



**2007**

Gaixotasun infektziosoak  
Enfermedades infecciosas

Pujak / Brotes

Txertaketak / Vacunaciones

Jaiotzak Gipuzkoan  
Nacimientos en Gipuzkoa

Hilokotasuna Gipuzkoako  
Lurralde Historikoan  
Mortalidad en el Territorio  
Histórico de Gipuzkoa

Hileta Araudi Sanitaria  
Policía Sanitaria Mortuoria

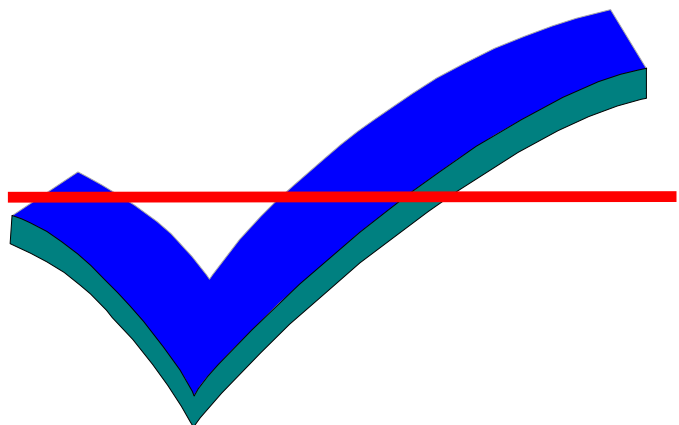
Ospitale alden erregistroa  
CMBD-Mortalidad hospitalaria

Minbizia / Cáncer

Eranskinak / Anexos

**EPIDEMIOLOGI ETA INFORMAZIO  
UNITATEA**

**UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA E  
INFORMACION**



# Índice

---

	<u>Página</u>
<b>1</b> Introducción	2
<b>2</b> Enfermedades infecciosas	3
- Enfermedades respiratorias	4
- Enfermedades de transmisión alimentaria	18
- Hepatitis víricas	21
- Enfermedades prevenibles por inmunización	22
- Otras enfermedades infecciosas	25
<b>3</b> Brotes	28
- Brotes de toxi-infección alimentaria	28
<b>4</b> Vacunaciones	33
<b>5</b> Nacimientos en Gipuzkoa	37
<b>6</b> Mortalidad en el Territorio Histórico de Gipuzkoa	39
<b>7</b> Policía Sanitaria Mortuoria	48
<b>8</b> Morbilidad Hospitalaria - CMBD	50
<b>9</b> Registro de Cáncer	55
Anexo 1: Sistema de Información Microbiológica	59
Anexo 2: Tablas Registro de Cáncer	73
Anexo 3: Población	76

# 1 Introducción

La vigilancia epidemiológica consiste fundamentalmente en la observación continuada de la distribución y tendencia de la incidencia a través de la recogida sistemática, evaluación de la morbilidad y mortalidad y otros hechos relevantes junto a la difusión regular y rápida a todos los que necesitan conocerla

El fin último de la vigilancia es la aplicación de estos datos en la prevención y control de los problemas de salud.

Esta memoria pretende difundir los datos epidemiológicos más relevantes de Gipuzkoa durante el año 2007 entre todos los que de algún modo intervienen, proporcionando la información, en su análisis o en la gestión de los servicios de salud.

Se describe la distribución de enfermedades relevantes para la Salud Pública en el Territorio Histórico de Gipuzkoa con datos de 2006 y algunos datos históricos de tendencia.

Este informe recoge, como en años anteriores, la descripción epidemiológica de la situación de las enfermedades transmisibles, inmunizaciones, la vigilancia de las enfermedades no transmisibles, y la mortalidad.

Los datos utilizados para la realización de este informe son los obtenidos mediante los siguientes sistemas de información: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), Red de Vigilancia de Médicos Vigías, Sistema de Información Microbiológica (SIM), Registro de Mortalidad, Registro de Altas Hospitalarias (CMBD) y Registro de Cáncer (RCEME).

La comarcalización sanitaria utilizada corresponde a las dos comarcas sanitarias de Atención Primaria de Osakidetza en Gipuzkoa: Ekialde-Este y Mendebalde-Oeste.

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.

## 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 2007 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 2007 entre el número de casos del año anterior; el índice epidémico 2 se calcula dividiendo el número de casos notificados en el 2007 entre la mediana de los casos registrados el quinquenio anterior (2002-2006). 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. (poner línea vertical en datos 2007)

**Tabla 2.1:** Casos y tasas x 100.000 hab. de las enfermedades notificadas al Sistema E.D.O.. Gipuzkoa 2002-2007.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007			
	casos	casos	casos	casos	casos	casos	Tasa	IE 1	IE 2
Botulismo	0	0	0	0	2	0			
Cólera	0	0	0	0	0	0			
Disenteria	2	9	11	38	12	8	1,19	0,62	0,73
Fiebre tifo.paratífica	4	1	1	1	3	4	0,59		4,00
Triquinosis	0	0	0	0	0	3			
Enf. Meningocócica	39	34	18	25	22	13	1,93	0,59	0,52
Gripe	8.579	2.778	3.668	14.336	6.610	9.372	1391,41	1,42	0,73
Legionelosis	34	32	39	49	37	50	7,42	1,35	1,35
Tuberculosis	207	190	171	163	207	174	25,83	0,83	0,92
Varicela	2.083	2.685	2.781	3.535	3.166	5.189	770,38	1,64	1,87
Infec. Gonocócica	5	12	7	6	8	19	2,82	2,38	2,71
Sífilis	3	6	5	3	3	30	10,00	10,00	10,00
Difteria	0	0	0	0	0	0			
Parotiditis	6	10	9	17	25	1.070	158,86	42,80	107,00
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0			
Rubéola	0	0	0	2	0	0			
Sarampión	0	0	0	0	0	0			
Tétanos	0	2	1	0	4	4			
Tos ferina	11	6	11	1	13	7	1,04	0,54	0,64
Hepatitis A	25	15	18	24	53	13	1,93	0,25	0,54
Hepatitis B	11	11	19	12	16	13	1,93	0,81	1,08
Hepatitis C	3	3	5	3	3	4	0,59	1,33	1,33
Otras hepatitis víricas	0	0	0	0	0	0			
Brucelosis	1	2	0	0	0	1			
Rabia	0	0	0	0	0	0			
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0			
Paludismo	8	4	6	6	5	4	0,59	0,80	0,67
Peste	0	0	0	0	0	0			
Tífus 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			

Un índice superior o igual a 1,25: Gripe (1,42). Legionelosis (1,35). Varicela (1,64). Infección meningocócica (2,38). Sífilis (10). Parotiditis: (42,80). Hepatitis C (1,33).

Un índice inferior a 1,25: Infección meningocócica (0,59). Hepatitis A (0,25).

**ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:****Vigilancia de la gripe en la CAPV. Temporada 2007-2008.  
Red de médicos vigía de la CAPV.****Introducción:**

Desde 1998 la red vigía del País Vasco mantiene, entre sus objetivos, la vigilancia de la gripe estacional. En la temporada 2007-2008 la red ha estado formada por 34 médicos de familia y pediatras de Atención Primaria de Osakidetza, el laboratorio de referencia de Hosp. Donostia y las Unidades de Epidemiología de la CAPV. Además colaboran un médico de residencias de ancianos en cada Territorio y los servicios de urgencia de pediatría hospitalarios. La población utilizada como denominador de las tasas es la suma de los cupos de los médicos declarantes y ha sido de 51.009 personas lo que supone el 2,5% de la población vasca.

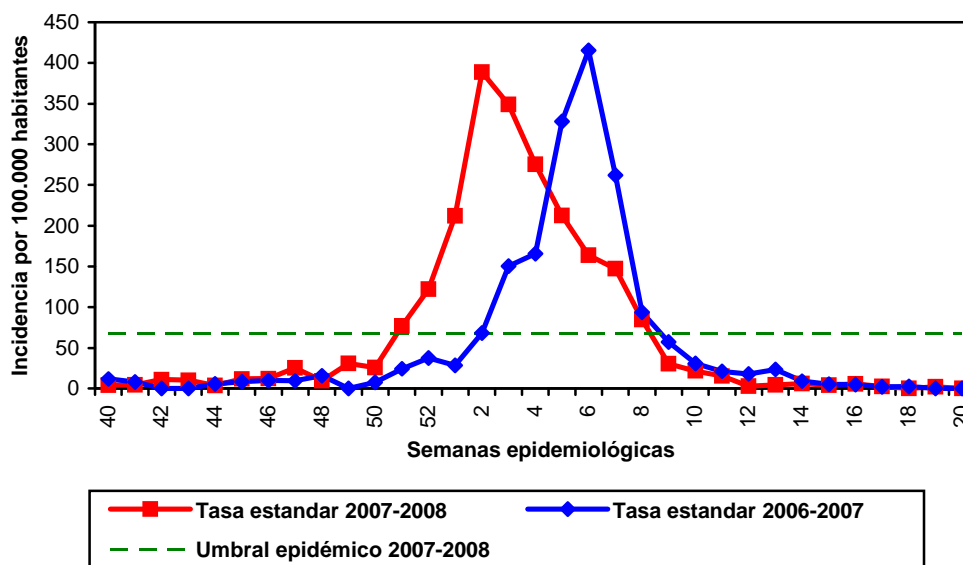
La red vigía ha recogido datos de incidencia de gripe en el período que va de la semana la semana 40 de 2007 (que empezó el 30 de septiembre del 2007) hasta la semana 20 de 2008 (que finalizó el 17 de mayo). El porcentaje de declaración ha sido alto, alcanzando el 91,1% en las 33 semanas de vigilancia.

**Resultados:**

Se han registrado un total de 1.078 casos que cumplían criterios de definición de caso de gripe. Esto supone una incidencia acumulada de gripe 2.113,4 casos por 100.000 habitantes para todo el período vigilado. Dicha incidencia ha sido ligeramente superior a la observada en la temporada 2006-2007 (1.787 casos x 100.000). En conjunto, la onda epidémica estacional de la gripe en la temporada 2007-2008, en comparación con el histórico de la red vigía de la CAPV, podemos definirla como de intensidad media.

La actividad gripal comenzó a ser significativa en las dos últimas semanas de 2007. En la semana 51 se superó el umbral epidémico (68,36 casos x 100.000) y a partir de aquí, la incidencia registrada fue en aumento hasta la semana 2 (7 a 13 de enero de 2008) donde se registró el pico de máxima incidencia con 388 casos por 100.000 habitantes en el conjunto de la red vigía de la CAPV. Este pico es ligeramente inferior al de la temporada previa 2006-2007 que superó los 400 casos por 100.000. Tras la semana 2 se observó un descenso progresivo de los casos, aunque a un ritmo más lento que la temporada previa, hasta alcanzar de nuevo valores por debajo del umbral epidémico en la semana 9 (Figura 1). Esta caída más lenta de la curva epidémica ha contribuido al incremento de la incidencia total de la temporada.

