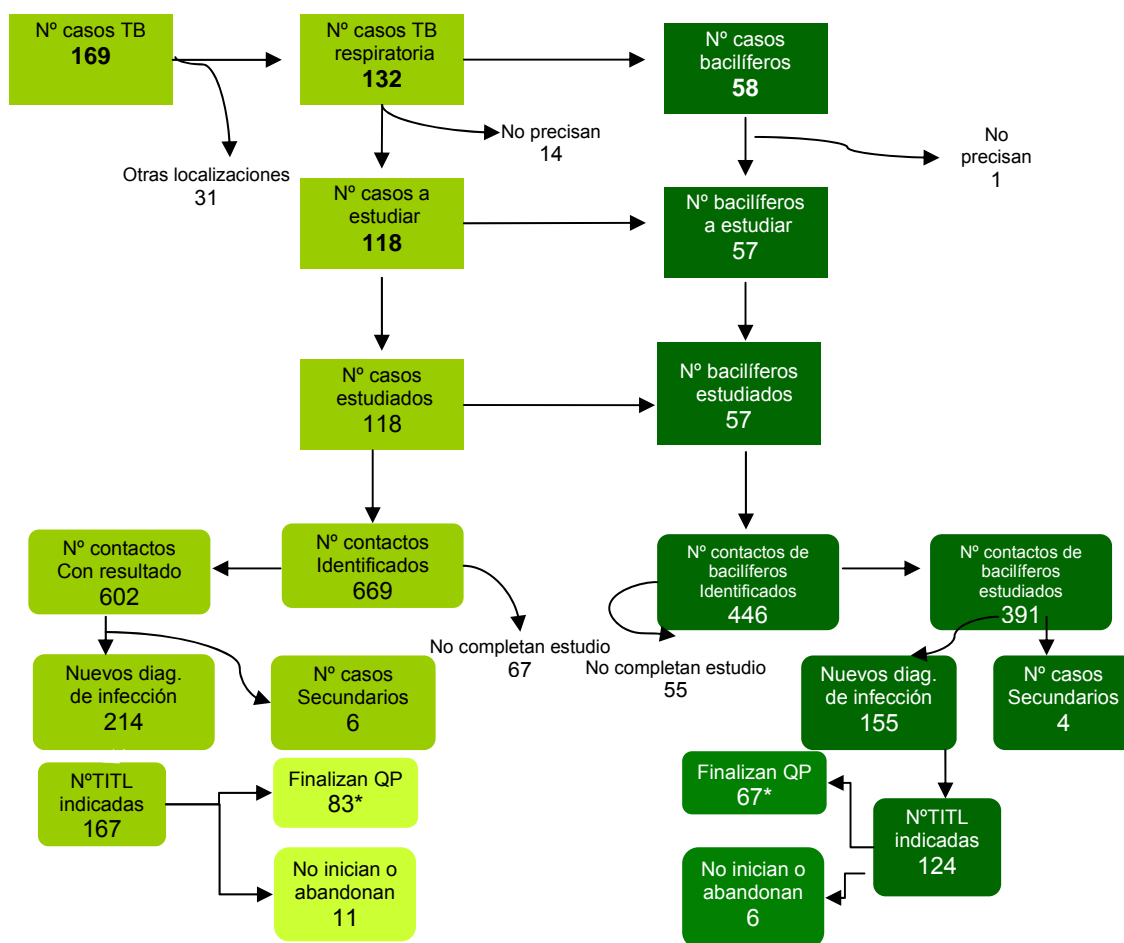
* datos provisionales

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

Estudios de contactos de los casos de TBC:

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

Se analizan los resultados de los estudios de contactos en todas las formas pulmonares y pleurales que se han diagnosticado durante 2005.



* provisional

Se han identificado 669 contactos a riesgo, de los que un 10% no han completado el estudio. Según el nivel de relación, 282 (42,2%) pertenecían al círculo 1 (convivientes), 290 (43,3%) al círculo 2 (contactos asiduos de alrededor de 5-6 horas diarias) y 97 (14,5%) al círculo 3 (contactos esporádicos).

La media de contactos estudiados por caso ha sido de 5,7. El 42,8% de los contactos estudiados eran mujeres y el 55,2% hombres. La mediana de edad de los contactos estudiados fue de 33 años. El percentil 75 se situó en 52 años.

Tabla 2.10: Infección según bacteriología del caso índice y grado de contacto. Casos con tuberculosis respiratoria. Gipuzkoa, 2005.

	Nº Contactos identificados	Nº contactos estudiados	Nº total Infectados (virajes)	% infectados*
Círculo 1 de BK (+)	134	132	60 (8)	45,4
Círculo 1 de BK (-) y círculo 2 de BK (+)	354	319	113 (14)	35,4
Otras situaciones	181	151	41 (3)	27,1
TOTAL	669	602	214 (25)	35,6

Respecto a la situación microbiológica del caso índice, el 66,7% eran contactos de un caso bacilífero y el 16,6% de un caso con baciloscopia de esputo negativa pero cultivo positivo.

Los casos secundarios detectados en los estudios de contactos han sido 6, de los cuales 2 se produjeron en el entorno de convivientes y 4 en el entorno de asiduos. Se han producido 2

microepidemias, de ámbito exclusivamente familiar y se han producido otras agrupaciones de casos relacionados con otros del año anterior. Estos últimos suponen otras 3 microepidemias, una familiar y las otras dos relacionadas con el círculo de amigos.

Se clasifican como infectados los contactos de círculo 1 de bacilífero con Mantoux mayor o igual a 5 mm y en resto de las situaciones el punto de corte se sitúa en 10 mm (positivos con Mantoux mayor o igual a 10). Ha disminuído el porcentaje de infectados en el grupo de mayor riesgo y se han igualado en los otros grupos de menor riesgo.

El 87% de los contactos que presentaron una prueba tuberculínica negativa completaron el estudio repitiendo la prueba. El 4% presentó un viraje en la repetición de la prueba (incremento de la induración en al menos 6 mm entre una y otra prueba).

Se ha indicado Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (TITL) en el 25% de todos los contactos estudiados. En los contactos de bacilífero esta indicación se ha hecho en el 64,9% de los casos con PPD positiva.

Tabla 2.11: Tratamientos indicados y casos diagnosticados según nivel de riesgo de contacto.

	Contactos estudiados	Nº TITL (%)	Nº CASOS
Círculo 1 de BK (+)	134	66 (49,3)	1
Círculo 1 de BK (-) y círculo 2 de BK (+)	354	42 (11,2)	2
Otros	181	16 (9)	3
Total	669	124 (18,6)	6

En el grupo de contactos íntimos menores de 20 años de un caso bacilífero el documento de consenso sobre Tuberculosis propone indicar quimioprofilaxis primaria (QPP) en, al menos, un 75% de los individuos tuberculín negativos. Se ha hecho la indicación en el 88,2% de ellos.

Los datos sobre cumplimentación de los TITL son provisionales. Con los datos disponibles hasta el momento los abandonos están en un 6%, por debajo de la cifra del año anterior en el que hubo un 8,4% de abandonos.

Cumplimiento del tratamiento:

En la tabla 2.12 se presenta la situación de los casos registrados en el año 2004 a los doce meses del diagnóstico, según comarca sanitaria de residencia. El 88% de los casos han finalizado correctamente el tratamiento, el 9,7% ha fallecido en el curso del mismo y el 2,3% de los casos presentan un resultado potencialmente insatisfactorio. Ambas comarcas presentan un perfil similar en el cumplimiento del tratamiento.

Tabla 2.12: Cumplimentación de tratamiento. Casos TBC, Gipuzkoa 2004.

	Com. oeste	Comarca este	TOTAL
Trat. finalizado	77 (89,5%)	77 (86,5%)	154 (88,0%)
Defunción	8 (9,3%)	9 (10,1%)	17 (9,7%)
Cambio resid.	0	1 (1,1%)	1 (0,6%)
Perdido/abandono	0	2 (2,2%)	2 (1,1%)
Otro*	1 (1,2%)	0	1 (0,6%)
TOTAL	86	89	175

*tratamiento interrumpido por aparición de efectos secundarios graves.

De los 17 casos fallecidos antes de finalizar el tratamiento, 9 (53%) tenían más de 75 años en el momento del diagnóstico; de los 8 restantes, 3 presentaban como factor de riesgo la coinfección con el VIH.

Infección Meningocócica

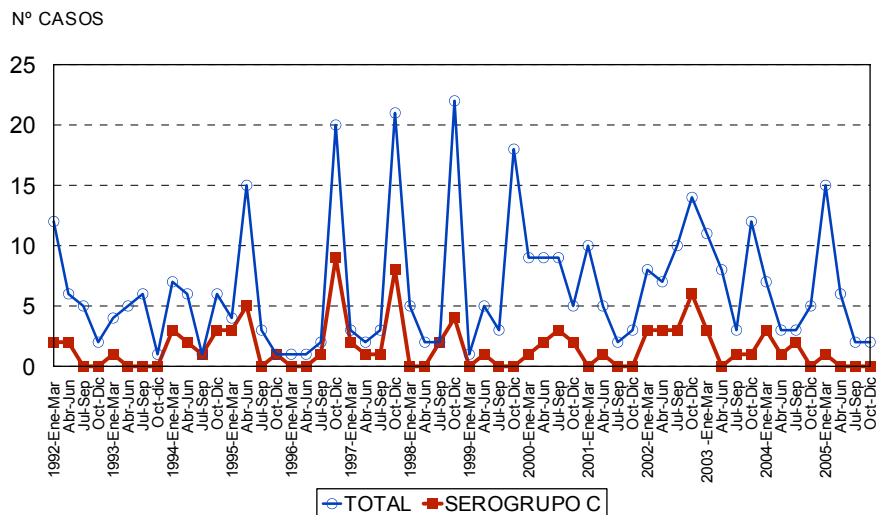
En el año 2005 se han registrado en Gipuzkoa 25 casos de enfermedad meningocócica, lo que supone una tasa bruta de incidencia de 3,71/100.000 hab. Del total de casos, 12 han sido hombres (tasa: 3,63/100.000) y 13 mujeres (tasa: 3,75/100.000). La tasa más alta se observa en el grupo de edad de menores de 5 años: 34,0/100.000 (tabla 2.13). En 20 casos ha habido confirmación microbiológica del diagnóstico, de los que 18 han sido causados por *N. meningitidis* serogrupo B, 1 caso por *N. meningitidis* serogrupo C y otro caso por meningococo Y. El Servicio de Microbiología del hospital Donostia ha informado sobre el resultado del estudio genético correspondiente a las cepas estudiadas. Dos de las cepas del serogrupo B pertenecen al clon hipervirulento ST 11/ET-37 complex.

Tabla 2.13: Incidencia por grupos de edad y serogrupo. Gipuzkoa, año 2005.

Grupo de edad	Casos confirmados microbiológicamente			Casos probables microbiol. Neg.	Total	Tasa por 100.000	Nº fallecidos Letalidad %
	B	C	Otros				
0-4 años	7	--	--	3	10	34,0	-
5-14 años	2	--	--	2	4	10,9	-
15-24 años	3	--	--	--	3	3,6	-
25-39 años	--	--	--	--	--	--	-
≥ 40 años	6	1	1	--	8	2,4	-
TOTAL	18	1	1	5	25	3,75	-

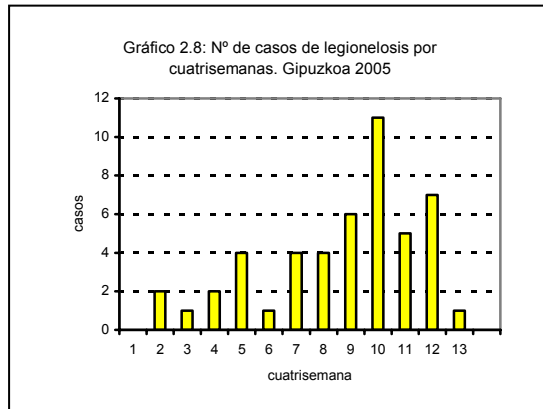
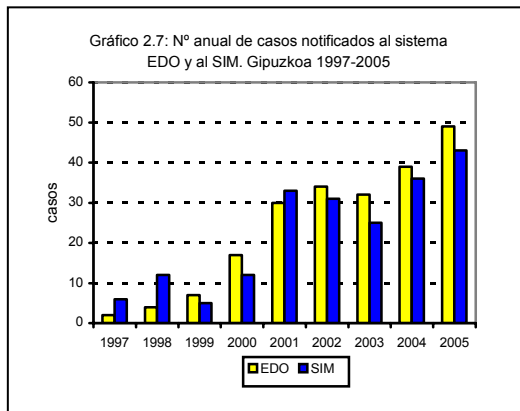
La distribución temporal de los casos puede verse en el gráfico 2.6. Todos los casos se han presentado de forma aislada. En cuanto a las características clínicas de los casos, 17 se han presentado como sepsis, 6 como meningitis y 2 casos como sepsis y meningitis. No se ha presentado ningún fallecimiento. En el 100% de los casos se han identificado los contactos y se ha aplicado la quimioprofilaxis (protocolo de profilaxis de la infección meningocócica). La quimioprofilaxis a los contactos familiares ha sido facilitada por el clínico y las intervenciones comunitarias han sido realizadas por la unidad de epidemiología. En ningún caso se han presentado casos secundarios.

Gráfico 2.6: Distribución estacional de los casos de enfermedad meningocócica. Gipuzkoa 1992-2005.



Legionelosis

El año 2005 se han notificado al sistema de vigilancia epidemiológica 49 casos de Legionelosis, lo que supone una tasa de 7,28 casos/100.000 habitantes y un aumento del 25% respecto a la del año anterior. El número de casos desde 1997 queda reflejado en el gráfico 2.7.



De los 49 casos, 46 son hombres (tasa de 15,3 /100.000) y 4 mujeres (tasa de 1,2/100.000). Por grupos de edad, 12 casos corresponden al grupo de 25-44 años, 24 al grupo de 45-64, 12 casos al grupo de 65 y más edad y un caso se presentó en un lactante que padecía la enfermedad de Newman Pick. Al igual que el año 2004, el 84% de casos se presentaron entre los meses de julio a diciembre de 2005 (gráfica 2.8).

El 22% eran residentes en Donostia y el resto de casos se distribuían por diferentes municipios de Gipuzkoa.

En la totalidad de los casos la presentación de la enfermedad ha sido de enfermedad del legionario. En 1 caso se confirmó el diagnóstico por cultivo y en los 48 restantes el diagnóstico se realizó por detección de antígeno de *Legionella pneumophila* 1 en orina. El total de enfermos recibieron tratamiento hospitalario y 5 precisaron de ingreso en Unidad de Cuidados

Intensivos; la evolución de los casos fue satisfactoria.

Tabla 2.14: Nº de casos de legionelosis y tasa/100000 por edad y sexo. E.D.O. Gipuzkoa 2005.

	hombres	mujeres	Total (tasa)
<25	--	1	1(0,6)
25-44	11	--	11 (5,0)
45-64	25	-	25 (11,2)
>=65	9	3	12 (7,1)
Total	45	4	49
(tasa)	10,9)	(1,2)	(7,3)

En los 49 casos se identificó uno o más factores individuales de los que se relacionan con el riesgo de desarrollar la enfermedad del legionario: 27 casos eran fumadores, 20 presentaban una patología crónica y 12 eran bebedores. En relación a los riesgos ambientales, 1 caso ha sido asociado a viaje y el resto han sido comunitarios.

Del total de casos, 15 se presentaron en 4 agrupaciones y el resto fueron esporádicos. En base al "Protocolo de actuación ante la notificación de casos de Marzo de 2001 de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV)", se considera caso esporádico a aquel caso aislado que no tiene relación epidemiológica con ningún otro caso. Se considera caso agrupado o brote cuando dos o más casos ocurren en un intervalo de tiempo inferior a 6 meses, en personas que hayan frecuentado un mismo lugar en los 2-10 días previos a la fecha de inicio de los síntomas. Según estas definiciones en Gipuzkoa y durante 2005 se presentaron cuatro agrupaciones o brotes.

Agrupación de casos de legionelosis en la Comarca de Alto Deba de Gipuzkoa

Esta agrupación ha asociado a 3 casos. Los tres han sido hombres de 41 años y con lugar de residencia diferente (Inglaterra, Errenteria y Eskoriatza). El inicio de síntomas se presentó en el intervalo de 2 meses y las tres personas durante el periodo de incubación frecuentaron la localidad de Aretxabaleta (polígono industrial). Una vez determinada la posible asociación de casos de legionelosis, se contactó con Sanidad Ambiental de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa y con los técnicos de Salud Pública de la Comarca del Deba. Estos técnicos realizaron la inspección ambiental según indica el protocolo y procedieron a la inspección y recogida de muestras ambientales de la empresa A donde había trabajado el tercer caso y de otras empresas del polígono industrial.

Las muestras se analizaron en el laboratorio de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa por el método PNTMAG 12. Los resultados se obtuvieron el día 22 de Abril de 2005 y de todas las muestras analizadas se aisló *Legionella pneumophila* serogrupo 1 en una de ellas.

La muestra positiva correspondiente a la empresa A se remitió al Servicio de Microbiología del Hospital Donostia para ser comparada genotípicamente (mediante electroforesis en campos pulsados-“PFGE”) con la muestra obtenida del cultivo realizado al paciente nº 3. El día 6 de Mayo se obtuvieron los resultados y las muestras comparadas no eran coincidentes.

De las muestra recogidas en otra empresa también se obtuvo otro resultado positivo para *legionella pneumophila*, que igualmente se remitió al Servicio de Microbiología del Hospital Donostia para ser comparada genotípicamente (mediante electroforesis en campos pulsados-“PFGE”) con la muestra obtenida del cultivo realizado al paciente 3. Los resultados del paciente y de las muestras comparadas no eran coincidentes.

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

Agrupación de Tolosa

Esta agrupación ha asociado a 4 casos, los 4 con inicio de síntomas la misma semana del mes de septiembre y que frecuentaron la localidad de Tolosa en los 2-10 días previos al inicio de síntomas. La curva epidémica realizada expresaba una fuente de exposición única y una exposición de los 4 casos confinada a un único momento temporal. Los 4 casos eran hombres, dos de 55 años de edad, 1 de 56 y otro de 67. Tres residentes en la localidad de Tolosa y otro en Zizurkil pero con relación con Tolosa. Los cuatro presentaban factores de riesgo individuales, precisaron de ingreso hospitalario y la evolución de la enfermedad en todos ellos fue favorable. Desde la Unidad de Epidemiología se contactó con Sanidad Ambiental de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa y con los técnicos de Salud Pública de la Comarca de Tolosa. Estos técnicos realizaron la inspección ambiental según indica el protocolo y procedieron a la inspección y recogida de muestras ambientales en empresas de polígonos industriales de la zona. Los resultados de las muestras recogidas fueron negativas para *Legionella pneumophila* serogrupo 1.

Agrupación Pasaia-Herrera

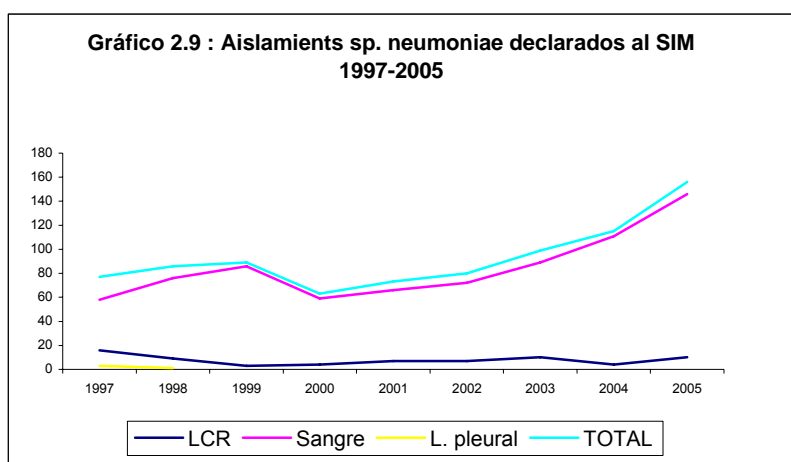
Esta agrupación asocia a 5 casos, ocurridos en un intervalo de tiempo inferior a 6 meses, en personas que frecuentaron la localidad de Pasaia-Herrera en los 2-10 días previos al inicio de síntomas. La curva epidémica expresa la posible fuente de exposición intermitente y que la exposición de los tres casos de la primera semana de agosto pudo ser confinada a un único momento temporal. Los 5 enfermos han sido hombres de 29, 39,42, 46 y 68 años de edad. Tres residentes en Pasaia, otro en la localidad de Oiartzun pero que trabaja en el puerto de Pasaia y el 5º residente en Herrera. Se contactó con Sanidad Ambiental de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa y con los técnicos de Salud Pública de la Comarca de Bidasoa. Estos técnicos realizaron la inspección ambiental según indica el protocolo y procedieron a la inspección y recogida de muestras ambientales en empresas de polígonos industriales de la zona. Los resultados de las muestras recogidas fueron negativas para *Legionella pneumophila* serogrupo 1.

Agrupación Azkoitia

Esta agrupación corresponde a 3 casos que iniciaron síntomas los días 14 a 18 de septiembre y los tres durante el periodo de incubación frecuentaron la localidad de Azkoitia. Los tres eran hombres, dos de 59 años de edad y uno de 50. Dos residentes en Azkoitia y uno en Donostia pero por motivos de trabajo desplazado a Azkoitia.

Se contactó con Sanidad Ambiental de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa y con los técnicos de Salud Pública de la Comarca de Urola. Estos técnicos realizaron la inspección ambiental según indica el protocolo y procedieron a la inspección y recogida de muestras ambientales en empresas de polígonos industriales de la zona. Los resultados de las muestras recogidas fueron positivas para *Legionella pneumophila* serogrupo 1 (recuentos por encima de 100 ufc/litro) en cuatro de los circuitos estudiados. La muestra obtenida se remitió al Servicio de Microbiología del Hospital Donostia para ser comparada genotípicamente (mediante electroforesis en campos pulsados-“PFGE”) con la muestra obtenida del cultivo realizado a uno de los pacientes. Los resultados del paciente y de las muestras comparadas no eran coincidentes.

Enfermedad invasiva por Neumococo en Gipuzkoa



La enfermedad invasiva por neumococo incluye los procesos patológicos en los que se detecta presencia de *S. pneumoniae* en sangre, L.C.R. u otras muestras biológicas normalmente estériles. Puede incluir por tanto procesos que cursan con clínica de meningitis, septicemia, neumonía o bacteriemia sin foco. Se presenta un análisis del periodo 1997-2005 de

la información aportada por diferentes fuentes: S.I.M. (Sistema de Información Microbiológica) y el registro del CMBD del alta hospitalaria. Durante el periodo estudiado se han declarado al SIM un total de 838 aislamientos de neumococo, 764 en sangre, 70 en LCR y 5 en líquido pleural (gráfico 2.9). Se observa una tendencia ascendente en el número de aislamientos notificados.

Durante el año 2005 se han producido 454 altas hospitalarias por neumonía neumocócica, 279 hombres, 175 mujeres, de una media de edad de 57 años (DE = 26 años) y con una estancia media de 9,73 días (DE = 8,10 días).

En las tablas se presentan los datos de hospitalización por neumonía neumocócica (código 481 de la CIE-9), meningitis neumocócica (código 320.1) y neumococemia (código 38.2), en residentes en Gipuzkoa para el periodo 1997-2005.