**Gráfico 2.1:** Comparativa de la incidencia semanal de gripe en la CAPV en las temporadas 2007-08 y 2006-07

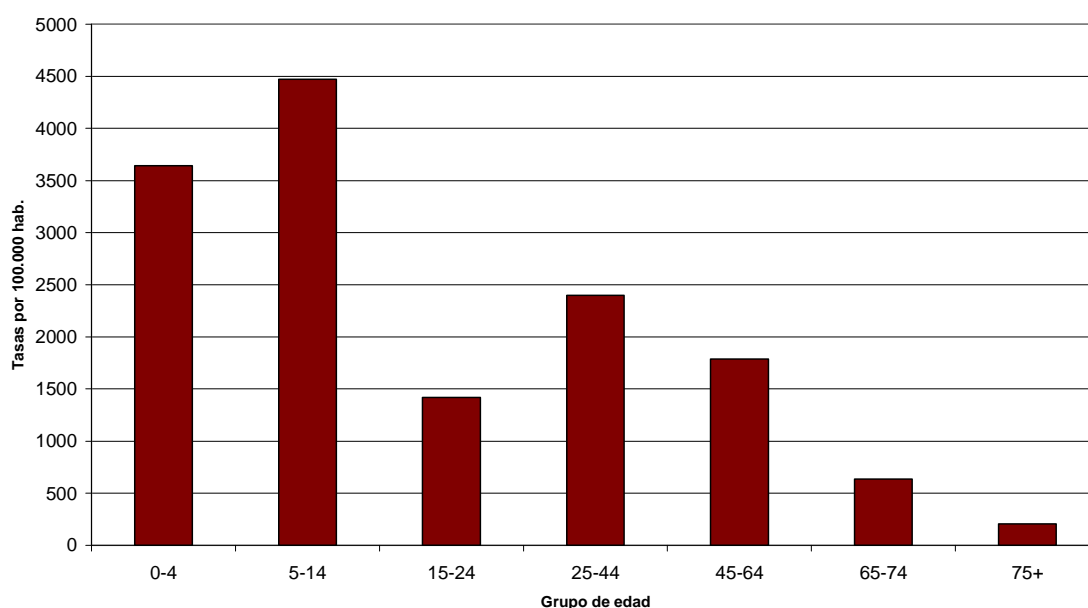


### Características de los casos:

En esta temporada el grupo de edad más afectado ha sido el de 5-14 años (4.500 casos x 100.000), seguido de los menores de 5 años. Entre los adultos destaca la mayor incidencia en la población entre 25-44 años (Gráfico 2.2). La incidencia más baja corresponde a la población mayor de 65 años. El 51% de los casos registrados han sido mujeres y el 49% hombres.

Los síntomas de la enfermedad referidos más frecuentemente han sido la fiebre de aparición brusca (97,7% de los casos), mialgias (86,8%), los síntomas respiratorios (83,5%) y la cefalea (80,1%). El 86,5% de los enfermos de gripe no refieren antecedentes de patología asociada. En el 13,5% restante son los antecedentes de enfermedad respiratoria (3%) y de enfermedad metabólica (2,3%) los más frecuentes. En el 95,7% de los casos no existen antecedentes de vacunación antigripal.

**Gráfico 2.2:** Incidencia acumulada de gripe por edad en la CAPV en la temporada 2007-08

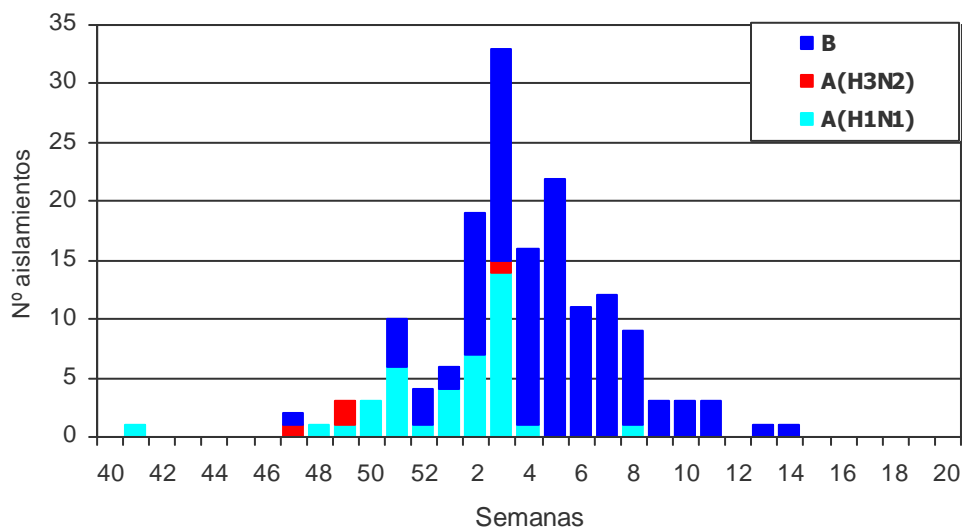


### Datos virológicos

En el conjunto de la temporada 2007-2008 la Red Vigía ha remitido al laboratorio de referencia 338 frotis faríngeos para cultivo y/o detección viral por PCR, lo que indica que se tomaron muestras en el 31,4% de los casos registrados. El laboratorio de referencia del hospital Donostia ha confirmado 201 resultados positivos, por lo que, el rendimiento de las muestras remitidas ha sido del 59,4 %, un ratio que es el más alto alcanzado en nuestra red desde el inicio de la vigilancia de la gripe en 1998.

El primer aislamiento viral positivo, en la semana 42, fue un virus A(H1) y se registró en Álava. Esta temporada, en conjunto, han sido más numerosos los aislamientos de virus gripal tipo B (73%), sobre todo a partir de la semana 4 cuya circulación ha sido la predominante; seguido del virus AH1 que se ha aislado en el 25% de las muestras (ver figura 3). El tipado de las cepas confirma que son cepas similares B/Florida/4/2006(B/Yamagata) y A/SolomondIslands/3/2006(H1N1).

**Gráfico 2.3:** Distribución de aislamientos virales de gripe por tipo en la CAPV en la temporada 2007-08



### Vigilancia de gripe en el estado español y UE.

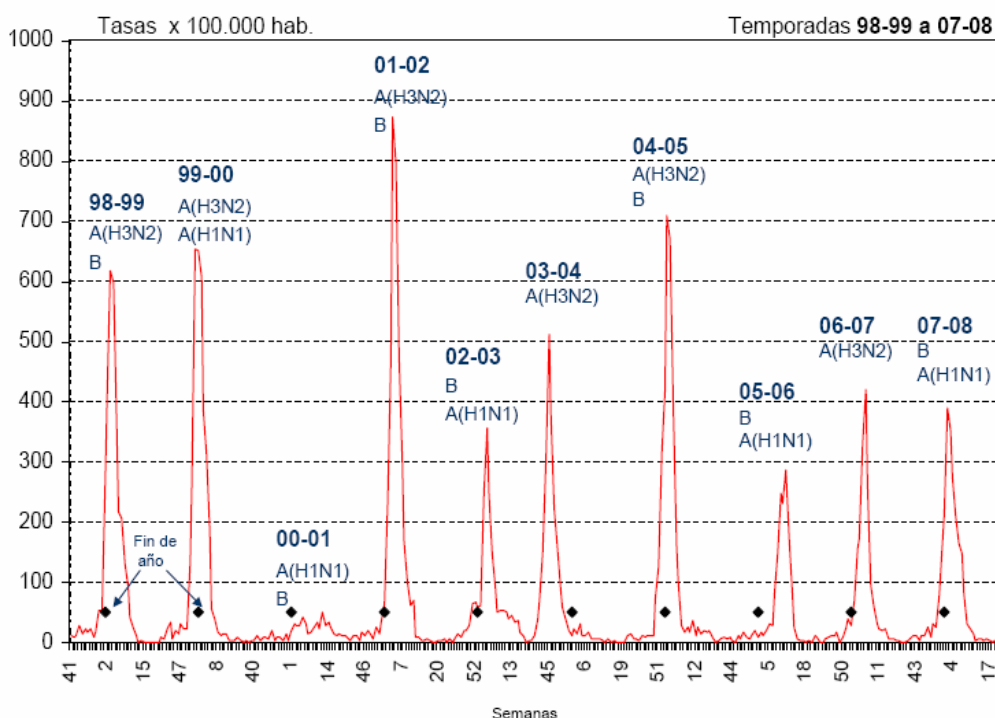
En las CCAA que participan en la vigilancia de la gripe mediante las Redes Centinelas, las características de la actual temporada han sido similares a las descritas para nuestra comunidad, en cuanto a los virus circulantes, distribución por edad y temporalidad. El conjunto de las redes detectaron el pico epidémico en la semana 2 del 2008 (<http://vgripe.isciii.es/gripe/inicio.do>).

En Europa, el EISS (<http://www.eiss.org/index.cgi>) informa que la actividad gripal epidémica 2007-2008 se detectó de forma significativa en las primeras semanas del año en Irlanda, Reino Unido y España, aunque la mayoría de los países europeos alcanzaron el máximo de incidencia entre las semanas 4 y 8 de enero de 2008.

El tipo viral predominante en Europa ha sido claramente el B, que supuso un 58% entre los aislamientos centinelas y hasta un 80% en los aislamientos no centinelas. De un total de 3.504 virus caracterizados, 10 fueron A/New Caledonia/20/99 (H1N1), 2.141 A/Solomon Island/3/2006 (H1N1), 21 A/Wisconsin/67/2005 (H3N2), 23 A/Brisbane/10/2007 (H3N2), 1.293 B/Florida/4/2006 (linaje B/Yamagata/16/88, no incluida en la vacuna de la temporada 2007-2008) y 16 B/Malaysia/2506/2004 (linaje B/Victoria/2/87, incluida en la vacuna de la temporada 2007-2008). Se han encontrado virus gripales A(H1N1) resistentes a Oseltamivir en 19 países de Europa con una prevalencia global del 23% (586/2.533).

En resumen, la gripe estacional en la temporada 2007-2008 ha estado dominada por el virus tipo B, sobre todo en la segunda mitad de la misma y su incidencia puede calificarse de media si la comparamos con los antecedentes de otras temporadas gripales previas (ver gráfico 2.4).

**Gráfico 2.4:** Evolución de la gripe estacional y tipos virales predominantes. País Vasco. 1998-2007.



## Recomendaciones vacuna antigripal 2008-2009

La recomendación sobre la composición de la vacuna antigripal para la temporada 2008-09 de la Organización Mundial de la Salud en el hemisferio norte incluye las siguientes cepas:

- A/Brisbane/59/2007 (H1N1)
- A/Brisbane/10/2007 (H3N2)
- B/Florida/4/2006

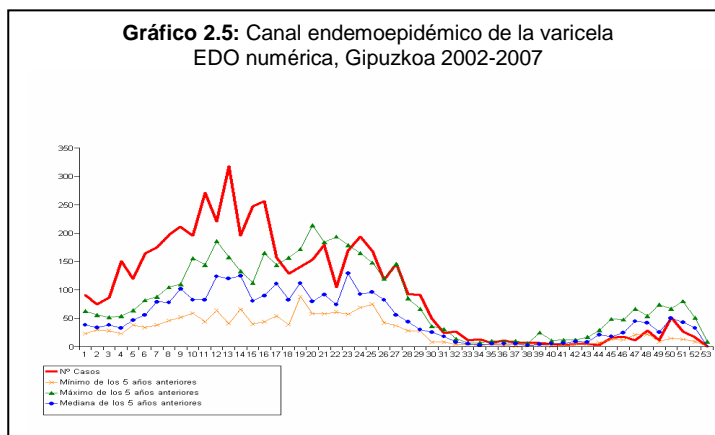
Fuente:

[http://www.who.int/csr/disease/influenza/recommendations2008\\_9north/en/index.html](http://www.who.int/csr/disease/influenza/recommendations2008_9north/en/index.html)

## Varicela

Durante 2007 fueron notificados de forma numérica 5189 casos de varicela, correspondientes a una tasa de 770,38 por 100000 habitantes/año. Estas tasas son las más elevadas de los últimos 12 años. No obstante, hay que tener en cuenta el aumento del porcentaje en la declaración de las EDOs. Durante 2007 se han presentado varios picos de máxima incidencia en los meses de marzo, abril, mayo y junio. Durante los meses de septiembre y octubre la incidencia fue mínima. Durante todo el periodo epidémico el número de casos notificados fue superior a la mediana de los 5 años anteriores (gráfico 2.5).