Tabla 2.15: Ingresos hospitalarios por neumonía neumocócica (CIE:9: 481). Gipuzkoa 1997-2005

		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0-4	Casos	29	39	41	16	51	35	24	23	42
	Tasas	110,0	150,0	159,0	61,3	173,7	119,2	81,7	78,3	143,0
5-14	Casos	14	11	11	17	12	11	7	11	18
	Tasas	24,0	20,0	12,2	42,0	22,1	20,3	12,9	20,3	33,2
15-64	Casos	110	129	116	99	87	113	115	169	169
	Tasas	23,0	26,6	23,9	20,3	18,5	24,0	24,4	35,8	35,8
65 +	Casos	202	267	198	138	114	142	171	136	225
	Tasas	187,0	240,0	172,4	113,4	95,4	118,8	143,0	113,7	188,1
Total	Casos	355	446	366	270	264	301	317	339	454
	Tasas	52,0	66,0	54,0	39,9	39,2	44,7	47,0	50,3	67,4

Tasas x 100.000

Las tasas de ingreso por neumonía neumocócica más elevadas se observan en los grupos de edad de 0-4 y 65 ó más años y durante este año para el grupo de 0-4 estas tasas se han duplicado respecto al año anterior. En el periodo analizado no se observa ninguna tendencia en la evolución de las tasas. En 25 casos (5,5%) la circunstancia al alta ha sido el fallecimiento, en un 88% alta con destino al domicilio y el resto se han trasladado a otro centro asistencial.

Tabla 2.16: ingresos hospitalarios por meningitis/septicemia neumocócica (CIE 9: 320.1 y 38.2). Gipuzkoa 1997-2005.

		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
0-4	Casos	2	0	0	3	0	3	2	2	-
	Tasas	7,6	-	-	11,9	-	10,2	6,8	6,8	-
5-14	Casos	4	1	1	2	0	0	1	0	-
	Tasas	6,8	1,8	2,0	4,9	-	-	1,8	-	-
15-64	Casos	15	13	12	11	14	10	9	8	13
	Tasas	3,1	2,7	2,4	2,2	2,9	2,1	1,9	1,7	2,8
65 +	Casos	4	7	9	9	8	10	10	10	13
	Tasas	4,6	6,3	7,8	7,4	6,7	8,4	8,4	8,4	10,9
Total	Casos	26	21	22	24	22	23	22	20	26
	Tasas	3,8	3,1	3,2	3,5	3,3	3,4	3,2	2,9	3,8

Tasas x 100.000

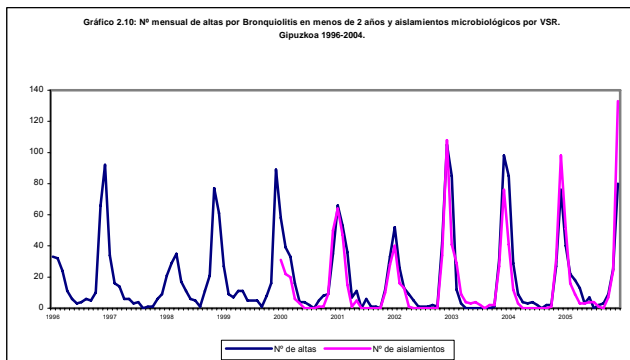
De las 26 altas con diagnóstico de meningitis/septicemia neumocócica ocurridas en 2005, en 5 la circunstancia al alta fue el fallecimiento. En marzo de 2005 un lactante de 4 meses de edad enfermó y murió afectado de meningitis. La autopsia realizada confirmó el diagnóstico de meningitis por *Streptococo pneumoniae*. En la evolución de las tasas de los grupos de edad de 5-14 años y 65+, se observa una tendencia significativa descendente en el primer caso y ascendente en el segundo

Bronquiolitis en Gipuzkoa

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

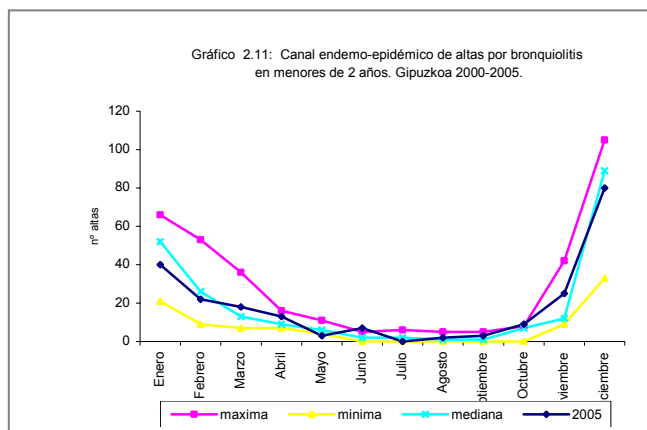
El VSR es un paramixovirus y el hombre es la única fuente de infección. La transmisión tiene lugar habitualmente por contacto directo o estrecho con secreciones contaminadas, bien por aerosoles respiratorios o fómites. El periodo de incubación varía de 2 a 8 días y el periodo de excreción vírica es habitualmente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

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



A partir del CMBD se ha obtenido el número de altas hospitalarias que presentaban como diagnóstico una bronquiolitis (rúbrica 466.1 de la CIE-9).

A partir del S.I.M. (Sistema de Información Microbiológica) se han obtenido el número mensual de aislamientos de VSR notificados por el servicio de microbiología del Laboratorio Unificado Donostia en el periodo 2000-2005.



Durante 2005 se han producido 222 ingresos por bronquiolitis, de los que 212 (96%) son menores de 2 años y el resto mayores de esta edad. Del total, 117 (53%) son hombres y 105 (47%) son mujeres. La media de días de ingreso ha sido de 5,5 (DE=3,3 días). En el 99% de los ingresos, la circunstancia al alta fue el destino a su domicilio habitual.

Durante los 10 años analizados en CMBD se han registrado un total de 2218 altas por bronquiolitis en niños menores de 2 años, de los que 1284

(58%) son hombres y 944 (42%) mujeres. En la distribución temporal de las altas se observa un claro patrón estacional con predominio de altas en los meses de invierno, con alternancia en la intensidad de los brotes y una clara relación con la circulación del VSR en la comunidad.

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

Otras Enfermedades Respiratorias

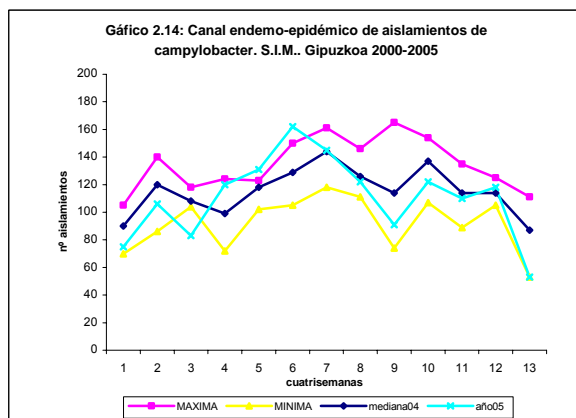
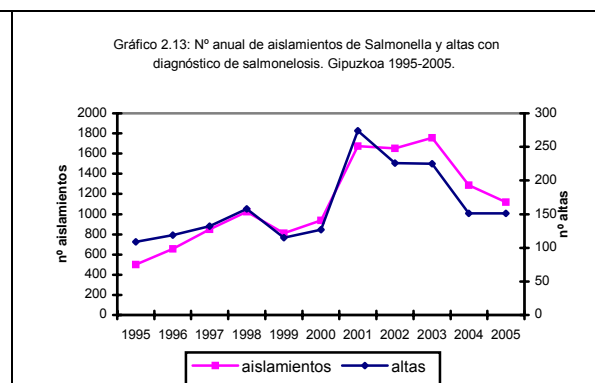
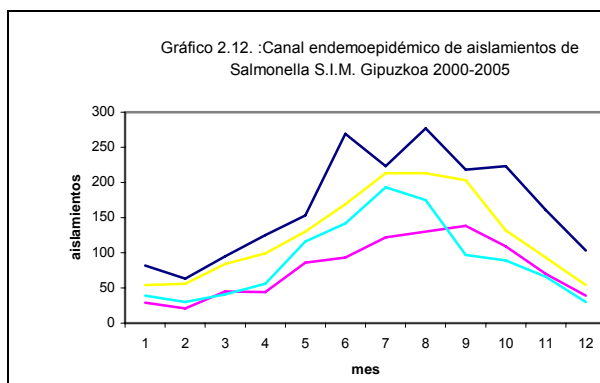
En el año 2005 se han notificado al S.I.M. 13 aislamientos de *Coxiella burnetti*, cifra muy inferior a la del año anterior (32 aislamientos). El total de casos declarados se han producido en personas mayores de 20 años, y 10 son hombres y 3 mujeres. Prácticamente todos los casos se han producido en los meses de marzo, abril, mayo y junio. Es muy difícil la transmisión directa persona-persona de las rickettsias y por lo común se transmiten por diseminación aérea de las partículas que contienen estos microorganismos; la enfermedad también se contrae en otros casos por contacto directo con animales o material contaminado.

Se han notificado al S.I.M. 22 casos de *Mycoplasma pneumoniae*, cifra tres veces inferior a la del año anterior. De los 22 casos declarados 13 son hombres y 9 mujeres; el 59% de los casos tienen menos de 10 años. La enfermedad por Mycoplasma es fácilmente transmisible; en la mayoría de los casos el contagio se produce a partir de pacientes sintomáticos.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION ALIMENTARIA:

Procesos diarreicos

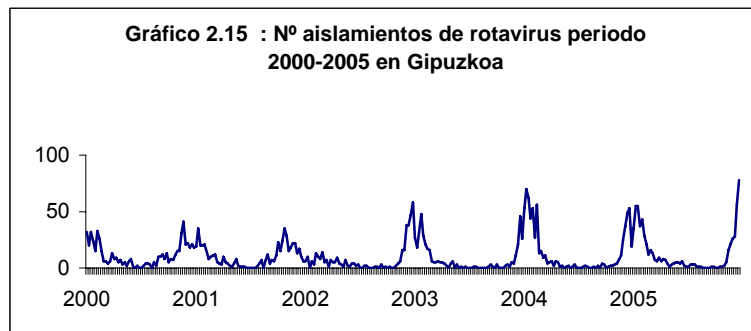
En el año 2005 se han notificado al S.I.M. 1.119 aislamientos de *Salmonella*, número algo inferior al año anterior (gráfico 2.12). El número mensual de aislamientos se ha mantenido por debajo de la mediana de los 5 años anteriores. Los serotipos más frecuentemente aislados son *S. enteritidis* (80% de las notificaciones) y *S. typhimurium* (13%). El 48% de las notificaciones corresponden a niños menores de 10 años. En la distribución temporal se observa una distribución estacional con predominio en los meses de verano. El número anual de altas con diagnóstico de salmonelosis (CIE-9 003) en los hospitales públicos, se correlaciona con el número de aislamientos notificados al S.I.M. (gráfico 2.13). Las 151 altas correspondientes al año 2005 han presentado una estancia media de 7,6 días (DE: 6,6 días); en 2 altas se presenta la defunción como circunstancia al alta.



El número de aislamientos de *Campylobacter* notificados al S.I.M. es de 1.484, lo que supone un aumento respecto al número de aislamientos notificados en el año 2004, Gráfico 2.14. Durante cinco cuatrisesmanas el número de aislamientos se ha mantenido por encima de la mediana del quinquenio anterior Gráfico 2.15). El 56% de los aislamientos corresponden a hombres y el 40% a mujeres; del total de aislamientos, 14% corresponden a niños menores de 1 año y el 63% tienen entre 1 y 9 años. En la distribución temporal de

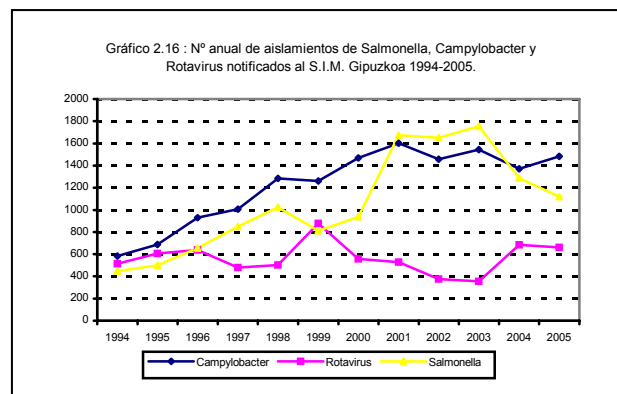
los aislamientos se observa un aumento en el número de aislamientos durante los meses de abril, mayo y junio (anexo 1). El reservorio de esta bacteria es el tracto intestinal de aves y animales domésticos o salvajes. La transmisión se produce por ingestión de alimentos contaminados por contacto directo con las heces de animales o personas infectadas.

En el año 2005 el número de aislamientos de **rotavirus** notificados al S.I.M. ha sido de 660, cifra similar al año anterior y duplican la del año 2003 (Gráfico 2.15). En la distribución por sexos, 370 son hombres y 289 mujeres. Del total de casos, el 40% tienen menos de 1 año y 81% son menores de 2 años. El 77% de casos se presentaron en los meses de invierno (anexo 1).



A partir del CMBD se ha obtenido el número de altas hospitalarias que presentaban como diagnóstico una infección por rotavirus (rúbrica 008.61). Durante 2005 se han registrado 40 altas hospitalarias, 21 niños y 19 niñas. El 95% de 2 años o menores. En la totalidad de la circunstancia al alta fue la curación, tras una estancia media de 5,6 días (DE=4 días).

Los aislamientos correspondientes a los tres enteropatógenos más frecuentemente registrados en el S.I.M. se presentan en la gráfico 2.16.



Disentería

Durante el año 2005 a través del S.I.M. se han registrado 33 aislamientos de *Shigella*. Las *Shigellas* aisladas han sido: 9 *flexneri*, 23 *sonnei* y 1 *spp*. Al sistema E.D.O. se han notificado 38 casos de Disentería 17 hombres y 21 mujeres. Los aislamientos y casos presentados triplican los datos del año anterior. La distribución de los casos por grupo de edad es la siguiente: 6 menores de 14 años, 22 entre 15 y 44 años y el resto de 45 ó más edad. El 84% pertenecen a las localidades de Donostia, Oiartzun y Errenteria. En estas tres localidades se agruparon casos que pertenecían a dos brotes. Uno de los brotes ocurrido en campistas durante su estancia en un camping de Navarra y relacionado probablemente con la ingesta de agua contaminada. El otro brote es de origen alimentario y la fuente de contagio fue un manipulador que había enfermado durante la estancia en el camping. La descripción del brote se presenta en el apartado de brotes.

De los casos declarados, 32 han sido confirmados y 6 sospechosos (casos con clínica y epidemiológicamente relacionados con un caso confirmado). En cuanto a la presentación de los casos, 26 estaban asociados a otro caso y 12 han sido esporádicos. Con respecto a los

factores de riesgo, 8 han viajado a zona endémica, 11 presentan el antecedente de ingesta de agua contaminada en otra comunidad, 10 el antecedente de consumo de alimento contaminado, 4 transmisión persona a persona y en 5 no se conoció el factor de riesgo.

Fiebre Tifoparatófica

Se ha notificado al S.I.M. 1 aislamiento de *Salmonella paratyphi* A. El caso correspondía a un hombre de 21 años de edad y la encuesta epidemiológica no permitió conocer el factor de riesgo.

Taenia saginata y Cisticercosis bovis

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

Material y Método

Los casos se obtuvieron a través del Sistema de Información Microbiológica (S.I.M.) que aportaba datos del paciente así como de su médico. Antes de realizar la encuesta a cada caso, se contactaba con el médico a quien se le comunicaba la intervención de epidemiología y se completaban datos clínicos del paciente. Los datos demográficos se obtuvieron a través de la Tarjeta individual sanitaria (T.I.S.). A cada caso se realizó una encuesta epidemiológica diseñada para el estudio. La encuesta recogía datos demográficos, sintomatología, y factores de exposición 3 meses previos a la infestación, posibles cambios del lugar de residencia, hábitos alimentarios con respecto a la carne de vacuno y la condición de explotación ganadera vacuna.

Registro Informático de Actividad de Inspección en los Mataderos de Gipuzkoa. Procedimiento: Inspección Sanitaria de Carnes en Mataderos (RD 147/1993). Inspección posmortem: lesiones observadas en superficie externa e interna del corazón, músculos maseteros, diafragma y lengua. Confirmación laboratorial.

Resultados

Durante el año 2005 los servicios de microbiología han declarado a la Unidad de Epidemiología 39 casos (25 por *Taenia saginata* y 14 por *Taenia spp*). Los datos referentes a los años previos se presentan en la tabla 2.17.

Tabla 2.17: Número de casos de teniasis declarados por hospital. S.I.M. 2000 – 2005.

Año	Hospital Donostia	Hospital Bidasoa	Hospital Zumárraga	Hospital Mendaro	Hospital Alto Deba	Total
2000	29		9		5	43
2001	30		9	4	5	48
2002	22		4	3		29
2003	42		6	8	1	57
2004	24	3	8	4		39
2005	26		10	2	1	39
Total	173	3	46	21	12	255

Del total de casos declarados, se realizó la encuesta a 35 (90%). La edad de los pacientes varió entre 4 y 84 años, y la mediana fue de 33 años. Tres eran menores de 15 años, 22 de 15 a 39 años y el resto mayores de 40 años de edad. De los casos notificados, 16 eran varones y

23 mujeres. Con respecto a la distribución geográfica, el 23,1% de los casos eran residentes en Donostia, el 10,3% de Azkoitia, el 7,7% de Zumaia y el 58,9% se distribuían por diferentes municipios de la provincia. La presentación de los casos fue aislada y no se detectaron casos relacionados. De los 35 encuestados, 22 (63%) presentaban como factor de riesgo la ingesta de carne cruda o poco cocinada. En 2 casos la carne de vacuno consumida procedía de una explotación particular y las analíticas realizadas a los convivientes fueron negativas; 3 casos habían residido los 3 meses precedentes al inicio de los síntomas en otro país fuera del estado español. El 71,4% de los encuestados fueron asintomáticos, 14,3% presentó molestias abdominales, 11,4% trastornos digestivos, 8,6% pérdida de peso, 2,9% nerviosismo, 2,9% insomnio y 2,9% cefalea. El motivo de la consulta médica en todos los casos fue la visualización de segmentos en heces. El tiempo transcurrido desde la visualización de anillos al momento de la consulta osciló entre 5 días y 4 años, y el 28,6% de los encuestados refirió que había transcurrido un año. El tratamiento recomendado a 32 pacientes: 27 Niclosamida, 1 Praziquantel, 2 Mebendazol y 2 Paromicina. En 4 casos se repitió el tratamiento, 2 de ellos tratados previamente con mebendazol y 2 con Niclosamida.

Tabla 2.18: Número de vacunos sacrificados y cisticercosis. Periodo 2000-2005

Nº	Nº Vacunos Sacrificados	Nº Cisticercosis
2000	47.585	25
2001	52.185	47
2002	52.898	96
2003	50.482	146
2004	47.920	118
2005	48.670	49

El número de cisticercosis bovis diagnosticados en la inspección postmortem ha sido de 49. Esta cifra es inferior a la del año 2004 y 2003. Los resultados de cisticercosis bovis en vacunos sacrificados en los mataderos de Gipuzkoa se expresan en la tabla 2.18.

Discusión

En el año 2003 se observó un incremento importante, tanto en el número de teniasis (57) como en el número de cisticercosis (146) siendo ese año el de máxima detección en comparación con los años precedentes y posteriores. En 2005 se han registrado 39 casos de *T. saginata*, la mediana de edad de los casos es de 33 años y en 22 (63%), el factor de riesgo ha sido la ingesta de carne cruda o poco cocinada. Solamente en dos casos la carne consumida procedía de explotación particular. Las dos terceras partes de los casos no han presentado sintomatología, la sospecha se ha realizado al detectar los anillos en las heces y el diagnóstico se ha confirmado en el laboratorio.

El aumento del número de casos de cisticercosis en Gipuzkoa coincidió en el tiempo con el desarrollo de las explotaciones integradas, situadas en diferentes localizaciones geográficas lo que sugiere una vía de contaminación diferente al agua o pasto, por lo que convendría estudiar la posibilidad de otro vehículo de transmisión diferente como el pienso contaminado. No obstante, en cuanto se comunicó la situación a los responsables de las ganaderías integradas se realizó una campaña de desparasitación temprana (Albendazol). Posterior a esta intervención, el número de casos de teniasis y cisticercosis en Gipuzkoa ha sufrido un considerable descenso.

Conclusión

Durante 2003, el número de *T. saginata* y cisticercosis bovis sufrió un importante aumento en Gipuzkoa. Este aumento coincidió con el desarrollo de las explotaciones ganaderas y el tratamiento de desparasitación temprana del ganado bovino pudo determinar el descenso observado en los años posteriores. A continuación, se estableció una vigilancia activa tanto de cisticercosis como de teniasis para valorar la incidencia de teniasis-cisticercosis en la población humana y animal de Gipuzkoa, conocer los factores de riesgo y establecer las medidas preventivas oportunas. La disminución de ambos procesos ha sido importante. Los datos relacionados con la explotación ganadera son comunicados a la Unidad de Sanidad Alimentaria y son investigados por el departamento de agricultura de Diputación. Los resultados de la vigilancia activa son satisfactorios y las Unidades de Epidemiología, Sanidad Alimentaria junto con el Laboratorio de Microbiología del hospital Donostia continuará con la vigilancia epidemiológica para conocer los factores de riesgo y establecer las medidas preventivas oportunas.

HEPATITIS VIRICAS:**Hepatitis A**

Durante el año 2005 se han notificado 24 casos de hepatitis A (tasa: 3,5/100.000 hab.), cifra similar a la del año pasado. La misma tendencia se observa en las notificaciones realizadas al S.I.M. (tabla 2.19).

Tabla 2.19: Nº de casos de Hepatitis A en Gipuzkoa, 1998-2005.

Fuente	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
E.D.O	8	11	81	73	25	15	18	24
S.I.M.	23	20	71	62	23	14	17	22

De los 24 casos, 16 son varones (tasa: 4,8/100.000 hab.) y 8 mujeres (tasa: 2,3 /100.000 hab.). En la distribución por grupos de edad, 1 es un niño de 1 año de edad y el resto mayores de 14 años. Los casos esporádicos o en brotes están repartidos por diferentes localidades de Gipuzkoa. Se realizó encuesta epidemiológica a 23 casos y se identificaron 2 agrupaciones. La primera agrupaba a 3 jóvenes, 2 de ellos con antecedente de viaje al Sahara, sin embargo, el estudio epidemiológico descartó este antecedente como el factor de riesgo e identificó el contacto con persona enferma como fuente de infección. La segunda agrupación correspondía a cinco jóvenes, tres residentes en Gipuzkoa, convivientes ocasionales y cuatro de ellos hombres con relaciones sexuales con hombres. En 6 casos se constató como factor de riesgo la ingesta de marisco crudo, en 11 el viaje a zona endémica y en un caso no se conoció el factor de riesgo.

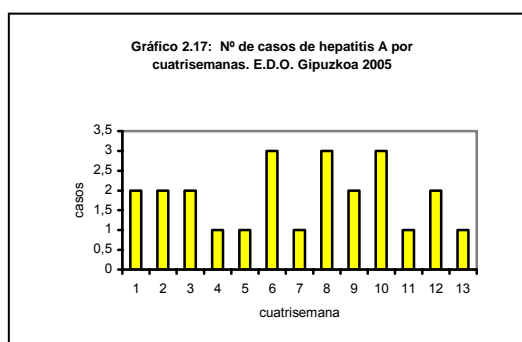


Tabla 2.20: nº de casos de hepatitis A y tasa/100000 por edad y sexo. E.D.O. Gipuzkoa 2005.

	hombres	mujeres	Total (tasa)
0-14	1	-	1 (1,2)
15-29	8	4	12 (8,4)
30-44	7	2	9 (5,5)
> 45	-	2	2(0,6)
Total	16	8	24
(tasa)	(4,8)	(2,3)	(3,5)

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

Hepatitis B

En el año 2005 se han registrado 12 casos de hepatitis B, lo que supone una tasa de 1,7/100.000 hab., similar a la de los años anteriores (tabla 2.21). Se considera caso de hepatitis B aguda confirmado como aquel que cumple con la definición clínica (síntomatología de hepatitis y elevación de las transaminasas) y está confirmado por el laboratorio (Ig M anti Hbc y AgHBs positivo), por lo que se excluyen los portadores crónicos.

Tabla 2.21: Casos y tasa por cien mil habitantes de Hepatitis B. EDO, Gipuzkoa 1999-2005.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Casos	5	9	12	11	13	9	12
Tasa	0,7	1,3	1,8	1,6	1,9	1,3	1,7

Tabla 2.22: nº de casos de hepatitis B y tasa/100000 por edad y sexo. E.D.O. Gipuzkoa 2005.

	hombres	mujeres	Total (tasa)
<30	5	-	5 (2,3)
30-49	4	1	5 (2,2)
>=50	2	-	2 (0,8)
Total	11	1	12
(tasa)	(3,3)	(0,3)	(1,7)

De los casos notificados, 11 son varones (tasa de 3,3/100.000 hab.) y 1 es mujer (tasa: 0,3/100.000 hab.). Todos los casos se han presentado en adultos con edades comprendidas entre 26 años el menor y 66 el de más edad. Con respecto al factor de riesgo, a excepción de un caso, en el resto de enfermos se ha relacionado con la práctica de relaciones sexuales de riesgo. Todos los casos se han presentado como esporádicos y han sido

distribuidos por diferentes localidades de Gipuzkoa.

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

Hepatitis C

De las 21 notificaciones de hepatitis C recibidas en el año 2005, se definieron 3 como casos incidentes, ya que cumplían con el criterio de caso (clínica de hepatitis aguda y/o seroconversión reciente), y corresponde a una tasa de 0,4/100.000 hab., similar a la de los últimos años (tabla 2.23).

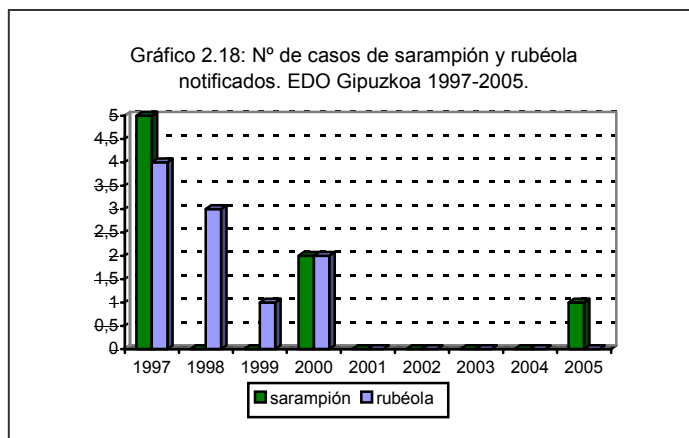
Tabla 2.23:: Nº de casos y tasas por cien mil de Hepatitis C. EDO Gipuzkoa 1999-2005.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Casos	11	2	4	3	3	5	3
Tasa	1,6	0,3	0,6	0,4	0,4	0,7	0,4

Los tres casos notificados corresponden a dos hombres y 1 mujer adultos de 24, 23 y 19 años de edad los 3 con antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral, clínica de hepatitis aguda y presencia en suero de Anti VHC y seroconversión documentada.

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACION:

El 2005 es el quinto año consecutivo en el que no se han notificado casos de **sarampión**. En



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

exudado nasofaríngeo de los casos confirmados y se remitan a un laboratorio especializado

para el aislamiento del virus del sarampión". Tanto el diagnóstico serológico de confirmación como los cultivos celulares necesarios para el aislamiento del virus del sarampión se realizan en el hospital Donostia. Una vez detectado un caso sospechoso se debe de notificar a la unidad de epidemiología para realizar la encuesta epidemiológica y toma de muestra para aislamiento virológico en el laboratorio.

Este año 2005 se ha presentado un caso confirmado de **rubéola** en un joven de 18 años no vacunado y un caso probable (diagnóstico clínico en niño vacunado). Como se presenta en la gráfica 2.18 en los cuatro años anteriores no se había notificado ningún caso de esta enfermedad.

Se han notificado 32 casos de **parotiditis**, 15 se descartaron (12 por presentar analítica negativa y 3 por otro diagnóstico). De los 17 casos registrados, en 4 el diagnóstico fue confirmado por vínculo epidemiológico con un caso de parotiditis y en los 13 restantes el diagnóstico fue de sospecha. El 76% de casos fueron en niños menores de 15 años, 10 fueron hombres y 7 mujeres. La presentación de los casos fue aislado en 13 de ellos y 4 en forma de brote. El brote agrupa a 4 niñas de 8, 9, 9, y 10 años de edad y residentes en la misma vivienda. Tres estaban correctamente vacunadas y una con vacunación incompleta. El caso índice, tres semanas antes de enfermar, había acudido a un parque infantil durante tres días en Francia. Se realizó vigilancia activa y no se detectó la presentación de más casos. Durante los últimos 4 años la incidencia de parotiditis se ha mantenido estable, tal como se expresa en el gráfico 2.19; el aumento de casos en el año 2000 corresponde a un brote escolar que afectó a niños de entre 3 y 5 años de edad.

Durante el año 2005 se ha declarado 1 caso de **tos ferina**. El caso se presentó en una lactante de 3 meses de edad con una dosis de vacuna puesta. El lactante precisó de ingreso hospitalario y la evolución fue satisfactoria. El estudio realizado a los contactos confirmó la presencia de *Bordetella pertussis* en un familiar adulto y el resultado fue negativo en el resto. Teniendo en cuenta que el pico de máxima incidencia se da en los menores de 1 año y, dentro de esa edad, los menores de 3 meses precisando en su totalidad de ingreso hospitalario; que la inmunidad conferida por la vacuna es limitada (en general 12 años); que las coberturas vacunales existentes son buenas, es evidente que los adultos con tos ferina atípica no diagnosticada, representan una fuente de contagio importante para la enfermedad. Sin embargo, esto no queda reflejado en la tabla 2 24, donde del total de casos comunicados los últimos 8 años solamente el 6% corresponden a personas de 15 ó más años de edad. Es posible que haya un infradiagnóstico de la enfermedad debido a la falta de sospecha diagnóstica de la enfermedad en adultos.

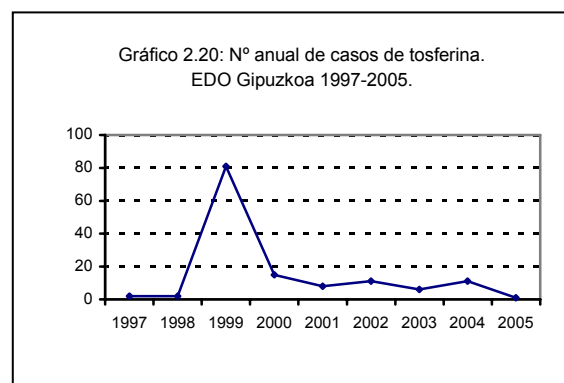
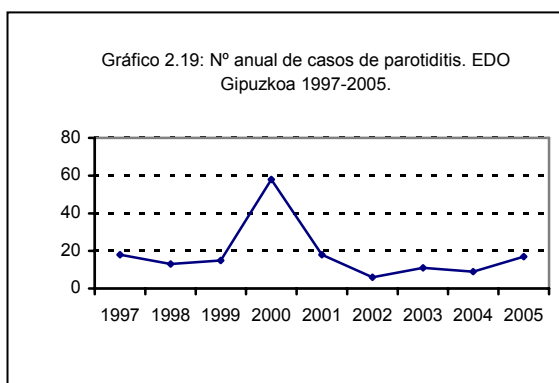


Tabla 2.24: Casos de tos ferina declarados a E.D.O. Gipuzkoa 1998-2005

Variables		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Casos	Probable	2	42	4	3	-	2	-	-	53
	Confirmado	-	39	11	5	11	4	11	1	82
	No consta	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Edad	< 1 año	-	15	3	4	4	4	5	1	36
	1-14 años	2	61	11	2	6	2	6	-	90
	≥15 años	-	5	1	2	1	-	-	-	9
	No consta	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sexo	Hombre	1	36	9	3	4	2	4	1	60
	Mujer	1	45	6	5	7	3	7	-	74
	No consta	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Vacunación	Si	1	55	8	2	3	2	6	1	78
	No	1	18	7	6	8	4	5	-	49
	No consta	-	8	-	-	-	-	-	-	8
Conf. Microb.			32	8	3	10	5	8	1	67
Presentación	Aislado	-	34	11	4	8	6	11	1	75
	Brote	-	29	4	4	3	-	-	-	40
	No consta	2	18	-	-	-	-	-	-	20
Total		2	81	15	8	11	6	11	1	135

En el año 2005 no se ha notificado al sistema E.D.O. ningún caso de **tétanos**. No hay ningún alta hospitalaria con diagnóstico de tétanos neonatal en residentes en Gipuzkoa.

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*: las enfermedades producidas por este germen no están sujetas a notificación en el sistema E.D.O., pero en el Sistema de Información Microbiológica se recogen los aislamientos de este microorganismo en sangre, L.C.R. u otros líquidos estériles. En el año 2.005 se ha notificado a este sistema 2 aislamientos de *Haemophilus influenzae* correspondientes, uno a un lactante correctamente vacunado y que enfermó de meningitis por este germen y otro caso a un paciente de 75 años de edad.

OTRAS ENFERMEDADES:

En el año 2005 se han notificado al sistema E.D.O. 6 casos de **paludismo**, 3 hombres y 3 mujeres, con edades comprendidas entre 10 y 48 años. Las especies de Plasmodium, el país de contagio y la quimioprofilaxis se detallan en la tabla 2.25.

Tabla 2.25: Especies de Plasmodium, lugar de contagio y quimioprofilaxis. Gipuzkoa 2005.

caso	1	2	3	4	5	6
especie	ovale	falciparum	vivax	falciparum	falciparum	falciparum
país	Guinea	Guinea	Congo	Camerún	Senegal	Guinea
Qp.	incompleta	no	si	sí	no consta	no

Al S.I.M. se han declarado 7 casos de visualización de plasmodium en sangre. El registro del CMBD del alta hospitalaria de Euskadi (CIE-9-MC 084), ha registrado 8 altas hospitalarias, 2 niños de 10 y 12 años de edad y el resto adultos. La circunstancia al alta ha sido en todos los casos de destino al domicilio habitual.

En todo el año 2005 no se ha notificado ningún caso de **brucelosis**.

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

El registro en Gipuzkoa durante 1993-2005 ha recogido 14 casos esporádicos de EETH, 12 casos definitivos, 1 posible y 1 probable. Además, se han diagnosticado 4 casos familiares: 1 síndrome de Gerstmann-Straussler-Scheinker, 2 Insomnio Familiar Fatal y una ECJ Familiar. No se ha registrado ningún caso yatrogénico ni de la nueva variante de la ECJ.

Tabla 2.26: Casos de EETH en la CAPV. 1993-2005.

	Alava	Gipuzkoa	Bizkaia	CAPV
Casos Esporádicos EETH	3	14	34	51
Casos Posibles	0	1	3	4
Casos Probables	0	1	15	16
Casos Definitivos	3	12	16	31
Tasa ECJ Prob+Def / 1.000.000 hab.	0,82	1,49	2,10	1,73
Tasa ECJ total / 1.000.000 hab.	0,82	1,60	2,30	1,88
Casos Familiares	10	4	5	19
ECJ Familiar	1	1	0	2
IFFatal	9	2	5	16
SGSS	0	1	0	1
Tasa Casos Familiares / 1.000.000 hab.	2,73	0,46	0,34	0,70
Total EETH	13	18	39	70
Tasa total de EETH / 1.000.000 hab.	3,55	2,06	2,64	2,58

3 Brotes

Brotes de toxi-infección alimentaria

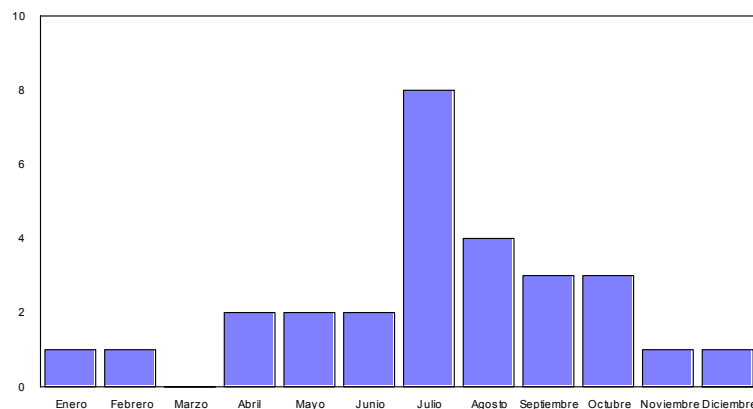
Durante el año 2005 se han notificado 28 brotes de toxi-infección alimentaria. El número total de personas afectadas como consecuencia de estos brotes ha sido de 514, de los que 24 (5%) han sido hospitalizados. Tanto el número de brotes como el número de afectados por brote ha sido prácticamente similar al año anterior.

Tabla3.1: Evolución de los brotes de toxi-infección alimentaria. Gipuzkoa 1996-2005

AÑOS	Nº BROTES	Nº AFECTADOS	CASOS/BROTE
1996	14	327	23,4
1997	13	222	17,7
1998	21	322	15,3
1999	15	3.470	231
2000	19	216	11,36
2001	23	354	15,39
2002	29	217	7,4
2003	35	440	12,5
2004	25	398	16
2005	28	514	18

Del total de 28 toxi-infecciones alimentarias, en 3 de ellas el agente causal probable ha sido *Clostridium perfringes*, en 21 se confirmó *S. enteritidis* y 1 *Shigella sonnei*. La mediana del número de afectados por brote es de 6. En el 67% de los brotes cuyo agente causal ha sido *S. enteritidis*, el vehículo de transmisión ha sido el huevo.

Gráfico 3.1: Nº mensual de brotes T.I.A. Gipuzkoa 2005.



Durante 2005 se ha realizado una revisión de todos los brotes de origen alimentario estudiados en Gipuzkoa durante el periodo 2002-2005. Durante este periodo se notificaron 125 brotes. En el análisis se excluyeron 7 brotes que no se confirmaron y uno que no se estudió por lo que se incluyeron en el estudio 117 brotes. En 73 brotes (58%) el declarante fue un sanitario, en 23 (18%) no sanitario y en el 25% restante no consta ninguna característica del declarante. El periodo transcurrido desde la aparición del primer caso a la notificación del brote presentó un mínimo de 0 días y un máximo de 35 con una media de 8 días, desviación estándar 6.97 y una mediana de 7. De los 117 brotes incluidos, 85 (73%) fueron brotes colectivos y 32 (27%) familiares. Los brotes ocasionaron 1.569 enfermos, 85 hospitalizados y un fallecimiento. Solo un brote presentó sintomatología de intoxicación por histamina y el resto fueron gastroenteritis agudas. Del total de enfermos al 86% se les recogió muestras de heces para el cultivo. En el 42% de los brotes se recogieron muestras de heces a los manipuladores y en 40% de los brotes se recogieron alimentos para análisis. En el 77% de los brotes se hizo estudio ambiental y en uno de ellos se recogió muestra ambiental. El vehículo de transmisión implicado en los

brotos en el 60% fue el huevo o derivados, 3% pescado-marisco, 3% queso, 2% carne, 2% puré y 1% pollo. El microorganismo aislado fue *S. enteritidis* en 91 brotes (76%), *S. aureus* en 3 (2,5%), en 2 brotes *B. cereus*, en 2 *E. coli* O157:H7, en 2 *Vibrio parahemolítico*, en 4 *C. perfringens*, 1 *S. typhimurium*, 1 *Shigella sonnei* y en 11 desconocido.

Tras la evaluación de los brotes se constató que no todos los sanitarios notifican los brotes que detectan ya que muchas veces son los propios afectados los que alertan de la aparición del brote a pesar de haber consultado con un sanitario previamente.

La urgencia de la notificación no se cumple en la mayoría de los casos y normalmente se espera a tener confirmación del laboratorio para notificar el brote. Esta particularidad en la notificación hace que los brotes de origen alimentario causados por microorganismos de detección no rutinaria por el laboratorio (algunos virus, toxinas etc.) no se declaren.

Mediante la obligatoriedad de la notificación de los brotes de origen alimentario se consigue conocer la tendencia de dichos brotes a lo largo del tiempo. Se identifican además los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de los brotes y así tomar las medidas de control adecuadas.

BROTE DE ENFERMEDAD DE ORIGEN ALIMENTARIO SUPRACOMUNITARIO

En los meses de julio y agosto, la Comunidad Autónoma Vasca colaboró en el estudio de un brote supracomunitario de enfermedad de origen alimentario. La fecha de inicio del brote fue el 24 de julio y la fecha de inicio de síntomas del último brote el 1 de agosto de 2005. La primera fecha de compra del alimento al inicio del brote fue el 23 de julio y la última fecha de compra el 27 de julio. El alimento vehículo de transmisión fue el pollo asado precocinado y envasado al vacío de la marca SADA y PIMPOLLO que se distribuían por diferentes supermercados y que afectó a residentes de diferentes comunidades autónomas. En total el número de afectados fue de 59 y 52 los casos asociados a los 14 brotes presentados. Los análisis de las cepas que se remitieron desde los laboratorios de microbiología al Laboratorio Nacional de Referencia de *Salmonella* y *Shigella* (LNRSS), identificaron ***Salmonella enterica*, subespecie *enterica*, serotipo Hadar, fagotipo 2** como la cepa causante del brote. En las cepas de origen humano y de pollo que se realizó el análisis de los fragmentos de restricción y electroforesis en campo pulsante (PFGE) mostraron todas ellas el mismo patrón, **Tipo 1**.

BROTE DE ENFERMEDAD DE ORIGEN ALIMENTARIO EN OIARTZUN. GIPUZKOA

El día 22 de agosto, un microbiólogo del hospital Donostia comunicó a la Unidad de Epidemiología el aislamiento de *Shigella sonnei* en coprocultivos realizados a pacientes con diarrea aguda. La Unidad de Epidemiología en esta fecha tenía conocimiento que residentes de la localidad de Oiartzun (Gipuzkoa) habían enfermado de disenteria durante la estancia en un camping de una localidad de Navarra. Esta información se contrastó con Salud Pública de dicha comunidad. Desde la Unidad de Epidemiología se contactó con los médicos correspondientes a los casos y se procedió a realizar las encuestas epidemiológicas.

Estudio epidemiológico descriptivo

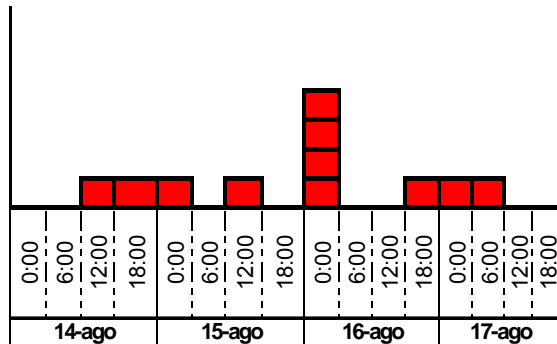
En total se comunicaron 11 casos y según la información obtenida en las encuestas ocho eran hombres de 22 a 54 años y tres mujeres de 17 a 34 años de edad.

El primer caso inició síntomas el día 14 de agosto a las 17 horas y el último el día 17 a las 9 horas. La clínica se caracterizó por fiebre elevada y diarrea. Tres precisaron de atención hospitalaria y la totalidad, ante la confirmación diagnóstica de disenteria, de tratamiento médico. El coprocultivo fue positivo para *Shigella sonnei* en el 73% de los casos.

Según la información recogida en la encuesta, la exposición de riesgo probablemente tuvo lugar en una comida o cena realizada entre los días 12, 13, 14 y 15 de agosto en el restaurante Bidealde de la localidad de Oiartzun.

Estudio epidemiológico analítico

Definición de caso: persona que participó de una comida o cena entre los días 12 a 15 de agosto en este restaurante, que presentó fiebre y diarrea aguda entre las siguientes 24 a 72 horas y/o coprocultivo positivo a *Shigella sonnei*.



Como se muestra en la curva epidémica, el primer caso inició síntomas el día 14 de agosto a las 17:00 y el último caso el día 17 a 9:00 horas.

La curva nos muestra también que probablemente existieron diferentes exposiciones todas ellas ocurridas, según la información de las encuestas, en un mismo establecimiento.

Dadas las dificultades que se presentaron a la hora de contactar con los afectados expuestos en Navarra, entre ellos los dueños del establecimiento supuestamente implicado, el nexo entre los dos brotes no se estableció hasta pasados 8 días desde la exposición.

Una vez establecida la relación entre la posible fuente de contagio y el lugar de exposición, se concluyó que el brote de disentería se pudo producir por la intervención realizada por una o más personas enfermas de disentería y que regentaban el establecimiento ya mencionado.

Investigación ambiental y medidas de control

El técnico de Salud Pública se personó el día 25 de agosto en el establecimiento citado y realizó la inspección del mismo. Se indicó la recogida de muestras de heces a los manipuladores para su posterior análisis microbiológico, prohibiéndose que continuaran trabajando hasta recibir los resultados, debiendo ser negativos al germen causante del brote antes de reiniciar su actividad. Asimismo, se ordenó que se procediera a la limpieza a fondo y desinfección, tanto de las instalaciones como del mobiliario y vajilla de cocina y almacén, previamente a la reapertura del restaurante.

Resultados de laboratorio

El análisis microbiológico realizado a los manipuladores a las dos semanas de haber enfermado fue positivo para uno de ellos para *Shigella sonnei*.

Conclusiones

Se trata de un brote de disentería que afectó a 11 personas todas ellas relacionadas con un restaurante de una localidad de Gipuzkoa. La fuente de infección fue probablemente una o más persona enfermas de disentería que regentaban el restaurante y que pertenecían a los casos del brote de disentería que se originó una semana antes en una localidad de Navarra.