En la tabla 2.2 se presenta el número de ingresos hospitalarios de los últimos 6 años con diagnóstico al alta de varicela, de residentes en Gipuzkoa obtenido a partir del CMBD de las altas hospitalarias de





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

**Tabla 2.2:** Ingresos hospitalarios por varicela (CIE 0 :052). Gipuzkoa 2002-2007

EDAD	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
0-14	9	13	15	22	16	20	113
> 15	15	15	16	22	16	14	109
TOTAL	24	28	31	44	32	34	222

La estancia media correspondiente a las altas hospitalarias producidas en el año 2007 ha sido de 7,21 días (DE: 7,63 días). Aunque el número absoluto en menores de 15 años y mayores de esta edad es similar, dado que la varicela es una enfermedad de la infancia el número de ingresos en adultos es proporcionalmente más elevada. De las 20 altas en el grupo de 0-14 años, 2 han presentado neumonitis, 0 encefalitis, y el resto varicela sin mención de otras complicaciones. De los 14 ingresos en el grupo de 15 ó más años de edad, 1 casos presentó encefalitis, 9 neumonitis y el resto varicela sin mención de otras complicaciones. En los 6 últimos años analizados en CMBD, en 2 casos se presenta la defunción como circunstancia al alta, la primera el año 2004 un hombre de 71 años de edad, con diagnóstico de neoplasia y la segunda una mujer de 86 años de edad que presentó como complicación una encefalitis.

## Tuberculosis

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

Aunque los datos que se presentan son provisionales, los posibles cambios que se puedan producir al cerrar definitivamente el registro del 2007, no afectarán sustancialmente a la información que se presenta.

En el conjunto del Territorio Histórico de Gipuzkoa, en el año 2007 se han registrado un total de 174 casos de tuberculosis lo cual equivale a una tasa bruta de 25,8/100.000 habitantes, que supone un descenso del 17% con respecto a la tasa del año anterior (tabla 2.3). De los 174 casos, 7 tenían antecedentes de tuberculosis en algún momento de su vida, por lo que la incidencia de casos nuevos ha sido 24,8/100.000 habitantes. Al sistema de información microbiológica (S.I.M.) se han notificado 147 micobacterias del complejo tuberculoso, un 6% menos que las notificadas el año anterior (tabla 2.4).

**Tabla 2.3:** Evolución de los casos de TBC y tasa por 100 mil hab. en el Territorio Histórico de Gipuzkoa 1998-2007.

AÑO	Nº DE CASOS	TASA/100.000 hab.*	CAMBIO RESPECTO AL AÑO ANTERIOR
1998	282	41,7	-5,4%
1999	256	37,9	-9,2%
2000	217	32,1	-15,3%
2001	195	28,8	-10,3%
2002	208	30,9	+7,3%
2003	189	28,1	-9,1%
2004	171	25,4	-9,6%
2005	163	24,2	-4,7%
2006	209	31,0	+28,1%
2007**	174	25,8	-16,8%

\*tasa bruta.

\*\*datos provisionales

**Tabla 2.4:** Nº anual de aislamientos de MTC notificados al SIM. Gipuzkoa 1998-2007.

1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
206	194	160	159	144	136	133	114	156	147

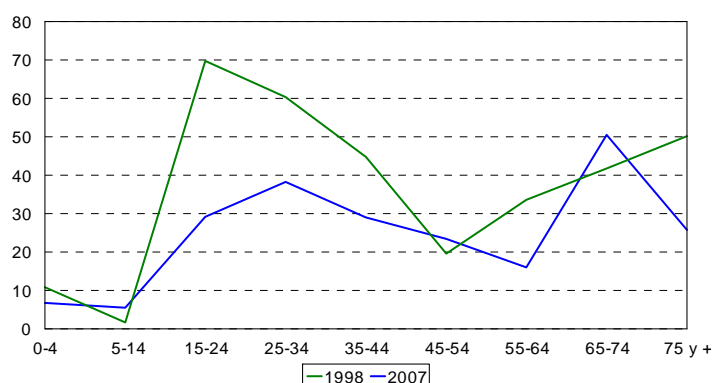
La razón de sexos (hombre/mujer) de los casos registrados en el año 2007 es de 1,6, con 109 casos en varones (tasa de 33,0/100000) y 65 casos en mujeres (tasa de 18,9/100000). El 59% de los casos tienen menos de 45 años. Tanto en los hombres como en las mujeres la tasa más elevada se observa en el grupo de 75 ó más años, seguido del grupo 25-34 años en las mujeres y del grupo 35-44 años en los hombres (tabla 2.5).

**Tabla 2.5:** Nº de los casos de TBC y tasas por 100 mil hab. según grupos de edad y sexo. Gipuzkoa 2007.

EDAD	Nº DE CASOS			TASA/100.000		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-4	1	1	2	6.6	7.0	6.8
5-14	3	0	3	10.8	0.0	5.5
15-24	14	10	24	33.1	25.1	29.2
25-34	24	19	43	41.3	35.1	38.3
35-44	23	8	31	42.8	15.0	29.0
45-54	17	5	22	36.0	10.6	23.4
55-64	11	1	12	29.8	2.6	16.0
65-74	5	6	11	16.0	16.3	16.2
>=75	11	15	26	61.3	44.8	50.5
<b>TOTAL</b>	<b>109</b>	<b>65</b>	<b>174</b>	<b>33.0</b>	<b>18.9</b>	<b>25.8</b>

En el gráfico adjunto (2.6) se presentan las tasas específicas por grupos de edad correspondientes a los años 1998 y 2007.

**Gráfico 2.6:** Tasa de incidencia por grupo de edad. Gipuzkoa 1997-2008

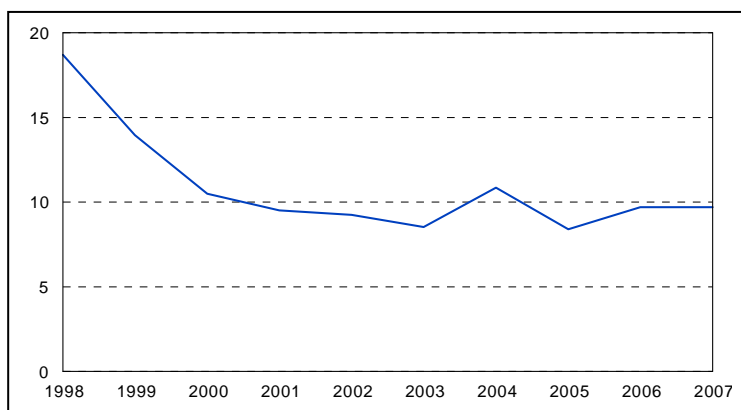


**Tabla 2.6:** Distribución de los casos de TBC según localización. Gipuzkoa 2007.

LOCALIZACION	Nº DE CASOS
Pulmonar/laríngea	129
pleural	30
linfática	9
meníngea	1
osteoarticular	2
peritoneal	3
génito-urinaria	2
diseminada/miliar	7
otra	7

En la tabla 2.6 se pueden observar todas las localizaciones que han presentado los 174 casos (algunos presentan más de una localización). La localización de la enfermedad ha sido pulmonar, con o sin otras localizaciones, en 146 casos (74% del total), lo que supone una tasa de 19,2/100.000 hab. El único caso con localización meníngea se ha presentado en una mujer adulta.

En cuanto al método diagnóstico, en 131 casos (75,3% del total y 88% de los casos con localización pulmonar) hay un cultivo positivo en alguna muestra biológica. Los casos con microscopía directa de esputo positiva son 65 (50% de los casos con afectación pulmonar), lo que implica una tasa de incidencia de bacilíferos de 9,7/100.000 hab., similar a la del año pasado (gráfico 2.7). Se ha realizado estudio de sensibilidad a 106 cepas correspondientes a otros tantos pacientes (81%). De las cepas estudiadas, 102 han sido sensibles a los fármacos analizados y 4 han presentado alguna resistencia: dos cepas a la estreptomycin corespondiendo a dos casos con vínculo epidemiológico; una cepa a la isoniácida, aislada en una muestra de un paciente sin historia de tratamientos previos; y una cepa resistente a la pirazinamida correspondiente a un caso de tuberculosis cutánea.

**Gráfico 2.7:** Tasa de incidencia de tuberculosis bacilífera. Gipuzkoa 1998-2007.**Tabla 2.7:** demora diagnóstica en casos con afectación pulmonar. Gipuzkoa 2007.**Tabla 2.8:** demora diagnóstica en casos con afectación pulmonar. Gipuzkoa 2007.

	Bacilíferos	No bacilíferos	Total
N	65	63*	128*
Media (de)**	62,6 (59,5)	83,2 (211,5)	72,7 (154)
Mediana	35	38	36,5

\*se desconoce la demora en un caso no bacilífero

\*\* t=-0,75; NS

En la tabla 2.7 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 73 días, 63 para los casos bacilíferos y 83 para los no bacilíferos, diferencia que no es estadísticamente significativa ( $t = -0,75$ ). La mediana de la demora diagnóstica para el conjunto de los casos con afectación pulmonar es de 36,5 días, 35 días para los bacilíferos y 38 para los que no lo son.

En 77 casos (44% del total) se notifica un factor de riesgo de padecer tuberculosis y en 26 casos (15%) 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 2007: 50 (29% del total) y 29 casos (17% del total) respectivamente; en tercer lugar aparece el alcoholismo en 10 casos (6% del total). En 6 casos (3,4% del total) se notifica una coinfección con el VIH y la ADVP se identifica como factor de riesgo únicamente en 1 caso. Otros procesos que disminuyen la capacidad de respuesta del huésped están presentes en 28 casos (16%).

De los 174 casos, 18 (10,3%) son nacidos en el extranjero, de los que 3 provienen de América central o del sur, 9 de África, 3 de Asia y 3 de Europa. En 16 casos se conoce la fecha de entrada en nuestro país, en los que se puede calcular el tiempo transcurrido desde ese momento hasta el diagnóstico de tuberculosis: la mediana de este tiempo es 3,1 años con un mínimo de 6 meses y un máximo de 29 años.

En la tabla 2.8 se muestran las tasas brutas anuales por comarca sanitaria correspondientes al periodo 1998-2007. En ambas comarcas se ha producido un descenso de la incidencia respecto al año anterior. En la Comarca Oeste el menor descenso se observa en la antigua comarca Goierri, que es la que presenta la tasa más elevada. En la Comarca Este, la tasa desciende en la antigua comarca Donostia, se mantiene prácticamente similar a la del año anterior en la antigua comarca Gipuzkoa y aumenta en la comarca Bidasoa.