Tabla 3.2: Brotes toxi-infección alimentaria. Gipuzkoa 2005

	Fecha	Municipio	Lugar Suceso	NExp	N Afec	Afect Cult. +	Ingresos	Vehículo	Nº mani estudi.	Manip Cult+	Nºalim estud.	Alim Cult +	Agente Causal
1	Enero	Hernani	Otros establ. Colectivos	400	47	-	-	Carne vacuno	-	-	1	1	Clostridium perfringens
2	Febrero	Donostia	Otros establ. Colectivos	260	172	-	1	Menestra verduras	-	-	-	-	Sospecha de C. perfringens
3	Abril	Donostia	Restaurante	13	6	4	1	Pastel pescado	7	1	2	2	Salmonella enteritidis
4	Abril	Donostia	Domicilio	2	2	-	-	Requesón	-	-	1	-	Desconocido
5	Mayo	Beasain	Bar	25	7	1	-	Tortilla (huevo)	2	-	-	-	Salmonella enteritidis
6	Mayo	Orio	Restaurante	12	8	3	-	Pasteles	5	2	1	-	Salmonella enteritidis
7	Junio	Irún	Domicilio	30	11	7	3	Huevo	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
8	Junio	Azpeitia	Escuela	37	19	9	2	Batido	3	1	1	-	Salmonella enteritidis
9	Julio	Lasarte	Domicilio	6	6	1	1	Tortilla (huevo)	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
10	Julio	Donostia	Restaurante	24	10	1	-	Desconocido	2	-	4	-	Salmonella enteritidis
11	Julio	Tolosa	Geriátrico	159	16	2	1	Tortilla (huevo)	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
12	Julio	Alegia	Domicilio	2	2	2	2	Huevo	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
13	Julio	Errenteria	Geriátrico	118	44	11	4	Desconocido	3	-	-	-	Salmonella enteritidis
14	Julio	Eskoriatza	Bar	2	2	1	-	Mayonesa	1	-	-	-	Salmonella enteritidis
15	Julio	Oiartzun	Domicilio	4	3	1	1	Tortilla (huevo)	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
16	Julio	Usurbil	Restaurante	8	3	1	1	Tortilla (huevo)	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
17	Agosto	Donostia	Prisión	212	72	2	-	Carne en salsa	9	-	4	1	Clostridium perfringens
18	Agosto	Oiartzun	Restaurante	Desc.	11	8	3	Alimento sin especificar	2	1	-	-	Shigella sonnei
19	Agosto	Donostia	Bar	3	3	1	1	Tortilla (huevo)	1	-	1	-	Salmonella enteritidis
20	Agosto	Errenteria	Restaurante	2	2	1	-	Desconocido	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
21	Septiembre	Donostia	Cafetería	3	3	2	-	Tortilla (huevo)	3	-	3	-	Salmonella enteritidis
22	Septiembre	Orexa	Domicilio	9	8	-	-	Agua	-	-	-	-	Desconocido
23	Septiembre	Hondarribia	Bar	2	2	2	1	Desconocido	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
24	Octubre	Donostia	Bar	3	3	2	1	Tortilla (huevo)	-	-	1	1	Salmonella enteritidis
25	Octubre	Errenteria	Domicilio	4	4	1	-	Huevo	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
26	Octubre	Zumaia	Bar	3	3	1	-	Tortilla (huevo)	3	-	-	-	Salmonella enteritidis
27	Noviembre	Zumaia	Bar	7	5	1	1	Tortilla (huevo)	3	-	-	-	Salmonella enteritidis
28	Diciembre	Donostia	Restaurante	82	43	-	-	Desconocido	8	-	6	-	Desconocido

4 Vacunaciones

Vacunación infantil

Durante este año se han producido dos novedades en relación a la vacunación infantil:

- Inclusión de la vacuna contra la varicela en el calendario vacunal infantil a la edad de 10 años para los niños que no han pasado la enfermedad y no están previamente vacunados.
- Realización de una campaña de vacunación contra el meningococo C para los niños entre 11 y 20 años.

Campaña extraordinaria de Vacunación contra el meningococo C

El Departamento de Sanidad, siguiendo las recomendaciones del Comité Asesor de Vacunaciones de Euskadi y, tras analizar la situación epidemiológica de la enfermedad meningocócica en el País Vasco, decidió realizar una campaña extraordinaria de vacunación con vacuna conjugada frente al meningococo C en enero de 2005 y dirigida a las cohortes de nacidos entre 1984 y 1993 que no recibieron la nueva vacuna conjugada.

El objetivo era vacunar al menos al 90 % de la población diana objeto de dicha campaña.

Para las cohortes de niños nacidos entre los años 1987 y 1993 la vacunación se realizó en el medio escolar, en los cursos de 6º de primaria a 2º de Bachiller así como los Ciclos Formativos. Para los nacidos en 1984 a 1986 se ofreció la vacunación tanto en los centros de enseñanza universitaria y no universitaria como en los centros de salud.

Se recomendó revisar la vacunación de los grupos de edad que ya han habido en campañas anteriores para recapturar niños no vacunados, fundamentalmente aquéllos que vinieron a vivir a la CAPV con posterioridad a la campaña de vacunación del año 2000.

Gipuzkoa	Programadas	Administradas	% Cobertura
11-15 años	27.772	26.910	96,9
16-17 años	16.999	13.860	81,5
18-20 años	13.135	7.167	54,6
TOTAL	57.906	47.937	82,8

El objetivo fue superado en los grupos de edad más jóvenes pero las coberturas disminuyen según avanza la edad, como suele ser habitual en este tipo de campañas. Se ha recomendado a los centros sanitarios que revisen la situación vacunal frente a meningococo en estas cohortes en las que la cobertura ha sido más baja aprovechando cualquier contacto con el centro para actualizar su vacunación.

Coberturas vacunales del Programa de Vacunación sistemática

La estimación de coberturas se ha realizado teniendo en cuenta las dosis registradas por los centros sanitarios y por Salud Escolar durante el año y utilizando como denominador la población de niños susceptibles de vacunación para cada dosis según su fecha de nacimiento y según el calendario vacunal vigente. Este denominador se ha obtenido del registro de metabolopatías para las dosis que se administran desde el periodo del recién nacido hasta los 6 años. Para realizar la estimación de las coberturas vacunales de Td 16 años se ha utilizado la población nacida en 1989 según la última actualización del censo de 2001 publicado por el EUSTAT.

Tabla 4.1: Vacunación infantil; coberturas estimadas. Territorio de Gipuzkoa 2005.

	Dosis registradas	Nº niños a vacunar	Cobertura (IC 95%)
BCG	6.522	6.793	96,0 (95,5-96,5)
DTP+P+Hib+HB+mening.C 1	6.544	6.806	96,2 (95,7-96,6)
DTP+P+Hib+HB+mening.C 2	6.555	6.839	95,8 (95,4-96,3)
DTP+P+Hib+HB+mening.C 3	6.593	6.921	95,3 (94,8-95,8)
TV1	6.626	6.807	97,3 (97-97,7)
DTP+P+Hib 4	6.416	6.687	95,9 (95,5-96,4)
TV2	5.896	6.171	95,5 (95-96,1)
DTPa	5.489	5.861	93,7 (93-94,3)
Td 16 a.	4.344	5.447	79,8 (78,7-80,8)
Varicela	275	534*	51,1 (47,3-55,7)

* Estimación de población susceptible

Tabla 4.2: Vacunación infantil; coberturas estimadas según comarca sanitaria. Gipuzkoa 2005.

	ESTE			OESTE*		
	Dosis registradas	Nº niños a vacunar	Cobertura	Dosis registradas	Nº niños a vacunar	Cobertura
BCG	3.987	4.162	95,8	2.665	2.778	95,9
DTP+P+Hib+HB+mening. C 1	3.956	4.176	94,7	2.706	2.773	97,6
DTP+P+Hib+HB+mening. C 2	3.980	4.185	95,1	2.712	2.809	96,5
DTP+P+Hib+HB+mening. C 3	3.970	4.224	94,0	2.769	2.856	97,0
TV1	4.077	4.188	97,3	2.707	2.790	97,0
DTP+P+Hib 4	3.944	4.190	94,1	2.639	2.667	99,0
TV2	3.669	3.864	95,0	2.410	2.494	96,6
DTPa	3.434	3.670	93,6	2.055	2.330	88,2
Td 16 a.	2.421	3.284	73,7	1.924	2.318	83,0
Varicela	155	333	46,5	120	201	59,7

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

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

Tabla 4.3: Evolución de las coberturas vacunales estimadas. Gipuzkoa 1995-2005.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
BCG	88,8	81,4	92,3	87,7	91,2	91,1	92,4	91,7	92,8	91,7	96,0
DTP+Po+Hib +mening. C1(*)	93,8	93,1	94,8	92,7	93,7	92,5	92,5	92,0	94,6	94,6	96,2
DTP+Po+Hib +mening. C 2	92,0	93,6	96,1	93,6	94,0	95,2	94,4	93,8	97,6	95,2	95,8
DTP+Po+Hib +mening. C 3	91,4	91,6	92,9	93,4	93,6	93,8	92,9	91,0	96,9	95,1	95,3
TV1	93,2	95,9	95,4	94,7	97,1	96,0	95,4	94,5	99,0	96,4	97,3
DTP+Po+Hib 4	90,9	91,7	91,6	92,3	92,9	90,9	93,6	90,8	94,3	93,4	95,9
DT+Po(&)	96,5	94,7	96,3	92,8	91,6	88,2	90,2	95,8	93,2	95,7	95,5
TV2	94,5	95,1	89,2	92,8	88,1	83,4	88,3	93,0	93,7	94,1	93,7
Td 16 a						76,1	65,7	84,7	100	89,9	79,8

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

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

Vacunación contra el VHB en escolares. Curso 2004-2005

Durante este curso se han vacunado 4.829 niños, que supone una cobertura de 95,4%, una vez descontados los niños que estaban previamente vacunados, que constituyen el principal motivo de no vacunación. El 0,9% de niños que iniciaron la vacunación no la completaron.

El número total de dosis administradas en 2005 ha sido de 14.142, que corresponden a la tercera dosis del curso 2004-2005 y dos primeras dosis del curso 2005-2006.

Tabla 4.4: Vacunación contra el VHB en escolares. Gipuzkoa. Curso 2004-05

	Nº alumnos	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	Cobertura (*)	Vac. Previa.
ESTE	3.299	2.840	2.834	2.822	95,3	337
OESTE	2.253	2.034	2.026	2.007	95,6	154
TOTAL(**)	5.552	4.874	4.860	4.829	95,4	491

(*) descontados los previamente vacunados

(**) Incluidos Ermua, Mallabia y Aramaio.

Tabla 4.5: Evolución de las coberturas vacunales contra el VHB en escolares. Gipuzkoa cursos 94-95 a 2004-05.

1994-95	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05
95,5	97,2	96,8	96,8	97,5	98,3	95,8	95,9	96,4	96,5	95,4

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

Vacunación contra el VHB en colectivos de riesgo

Tabla 4.6: Vacunación contra el VHB según grupo de riesgo. Gipuzkoa 2005.

	Pareja sexual de portador	Otros contactos familiares	Personal sanitario	Estudiantes sanitarios	Pinchazos accidentales	Otros riesgos
Nº pers. inician vacunación	31	43	78	8	8	655
Nº personas que completan vacunación	17	25	52	2	6	275
Nº total dosis administradas	76	109	196	7	21	1.383

Existe un problema de codificación en el registro de estas dosis vacunales ya que no se codifica correctamente el riesgo lo que da lugar a que la mayoría se cataloguen en el genérico otros. En este código estarían incluidos muy probablemente los estudiantes sanitarios que se vacunan todos los años y también se incluyen todos los que se vacunan con motivo de viaje a países de alta endemia; en este último caso se incluyen las dosis que aportan ellos mismos.

Vacunación contra el Tétanos-Difteria en adultos

Este año se han administrado 34251 dosis de esta vacuna en todo el Territorio (se ha excluido las administradas a los 16 años). Esta vacunación además de realizarse en los centros de atención primaria de Osakidetza, también participan los servicios médicos de las empresas que han administrado el 2% de las dosis.

Tabla 4.7: Rendimiento de las dosis de vacuna distribuidas desde la Subdirección de Salud Pública. Gipuzkoa 2005

	Distribuidas Subdirección S.P.	Dosis registradas	Rendimiento
BCG	20.010	6.522	32,6
DTP+P+Hib+HB	27.622	26.123	94,6
DTPa	6.316	5.608	88,8
MENINGOCOCO C	21.292	20.090	94,4
T.VIRICA	13.520	12.553	92,8
HEPATITIS B infantil	36.005	32.722	90,9
HEPATITIS B adultos	1.884	1.601	85,0
Td	47.569	38.595	81,1

Tabla 4.8: Rendimiento vacunal por comarca sanitaria. Gipuzkoa 2005

	ESTE			OESTE		
	Distr.	Adm.	Rendimiento	Distr.	Adm.	Rendimiento
BCG	12.430	3.987	32,1	7.580	2535	33,4
DTP+Hib+VPI	16.723	15.872	94,9	10.899	10.251	94,1
DTPa	4.212	3.884	92,2	2.104	1.724	81,9
MENINGOCOCO C	12.837	12.168	94,8	8.455	7.922	93,7
T.VIRICA	8.300	7.746	93,3	5.220	4.807	92,1
HEPATITIS B infantil	21.700	20.068	92,5	14.305	12.654	88,5
HEPATITIS B adultos	834	701	84,1	504	366	72,6
Td	24.561	19.788	80,6	21.847	17.479	80,0
VARICELA	564	155	27,5	392	120	30,6

5 Registro de Diabetes Mellitus en la Red de Médicos Vigía

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

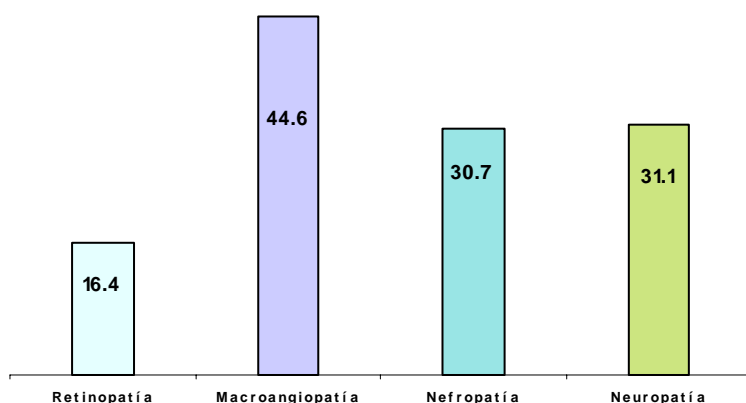
Este es el quinto año consecutivo con datos del estudio de seguimiento llevado a cabo por la Red de Médicos Vigía de la CAPV. En informes previos ya se han indicado las variables objeto de seguimiento necesarias para conocer la evolución de las complicaciones, de los factores de riesgo, calcular el riesgo cardiovascular y evaluar el cumplimiento de los objetivos de control en la enfermedad diabética establecidos en Atención Primaria.

En el siguiente informe se presentan los datos acumulados desde el año 2000 al 2005. La cohorte de seguimiento es de 737 pacientes diagnosticados de diabetes en los años 1998, 1999 o 2000 (ligeros cambios en los datos en años anteriores se deben a que estos han sido actualizados con información recuperada con posterioridad). Desde el inicio del estudio, de la cohorte inicial de 737 pacientes, han fallecido 101(13,7%) y se han registrado 39 pérdidas (5,3%).

Complicaciones crónicas y factores de riesgo

Para la interpretación de los datos de las complicaciones crónicas de los pacientes diabéticos es importante tener en cuenta la duración de la enfermedad y, en esta serie algunos de los pacientes presentan ya 7 años de duración de enfermedad (los diagnosticados en el año 1998).

Gráfico 5.1: Incidencia acumulada de complicaciones crónicas 2000-2005 (%)

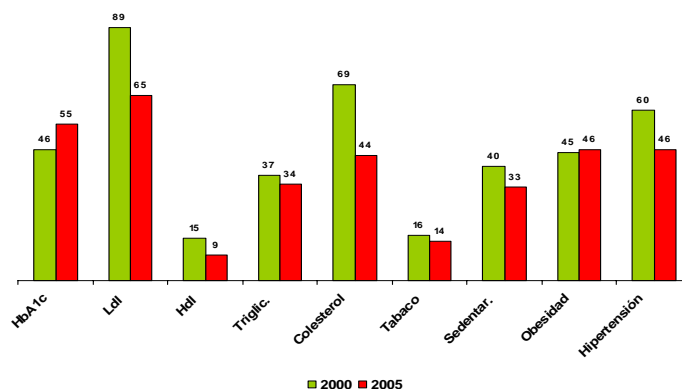


Después de 5 años de seguimiento, casi la mitad de los pacientes (329) presentan algún tipo de macroangiopatía, 229 pacientes presentan neuropatía, 226 nefropatía y 121 retinopatía (Gráfico 5.1)

En el gráfico 5.2 se puede ver la variación que han sufrido los factores de riesgo entre el inicio del estudio y el quinto año. Las barras representan el porcentaje de pacientes que presentan valores anormales para los distintos factores de riesgo. Todos los factores de riesgo excepto la obesidad y la hemoglobina glicosilada han mejorado. El empeoramiento de las cifras de la hemoglobina glicosilada es coherente debido a la evolución de la enfermedad.

El porcentaje de pacientes que realizaban ejercicio pasó de un 60% en el año 2000 al 67% en el año 2005. El porcentaje de fumadores se redujo del 16% al 13%.

Gráfico 5.2. Evolución de los factores de riesgo (%)*

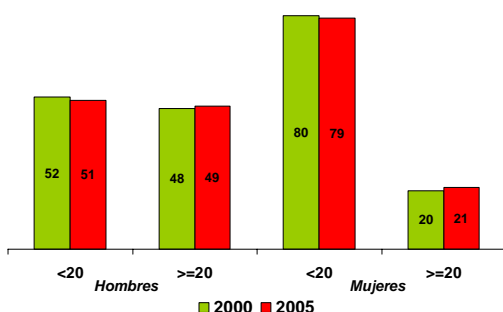


* Colesterol ≥ 200 mg/dl. Hdl < 45 mg/dl en mujeres, < 35 mg/dl en hombres. Triglicéridos ≥ 150 mg/dl. Ldl ≥ 100 mg/dl. HbA_{1c} $\geq 6,5$. T. a. Sistólica ≥ 140 . Diastólica ≥ 90 .

Riesgo Cardiovascular a 10 años

Para el cálculo del riesgo cardiovascular a 10 años se ha utilizado el método UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study), ya que incluye variables con un papel importante en el riesgo coronario que ningún otro método de cálculo incluye, como son la duración de la enfermedad, edad al diagnóstico y hemoglobina glicosilada.

Gráfico 5.3: Comparación RCV 2000-2005. UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study). (%)

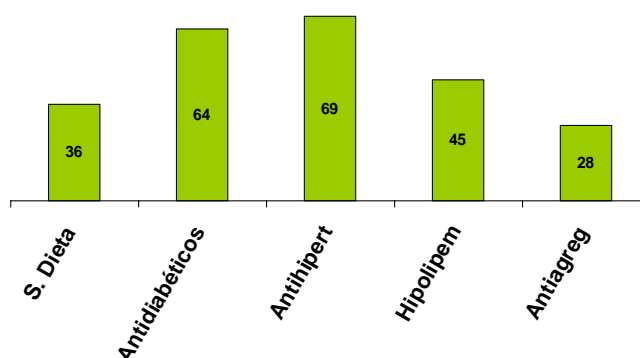


En el año 2005 la media de riesgo cardiovascular para las mujeres fue de 15 (riesgo moderado) y para los hombres de 23 (riesgo alto). En la gráfica 6.3 se representa la comparación del riesgo coronario entre los años 2000 y 2005 por sexos. En la gráfica se representa el porcentaje de pacientes con valores de riesgo cardiovascular menores del 20% (riesgo bajo, ligero o moderado) y los de valores superiores o iguales al 20% (riesgo alto o muy alto).

Tratamientos

En el año 2000 no se recogían los datos sobre los tratamientos desglosados por lo que no se pueden comparar los datos al inicio y al final del quinquenio. En el gráfico 5.4 se presentan los datos sobre tratamientos recogidos en 2005 de 516 pacientes (70%)

Gráfico 5.4: Tratamiento por Enfermedad Diabética o sus Complicaciones (%). 2005



6 Mortalidad en el Territorio Histórico de Gipuzkoa

Introducción

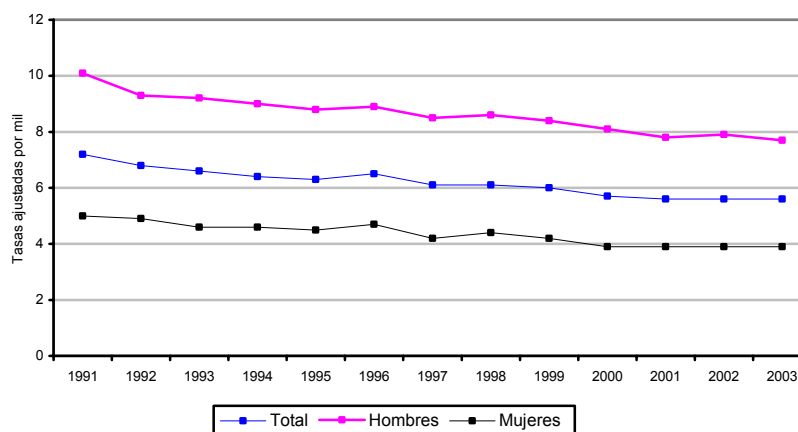
En este apartado se analizan las defunciones correspondientes a población residente en el Territorio Histórico de Gipuzkoa y ocurridas durante el año 2003, último año disponible para el análisis. Los datos relativos a los fallecimientos proceden del Registro de Mortalidad de la CAPV y la población para dicho año se ha estimado mediante interpolación lineal, tomando como referencia la población del padrón de 1996 y del censo de 2001. Para la estandarización de tasas se ha utilizado la población europea como población de referencia.

Mortalidad general

Durante el año 2003 se produjeron 6.264 defunciones entre los residentes del THG. El 51,7% de los fallecidos fueron hombres y el restante 48,3% mujeres. La tasa de mortalidad general fue de 9,3 por mil habitantes, siendo superior en los hombres que en las mujeres (9,8 y 8,8 por mil respectivamente). La tasa estandarizada por edad de la población europea fue de 5,6 por mil, también superior en los hombres (7,7) que en la mujeres (3,9). La mortalidad infantil en el THG durante 2003 fue 3,1 por mil nacidos vivos.

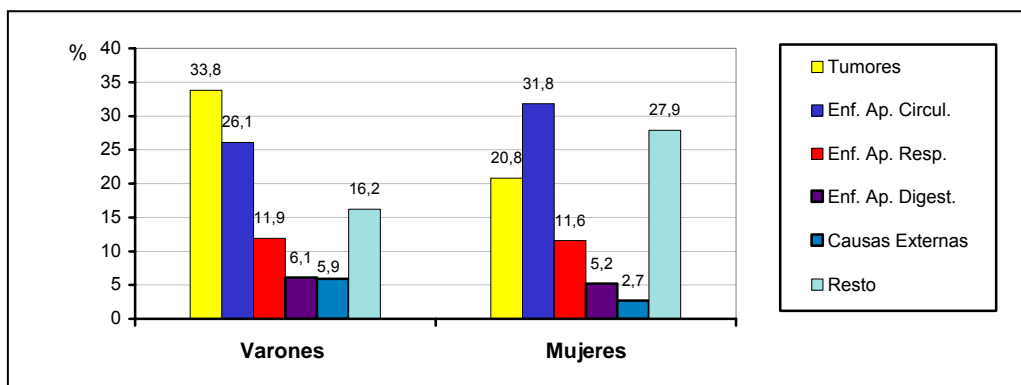
La tendencia de la mortalidad en el Territorio Histórico de Gipuzkoa fue descendente para ambos sexos hasta el año 2001, tal y como se observa en el gráfico 6.1. Entre los años 2001 y 2003 la tasa de mortalidad estandarizada se mantuvo estable.

Gráfico 6.1: Evolución mortalidad ajustada por edad. Gipuzkoa 1991-2003



Mortalidad proporcional

Entre las mujeres, las enfermedades del aparato circulatorio fueron la causa más frecuente de defunción (32%), seguidas de los tumores (21%). Entre los hombres, los tumores fueron la principal causa de defunción (34%) y las enfermedades del aparato circulatorio la segunda (26%). Para el total de la población del THG la tercera causa de defunción fueron las enfermedades del aparato respiratorio (12%). El cuarto y quinto lugar lo ocupan las enfermedades del aparato digestivo y del sistema nervioso provocando cada grupo de patologías el 5% de las defunciones. (Gráfico 6.2)

Gráfico 6.2: Defunciones por sexo y grandes grupos de causas (%). Gipuzkoa, 2003

Mortalidad por causas

Grandes grupos de causas de muerte

La tabla 6.1 muestra el número de defunciones y las tasas estandarizadas por edad de la población europea, según los 19 grandes grupos de causas, para cada sexo y la población total. En caso de los hombres la tasa de mortalidad más alta corresponde a los tumores. En el caso de las mujeres las enfermedades del aparato circulatorio tienen la tasa más. Tanto en el grupo de tumores como en el de las enfermedades del aparato circulatorio las tasas son más altas para los hombres que para las mujeres.

Tabla 6.1: Mortalidad por grandes grupos de enfermedades y sexo en Gipuzkoa. 2003

Grupo	Códigos	Hombres		Mujeres		Total	
		Casos	Tasas*	Casos	Tasas*	Casos	Tasas*
I	A, B	59	14,2	58	8,8	117	11,2
II	C, D ₀₀₋₄₉	1093	259,8	629	106,9	1722	173,0
III	D ₅₀₋₈₉	12	2,8	26	3,2	38	3,0
IV	E	75	18,0	120	14,8	195	16,1
V	F	81	19,4	157	17,0	238	18,3
VI	G	105	24,5	203	23,3	308	24,7
VII	H ₀₀₋₅₉	0	0	0	0	0	0
VIII	H ₆₀₋₉₅	0	0	0	0	0	0
IX	I	846	200,6	963	113,5	1809	150,8
X	J	385	91,1	350	38,8	735	57,8
XI	K	196	47,4	157	19,1	353	32,1
XII	L	4	1,0	9	0,9	13	1,0
XIII	M	15	3,4	39	5,2	54	4,6
XIV	N	60	14,5	94	11,1	154	12,5
XV	O	0	0	0	0	0	0
XVI	P	9	4,3	7	3,6	16	4,0
XVII	Q	7	1,9	4	1,1	11	1,5
XVIII	R	98	24,5	129	14,5	227	19,3
XIX	V-Y	192	50,4	82	16,1	274	32,5
	Total	3237	777,8	3027	397,9	6264	562,4

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

Principales causas de muerte

La tabla 6.2 muestra las tasas estandarizadas por edad de la población europea de las principales causas de muerte. La cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular fueron las principales causas de muerte para el total de la población de Gipuzkoa al igual que en años precedentes. La tercera causa de muerte para la población general es el cáncer de pulmón. Entre los hombres, la cardiopatía isquémica es la primera causa de muerte el cáncer de pulmón la segunda y la enfermedad cerebrovascular la tercera. Entre las mujeres, la enfermedad cerebrovascular fue la primera causa de muerte, seguida de la cardiopatía isquémica, al igual que en la población general. La tercera causa de muerte entre las mujeres la ocuparon el cáncer de mama y la insuficiencia cardiaca ambas con una tasa de 17,9.

Tabla 6.2: Principales causas de muerte por sexo. Gipuzkoa, 2003

Causa	Código	Total		Hombres		Mujeres	
		Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*
Cardiop. isquémica	I 20-25	493	43,3	287	68,7	206	24,3
E. cerebrovascular	I 60-69	496	40,4	192	45,8	304	36,6
Ca. Pulmón T y B	C 33-34	306	32,5	267	63,6	39	8,0
EPOC y enf. afines	J 40-44, 47	294	23,0	200	45,5	94	10,8
Ca. colon-recto	C 18-21	221	21,1	141	32,6	80	12,9
Insuf. cardíaca	I 50	230	17,5	69	16,8	161	17,9
Trast. mentales org.	F 00-09	225	16,9	74	17,6	151	16,2
Accidentes tráfico	V 01-89	96	13,6	68	19,7	28	7,4
Diabetes	E 10-14	164	13,2	63	14,6	101	12,3
Ca. estomago	C 16	102	9,4	61	13,6	41	6,2
Ca. mama	C 50	97	10,1	3	0,7	94	17,9
Cirrosis	K 70,73,74, 76.9	116	12,8	89	22,1	27	4,7
Alzheimer	G 30	175	12,9	41	9,5	134	14,3
Ca. próstata	C 61	89	7,3	89	19,9	0	0,0
Enf. hipertensiva	I 10-15	117	9,4	60	13,5	57	6,2
Neumonía	J 12-18	121	9,7	59	14,5	62	6,7
Ca. vejiga	C 67	63	5,7	50	11,7	13	2,0
SIDA/VIH	B 20-24	16	2,0	12	3,0	4	1,1

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

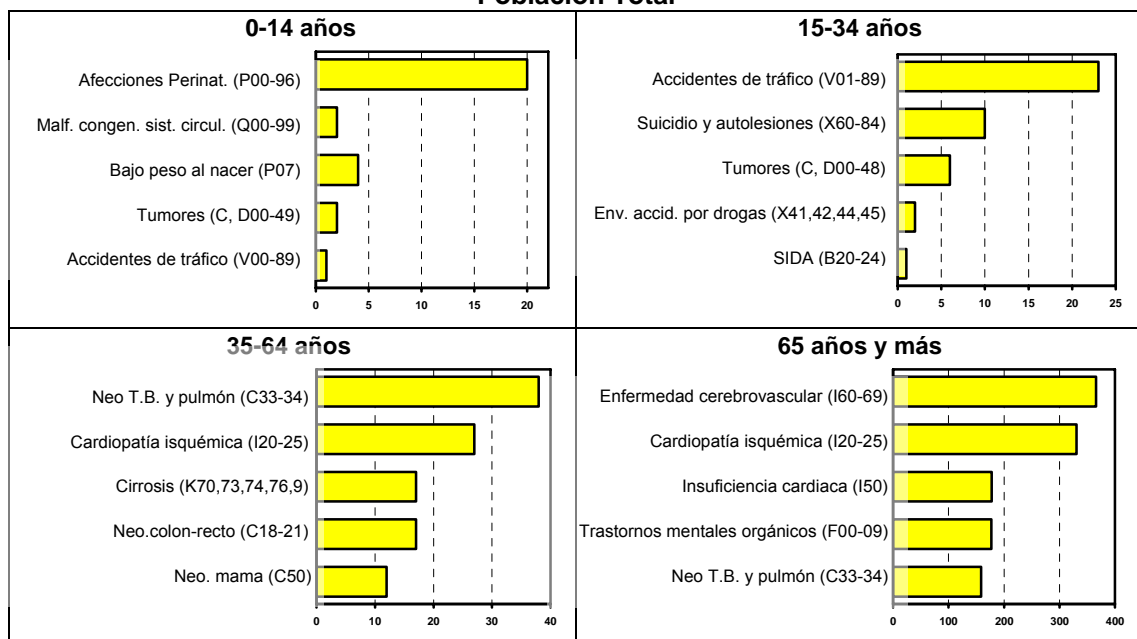
Durante el año 2003 se produjeron 6 defunciones (67% mujeres y 33% hombres) por exposición al calor natural excesivo (X30), cifra superior a la de años precedentes (1 fallecido en 2000 y 2002, y ninguno en 1999 y 2001). Todos los fallecidos eran mayores de 70 años.

Causas de muerte, según edad y sexo

Las principales causas de muerte varían con la edad y el sexo. Así, entre los menores de 15 años la primera causa de defunción son las afecciones perinatales seguidas de las malformaciones congénitas y los tumores. En el grupo de edad de 15 a 34 años, los accidentes de tráfico son la principal causa de defunción con una tasa superior a la del año 2002. La segunda y tercera causa de defunción son el suicidio y los tumores, respectivamente. En el grupo de edad de 35 a 64 años el cáncer de pulmón es la primera causa de muerte seguida de la cardiopatía isquémica. En el grupo de los mayores de 64 años la enfermedad cerebrovascular es la primera causa de muerte, mientras que la cardiopatía isquémica es la segunda.

Gráfico 6.3: Principales causas de muerte según edad. Gipuzkoa 2003

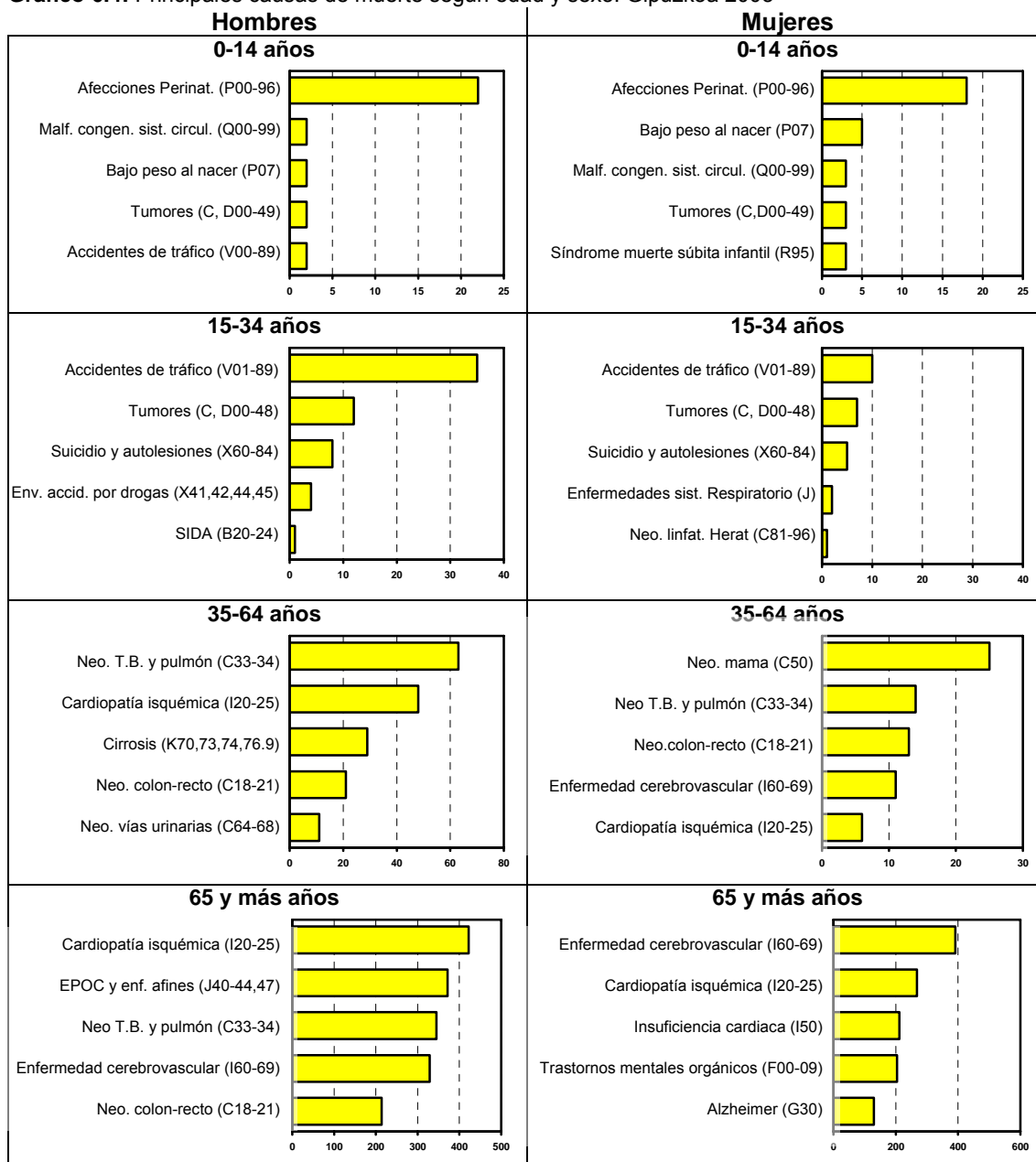
Población Total



Tasas por cien mil habitantes

Dentro de cada grupo de edad la importancia de determinadas causas de muerte varía para cada sexo como puede verse en el gráfico 6.4. En general, para las mismas causas de muerte las tasas son más elevadas en hombres que en mujeres. Además, en el grupo de edad de 0-14 años, la quinta causa de muerte entre los hombres son los accidentes de tráfico mientras que entre las mujeres esta posición la ocupa el síndrome de muerte súbita infantil. En el grupo de 15-34 años, la cuarta y la quinta posición entre los hombres las ocupan los envenenamientos accidentales por drogas y el SIDA respectivamente, mientras que entre las mujeres las mismas posiciones las ocupan las enfermedades del sistema respiratorio y los tumores de tejidos linfáticos y hematopoyéticos. En el grupo de edad de 35-64 años, la primera causa de defunción entre los hombres es el cáncer de pulmón, mientras que entre las mujeres el cáncer de mama ocupa la primera posición seguido del cáncer de pulmón. Entre los hombres de 65 años y más la cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte seguida del EPOC y enfermedades similares. Entre las mujeres de 65 años y más las enfermedades cerebrovasculares son la principal causa de muerte, seguidas de la cardiopatía isquémica.

Gráfico 6.4: Principales causas de muerte según edad y sexo. Gipuzkoa 2003

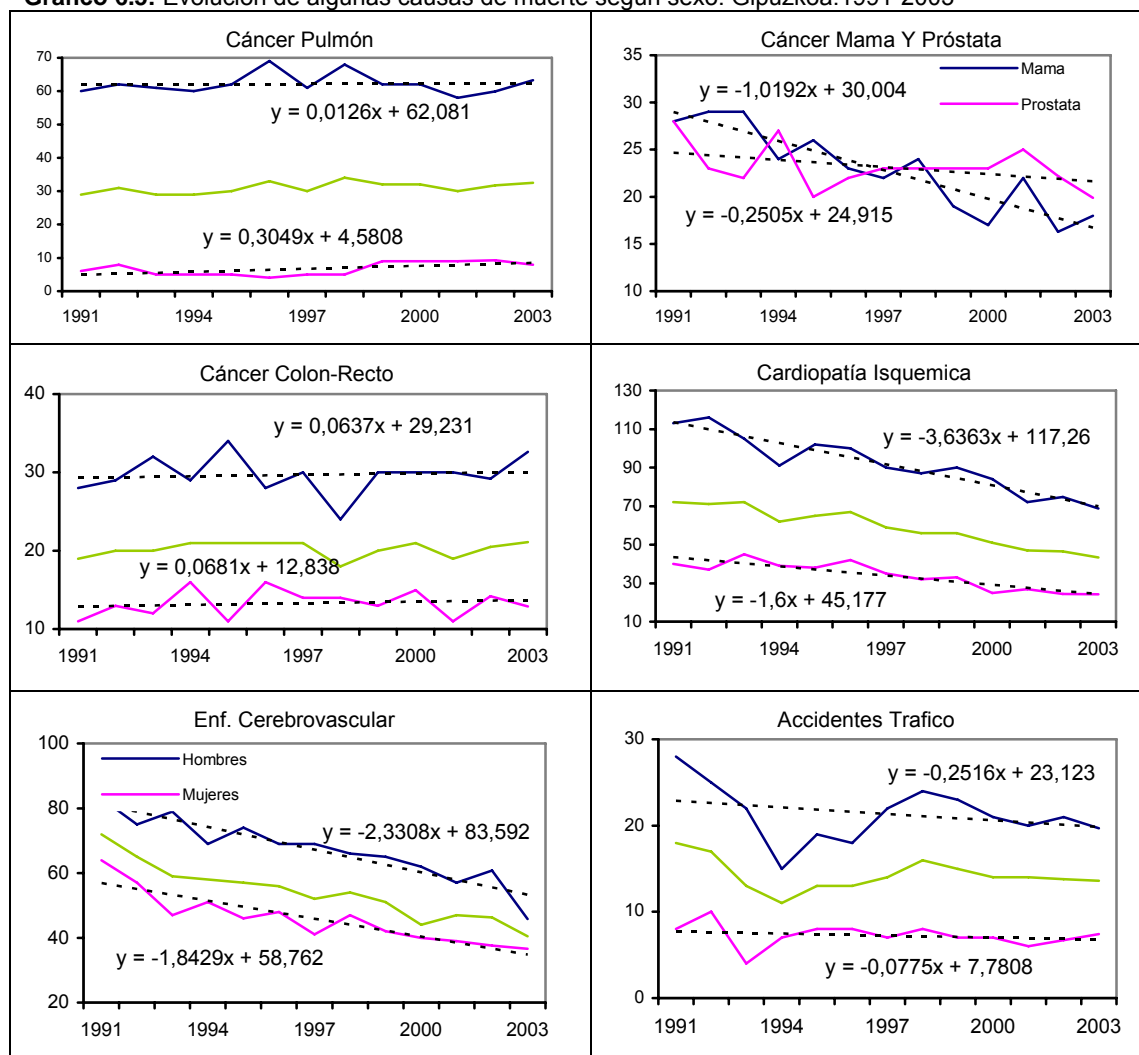


Tasas por cien mil habitantes

Evolución de las causas de muerte

La evolución de las causas de muerte en los últimos años indica que la mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres sigue presentando la misma tendencia ligeramente ascendente de años anteriores; en el caso de los hombres la tendencia ha cambiado de ser ligeramente descendente a ligeramente ascendente. La tendencia de la mortalidad por cáncer de mama y de próstata es descendente. La mortalidad por cáncer colon-recto es ligeramente ascendente en mujeres y ligeramente descendente en hombres. Las defunciones por cardiopatía isquémica y enfermedades cerebrovasculares mantienen su tendencia descendente. La tendencia de la mortalidad por accidentes de tráfico es descendente.

Gráfico 6.5: Evolución de algunas causas de muerte según sexo. Gipuzkoa. 1991-2003*



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

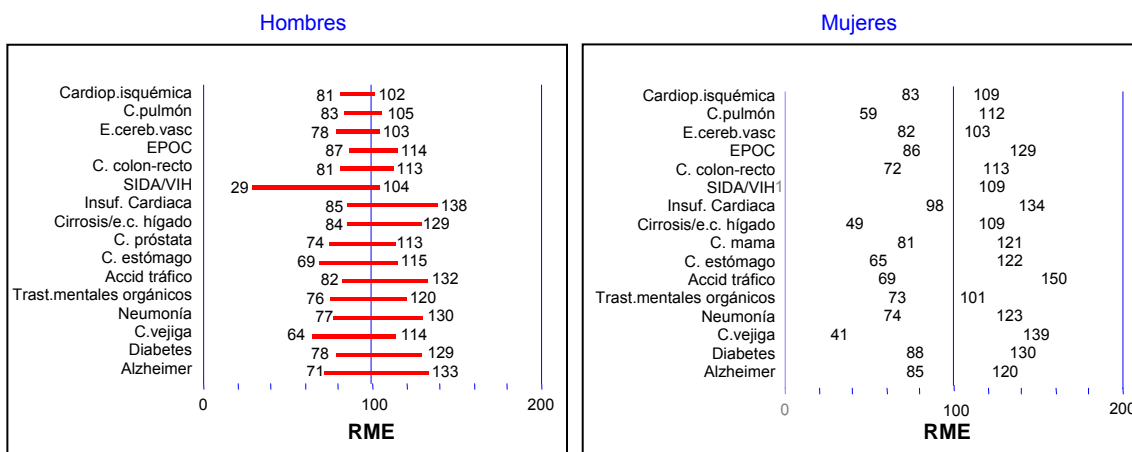
Mortalidad en Gipuzkoa comparada con la CAPV

Razón de mortalidad estandarizada

La Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) compara la mortalidad por diferentes causas en el THG con la mortalidad por las mismas causas en toda la CAPV.

La mortalidad por todas las causas en el THG no fue significativamente diferente a la de la CAPV en el año 2003 (RME = 99, IC al 95%=97; 102). Como se puede observar en el gráfico 6.6, todas las causas de muerte analizadas en Gipuzkoa presentaron un comportamiento similar al del conjunto de la CAPV en ambos sexos.

Gráfico 6.6: Razón de Mortalidad estandarizada. Gipuzkoa, 2003



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

En la tabla 6.3 se comparan las tasas (número de casos en la fila de mortalidad por SIDA) de mortalidad en el intervalo 1999-2003 con los objetivos marcados por el Plan de Salud 2010. Las tasas de cáncer en menores de 65 años no cumplen los objetivos del Plan de Salud. El cáncer en hombres menores de 65 años no tiene una tendencia descendente clara. Entre las mujeres menores de 65 años la tasa de mortalidad por cáncer está por encima de los objetivos marcados. El cáncer de mama en mujeres, el de cabeza y cuello en hombres y el de colon-recto para ambos sexos si parecen haber alcanzado los objetivos del Plan de Salud. Las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en menores de 65 años, por accidentes de tráfico para la población general y por causas externas en el rango de 15-29 años también están por encima de los objetivos marcados.

Tabla 6.3: Tasas* para causas seleccionadas de mortalidad según sexo. Gipuzkoa, 2003.

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

(*) Tasas por cien mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea (**) Objetivo para 2010 en la CAPV <50 casos/año, para Gipuzkoa según la proporción de población: <22 casos/año.

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer para la población del THG en el año 2003 fue de 80,49 años, menor en los hombres (76,72) que en las mujeres (84,22). Sin embargo, la diferencia entre ambos sexos ha disminuido desde el año 2000. Así, en el año 2000, la esperanza de vida de las mujeres superaba a la de los hombres en 8,2 años, mientras que en el 2003 la diferencia fue de 7,5 años. Además, la esperanza de vida de las mujeres ha bajado por debajo del objetivo del Plan de Salud (84,3 años), mientras que la de los hombres esta cerca de conseguir el objetivo de 76,8 años.

Tabla 6.4: Esperanza de Vida según edad. Gipuzkoa 1991-2003

Tabla	SEXO	1991	1995	2000	2003	Δ 1991-2003 (%)
0 AÑOS	H	72,46	74,81	76,18	76,72	5,9
	M	81,51	82,08	84,38	84,22	3,3
	T	76,94	78,76	80,31	80,49	4,6
40-45	H	35,74	37,25	37,84	38,17	6,8
	M	43,09	44,2	45,32	44,92	4,2
	T	39,47	40,81	41,66	41,61	5,4
65-69	H	15,05	16,19	16,56	16,96	12,7
	M	20,23	20,99	22,18	21,7	7,3
	T	17,89	18,85	19,61	19,54	9,2

Mortalidad prematura

El impacto de la mortalidad en edades jóvenes se mide mediante los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP). Este indicador pondera las defunciones en relación inversa a la edad, cobrando mayor relevancia las causas con alta incidencia en las edades jóvenes. En el año 2003 los Años Potenciales de Vida Perdidos por todas las causas de muerte fueron 22.066 años, lo que equivale a una tasa ajustada de 35,61 años por mil habitantes, inferior a la del año 2002 (37,51). Al igual que en años anteriores en la población general los accidentes de tráfico fueron la primera causa de APVP, seguidos del cáncer de pulmón y la cardiopatía isquémica. La tasa de APVP por cirrosis sufrió un incremento en los hombres respecto al año 2002 (1,4 en 2002 y 2,2 en 2003) pasando a ser la cuarta causa de APVP. Entre las mujeres el cáncer de mama sigue siendo la segunda causa de APVP, por detrás de los accidentes de tráfico.