Tabla 2.8: Tasas brutas de TBC por 100 mil hab. según comarcas sanitarias. Gipuzkoa 1998-2007.

COMARCA	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007*
Alto Deba	34.2	28.1	26.7	29.9	20.6	28.6	31.9	36.9	43.3	33.7
Bajo Deba	77.2	95.8	77.5	56.8	46.2	46.6	28.5	37.4	38.8	27.3
Goiherri	45.4	49.0	49.3	27.3	38.7	37.6	37.7	27.5	44.7	42.4
Tolosa	37.7	31.0	39.8	29.1	42,9	30.9	22.4	20.7	27.6	13.8
<b>C. Oeste*</b>	<b>49.5</b>	<b>52.7</b>	<b>49.5</b>	<b>35.5</b>	<b>37.4</b>	<b>36.5</b>	<b>30.9</b>	<b>30.7</b>	<b>39.3</b>	<b>30.7</b>
Donostia	43.4	34.9	24.4	26,9	24.1	25.1	20.7	24.5	32.1	21.2
Gipuzkoa	30.4	31.0	25.4	22.3	30,6	27.4	24.9	17.9	23.0	25.6
Bidasoa	36.7	21.0	19.5	27.9	22,2	13.8	16.5	16.4	17.8	23.2
<b>C. Este</b>	<b>37.2</b>	<b>31.0</b>	<b>23.9</b>	<b>25.3</b>	<b>26.2</b>	<b>24.0</b>	<b>21.6</b>	<b>20.6</b>	<b>26.1</b>	<b>23.2</b>
<b>TOTAL*</b>	<b>43.6</b>	<b>40.0</b>	<b>34.2</b>	<b>29.3</b>	<b>30.8</b>	<b>29.1</b>	<b>25.3</b>	<b>24.6</b>	<b>31.4</b>	<b>26.2</b>

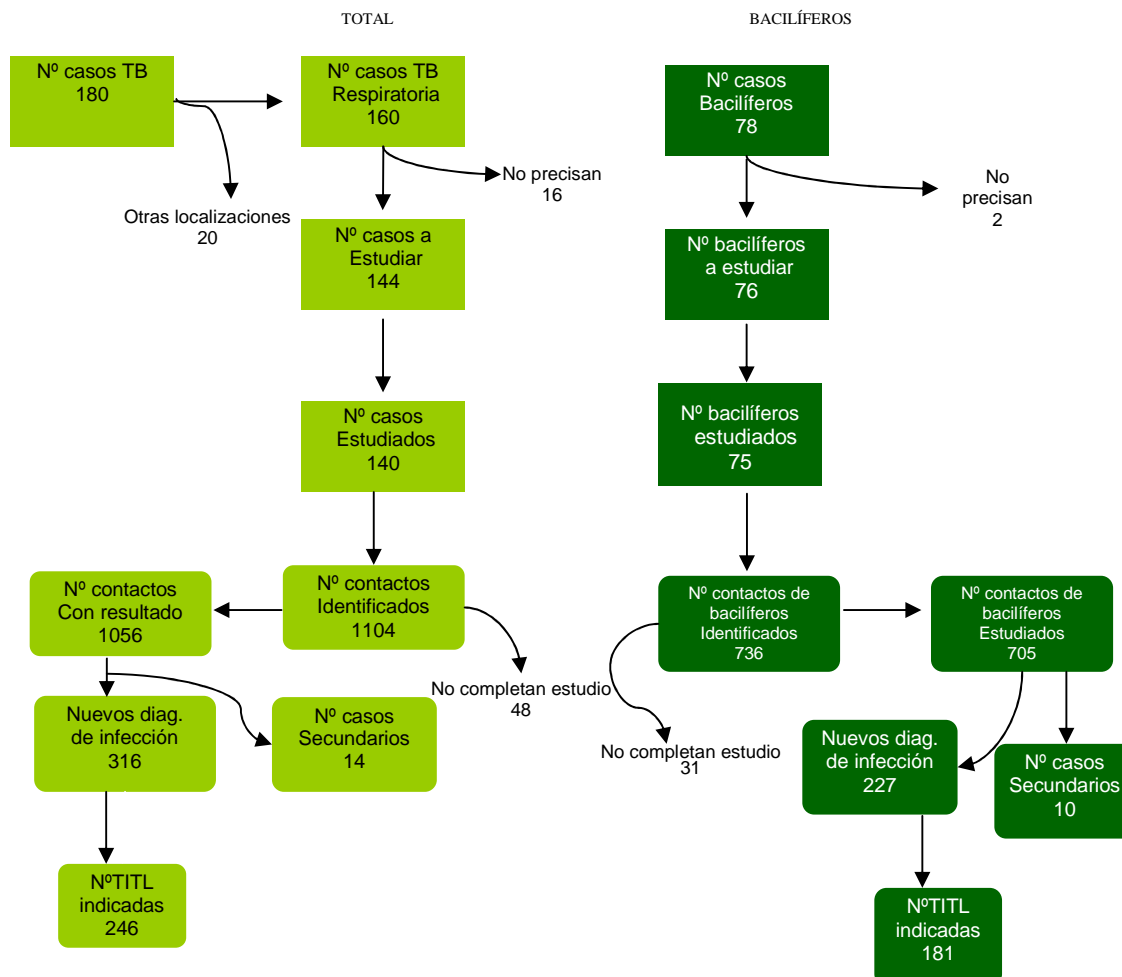
\* datos provisionales

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

### Estudios de contactos

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

Se analizan los resultados de los estudios de contactos en todas las formas pulmonares y pleurales que se han diagnosticado durante 2007.



Se estudiaron 629 casos en la comarca Oeste y 475 en la comarca Este.

La media de contactos estudiados por caso ha sido de 7,5. El 51,1% de los contactos estudiados eran mujeres y el 48,9% hombres. La mediana de edad de los contactos estudiados fue de 31 años. El percentil 75 se situó en 45 años.

Se clasifican como infectados los contactos de círculo 1 de bacilífero con Mantoux mayor o igual a 5 mm (10mm en niños vacunados con BCG) y en resto de las situaciones el punto de corte se sitúa en 10 mm (15mm en niños vacunados con BCG)

El 95,7% de los contactos que iniciaron el estudio lo completaron y son los que se han incluido en el resumen de resultados que se presenta a continuación.

Eran contactos de un caso con radiografía cavitada el 39,8%.

El 90,8% de los contactos que presentaron una prueba tuberculínica negativa repitieron la prueba. El % presentó un viraje en la repetición de la prueba (incremento de la induración en al menos 6 mm entre una y otra prueba).

**Tabla 2.9:** Infección según bacteriología del caso índice y grado de contacto. Casos con tuberculosis respiratoria. Gipuzkoa, 2007.

	Nº Contactos identificados	Nº contactos estudiados	Nº total Infectados	virajes	% infectados
Círculo 1 de BK (+)	190	187	86	13	45,9
Círculo 1 de BK (-) y círculo 2 de BK (+)	641	616	178	32	28,9
Otras situaciones	273	253	52	9	20,6
<b>TOTAL</b>	<b>1104</b>	<b>1056</b>	<b>316</b>	<b>54</b>	<b>29,9</b>

Respecto a la situación microbiológica del caso índice, el 66,8% eran contactos de un caso bacilífero y el 13,5% de un caso con baciloscopia de esputo negativa pero cultivo positivo.

Los casos secundarios detectados en los estudios de contactos han sido 14.

Se ha indicado Tratamiento de la Infección Tuberculosa Latente (TITL) en el 23,3% de todos los contactos estudiados. En los contactos de bacilífero esta indicación se ha hecho en el 65,2% de los casos con PPD positiva.

**Tabla 2.10:** Tratamientos indicados y casos diagnosticados según nivel de riesgo de contacto.

	Contactos estudiados	Nº TITL	%	Nº CASOS
Círculo 1 de BK (+)	187	82	43,9	5
Círculo 1 de BK (-) y círculo 2 de BK (+)	616	127	20,6	8
Otros	253	37	14,6	1
<b>Total</b>	<b>1056</b>	<b>246</b>	<b>23,1</b>	<b>14</b>

En el grupo de contactos íntimos menores de 21 años de un caso bacilífero el documento de consenso sobre Tuberculosis propone indicar quimioprofilaxis primaria (QPP) en, al menos, un 75% de los individuos tuberculín negativos. Se ha hecho la indicación en el 30,6% de ellos, un resultado muy por debajo del año anterior y bastante lejano del objetivo propuesto.

De todas las indicaciones de TITL, abandonan el 8,1%, e 1,6% se retiró por intolerancia. Las pautas de tratamiento de la infección indicadas han sido en el 63,4% de las situaciones la pauta clásica de isoniacida durante 6 meses, 13,4% tres meses de isoniacida y rifampicina y el 2,4% cuatro meses con rifampicina. El 6,1% fueron quimioprofilaxis primarias.

Los datos sobre cumplimentación de los TITL no son definitivos todavía. Se presentan los datos de cumplimentación del año 2006. Se indicaron 312 TITL de los que abandonaron el 16,3%, al 3,2 % se les retiró por intolerancia y el 80,1% cumplimentó correctamente el tratamiento.

## Agrupaciones de casos

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

- Ambito laboral: un club de alterne con 4 casos (uno en 2006 y tres en 2007)
- Ambito familiar: 8 agrupaciones con 17 casos
- Ambito familiar y laboral: Un brote familiar que afectó a 3 miembros de la familia y dos compañeros de trabajo
- Ambito lúdico: un brote en una población con 8 casos relacionados con actividad social y lúdica

## Cumplimiento del tratamiento

En la tabla 2.11 se presenta la situación de los casos registrados en el año 2006 a los doce meses del diagnóstico, según comarca sanitaria de residencia. El 90% de los casos han finalizado correctamente el tratamiento, el

7% ha fallecido en el curso del mismo y el 3% de los casos presentan un resultado potencialmente insatisfactorio. Ambas comarcas presentan un perfil similar en el cumplimiento del tratamiento.

De los 15 casos fallecidos antes de finalizar el tratamiento, 11(73%) tenían más de 75 años en el momento del diagnóstico; los otros cuatro casos presentaban alguna patología asociada que podría haber contribuido de manera importante en el deterioro de su estado general.

**Tabla 2.11:** Cumplimentación de tratamiento. Casos TBC, Gipuzkoa 2006.

	Comarca oeste	Comarca este	TOTAL
Trat. finalizado	97 (89,0%)	98 (90,7%)	195 (89,9%)
Defunción	9 (8,3%)	6 (5,6%)	15 (6,9%)
Perdido/abandono	1 (0,9%)	1 (0,9%)	2 (0,9%)
Otro	2 (1,8%)	3 (2,8%)	5 (2,3%)
TOTAL	109	108	217

## Infeción Meningocócica

En el año 2007 se han registrado en Gipuzkoa 13 casos de enfermedad meningocócica, lo que supone una tasa bruta de incidencia de 1,93/100.000 hab. Del total de casos, 10 han sido hombres (tasa: 5,24/100.000) y 3 mujeres (tasa: 0,86/100.000). La tasa más alta se observa en el grupo de edad de menores de 5 años: 37,4/100.000 (tabla X.13). En los 13 casos ha habido confirmación microbiológica del diagnóstico, y de ellos 11 han sido causados por *N. meningitidis* serogrupo B y 2 casos por *N. meningitidis* serogrupo C.