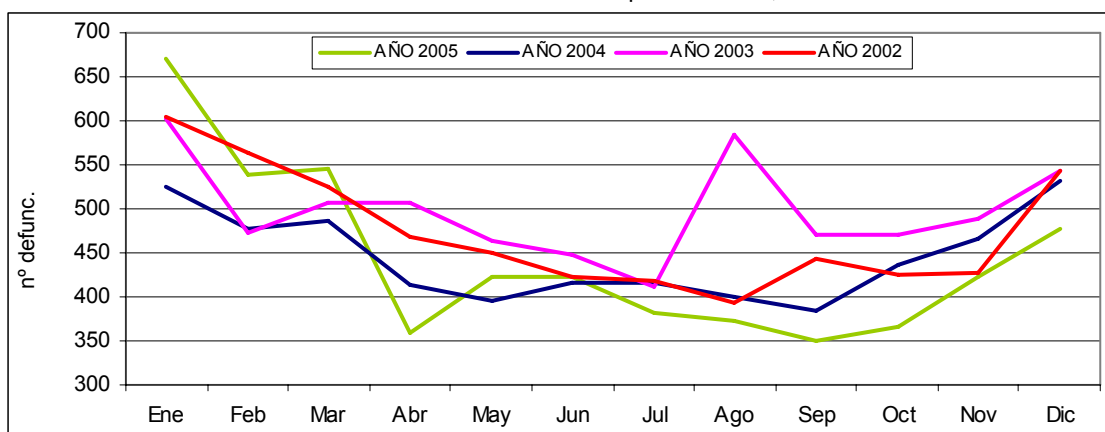
Tabla 6.5: Años potenciales de vida perdidos y tasa estandarizada por mil. Gipuzkoa 2003

Causas	Hombres		Mujeres		Total	
	APVP	Tasa APVP	APVP	Tasa APVP	APVP	Tasa APVP
Accidentes de tráfico (V01-89)	2.045	7,00	601	2,1	2.645	4,6
Ca. Pulmón (C33-34)	1.377	4,20	405	1,1	1.782	2,7
Cardiopatía isquémica (I20-25)	1.071	3,30	151	0,5	1.222	1,9
Suicidio (X60-84)	645	1,80	208	0,6	853	1,2
Ca. Colon-recto (C18-21)	515	1,50	248	0,7	763	1,2
Anomalías congénitas (Q00-99)	177	0,60	142	0,6	319	0,6
E.cerebrovascular (I60-69)	303	0,90	271	0,8	574	0,9
Cirrosis (K70,73,74,76.9)	746	2,20	117	0,3	862	1,3
SIDA/VIH (B20-24)	311	0,90	120	0,3	431	0,6
Ca. Estómago (C16)	194	0,60	99	0,3	293	0,4
Ca. Encéfalo (C71)	369	1,10	96	0,3	465	0,7
Leucemia (C91-95)	136	0,50	148	0,7	284	0,6
Ca. Mama (C50)	4	0,0	603	1,8	607	0,9

7 Policía Sanitaria Mortuoria

La Policía Sanitaria Mortuoria (PSM), a diferencia del Registro de Mortalidad, no es un registro exhaustivo, ya que no registra el 100% de las defunciones. El subregistro en Gipuzkoa de la PSM con respecto a la RM oscila entre el 4,8% y el 6,6% entre los años 1998 y 2003. Además, el contenido de la información es más reducido y menos fiable y no permite el análisis de las causas de mortalidad. Sin embargo, gracias a la rapidez en la disposición de los datos, es un registro que permite observar la evolución mensual de las defunciones. De esta forma se puede vigilar el efecto de alteraciones ambientales (como olas de calor), de picos epidémicos de algunas enfermedades (gripe), etc.

Gráfico 7.1: Evolución mensual de las defunciones en Gipuzkoa. PSM, 2002-2005



La evolución mensual que presentan los datos de 2005 indica la ausencia de aumentos de mortalidad en el periodo estival, a diferencia de lo ocurrido en el 2003. El mes de enero ha sido el mes que ha presentado mayor mortalidad coincidiendo con el máximo pico de actividad de gripe de la temporada 2004-2005 en la segunda semana de enero de 2005.

8 Morbilidad Hospitalaria - CMBD

El Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD) constituye un grupo de datos clínico-administrativos sobre los pacientes hospitalizados, que sintetiza la información contenida en el alta hospitalaria. Se presenta un análisis básico de los datos del registro del año 2005 correspondientes a los hospitales de Osakidetza. Primeramente se presentan los principales datos de la actividad hospitalaria de los hospitales públicos de Gipuzkoa y a continuación se presenta el perfil de morbilidad de los residentes en este Territorio ingresados en cualquiera de los hospitales públicos de la C.A.P.V.

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

El registro recibe información de los 5 hospitales de agudos (los cuatro hospitales comarcales y los pabellones Aranzazu y Gipuzkoa del complejo Donostia) y uno de media-larga estancia (hospital Amara). El número total de altas producidas en el año 2005 en estos hospitales fue de 74.388, de las que 72.568 (97,6%) se dieron en centros de agudos y 1.820 (2,4%) en el hospital público de media-larga estancia. Las altas en los hospitales de corta estancia sumaron un total de 446.261 días de estancia lo que supone una estancia media de 6,15 días. Las altas registradas en el hospital Amara sumaron 41.744 días de estancia, con una estancia media de 22,94 días.

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

Tabla 8.1: Distribución del nº de altas, días de estancia y estancias medias, por grupos de edad y sexo. Gipuzkoa 2005.

	Nº de altas (%)	Nº días de estancia (%)	Estancia media
Hombres	34.725 (46,7)	252.096 (51,7)	7,3 días
Mujeres	39.663 (53,3)	235.909 (48,3)	6,0 días
0 - 14 años	4.312 (5,8)	22.554 (4,6)	5,2 días
15-34 años	12.411 (16,7)	50.611 (10,4)	4,1 días
35-64 años	24.358 (32,7)	139.867 (28,7)	5,7 días
>=65 años	33.307 (44,8)	274.973 (56,3)	8,3 días

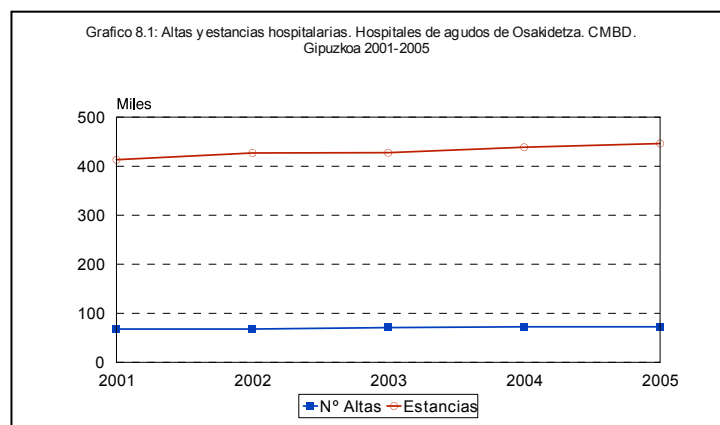
De las altas registradas en los hospitales de agudos, 13.579 (18,7% del total) corresponden a actividades del hospital de día con estancia 0. Casi la mitad de estas altas tienen un diagnóstico del grupo de enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales, de las que el 80% (5.052 altas) presentan un diagnóstico de catarata.

Tabla 8.2: Distribución porcentual según diagnóstico principal por grandes grupos y tipo de centro. Hospitales de Osakidetza. Gipuzkoa, 2005.

CIE 9-MC	Diagnósticos	H. de agudos		H. de media-larga estancia	
		Total altas (%)	Altas con estancia 0 (% de línea)	Altas	%
001-139	Infecciosas y parasitarias	1.169 (1,6)	26 (2,2)	25	1,4
140-239	Tumores	5.947 (8,2)	1.180 (19,8)	57	3,1
240-279	Endocrino-metabólicas	996 (1,4)	117 (11,7)	34	1,9
280-289	Sangre y órganos hematopoyéticos	807 (1,1)	136 (16,9)	31	1,7
290-319	Trastornos mentales	1.522 (2,1)	116 (7,6)	25	1,4
320-389	Sistema nervioso y órganos sensoriales	7.898 (10,9)	6.354 (80,5)	30	1,6
390-459	Sistema circulatorio	8.419 (11,6)	373 (4,4)	236	13,0
460-519	Aparato respiratorio	8.746 (12,1)	744 (8,5)	650	35,7
520-579	Aparato digestivo	8.155 (11,2)	711 (8,7)	32	1,8
580-629	Aparato genito-urinario	3.682 (5,3)	596 (15,4)	86	4,7
630-676	Embarazo, parto y puerperio	8.437 (11,6)	629 (7,5)	-	-
680-709	Piel y tejido conjuntivo	973 (1,3)	182 (18,7)	14	0,8
710-739	Sistema osteomuscular	4.794 (6,6)	1.098 (22,9)	19	1,0
740-759	Congénitas	425 (0,6)	116 (27,3)	1	0,1
760-779	Patología perinatal	685 (0,9)	19 (2,8)	-	-
780-799	Signos y síntomas mal definidos	3.385 (4,7)	145 (4,3)	68	3,7
800-999	Traumatismos y envenenamientos	4.365 (6,0)	330 (7,6)	63	3,5
V01-V82	Código V	1.953 (2,7)	706 (36,1)	448	24,6
	Sin codificar	30 (0,0)	1 (3,3)	1	0,1
	TOTAL	72.568 (100)	13.579 (18,7)	1.820	100

Las patologías que más altas registraron en los hospitales de agudos de Osakidetza durante el año 2005 fueron las enfermedades de los aparatos respiratorio (12,1%), circulatorio (11,6%), y digestivo (11,2%) y sistema nervioso y órganos sensoriales (10,9 %) que, junto con los ingresos relacionados con el embarazo, parto y puerperio (11,6%), generaron el 57% de las altas hospitalarias. En el hospital de media-larga estancia el 36% de las altas son debidas a patología respiratoria y un porcentaje elevado de los diagnósticos principales presentan un Código V (25%). En el 3,8% de las altas con ingreso se produce el fallecimiento en el hospital, porcentaje que supone el 3,4 para los hospitales de agudos y el 16,1 para el hospital de media-larga estancia.

En el gráfico 8.1 se presenta la evolución del número de altas y estancias en los hospitales de agudos de Osakidetza de Gipuzkoa. Se han registrado 188 altas menos pero 4.216 días de estancia más que en el año anterior. La estancia media en el año 2005 (6,6 días) es ligeramente superior a la correspondiente al año 2004 (6,03 días).



Del total de altas registradas en el conjunto de los hospitales públicos de Gipuzkoa, el 94,7% corresponden a residentes en este territorio histórico, el 2,8% a residentes en Bizkaia y el 1,4% a residentes en Navarra.

El 65,8% de las altas generadas en los hospitales de agudos se dieron en el Complejo Donostia, correspondiendo al Hospital Bidasoa el 9,8% de las altas, el 6,6% al Hospital del Alto Deba, el 9,7% al Hospital Ntra. Sra. de la Antigua y el 8,0% al Hospital de Mendaro.

Morbilidad Hospitalaria según sexo y grupos de edad

Se presenta el perfil de morbilidad hospitalaria de los residentes en Gipuzkoa a partir de las altas con estancia mayor que 0 producidas en todos los hospitales de Osakidetza de la CAPV (se han excluido todos los procedimientos de cirugía ambulatoria o que no hayan precisado hospitalización); la población para el año 2005 se ha calculado por interpolación lineal, tomando como referencia las poblaciones del padrón de 1996 y el censo de 2001. En el año

Tabla 8.3: Nº de altas con ingreso y tasa/1.000 por edad y sexo. C.M.B.D. Hospitales de Osakidetza. 2005.

	hombres	mujeres	Total (tasa)
0-14	2.008 (49,8)	1.539 (40,1)	3.547 (45,1)
15-34	2.648 (28,9)	7.694 (91,7)*	10.342 (58,9)
35-64	9.927 (69,5)	9.380 (65,6)**	19.307 (67,6)
>=65	13.672 (250,0)	12.559 (163,4)	26.231 (199,4)
Total (tasa)	28.255 (85,8)	31.172 (91,1)&	59.427 (88,5)

* 28,5/1.000 excluyendo altas por embarazo, parto o puerperio

** 50,9/1.000 excluyendo altas por embarazo, parto o puerperio

& 69,4/1.000 excluyendo altas por embarazo, parto o puerperio

2005 se han producido un total de 59.427 altas con ingreso lo que supone una tasa bruta de 88,5 altas/1.000 hab.; del total de altas, 28.255 son varones (tasa de 85,8/1000 hab.) y 31.172 son mujeres (tasa de 91,1/1.000 hab.); si se excluyen las altas debidas a embarazo, parto y puerperio, la tasa en las mujeres desciende a 69,4 altas/1.000 hab.

La edad media de la población hospitalizada es de 56 años, 58 años para los hombres y 59 para las mujeres. En la tabla 8.3 se presenta el número de altas por grupo de edad y sexo y su tasa correspondiente. Si se excluyen las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, en todos los grupos de edad excepto en el de 15-34 años, la tasa de altas de los hombres supera a la de las mujeres, y en ambos sexos es ese grupo de edad el que presenta una tasa más baja. El 44% de las altas con ingreso se han producido en los mayores de 64 años, altas que suponen el 56% del total de días de estancia.

El patrón de morbilidad es diferente según la edad y el sexo (gráfico 8.2). En el grupo de **menores de 15 años** las tres principales causas de ingreso para ambos sexos fueron las enfermedades del aparato respiratorio, patología perinatal y enfermedades del aparato digestivo; dentro de la patología respiratoria, en ambos sexos el 50% de los ingresos se asocia a bronquitis/bronquiolitis aguda o a neumonía, apareciendo a continuación la patología crónica de las amígdalas y adenoides y el asma; en la patología perinatal los diagnósticos más frecuentes son los trastornos relacionados con la gestación acortada y el bajo peso en el nacimiento y el síndrome de distress respiratorio; el 46% de los ingresos por patología del aparato digestivo presenta un diagnóstico de apendicitis aguda.

En el **grupo de 15-34 años**, las principales causas de ingreso en los varones se relacionan con el aparato digestivo, traumatismos y envenenamientos y el aparato respiratorio; dentro del aparato digestivo, el 36% de las altas presentan un diagnóstico de apendicitis aguda; en el apartado de traumatismos y envenenamientos los tres diagnósticos más frecuentes, que en conjunto suponen el 19% de los ingresos de este grupo, están relacionados con fracturas de tobillo, de cúbito y radio y de tibia y peroné; los diagnósticos más frecuentes relacionados con el aparato respiratorio son neumotórax (21% de las altas de este apartado) y asma (15%).

En las mujeres de este grupo de edad, las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio suponen el 69% del total, seguidas de las altas relacionadas con el aparato digestivo y el aparato génito-urinario; en el aparato digestivo destacan los diagnósticos de apendicitis

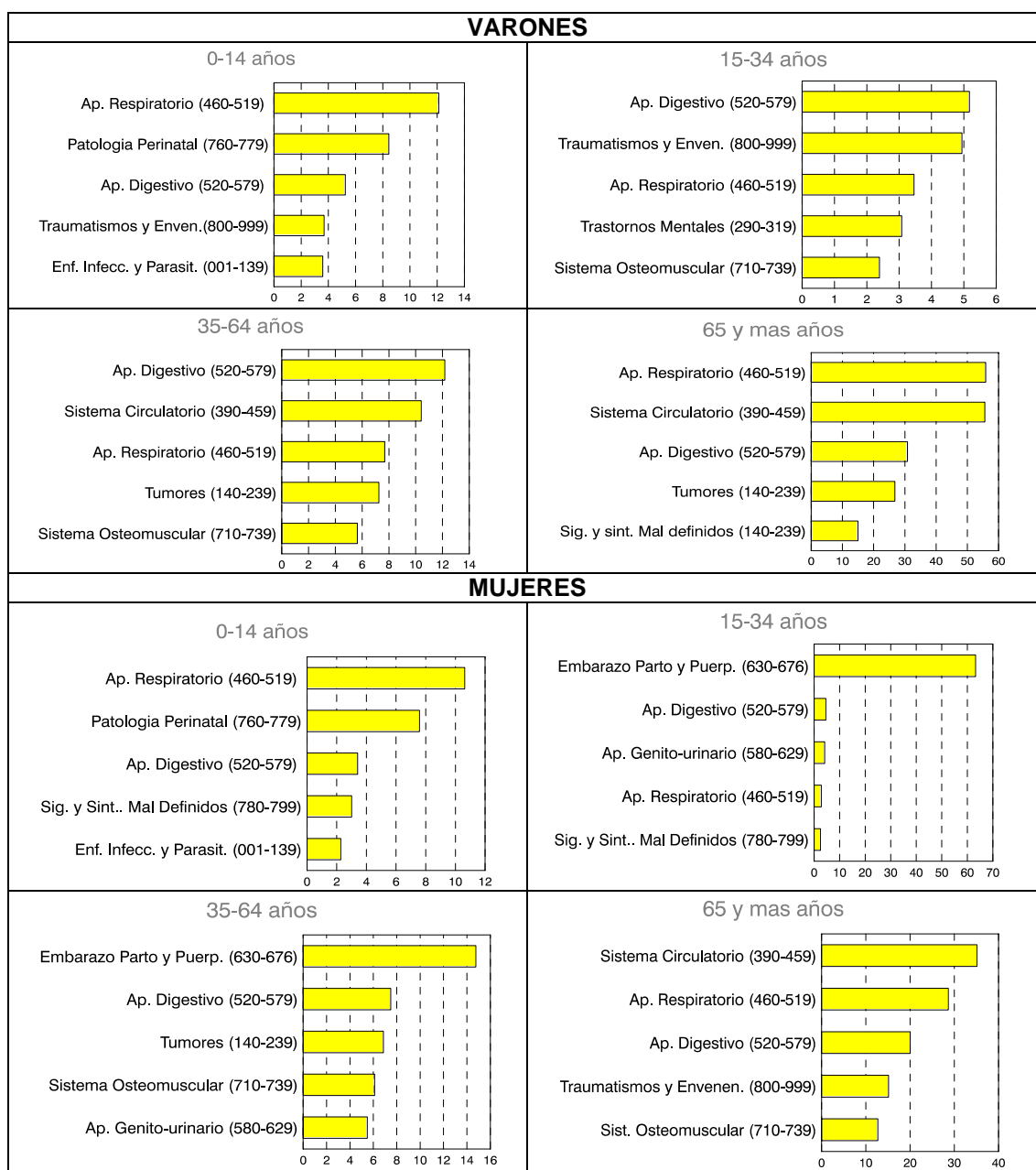
aguda y colelitiasis; los diagnósticos más frecuentes del aparato génito-urinario son endometriosis, infecciones renales y patología quística de ovario.

En el **grupo de 35-64 años**, las principales causas de ingreso en varones se relacionan con el aparato digestivo, el sistema circulatorio, el aparato respiratorio y los tumores; el 23,5% de las altas con patología digestiva presentan algún diagnóstico relacionado con una hernia abdominal; la cardiopatía isquémica está presente en el 24% de las altas del sistema circulatorio; la bronquitis crónica y la neumonía, con el 21% y el 18% respectivamente, son los diagnósticos más frecuentes en el aparato respiratorio; en el capítulo de tumores, el diagnóstico más frecuente es el de cáncer de tráquea, bronquios o pulmón (15%) seguido de los cánceres de vejiga (8%), correspondiendo a tumores benignos el 7% de las altas de este grupo.

Los motivos de ingreso más frecuentes en las mujeres de este grupo de edad, siguen estando relacionados con el embarazo, parto y puerperio (23% de los ingresos); a continuación se encuentran los ingresos relacionados con el aparato digestivo, los tumores y el sistema osteo-muscular; el 25% de los ingresos por patología digestiva presentan al alta un diagnóstico de colelitiasis. Entre los tumores, predominan los tumores benignos con el 35,6% de las altas con ingreso de este grupo, siendo el más frecuente el leiomioma uterino (18% de las altas); el cáncer de mama es responsable del 13% de las altas de este apartado. Dentro de la patología osteo-muscular los diagnósticos más frecuentes son los relacionados con los trastornos del disco intervertebral (18%) y con patología crónica del cartílago articular o del menisco de la rodilla (17% de las altas de este grupo).

En los **mayores de 64 años**, las tres primeras causas de ingreso en ambos sexos son las enfermedades del sistema circulatorio, aparato digestivo y aparato respiratorio. En el sistema circulatorio predominan, tanto en hombres como en mujeres, los diagnósticos de enfermedad cerebro-vascular (22% y 23% de los ingresos respectivamente), insuficiencia cardíaca (20%/24%) y cardiopatía isquémica (16%/12%); en el aparato respiratorio las dos principales causas de ingreso en los varones son la bronquitis crónica (38% de las altas con ingreso de este grupo) y la neumonía (20%), mientras que en las mujeres son patología respiratoria no especificada (28%) y la neumonía (20%); en el aparato digestivo predominan dos diagnósticos que se presentan en orden inverso según el sexo: hernia abdominal como primer diagnóstico en los hombres y colelitiasis como primer diagnóstico en las mujeres.

Gráfico 8.2: Principales causas de ingresos hospitalarios por grupo de edad y sexo en residentes en Gipuzkoa (tasa/1000 hab.). Hospitales de Osakidetza de la CAPV. CMBD 2005.



Tasas por mil habitantes

9 Registro de Cáncer (RC)

Durante 2005 se ha realizado la recogida de datos de incidencia de tumores diagnosticados en 2002 en el Territorio Histórico de Gipuzkoa. Parte de la información ha sido proporcionada por el Registro de Cáncer del Hospital Donostia y el Instituto Oncológico en soporte informatizado, siendo la Unidad de Epidemiología de la Subdirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad la encargada de la depuración y control de calidad de los datos recibidos y la recogida activa de la información de los hospitales comarcales del Territorio Histórico de Gipuzkoa y la revisión del resto de sistemas de información utilizados (Certificados de Defunción, TIS, etc.). Cabe señalar que el año 2002, el registro hospitalario del Complejo Hospitalario Donostia, incorpora la información de los antiguos hospitales Gipuzkoa y Amara, además de los propios del antiguo hospital Aranzazu, con el incremento subsiguiente de casos aportados por el mismo.

Se registran, al igual que en años anteriores, todos los tumores malignos invasivos y no invasivos, excepto los carcinomas epidermoides y basocelulares de piel, diagnosticados en residentes del Territorio Histórico de Gipuzkoa, además de los diagnosticados en pacientes no residentes, asistidos en los centros sanitarios de Gipuzkoa. Dichos tumores son codificados utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, segunda edición (CIE-O-II) e informatizados tras un riguroso control de duplicados. Se contabilizan para la incidencia los tumores malignos invasivos diagnosticados en residentes de Gipuzkoa. Por último, se estiman las tasas de incidencia anuales brutas y específicas por edad y sexo y las tasas estandarizadas utilizando el método directo y la población mundial de referencia.