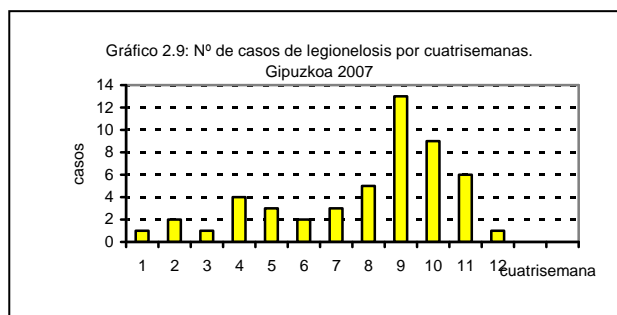
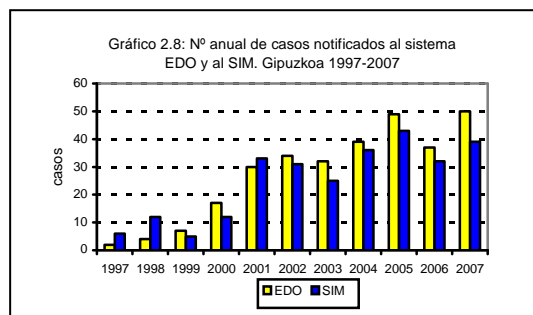
**Tabla 2.12:** Incidencia por grupos de edad y serogrupo. Gipuzkoa, año 2007.

Grupo de edad	Casos confirmados				Casos probables	Total	Tasa por 100.000	N fallecidos/ Letalidad %
	B	C	Otros	por serogrupo				
0-4 años	9	2	--	--	--	11	37,4	--
5-14 años	--	--	--	--	--	--	--	--
15-24 años	--	--	--	--	--	--	--	--
25-39 años	--	--	--	--	--	--	--	--
>=40 años	2	--	--	--	--	2	0,6	-
TOTAL	11	2	--	--	--	13	1,93	--

La distribución temporal de los casos ha sido de 1 en enero, 5 en mayo y los 7 restantes en octubre, noviembre y diciembre. Todos los casos se han presentado de forma aislada. En cuanto a las características clínicas de los casos, 8 se han presentado como sepsis, 4 como meningitis y 2 casos como sepsis y meningitis. De los dos niños que han presentado infección meningocócica serogrupo C, ambos habían recibido la vacuna correctamente. Este año 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.

## Legionelosis

El año 2007 se han notificado al sistema de vigilancia epidemiológica 50 casos de legionelosis, lo que supone una tasa de 7,42 casos/100.000 habitantes y un aumento del 40% respecto a la del año anterior. El número de casos desde 1997 queda reflejado en el gráfico 2.8.



De los 50 casos, 42 son hombres (tasa de 14,0 /100.000) y 8 mujeres (tasa de 1,8/100.000). Por grupos de edad, 7 casos corresponden al grupo de 25-44 años, 27 al grupo de 45-64 y 16 casos al grupo de 65 y más edad. El 56% de casos se presentaron entre los meses de septiembre, octubre y noviembre (gráfica 2.9). Los casos se distribuían por diferentes municipios de Gipuzkoa.

En la totalidad de los casos la presentación de la enfermedad ha sido de enfermedad del legionario. En 1 caso se confirmó el diagnóstico por serología, en 5 por cultivo y en los 33 restantes el diagnóstico se realizó por detección de antígeno de *Legionella pneumophila* 1 en orina. Del total de enfermos 2 recibieron tratamiento ambulatorio y los restantes fueron hospitalizados; 1 caso falleció por infarto agudo de miocardio y la evolución del resto de casos fue satisfactoria.

De los 50 casos en 7 no se identificó factor de riesgo individual de los que se relacionan con el riesgo de desarrollar la enfermedad del legionario. En los 43 restantes se identificó uno o más factores: 25 casos eran fumadores, 21 presentaban una patología crónica y 7 eran bebedores. En relación a los riesgos ambientales, 4 casos han sido asociados a viaje, 1 caso fue probable nosocomial y el resto han sido comunitarios.

Del total de casos, 12 se presentaron en 2 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.

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

Esta agrupación ha asociado a 5 casos. El inicio de la sintomatología, el lugar de residencia, el sexo y la edad así como el antecedente de lugar de trabajo o paseo se presenta en la tabla 2.13..

**Tabla 2.13:** Casos agrupados por frecuentar el mismo lugar durante el periodo de incubación

CASO	FECHA SÍNTOMAS	RESIDENCIA	SEXO	EDAD
1	30/05/2007	BEASAIN	Hombre	60
2	24/07/2007	BEASAIN	Mujer	52
3	7/08/2007	DONOSTIA	Hombre	51
4	30/08/2007	BESAIN	Hombre	40
5	9/09/2007	DONOSTIA	Hombre	64

A través de la información obtenida de la encuesta epidemiológica se presenta una probable asociación de casos de legionelosis en personas que residen o trabajan en la misma localidad durante los 2-10 días previos a la fecha de inicio de síntomas.

De los 5 casos 4 han sido hombres de edades comprendidas entre 40 y 64 años de edad y una mujer de 52 años. El inicio de síntomas se presentó en el intervalo de 8 semanas y las cinco personas durante el periodo de incubación frecuentaron la localidad de Beasain (ciudad y polígono industrial).



Una vez determinada la posible asociación de casos de legionelosis, se contactó con Sanidad Ambiental de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa y con los técnicos de Salud Pública de la Comarca de Tolosa-Goierrri para la identificación de una posible fuente común de infección y llevar a cabo las medidas preventivas oportunas. Estos técnicos realizaron la inspección ambiental según indica el protocolo y las investigaciones realizadas no determinaron problema alguno en las instalaciones estudiadas.

### Agrupación de casos de legionelosis en la Comarca Deba

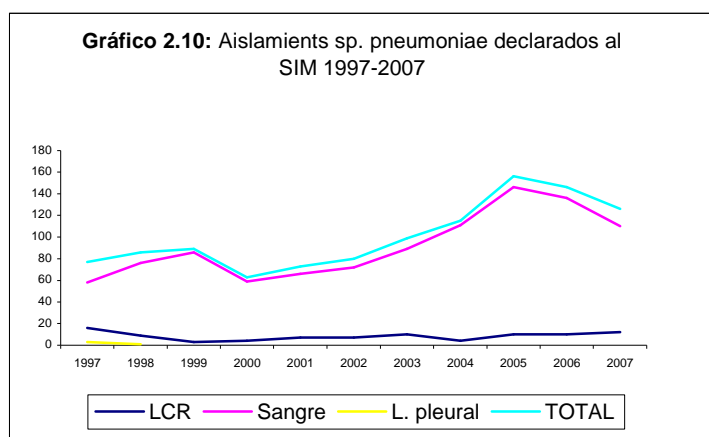
Se presenta una probable asociación de 7 casos de legionelosis de personas que residen o trabajan en la misma localidad durante los 2-10 días previos a la fecha de inicio de síntomas.

**Tabla 2.14;** Casos agrupados por frecuentar el mismo lugar durante el periodo de incubación

CASO	FECHA SÍNTOMAS	RESIDENCIA	SEXO	EDAD
1	17/04/2007	ARRASATE	MUJER	40
2	16/08/2007	BERGARA	HOMBRE	74
3	26/09/2007	ARETXABALETA	HOMBRE	55
4	28/09/2007	ESKORIATZA	HOMBRE	57
5	13/10/2007	EIBAR	HOMBRE	43
6	18/10/2007	BERGARA	HOMBRE	51
7	15/10/2008	OÑATE	HOMBRE	40

De los 7 casos iniciales se descartan 4 como agrupados y los 3 que se considera pertenecientes a una fuente de exposición común son 3 hombres de 74 y 51 años de edad residentes en Bergara y el tercero de 40 años domiciliado en Oñate pero que trabaja en Bergara. El inicio de síntomas se presentó en el intervalo de 8 semanas y las tres personas durante el periodo de incubación frecuentaron la localidad de Bergara (polígono industrial). Una vez determinada la posible asociación de casos de legionelosis, los técnicos de Salud Pública de la Comarca de Deba procedieron al estudio para la identificación de una posible fuente común de infección y llevar a cabo las medidas preventivas oportunas. Estos técnicos realizaron la inspección ambiental según indica el protocolo y las investigaciones realizadas no determinaron problema en las instalaciones estudiadas.

### 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 1997-2007 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 1.110 aislamientos de neumococo, 1.009 en sangre, 92 en LCR y 9 en líquido pleural (gráfico 2.10). Se observa una tendencia al alza que se mantiene hasta 2005.

Durante el año 2007 se han producido 427 altas hospitalarias por neumonía neumocócica, 264 hombres, 163 mujeres, de una media de edad de 61,15 años (DE = 24,50 años) y con una estancia media de 10,16 días (DE = 12,34 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 cualquiera de los primeros 6 diagnósticos en residentes en Gipuzkoa para el periodo 1998-2007.



**Tabla 2.15:** Ingresos hospitalarios por neumonía neumocócica (CIE 9: 481). Gipuzkoa 1998-2007.

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0-4	Casos	39	41	16	51	35	24	23	42	41	28
	Tasas	150,0	159,0	61,3	173,7	119,2	81,7	78,3	143,0	139,6	95,3
5-14	Casos	11	11	17	12	11	7	11	18	25	12
	Tasas	20,0	12,2	42,0	22,1	20,3	12,9	20,3	33,2	46,1	22,1
15-64	Casos	129	116	99	87	113	115	169	169	129	145
	Tasas	26,6	23,9	20,3	18,5	24,0	24,4	35,8	35,8	27,3	30,7
65 +	Casos	267	198	138	114	142	171	136	225	217	242
	Tasas	240,0	172,4	113,4	95,4	118,8	143,0	113,7	188,1	181,4	202,3
<b>Total</b>	<b>Casos</b>	<b>446</b>	<b>366</b>	<b>270</b>	<b>264</b>	<b>301</b>	<b>317</b>	<b>339</b>	<b>454</b>	<b>412</b>	<b>427</b>
	<b>Tasas</b>	<b>66,0</b>	<b>54,0</b>	<b>39,9</b>	<b>39,2</b>	<b>44,7</b>	<b>47,0</b>	<b>50,3</b>	<b>67,4</b>	<b>61,2</b>	<b>63,4</b>

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. En relación a la tasa total y en el periodo analizado se observa una tendencia decreciente en los primeros 4 años (1998-2001) y una tendencia creciente (2002-2007). En 6 casos del grupo de edad de 15-64 y en 13 casos de los de 65 o más edad la circunstancia al alta ha sido el fallecimiento.

**Tabla 2.16:** ingresos hospitalarios por meningitis/septicemia neumocócica (CIE 9: 320.1 y 38.2). Gipuzkoa 1998-2007.

		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
0-4	Casos	0	0	3	0	3	2	2	-	1	1
	Tasas	-	-	11,9	-	10,2	6,8	6,8	-	3,4	3,4
5-14	Casos	1	1	2	0	0	1	0	-	2	--
	Tasas	1,8	2,0	4,9	-	-	1,8	-	-	3,6	-
15-64	Casos	13	12	11	14	10	9	8	13	11	19
	Tasas	2,7	2,4	2,2	2,9	2,1	1,9	1,7	2,8	2,4	4,1
65 +	Casos	7	9	9	8	10	10	10	13	14	20
	Tasas	6,3	7,8	7,4	6,7	8,4	8,4	8,4	10,9	11,7	16,7
<b>Total</b>	<b>Casos</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>29</b>	<b>40</b>
	<b>Tasas</b>	<b>3,1</b>	<b>3,2</b>	<b>3,5</b>	<b>3,3</b>	<b>3,4</b>	<b>3,2</b>	<b>2,9</b>	<b>3,8</b>	<b>4,2</b>	<b>5,8</b>

Tasas x 100.000

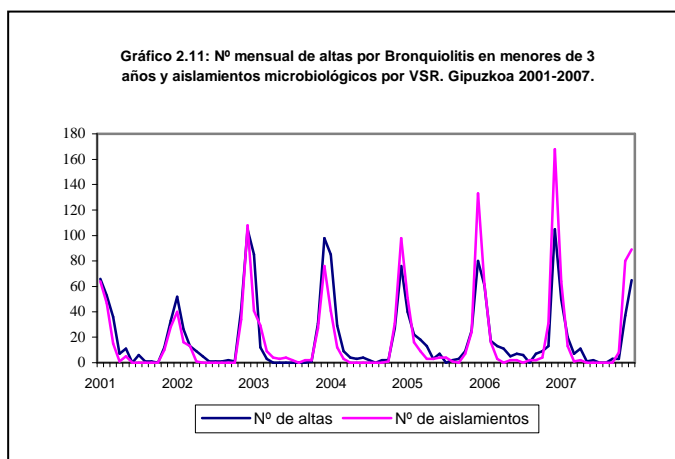
Durante 2007 se han producido 40 altas hospitalarias cuyo diagnóstico al alta ha sido de meningitis/septicemia neumocócica. La estancia media han sido de 17,70 días (DE: 12,34). En la evolución de las tasas de los grupos de 65+, se observa una tendencia ascendente en todo el periodo de estudio. En 8 casos la circunstancia al alta fue el fallecimiento y todos fueron adultos.

## Bronquiolitís en Gipuzkoa

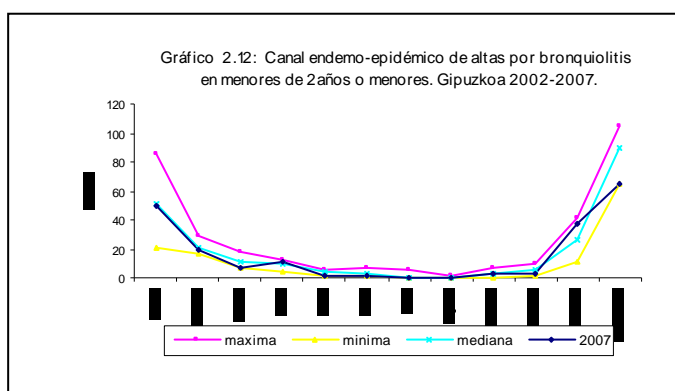
La bronquiolitís es la infección respiratoria aguda de vías aéreas inferiores más frecuente durante los dos primeros años de vida, estimándose que un 11-12% de los lactantes padece la enfermedad y hasta un 2% de los mismos requiere hospitalización. En los lactantes y niños pequeños el virus sincitial respiratorio (VSR) es la causa más importante de bronquiolitís, 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 bronquiolitís 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 - 2007.



Durante 2007 se han producido 205 ingresos por bronquiolitis, de los que 196 (96%) son de 2 años o menores y el resto mayores de esta edad. Del total, 110 (54%) son hombres y 95 (46%) son mujeres. La media de días de ingreso ha sido de 5,9 (DE=4,0 días). En el 98% de los ingresos, la circunstancia al alta fue el destino a su domicilio habitual.

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

Tal y como se presenta en el gráfico 2.12 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

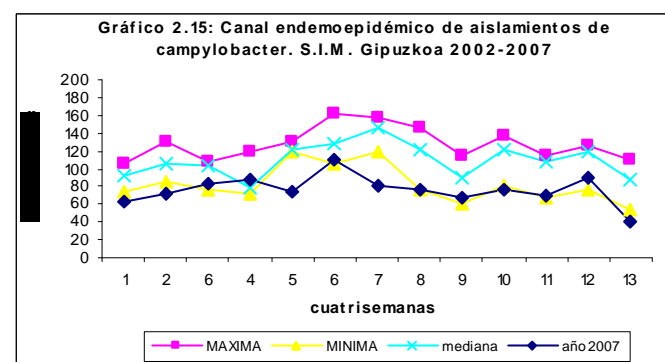
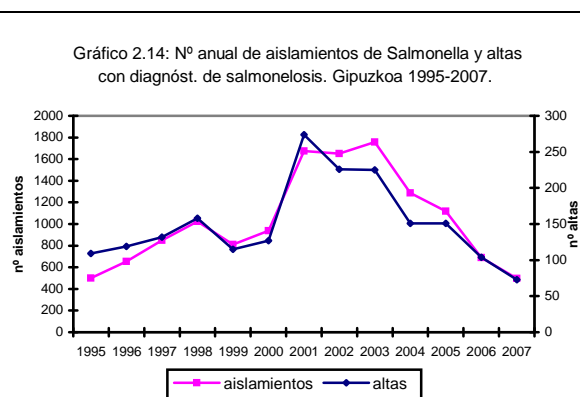
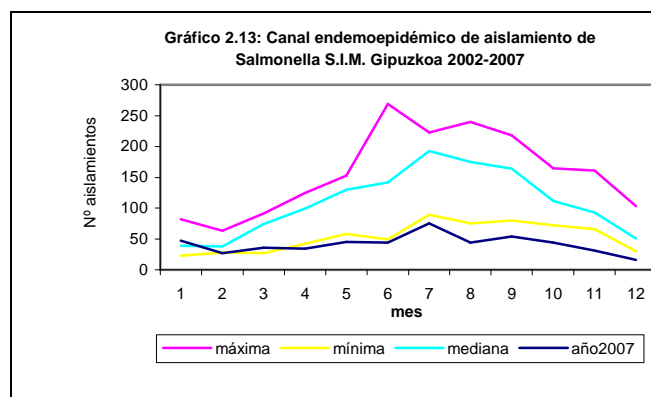
En el año 2007 se han declarado al S.I.M. 21 casos de *Coxiella burnetti*. El total de casos declarados se han producido en personas mayores de 20 años de edad, y 14 son hombres y 6 mujeres. Prácticamente la totalidad de los casos se han presentado en primavera. Es muy difícil la transmisión directa 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. 70 casos de *Mycoplasma pneumoniae*. Durante el año anterior se declararon 17 casos. De todos los declarados 42 son hombres y 28 mujeres; el 61% 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 2007 se han notificado al S.I.M. 497 aislamientos de *Salmonella*, un porcentaje del 28% inferior con respecto al año anterior (gráfico 2.13). El número mensual de aislamientos se ha mantenido por debajo de la mínima de los 5 años anteriores. Esta reducción ha podido estar motivada en parte, por la aplicación del Programa Interdepartamental de control y minimización de Salmonella iniciado en la CAPV en el 2005, a través del cual, además de las actividades de control y vigilancia realizadas en el sector primario y establecimientos de producción, manipulación y/o comercialización de huevo, carne de ave y derivados, se ha actuado a nivel de los manipuladores domésticos, promoviendo hábitos correctos de manipulación en los hogares.

Los serotipos más frecuentemente aislados son *S. enteritidis* (64% de las notificaciones) y *S. typhimurium* (21%). Los aislamientos no presentan diferencias entre sexos. El 50% de las notificaciones corresponden a niños menores de 10 años. 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 2.14). Las 73 altas correspondientes al año 2007 han presentado una estancia media de 7,8 días (DE: 8,5 días); en ningún alta se ha presentado la defunción como circunstancia al alta.



El número de aislamientos de *Campylobacter* notificados al S.I.M. es de 993 lo que supone un descenso importante respecto al número de aislamientos notificados en el año 2005 (1.484 casos), Gráfico 2.15.

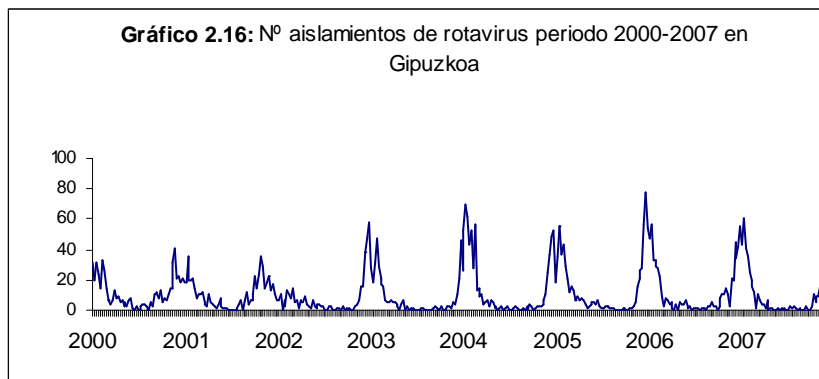
Durante todo el año el número de aislamientos se ha mantenido por debajo de la mediana del quinquenio anterior (Gráfico X.15). El 57% de los aislamientos corresponden a hombres y el 43% a mujeres; del total de

aislamientos, 14% corresponden a niños menores de 1 año y el 63% tienen entre 1 y 9 años. En la distribución temporal de los aislamientos se observa un aumento en el número de aislamientos durante los meses de mayo 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. El modo de adquisición más común es por contaminación cruzada a partir de la carne cruda de pollo, bien a través de las manos o bien a través de utensilios y superficies de la cocina que no han sido lavadas tras el contacto con la carne cruda de ave y antes de manipular otro alimento de consumo en crudo o sin tratamiento térmico posterior.

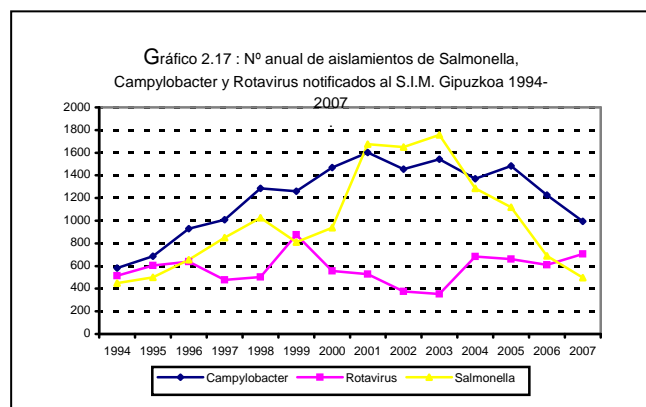
Las temperaturas de refrigeración y congelación reducen la viabilidad de estas bacterias en la carne cruda, por lo que es recomendable su congelación.

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

En el año 2007 el número de aislamientos de **rotavirus** notificados al S.I.M. ha sido de 705, cifra superior al año anterior. (Gráfico 2.16). En la distribución por sexos, 403 (57%) son hombres y 300 (43%) mujeres. Del total de casos, el 44% tienen menos de 1 año y 94% son igual o menores de 2 años. El periodo epidémico fue en los meses de noviembre, diciembre, enero y febrero (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 2007 se han registrado 82 altas hospitalarias, 48 niños y 34 niñas, el 95% de 2 años o menores. En la totalidad de casos la circunstancia al alta fue la alta al domicilio, tras una estancia media de 6,5 días (DE=6,6 días).



Los aislamientos correspondientes a los tres enteropatógenos más frecuentemente registrados en el S.I.M. se presentan en el gráfico 2.17.