Incidencia de Tumores Malignos. Gipuzkoa 2002

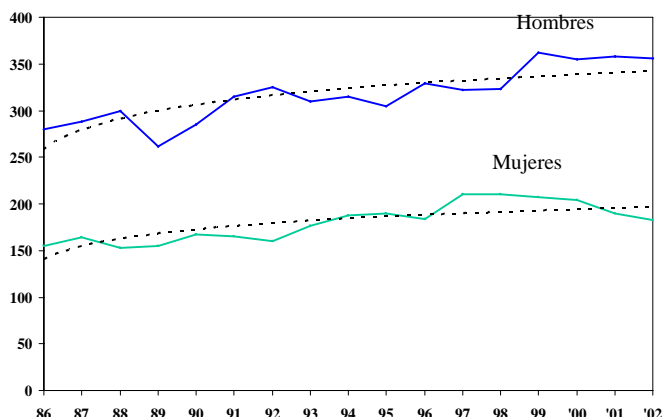
El total de tumores registrados en residentes de Gipuzkoa ha sido de 3.500 de los cuales 3.293 se corresponden a casos de cáncer invasivos que supone una tasa de incidencia bruta de 488,8 casos por 100.000 habitantes y serán los que se presenten en el análisis. Además se han registrado 180 tumores en residentes de comunidades limítrofes que han acudido a un centro hospitalario de Gipuzkoa para su diagnóstico y/o tratamiento.

Tabla 9.1: Distribución de los casos según fuente y aporte. Gipuzkoa 2002.

FUENTES DE INFORMACIÓN	Aporte	%
Hospital Donostia	1.687	34,2
Hospital Comarcal del Bidasoa	258	5,2
Hospital de Mendaro	312	6,3
Hospital Comarcaldel Alto Deba	159	3,2
Hospital Ntra. Sra. de La Antigua	242	4,9
Total centros públicos	2.652	53,9
Instituto Oncológico	1.469	29,9
Hospital R. Birmingham. Fund. Matía	7	0,1
Policlínica Gipuzkoa	76	1,5
Centro Sanitario Virgen del Pilar	11	0,2
Clínica Quirón Donostia	3	0,1
Clínica Santa Maria de La Asunción	81	1,6
Total centros privados	1.647	33,5
Boletín estadístico de defunción	622	12,6
TOTAL	4.921	100,0

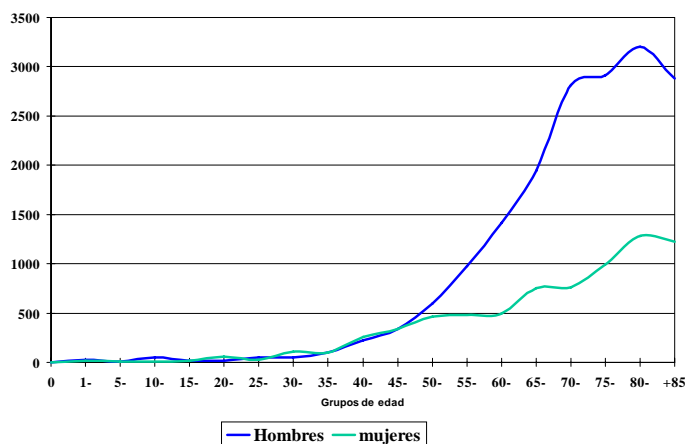
En la tabla 9.1 se puede observar la relación de fuentes que aportan información al registro de cáncer de Gipuzkoa. Cada paciente puede acudir, durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, a más de un centro por lo que la información llega al registro desde distintas fuentes. Así, para obtener la información de los 3.293 casos (tumores malignos invasivos en residentes de Gipuzkoa) se obtuvo un total de 4.921 fichas o registros, lo que supone un promedio de 1,5 fuentes consultadas por caso.

Gráfico 9.1: Tasas de incidencia de cáncer por 100.000, (ajustadas a la población mundial) por sexo. Gipuzkoa, 1986-2002



En 2002 se registraron 3.293 tumores nuevos malignos invasivos lo que supone unas tasas de incidencia brutas de 631,7 por 100.000 hombres, y de 351,2 por 100.000 mujeres. El gráfico 9.1 representa las tasas ajustadas a la población mundial, tanto para hombres como para mujeres, así como su evolución desde 1986. La razón de tasas (estandarizadas) es de 1,95, es decir que el riesgo de diagnóstico de cáncer es casi el doble en los hombres con respecto a las mujeres.

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



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

La media de edad de presentación de los tumores durante el periodo fue de 65,5 años, algo superior en

los hombres (66,6) que en las mujeres (64,4), a pesar de que la edad de presentación de los tumores de mama (64 años), el más frecuente en mujeres, es inferior a la de los tumores de próstata (71 años), la localización más afectada en hombres. Sin embargo en la mayoría de los tumores localizados en los aparatos señalados entre los 10 más frecuentes, la edad de presentación es superior en las mujeres, tal como sucede en los tumores localizados en estómago (σ^7 69,2, σ^8 72,1), laringe (σ^7 59,9 y σ^8 66,5), vejiga (σ^7 67,4, σ^8 72,9) y en cavidad oral y faringe.

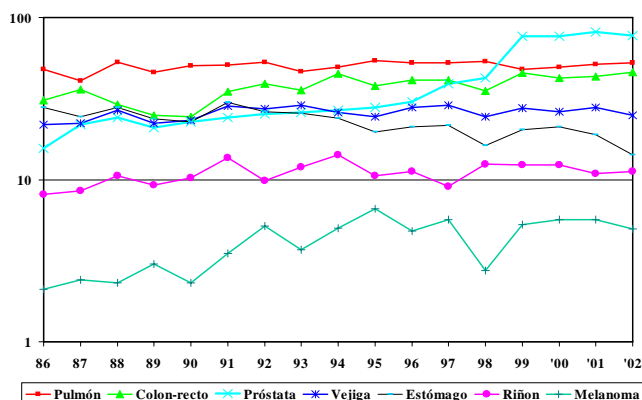
Los casos y tasas brutas y ajustadas por localización específica y por sexo se presentan en las tablas X1 y X2 del Anexo 2.

Localizaciones más frecuentes

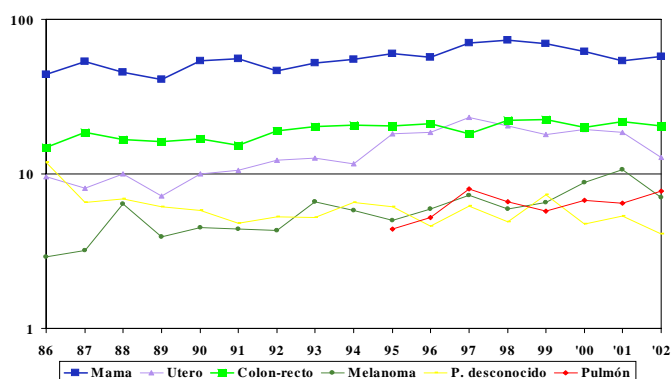
Las 10 localizaciones más frecuentes aparecen reflejadas en la tabla 9.2. Existen pocas variaciones en la frecuencia relativa con respecto al año 2001 en hombres. En este último año, la próstata sigue siendo la localización más frecuentemente afectada en hombres, seguida del pulmón y colon-recto. Entre las mujeres, ha habido algunas variaciones con respecto al año 2001. La mama sigue siendo la localización más frecuentemente afectada, seguida del colon-recto y destaca el pulmón que aumenta su frecuencia relativa, pasando de octava a cuarta posición.

Tabla 9.2: Diez tumores más frecuentes. Gipuzkoa 2002

HOMBRES	%	Nº DE ORDEN	%	MUJERES
Próstata	24,5	1º	28,5	Mama
Bronquio-Pulmón	14,6	2º	13,8	Colon y recto
Colon y recto	13,5	3º	8,5	Utero
Vejiga	7,2	4º	4,2	Bronquio-pulmón
Estómago	5,1	5º	3,9	Estómago
Labio, cav.oral y faringe	4,6	6º	3,5	Ganglios linfáticos
Riñón, pelvis renal y uréter	3,7	7º	3,4	Páncreas
Laringe	3,7	8º	3,4	Sistema hematopoyético
Localiz. primaria desconocida	3,1	9º	3,2	Glándula tiroides
Sistema Hematopoyético	3,0	10º	3,2	Localiz. primaria desconocida

Gráfico 9.3: Tasas de incidencia de cáncer por 100.000 (ajustadas a la población mundial) específicas por localización en varones, Gipuzkoa 1986-2002.

En el gráfico 9.3, observamos que la tasa de incidencia de próstata se mantiene elevada, en las cifras alcanzadas en el año 1999 tras el rápido incremento de los años 97-99. El resto de las tasas de incidencia se mantienen estables y la incidencia del cáncer de estómago sigue su lento y progresivo descenso.

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

La mama sigue siendo la localización más frecuente en mujeres, confirmándose la tendencia al descenso iniciada en el bienio 99-2000 y, que tuvo lugar tras la primera vuelta del programa de detección precoz. En segundo lugar, los tumores de colon y recto, con una ligera tendencia al alza. Por otra parte, el melanoma desciende ligeramente con respecto a la tasa de 2001. Por último, destacar el lento pero progresivo incremento de la incidencia del cáncer de pulmón en las mujeres.

Indicadores de calidad de la información

Los indicadores de calidad que se presentan a continuación hablan de un registro de alta exhaustividad y con una buena calidad en la información recogida:

- No hay ningún caso con edad desconocida.
- El 2,4% de los caso incidentes tienen como única fuente de información el Certificado de Defunción, y el porcentaje se mantiene por debajo del 4% tanto en hombres como en mujeres.
- El 83% de los casos tienen confirmación histológica y un 6,1% citológica, ligeramente superior al año 2001. El porcentaje de casos totales con verificación citológica y/o verificación histológica entre los varones es del 89,8% y entre las mujeres el porcentaje es del 88,1%.
- La frecuencia de casos con localización "sitio primario desconocido" es del 3,2%, algo inferior al año precedente y no se observan diferencias por sexo.

Tabla 9.3: Distribución porcentual de los tumores invasivos según indicadores de calidad. Gipuzkoa 2002

VARONES	
Nº casos	2.086
% Verificación citología y/o histología	89,8
% Sitio 1º desconocido	3,1
% Notificados por certificado de defunción	3,6
% Solo certificado de defunción	1,9
MUJERES	
Nº casos	1.207
% Verificación citología y/o histología	88,1
% Sitio 1º desconocido	3,2
% Notificados por certificado de defunción	4,3
% Solo certificado de defunción	3,2

*Cierre provisional (marzo 2006)

Evolución del Cáncer en el Territorio Histórico de Gipuzkoa

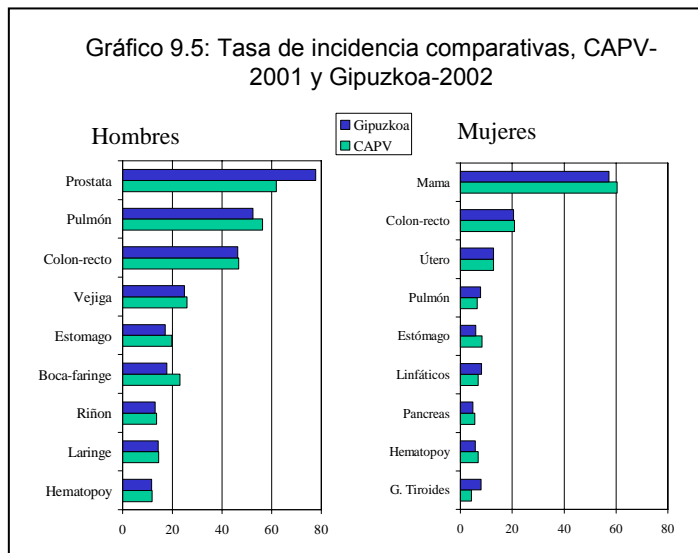
En hombres se observa un incremento paulatino tanto en el número de casos como en las tasas bruta y ajustada a la población mundial. En cambio, en mujeres los tres indicadores descienden ligeramente. Por otra parte, el indicador de calidad utilizado (porcentaje de casos cuya única fuente ha sido el boletín estadístico de defunción-SCD) ha mejorado en los años de vida del registro.

Tabla 9.4: Evolución de la incidencia de tumores invasivos e indicadores de calidad más relevantes. Gipuzkoa 1992-2001

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
VARONES										
nº casos	1.492	1.625	1.570	1.658	1.759	1.738	1.994	2.032	2.088	2.086
Tasa bruta	451,7	489,2	473,1	499,9	530,5	524,5	602,1	613,8	631,8	631,7
Tasa ajustada	309,9	314,8	304,5	320,0	322,5	323,2	361,9	355,3	358,2	356,3
SCD (%)	3,9	3,8	2,8	3,1	2,5	2,5	2,4	1,7	1,7	1,9
MUJERES										
nº casos	1.062	1.108	1.131	1.116	1.286	1.294	1.294	1.304	1.240	1.207
Tasa bruta	310,1	322,0	328,5	324,0	373,2	375,3	375,1	377,7	361,4	351,2
Tasa ajustada	176,0	188,1	189,8	182,8	210,1	209,9	207,0	203,8	189,5	182,4
SCD (%)	4,3	3,8	5,1	3,9	4,4	2,8	3,2	3,1,	3,6	3,2

SCD: solo certificado de defunción

Situación de Gipuzkoa con respecto a la CAPV



Se presenta la comparación de la incidencia de cáncer en la CAPV del año 2001 (último año disponible al cierre de esta memoria) y la incidencia de Gipuzkoa del 2002. En el total de tumores registrados para todas las localizaciones no se constatan grandes diferencias en las tasas ajustadas entre los hombres de Gipuzkoa y la CAPV y éstas son ligeramente más elevadas en la CAPV en las mujeres.

Entre las localizaciones más frecuentemente afectadas en hombres, en el año 2002, cabe

señalar que en Gipuzkoa el cáncer de próstata continúa presentando tasas notablemente superiores respecto a las de la CAPV del 2001. Existen en hombres diferencias menores en otras localizaciones. Así, en las localizaciones de pulmón, vejiga, boca-faringe y estómago las tasas son superiores en la CAPV.

Respecto a las mujeres la diferencia más notable se da en los tumores de mama cuya tasa es más baja en Gipuzkoa. Por el contrario, los tumores de pulmón, tejido linfático y tiroides presentan tasas más elevadas en Gipuzkoa que en la CAPV.

Anexo 1

Sistema de Información Microbiológica. Gipuzkoa 2005

Mycobacterias

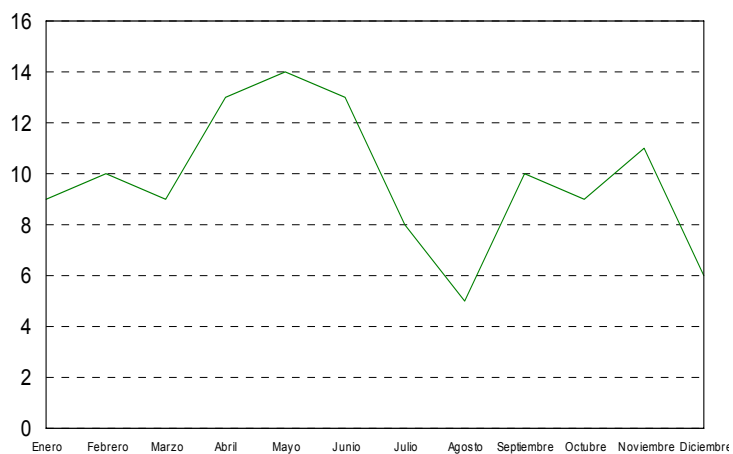
1. Según centro declarante

Centro	M.tuberculosis
L.U.D.	67
H. Bidasoa	7
H.Mendaro	15
H. Zumarraga	21
H. Alto Deba	7
Total	117

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
de 1 a 9 años	0	1	1
de 10 a 19 años	1	1	2
de 20 a 29 años	16	3	19
de 30 a 39 años	16	6	22
de 40 a 49 años	13	9	22
de 50 a 59 años	6	6	12
de 60 a 69 años	6	1	7
de 70 a 79 años	9	2	11
más de 80 años	9	7	16
No consta	5	0	5
Total	81	36	117

3. Según mes de declaración



Neisseria Meningitidis

1. Según centro declarante y serogrupo

Centro	N.men B	N.men C	N.men Y	Sp	Total
L.U.D.	13	1	1	-	15
H. Alto Deba	-	-	-	2	2
H.Bidasoa	2	-	-	-	2
H.Mendaro	1	-	-	-	1
Total	16	1	1	2	20

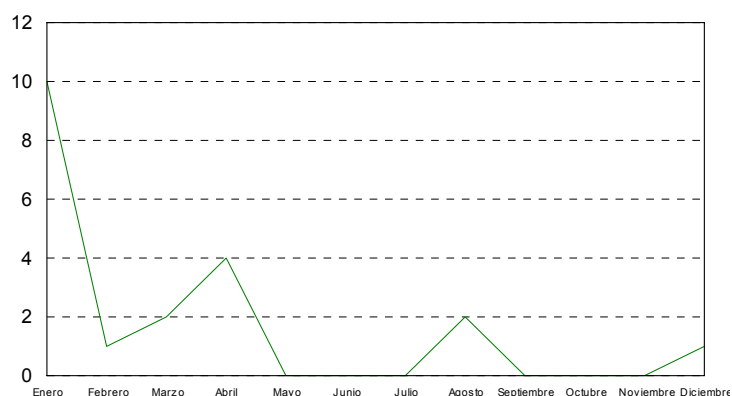
2. Según grupo de edad y serogrupo

Grupo de edad	N.men B	N.men C	N.men Y	Sp	Total
menos de 1 año	2	-	-	-	2
de 1 a 9 años	3	-	-	2	5
de 10 a 19 años	3	-	-	-	3
de 20 a 29 años	1	-	-	-	1
de 40 a 49 años	-	1	-	-	1
de 50 a 59 años	4	-	-	-	4
de 60 a 69 años	1	-	-	-	1
de 70 a 79 años	1	-	-	-	1
Más de 80 años	-	-	1	-	1
No consta	1	-	-	-	1
TOTAL	16	1	1	2	20

3. Muestra según serogrupo

Muestra	N.men B	N.men C	N.men Y	Sp	Total
Sangre	5	-	1	-	6
L.C.R.	11	1	-	2	14
Total	16	1	1	2	20

4. Según mes de declaración



Streptococcus Pneumoniae

1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	69
H.Bidasoa	19
H.Mendaro	32
H.Zumarraga	31
H. Alto Deba	5
Total	156

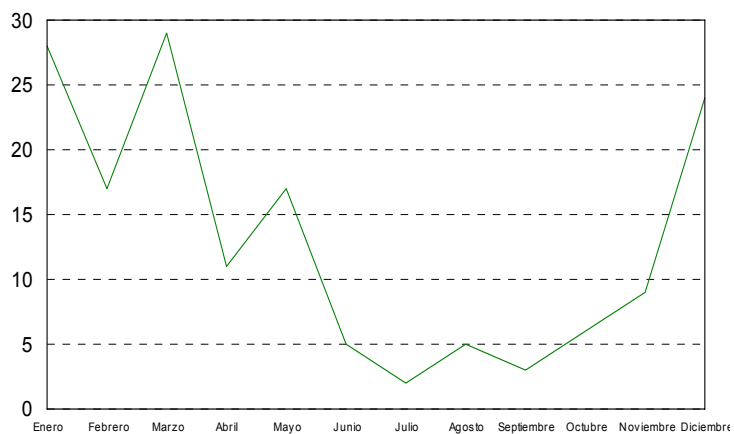
2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	1	2	3
de 1 a 9 años	6	8	14
de 10 a 19 años	2	1	3
de 30 a 39 años	5	6	11
de 40 a 49 años	13	9	22
de 50 a 59 años	12	5	17
de 60 a 69 años	11	8	19
de 70 a 79 años	26	8	34
más de 80 años	10	17	27
No consta	4	2	6
Total	90	66	156

3. Según muestra

Muestra	Nº
L.C.R	10
Sangre	146
Total	156

4. Según mes de declaración



Legionella

1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	34
H.Zumarraga	6
H. Alto Deba	3
Total	43

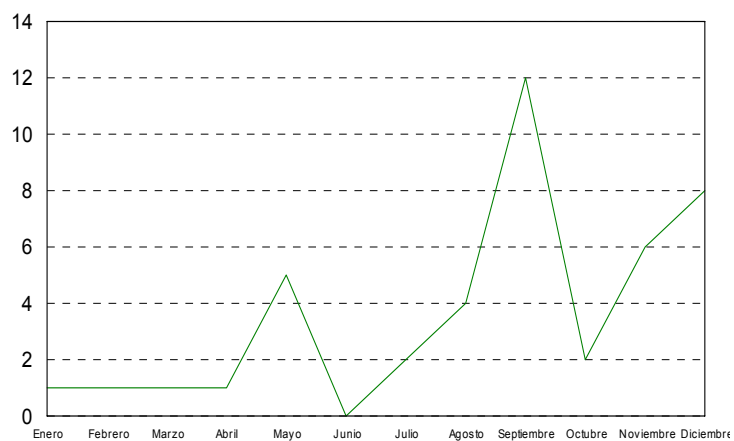
2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
de 20 a 29 años	1	-	1
de 30 a 39 años	2	-	2
de 40 a 49 años	11	-	11
de 50 a 59 años	13	-	13
de 60 a 69 años	4	-	4
de 70 a 79 años	4	1	5
más de 80 años	4	2	6
No consta	1	-	1
Total	40	3	43

3. Según tipo de muestra

Muestra	Nº
Suero	1
Orina	37
Espuito	4
Lavado bronco- alveolar	1
Total	43

4. Según mes de declaración



Coxiella Burnetti

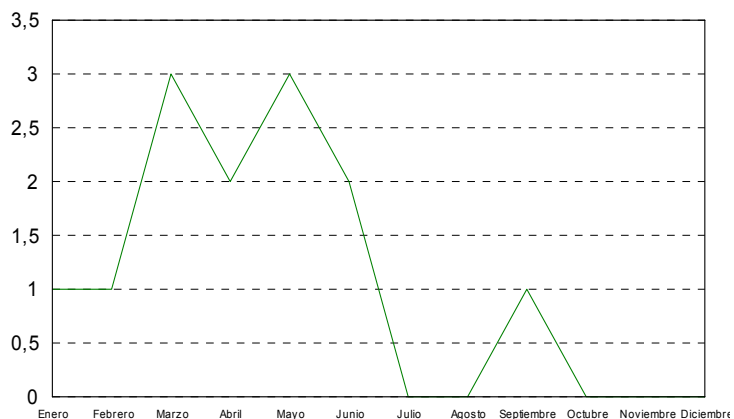
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D:	10
H. Alto Deba	3
Total	13

2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	Hombre	Mujer	Total
de 20 a 29 años	2	1	3
de 30 a 39 años	5	1	6
de 40 a 49 años	-	1	1
de 60 a 69 años	1	-	1
de 70 a 79 años	1	-	1
No consta	1	-	1
Total	10	3	13

3. Según mes de declaración



Mycoplasma pneumoniae

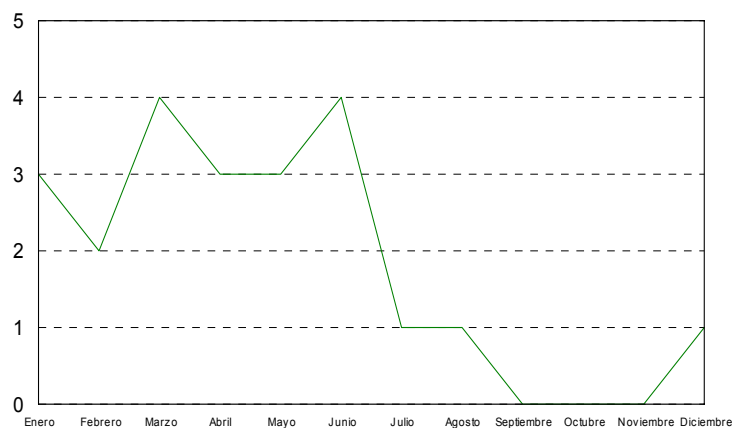
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D:	17
H. Alto Deba	5
Total	22

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
Menos de 1 año	1	-	1
de 1 a 9 años	11	3	14
de 20 a 29 años	1	1	2
de 30 a 39 años	-	1	1
De 60 a 69 años	-	1	1
No consta	-	3	3
Total	13	9	22

3. Según mes de declaración



Virus sincitial respiratorio

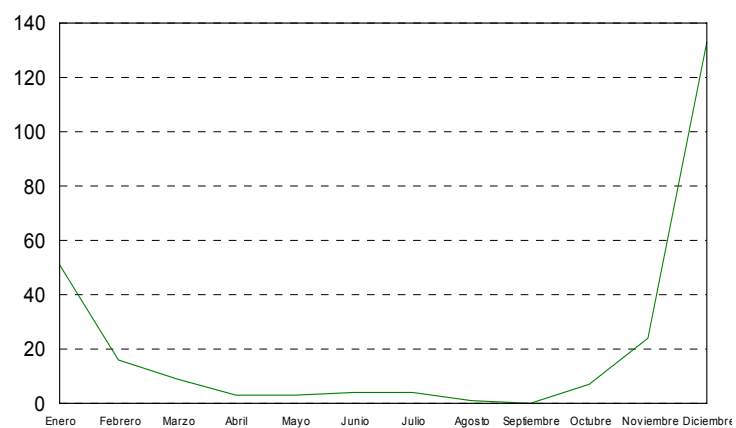
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D:	169
H. Zumarraga	86
Total	255

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
< 1 año	100	85	185
De 1 a 9 años	27	32	59
De 10 a 19 años	-	1	1
No consta	5	5	10
Total	132	123	255

3. Según mes de declaración



Hepatitis A

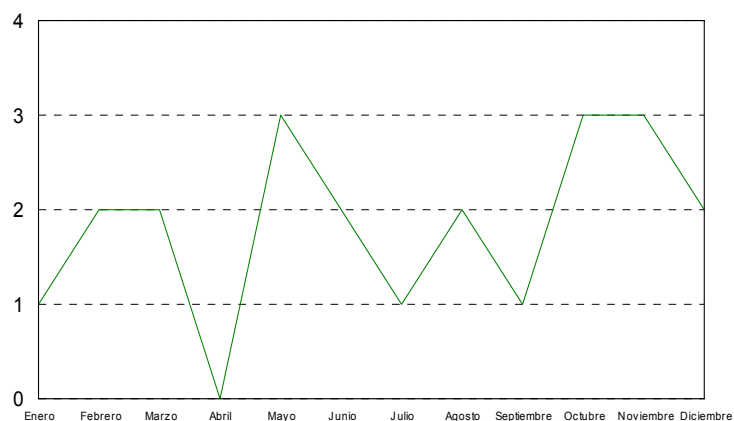
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	19
H. Alto Deba	3
Total	22

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
de 1 a 9 años	1	0	1
de 20 a 29 años	8	5	13
de 30 a 39 años	5	1	6
de 40 a 49 años	-	1	1
de 50 a 59 años	1	-	1
Total	15	7	22

3. Según mes de declaración



Otras Salmonellas

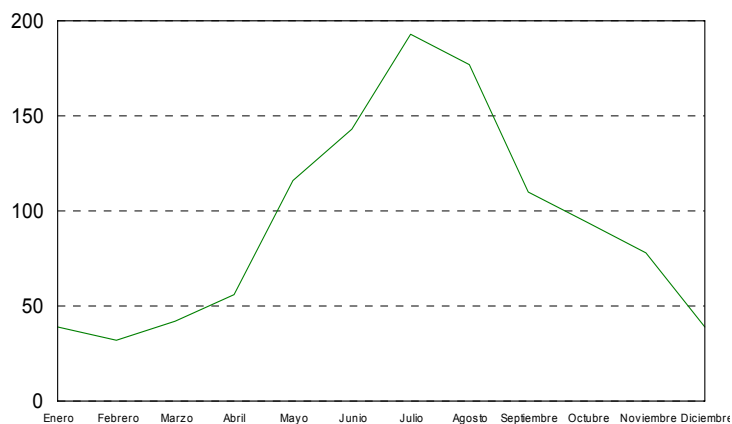
1. Según centro declarante

CENTRO	L.U.D.	H. ZUMARRAGA	H. ALTO DEBA	H.BIDASOA	H. MENDARO	TOTAL
S. grupo B	-	3	-	-	1	4
S. chester	-	1	-	-	-	1
S. derby	1	-	-	-	-	1
S. typhimurium	99	9	13	12	16	149
S. grupo C	-	4	1	-	1	6
S. E. london	1	-	-	-	-	1
S. hadar	7	2	-	1	3	13
S. infantis	1	-	-	1	-	2
S. montevideo	1	-	-	-	-	1
S. newport	2	-	-	-	2	4
S. grupo D	-	11	-	-	3	14
S. enteritidis	507	129	94	71	95	896
Salmonella spp	14	-	1	5	1	21
Otra especie	3	-	-	0	3	6
Total	636	159	109	90	125	1119

2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	No consta	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	-	32	46	78
de 1 a 9 años	-	249	208	457
de 10 a 19 años	-	34	27	61
de 20 a 29 años	-	48	36	84
de 30 a 39 años	-	44	37	81
de 40 a 49 años	-	33	41	74
de 50 a 59 años	-	49	34	83
de 60 a 69 años	-	32	23	55
de 70 a 79 años	-	28	34	62
más de 80 años	-	8	33	41
no consta	2	25	16	43
Total	2	582	535	1119

3. Según mes de declaración



Campylobacter

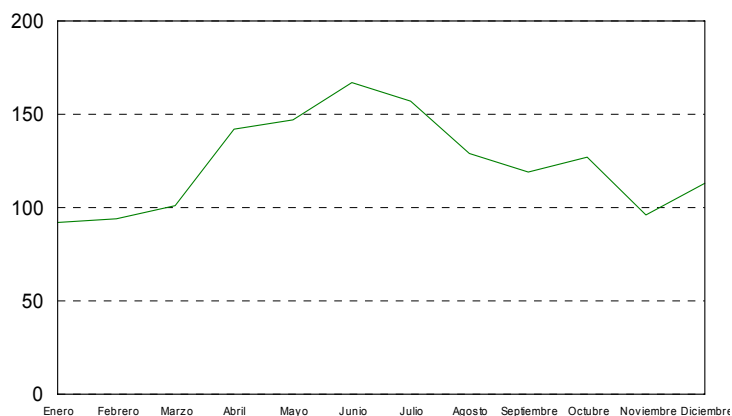
1. Según centro declarante

Centro	C. jejuni	Campyl. sp.	C. upsaliensis	Total
L.U.D.	947	1	-	948
H. Zumarraga	125	-	-	125
H. Alto Deba	108	-	-	108
H. Bidasoa	182	-	1	183
H. Mendaro	101	19	-	120
Total	1.463	20	1	1.484

2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	No consta	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	-	103	102	205
de 1 a 9 años	2	522	406	930
de 10 a 19 años	-	28	13	41
de 20 a 29 años	-	12	10	22
de 30 a 39 años	-	18	16	34
de 40 a 49 años	-	25	15	40
de 50 a 59 años	-	25	7	32
de 60 a 69 años	-	19	8	27
de 70 a 79 años	-	18	16	34
más de 80 años	-	9	6	15
no consta	10	57	37	104
Total	12	836	596	1484

3. Según mes de aislamiento



Rotavirus

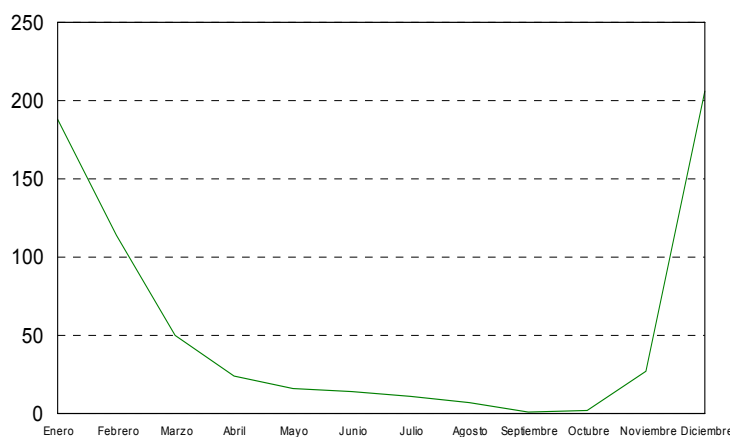
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	413
H. Zumarraga	81
H. Bidasoa	99
H. Mendaro	67
TOTAL	660

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	No consta	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	-	144	122	266
de 1 a 9 años	-	184	138	322
de 10 a 19 años	-	4	-	4
de 20 a 29 años	-	1	-	1
de 50 a 59 años	-	1	-	1
no consta	1	36	29	66
Total	1	370	289	660

3. Según mes de aislamiento



Yersinia

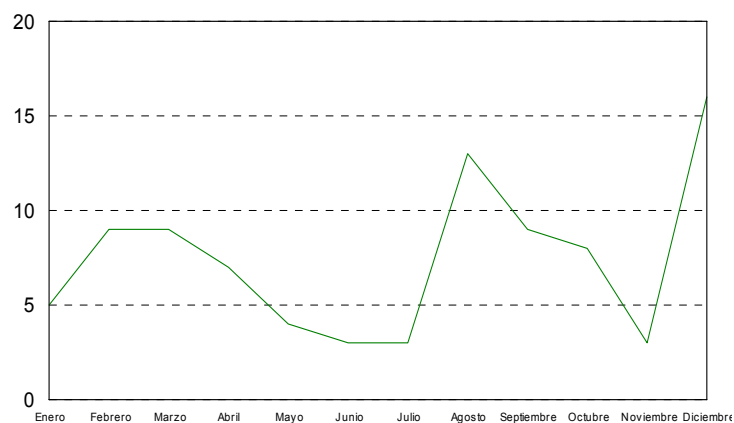
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	72
H. Zumarraga	3
H. Bidasoa	11
H. Mendaro	3
TOTAL	89

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	4	5	9
de 1 a 9 años	30	23	53
de 10 a 19 años	3	7	10
de 20 a 29 años	3	1	4
de 40 a 49 años	1	2	3
de 50 a 59 años	1	-	1
de 60 a 69 años	-	1	1
de 70 a 79 años	1	-	1
más de 80 años	1	-	1
no consta	2	4	6
Total	46	43	89

3. Según mes de aislamiento



Shigella

1. Según centro declarante y especie

Centro	S. flexneri	S. sonnei	S. sp	Total
L.U.D.	9	20	1	30
H. Bidasoa	-	3	-	3
Total	9	23	1	33

2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	Hombre	Mujer	Total
de 1 a 9 años	1	2	3
de 10 a 19 años	1	1	2
de 20 a 29 años	6	5	11
de 30 a 39 años	4	2	6
de 40 a 49 años	-	1	1
de 50 a 59 años	1	2	3
de 60 a 69 años	2	1	3
de 70 a 79 años	1	-	1
más de 80 años	-	1	1
no consta	-	2	2
Total	16	17	33

3. Según mes de aislamiento

Mes	TOTAL
febrero	1
abril	1
mayo	1
junio	2
julio	3
agosto	15
septiembre	2
noviembre	5
diciembre	3
Total	33

Anexo 2

Tablas Registro de Cáncer

Tabla X.1: Incidencia de tumores malignos en hombres. Gipuzkoa 2002 (*)

CIE-O-II-LOCALIZACION	CASOS	Notificado Certificado Defunción %	Verificación Histológica- Citológica %	Solo certificado defunción DCO %	Tasa Bruta	Tasa Ajustada (población mundial)
C00 LABIO	9	-	100	-	2,73	1,47
C01 BASE DE LA LENGUA	10	-	100	-	3,03	1,84
C02 OTRAS PARTES Y NO ESP. LENGUA	17	-	100	-	5,15	3,12
C03 ENCIA	1	-	100	-	0,30	0,10
C04 SUELO BOCA	5	-	100	-	1,51	1,06
C05 PALADAR	-	-	-	-	-	-
C06 OTRAS Y NO ESPEC DE BOCA	2	-	100	-	0,61	0,35
C07 GLANDULA PAROTIDA	2	-	100	-	0,61	0,33
C08 OTRAS GLAND SALIVALES MAY.	3	-	100	-	0,91	0,49
C09 AMIGDALA	5	-	100	-	1,51	0,81
C10 OROFARINGE	10	-	100	-	3,03	1,95
C11 NASOFARINGE	6	-	83,3	-	1,82	1,10
C12 SENO PIRIFORME	11	-	100	-	3,33	2,26
C13 HIPOFARINGE	3	-	100	-	0,91	0,65
C14 FARINGE Y MAL DEFINIDOS	12	-	100	-	3,63	2,24
C15 ESOFAGO	47	-	93,6	-	14,23	8,84
C16 ESTOMAGO	106	4,7	94,3	2,8	32,10	17,16
C17 INTESTINO DELGADO	4	-	100	-	1,21	0,71
C18 COLON	166	0,6	90,4	-	50,27	26,81
C19 UNION RECTOSIGMOIDEA	37	2,7	97,3	-	11,21	5,78
C20 RECTO	78	1,3	97,4	1,3	23,62	13,66
C21 ANO Y CANAL ANAL	3	-	100	-	0,91	0,61
C22 HIGADO Y VIAS BILIR. INTRAHEP.	51	9,8	51	2	15,45	8,80
C23 VESICULA BILIAR	3	-	100	-	0,91	0,45
C24 NO ESPECIFIC. DE VIAS BILIARES	11	18,2	63,6	-	3,33	1,81
C25 PANCREAS	50	10	60	2	15,14	9,03
C26 OTRAS LOC. Y MAL DEFIN. AP. DIG.	4	25	75	25	1,21	0,64
C30 FOSA NASAL Y OIDO MEDIO	2	-	100	-	0,61	0,28
C31 SENOS ACCESORIOS	2	-	100	-	0,61	0,31
C32 LARINGE	76	1,3	98,7	1,3	23,02	14,32
C33 TRAQUEA	-	-	-	-	-	-
C34 BRONQUIO Y PULMON	306	4,9	85,9	3,3	92,67	52,37
C37 TIMO	-	-	-	-	-	-
C38 CORAZON, MEDIASTINO Y PLEURA	5	-	100	-	1,51	0,96
C39 OT. Y MAL DEF. AP. RESP.E INTRAT.	-	-	-	-	-	-
C40 HUESO, ARTIC. Y CART. DE EXTR.	4	-	100	-	1,21	1,86
C41 O. LOC. Y MAL DEFINIDAS	1	-	100	-	0,30	0,68
C42 SIST. HEMATOPOYETICO Y RETIC.	63	4,8	90,5	3,2	19,08	11,62
C44 PIEL	37	-	100,0	-	11,21	6,78
C47 NERVIOS PERIF. Y SIS. NERV. AUT.	-	-	-	-	-	-
C48 RETROPERITONEO Y PERITONEO	3	-	66,7	-	0,91	0,45
C49 TEJ. CONJUNTIVO, SUBCUT. OTROS	9	-	100	-	2,73	2,15
C50 MAMA MASCULINA	3	-	100	-	0,91	0,53
C60 PENE	2	-	100	-	0,61	0,36
C61 GLANDULA PROSTATICA	510	2,9	95,5	2,5	154,45	77,75
C62 TESTICULO	16	-	100	-	4,85	4,22
C63 OTRAS LOC. Y NO ESPECIFICADAS	-	-	-	-	-	-
C64 RIÑON	65	3,1	80	1,5	19,69	11,19
C65 PELVIS RENAL	7	-	100	-	2,12	1,27
C66 URETER	6	-	100	-	1,82	0,70
C67 VEJIGA	151	4	93,4	1,3	45,73	24,92
C68 OTRAS LOC. Y NO ESPECIFICADAS	-	-	-	-	-	-
C69 OJOS Y ANEXOS	1	-	100	-	0,30	0,19
C70 MENINGES	1	-	100	-	0,30	0,17
C71 ENCEFALO	30	13,3	73,3	3,3	9,09	6,11
C72 MEDULA ESP. NERV. CRAN. Y OTR.	-	-	-	-	-	-
C73 GLANDULA TIROIDES	10	-	100	-	3,03	2,38
C74 GLANDULA SUPRARRENAL	2	-	100	-	0,61	0,35
C75 O. GLAND. ENCOCR. Y ESTR. AFIN.	-	-	-	-	-	-
C76 LOCALIZ. MAL DEFINIDAS	1	-	100,0	-	0,3	0,14
C77 GANGLIOS LINFATICOS	52	1,9	96,2	-	15,75	11,96
C80 LOC. PRIMARIA DESCONOCIDA	65	10,8	56,9	4,6	19,69	10,23
TODAS LAS LOCALIZACIONES	2.086	3,6	89,8	1,92	631,749	356,309

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

Tabla X.2: Casos y tasas de tumores malignos en mujeres. Gipuzkoa 2002 (*)

CIE-O-II-LOCALIZACION	CASOS	Notificado Certificado Defunción %	Verificación Histológica + Citológica %	Solo certificado defunción DCO %	Tasa Bruta	Tasa Ajustada (población mundial)
C00 LABIO	2	-	100	-	0,58	0,27
C01 BASE DE LA LENGUA	-	-	-	-	-	-
C02 OTRAS PARTES Y NO ESP. LENGUA	3	-	100	-	0,88	0,29
C03 ENCIA	1	-	100	-	0,29	0,15
C04 SUELO BOCA	2	-	100	-	0,58	0,12
C05 PALADAR	2	-	100	-	0,58	0,37
C06 OTRAS Y NO ESPEC DE BOCA	-	-	-	-	-	-
C07 GLANDULA PAROTIDA	3	-	100	-	0,88	0,72
C08 OTRAS GLAND SALIVALES MAY.	-	-	-	-	-	-
C09 AMIGDALA	2	-	100	-	0,58	0,34
C10 OROFARINGE	1	-	100	-	0,29	0,21
C11 NASOFARINGE	2	-	100	-	0,58	0,22
C12 SENO PIRIFORME	-	-	-	-	-	-
C13 HIPOFARINGE	-	-	-	-	-	-
C14 FARINGE Y MAL DEFINIDOS	3	-	100	-	0,88	0,61
C15 ESOFAGO	9	-	100	-	2,63	1,42
C16 ESTOMAGO	47	8,5	91,5	8,5	13,71	5,94
C17 INTESTINO DELGADO	2	-	50	-	0,58	0,10
C18 COLON	115	3,5	91,3	1,7	33,54	14,29
C19 UNION RECTOSIGMOIDEA	11	-	100	-	3,21	1,13
C20 RECTO	41	-	100	-	11,96	5,01
C21 ANO Y CANAL ANAL	-	-	-	-	-	-
C22 HIGADO Y VIAS BILIR. INTRAHEP.	22	13,6	27,3	9,1	6,42	2,97
C23 VESICULA BILIAR	12	8,3	58,3	-	3,50	1,23
C24 NO ESPECIFIC. DE VIAS BILIARES	10	-	50	-	2,92	0,81
C25 PANCREAS	41	14,6	43,9	12,2	11,96	4,73
C26 OTRAS LOC. Y MAL DEFIN. AP. DIG.	4	50	50	50	1,17	0,32
C30 CAVIDAD NASAL, ETC	1	-	100	-	0,29	0,21
C31 SENOS ACCESORIOS	1	-	100	-	0,29	0,07
C32 LARINGE	2	-	100	-	0,58	0,31
C33 TRAQUEA	-	-	-	-	-	-
C34 BRONQUIO Y PULMON	51	7,8	86,3	3,9	14,88	7,76
C37 TIMO	-	-	-	-	-	-
C38 CORAZON, MEDIASTINO Y PLEURA	2	-	100	-	0,58	0,32
C39 OT. Y MAL DEF. AP. RESP.E INTRAT.	1	-	100	-	0,29	0,11
C40 HUESO, ARTIC. Y CART. DE EXTR.	2	-	100	-	0,58	0,46
C41 O. LOC. Y MAL DEFINIDAS	-	-	-	-	-	-
C42 SIST. HEMATOPOYETICO Y RETIC.	41	17,1	75,6	14,6	11,96	5,81
C44 PIEL	41	-	100,0	-	11,96	8,20
C47 NERVIOS PERIF. Y SIS. NERV. AUT.	-	-	-	-	-	-
C48 RETROPERITONEO Y PERITONEO	7	-	85,7	-	2,04	0,96
C49 TEJ. CONJUNTIVO, SUBCUT. OTROS	5	-	100	-	1,46	0,76
C50 MAMA FEMENINA	344	0,6	98	0,6	100,34	57,34
C51 VULVA	11	-	100	-	3,21	0,99
C52 VAGINA	2	-	100	-	0,58	0,25
C53 CUELLO DEL UTERO	22	4,5	100	-	6,42	4,05
C54 CUERPO DEL UTERO	76	1,3	98,7	1,3	22,17	12,13
C55 UTERO, SAI	4	25	75	25	1,17	0,63
C56 OVARIO	37	10,8	86,5	8,1	10,79	7,19
C57 O. LOC. Y NO ESPECIFICADAS	-	-	-	-	-	-
C58 PLACENTA	-	-	-	-	-	-
C64 RIÑON	27	3,7	85,2	-	7,87	3,40
C65 PELVIS RENAL	2	-	100	-	0,58	0,31
C66 URETER	-	-	-	-	-	-
C67 VEJIGA	31	-	90,3	-	9,04	3,33
C68 OTRAS LOC. Y NO ESPECIFICADAS	-	-	-	-	-	-
C69 OJOS Y ANEXOS	3	-	66,7	-	0,88	0,59
C70 MENINGES	2	50	50	50	0,58	0,27
C71 ENCEFALO	33	12,1	48,5	9,1	9,63	4,76
C72 MEDULA ESP. NERV. CRAN. Y OTRO	1	-	100	-	0,29	0,25
C73 GLANDULA TIROIDES	39	-	100	-	11,38	7,97
C74 GLANDULA SUPRARRENAL	3	-	100	-	0,88	0,49
C75 O. GLAND. ENCOCR. Y ESTR. AFIN.	-	-	-	-	-	-
C76 LOCALIZ. MAL DEFINIDAS	-	-	-	-	-	-
C77 GANGLIOS LINFATICOS	42	2,4	95,2	2,4	12,25	8,18
C80 LOC. PRIMARIA DESCONOCIDA	39	12,8	53,9	10,3	11,38	4,07
TODAS LAS LOCALIZACIONES	1.207	4,3	88,1	3,2	352,06	182,38

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

Anexo 3

Población

Tabla Población. Censo 2001.

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

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