## Disentería

Al sistema E.D.O. se han notificado 7 casos de Disentería 4 hombres y 3 mujeres. La distribución de los casos por grupo de edad es la siguiente: 1 menor de 14 años, y 6 entre 15 y 44 años.

De los casos declarados, todos han sido confirmados. En cuanto a la presentación de los casos, 2 se presentaron asociados y 5 esporádicos. Con respecto a los factores de riesgo, los dos asociados habían viajado al Sahara, en dos no se conoció y los tres restantes tenían el antecedente de haber viajado a Argelia, Honduras y Egipto.

Durante el año 2007 a través del S.I.M. se han registrado 5 aislamientos de *Shigella*. Las *Shigellas* aisladas han sido: 4 *sonnei* y 1 *spp*.

## Fiebre Tifo paratífica

Se ha notificado E.D.O. 4 casos de fiebre tipo-paratífica. Uno correspondía a una mujer de 82 años portadora crónica y que a la que se aisló *La S. paratyphi* y los otros 3 casos correspondían: 1 a un hombre de 78 años de edad residente en una localidad de Goierri y que vive en condiciones insalubres. Otro caso se diagnosticó en un niño de 7 años residente en Guinea y el último una mujer de 45 años residente en Donostia y que presentaba el antecedente de haber viajado a la India. En estos tres casos el organismo aislado fue las *Salmonellas Typha*.

## Taenia saginata y Cisticercosis bovis

Durante el año 2007 los servicios de microbiología han declarado a la Unidad de Epidemiología 36 casos de *Taenia* (26 *Taenia saginata* y 10 *Taenia spp*). De los 36 casos declarados 34 corresponden a residentes en Gipuzkoa. Los datos registrados los últimos años se presentan en la tabla 2.17.

**Tabla 2.17:** Número de casos de teniasis declarados al S.I.M. 2000 – 2007.

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nº	43	48	29	57	39	39	31	36

De los 34 casos declarados, se realizó la encuesta a 30 (88,2%). El rango de edad fue de 8 años el más joven a 78 años el de más edad y la mediana fue de 38 años. Solamente 2 casos fueron en niños y el resto en adultos. En cuanto a la distribución por sexo 22 eran hombres y 12 mujeres. Los casos fueron aislados y se distribuyeron por los diferentes municipios del territorio. La información recogida a través de la encuesta epidemiológica manifestaba que 25 (83,3%) presentaban como factor de riesgo la ingesta de carne cruda o poco cocinada y en dos casos la carne consumida procedía de explotación particular. Un sólo caso había residido los 3 meses precedentes al inicio de los síntomas en otro país fuera del estado español. El motivo de la consulta médica en todos los casos fue la visualización de segmentos en heces. El tiempo de demora entre la visualización de los segmentos y la consulta médica fue de 1 semana el más precoz hasta 10 años el de más duración y la mediana fue de 4 meses. El tratamiento recomendado a 33 pacientes fue niclosamida y de estos a 4 se les había recomendado como primer tratamiento mebendazol.

Según la información facilitada por Sanidad Alimentaria el número de cisticercosis bovis diagnosticados en la inspección postmortem ha sido de 36. Esta cifra es inferior a la de años anteriores. Los resultados de cisticercosis bovis en vacunos sacrificados en los mataderos de Gipuzkoa se expresan en la tabla 2.18.

**Tabla 2.18:** Número de vacunos sacrificados y cisticercosis. Periodo 2000-2007

AÑO	Nº VACUNOS SACRIFICADOS	Nº CISTICERCOSIS
2000	47.585	25
2001	52.185	47
2002	52.898	96
2003	50.482	146
2004	47.920	118
2005	48.670	49
2006	50.285	51
2007	42.238	29

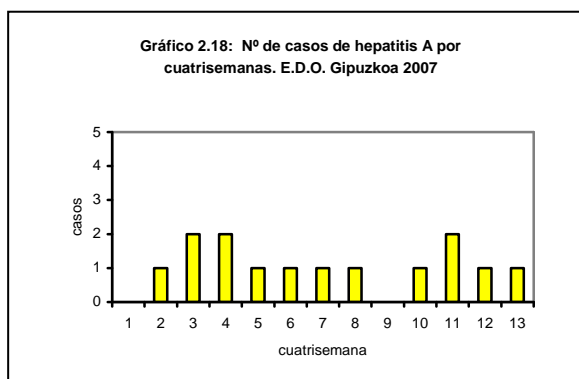
Los resultados de la vigilancia activa son satisfactorios y las Unidades de Epidemiología, Sanidad Alimentaria junto con el laboratorio de Microbiología del hospital Donostia continuará con la vigilancia epidemiológica para conocer los factores de riesgo y establecer las medidas preventivas oportunas.

**HEPATITIS VIRICAS:****Hepatitis A**

Durante el año 2007 se han notificado 13 casos de hepatitis A (tasa: 1,9/100.000 hab.), cifra muy inferior a la del año pasado.

**Tabla 2.19:** Nº de casos de Hepatitis A en Gipuzkoa, 1999-2007.

Fuente	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
E.D.O	81	73	25	15	18	24	53	13
S.I.M.	71	62	23	14	17	22	37	16



De los 13 casos, 12 son hombres y 1 mujer. En la distribución por edad, 3 (23%) han sido menores de 15 años, 7 (54%) pertenecen al grupo de 15 a 44 y 3 (23%) mayores de 45 años de edad. Los casos están repartidos por diferentes localidades de Gipuzkoa. Se realizó encuesta epidemiológica a todos los casos y no se identificó ninguna agrupación. En relación al factor de riesgo 4 casos presentaban el antecedente de ingesta de marisco crudo, 2 el desplazamiento a zona endémica (Senegal y Guinea), 3 contacto familiar con niños de

preescolar y en 4 casos no fue conocido.

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.

En 2007 se publicó el nuevo protocolo de actuación frente a hepatitis A. Hay que destacar las nuevas indicaciones de vacunación a grupos considerados de riesgo. Se consideran grupos con riesgo superior al de la población general de adquirir hepatitis A, los siguientes: Viajeros a países de alta endemia; Niños relacionados con países de alta endemia; Personas que realizan prácticas sexuales de riesgo (contacto oral-anal); Usuarios de drogas inyectables y no inyectables; Receptores de hemoderivados; Trabajadores de centros infantiles a los que acuden niños que necesitan pañales; Trabajadores expuestos a aguas residuales; Personal de laboratorio que trabaja directamente con el virus; Las personas que padecen enfermedades hepáticas crónicas o son susceptibles de un trasplante hepático; Los manipuladores de alimentos.

**Hepatitis B**

En el año 2007 se han registrado 13 casos de hepatitis B, lo que supone una tasa de 1,93/100.000 hab., similar a la de los años anteriores (tabla 2.20). 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 2.20:** Casos y tasa por cien mil habitantes de Hepatitis B. EDO, Gipuzkoa 2000-2007.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Casos	9	12	11	13	9	12	16	13
Tasa	1,3	1,8	1,6	1,9	1,3	1,7	2,3	1,9

**Tabla 2.21:** nº de casos de hepatitis B y tasa/100000 por edad y sexo. E.D.O. Gipuzkoa 2007.

	hombres	mujeres	Total (tasa)
<20	1	--	1 (0,8)
25-44	9	2	11 (5,0)
45-64	1	--	1 (0,6)
Total	11	2	13
(tasa)	(2,8)	(1,8)	(1,9)

De los casos notificados, 11 son hombres (tasa de 2,8/100.000 hab.) y 2 son mujeres (tasa: 1,8/100.000 hab.). Todos los casos se han presentado en adultos, 1 caso en menor de 20 años, 11 en el grupo de 25 a 44 años, 1 igual o mayores de 45 años de edad. Con respecto al factor de riesgo, 12 casos se han relacionado con prácticas sexuales de riesgo y en un caso no se ha conocido el factor. Cuatro casos se han presentado en ciudadanos extranjeros, en todos los casos la presentación ha sido esporádica y los casos

se han distribuido por diferentes localidades de Gipuzkoa.

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

## Hepatitis C

De las 27 notificaciones de hepatitis C recibidas en el año 2007, se definieron 4 como casos incidentes, ya que el resto no cumplían con el criterio de caso (clínica de hepatitis aguda y/o seroconversión reciente), y corresponde a una tasa de 1,8/100.000 hab., similar a la de los últimos años (tabla 2.22).

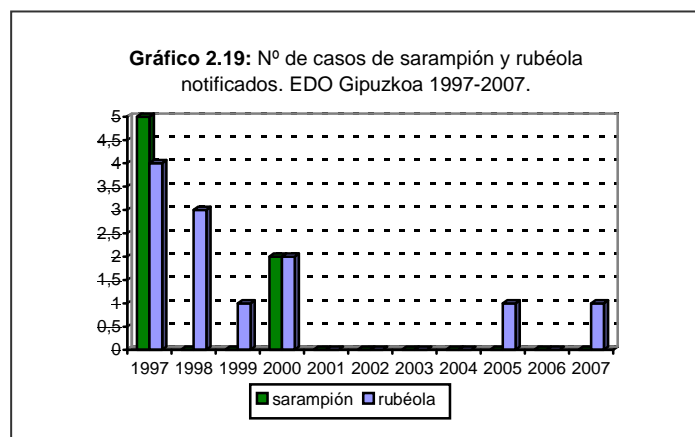
**Tabla 2.22:** Nº de casos y tasas por cien mil de Hepatitis C. EDO Gipuzkoa 2000-2007.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Casos	2	4	3	3	5	3	3	4
Tasa	0,3	0,6	0,4	0,4	0,7	0,4	0,4	0,6

Los cuatro casos notificados corresponden a tres hombres y 1 mujer adultos de 30 a 37 años de edad, 3 con antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral, 1 con relaciones de riesgo y los cuatro con clínica de hepatitis aguda, presencia en suero de Anti VHC y seroconversión documentada.

## ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACION:

En 2007 se notificó un caso de sarampión probable. Se trataba de una niña de 2 años de edad, vacunada frente a la triple vírica correctamente y que presentó clínica compatible con sarampión. Sin embargo, las pruebas analíticas realizadas descartaron la enfermedad. Así, 2007 es el séptimo año consecutivo en el que no se han presentado casos de **sarampión en Gipuzkoa**. En el marco del Plan de Eliminación del Sarampión en la CAPV, se contempla entre sus objetivos el "conseguir la confirmación mediante pruebas serológicas del 100% de los casos de sarampión notificados. Asimismo en el marco del Plan de Eliminación del Sarampión en el Estado Español, se requiere "con el objetivo de poder caracterizar las cepas que están circulando antes de la eliminación del sarampión para poder identificar posteriormente casos importados se aconseja recoger muestras de orina o de exudado





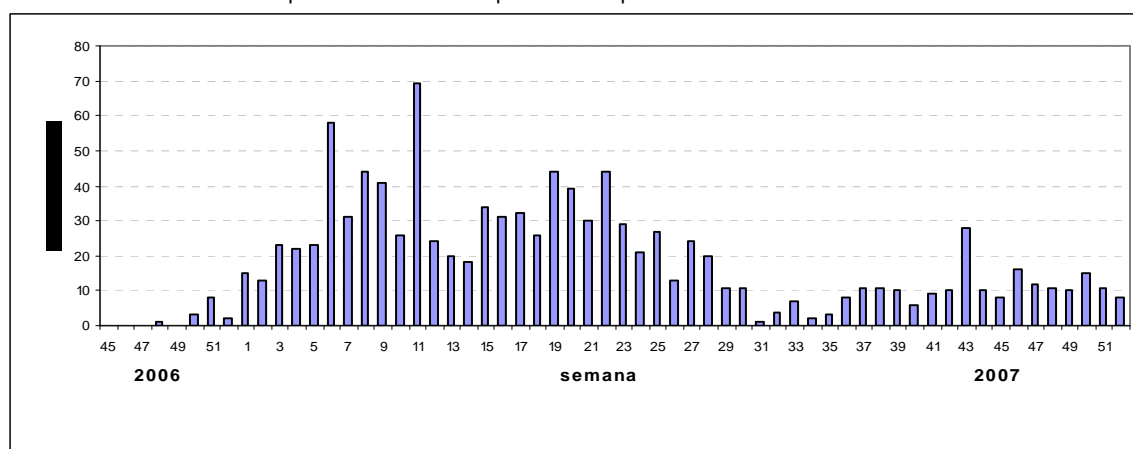
nasofaríngeo de los casos confirmados y se remitan a un laboratorio especializado para el aislamiento del virus del sarampión". Tanto el diagnóstico serológico de confirmación como los cultivos celulares necesarios para el aislamiento del virus del sarampión se realizan en el hospital de referencia previo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

Este año 2007 se ha declarado un caso de **rubéola**. El caso fue clasificado de probable y el diagnóstico se realizó en una niña de 13 meses de edad no vacunada.

## PAROTIDITIS

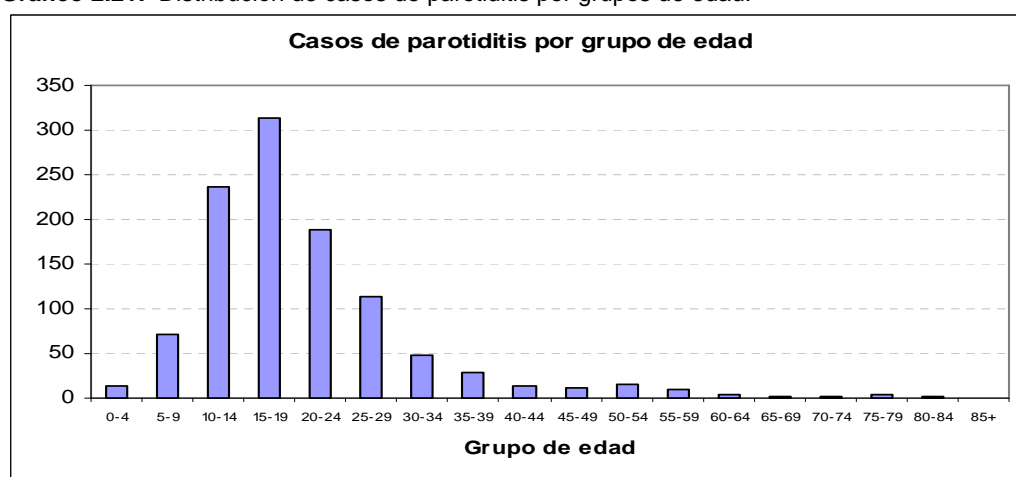
Durante 2007 se han notificado 1074 casos de parotiditis (año 2006 = 25 casos), 668 fueron hombres y 406 mujeres. La edad mínima fue de 1 año y la máxima de 86, con una media de 20 (D.E. = 10,96). La distribución temporal se representa en el gráfico 2.20.

**Gráfico 2.20:** Distribución temporal de los casos de parotiditis. Gipuzkoa 2007.



La distribución por grupos de edad se representa en el gráfico 2.21.

**Gráfico 2.21:** Distribución de casos de parotiditis por grupos de edad.



Los primeros casos del brote iniciaron en las 4 últimas semanas (49-52) de 2006. El brote agrupaba a escolares de un centro escolar de la localidad de Azpeitia y residentes en los municipios de Zestoa y Azpeitia. El caso índice, tres semanas antes de enfermar, había estado en contacto con un familiar enfermo de parotiditis y estudiante en Navarra. Durante el año 2006 en la comunidad de Navarra se presentaba una epidemia de parotiditis importante

En el 100% de casos declarados la forma clínica fue de tumefacción parotídea y el método diagnóstico en el 100% de los casos confirmado bien por microbiología o por vínculo epidemiológico. Según la información facilitada por los clínicos: se recogieron 488 muestras para cultivo y en 406 casos el diagnóstico se confirmó en alguna de las muestras recogidas (orina, saliva y/o frotis) y en 82



fueron negativas. Se solicitaron 144 serologías y en 117 el resultado fue positivo para IgM, 4 positivo para IgG (aumento de la titulación) y 23 negativos. Del total de casos la presentación del 98,1% de casos eran asociados al brote y el 2% esporádico o no se conoció esa condición.

Con respecto a la situación vacunal de los casos y teniendo en cuenta la población nacida a partir de 1981 (en Gipuzkoa se inició la vacunación con triple vírica en el año 1981 con una dosis y en 1985 se introdujo una segunda dosis) se tiene una cohorte de 848 casos. De estos casos el 90% estaban correctamente vacunados, el 3,3% estaban de forma incompleta, el 3,7 no estaba vacunado y del 3,2 % se desconocía esta situación.

Como medidas de prevención y control del brote se estableció una vigilancia activa de presentación de casos de parotiditis, se comunicó la situación a los médicos de primaria y se elaboró un protocolo de actuación con una serie de recomendaciones. Asegurar las coberturas vacunales: aquellas personas menores de 21 años, sin antecedentes de haber padecido parotiditis, deben estar vacunados con 2 dosis de Triple Vírica. Si faltara cualquiera de las dosis deben recibir las dosis adicionales necesarias. Personas entre 21 y 25 años, sin antecedentes de haber padecido parotiditis, deben estar vacunados con 1 dosis de vacuna Triple Vírica. En caso de no estar vacunados deben recibir una dosis única de vacuna.

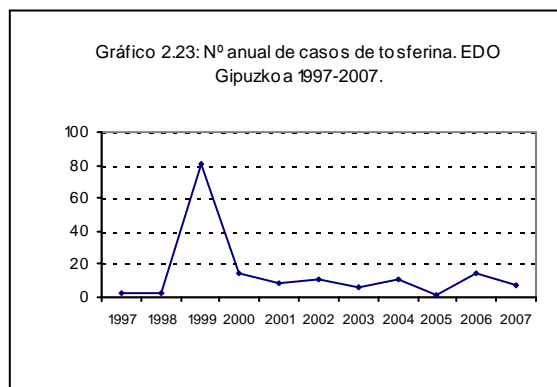
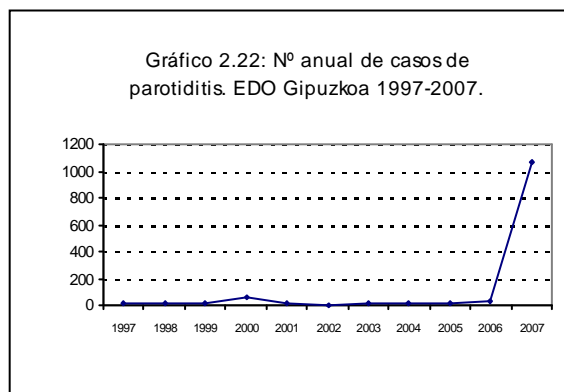
Ante casos de parotiditis y sus contactos, se declarará el caso sospechoso a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de cada Territorio; Ante la presencia de un caso se recomienda no asistir a clase o al trabajo hasta 8 días después del comienzo de síntomas; A los contactos de un caso se revisará el estado vacunal de todos los contactos de un caso de parotiditis que tengan menos de 40 años y que no tengan antecedentes de haber padecido parotiditis: menores de 26 años, en caso de no tener 2 dosis de TV puestas, se completará con las dosis adicionales necesarias hasta tener dos TV. Aquellos que su edad esté comprendida entre 26 y 39 años, en caso de no estar vacunados, se administrará una dosis de vacuna TV.

Se recomienda solicitar serología de parotiditis, muestra de saliva y orina y/o frotis faríngeo para aislamiento de virus.

Durante el año 2007 se han declarado 9 casos de **tos ferina** 3 han sido hombres y 6 mujeres. 3 casos fueron en lactantes de 3 meses de edad y habían recibido solamente una dosis de vacuna. De ellos dos precisaron de ingreso hospitalario y la evolución fue favorable. De los 9 casos, 7 se presentaron en dos agrupaciones. A la primera agrupación pertenecían dos casos, una niña de 5 años de edad correctamente vacunada y que transmitió la enfermedad a su hermana lactante de 3 meses de edad. A la segunda agrupación pertenecían cinco casos, el primero en enfermar una niña de 9 años de edad que transmitió la enfermedad a una prima de la misma edad y ésta a 4 compañeros de su misma aula. Todos los casos habían recibido la vacuna frente a tos ferina. Ante el brote escolar se contactó con el centro, se monitorizó la información y se facilitaron las medidas útiles para la prevención: se asegurará que todos los niños y los cuidadores cumplen cuidadosamente la técnica del lavado de manos. En los grandes centros se mantendrá la distribución conveniente por grupos. Se exigirá certificados de vacuna actualizada de todos los niños. Cualquier persona que desarrolle una tos persistente debe de ser enviada a su médico.

Ante un caso de tos ferina en un centro infantil, las indicaciones del protocolo de sanidad son las siguientes: revisar la situación vacunal de todos los contactos y, previa valoración del riesgo individual, se aconsejará completar el calendario de vacunación a los niños que lo requieran; se administrará un antibiótico (eritromicina) a los contactos que se estimen a riesgo, siguiendo una escala preestablecida de prioridades.

Teniendo en cuenta que la tos ferina es especialmente grave en los menores de 3 meses de edad y prácticamente en su totalidad precisan 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. Sería deseable que ante una tos persistente en un adulto y que no responda a otra patología sea considerado el diagnóstico de tos ferina por parte de los médicos de familia.



En el año 2007 no se ha notificado ningún caso de **tétanos** al sistema E.D.O..

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 2007 se ha notificado a este sistema un caso de *Haemophilus influenzae* en un hombre de 79 años de edad.

### **OTRAS ENFERMEDADES:**

En el año 2007 se han notificado al sistema E.D.O. 4 casos de **paludismo**, 3 hombres y 1 mujer, con edades comprendidas entre 25 y 45 años. Las especies de Plasmodium, el país de contagio y la quimioprofilaxis se detallan en la tabla 2.23.

**Tabla 2.23:** Especies de Plasmodium, lugar de contagio y quimioprofilaxis. Gipuzkoa 2007.

caso	1	2	3	4
especie	falciparum	falciparum	falciparum	falciparum
país	Mali	Senegal	Guinea	Congo
Qp.	No	No	No	Sí

Al S.I.M. se han declarado 6 casos de visualización de plasmodium en sangre. El registro del CMBD del alta hospitalaria de Euskadi (CIE-9-MC 084), ha registrado 7 altas hospitalarias, 6 hombres y 1 mujer y todos adultos con una edad media de 40 años (D.E. = 8,2 años). La estancia media fue de 5,7 días (D.E. = 7,7 días). La circunstancia al alta ha sido en todos los casos de destino al domicilio habitual.

En el año 2007 se ha notificado un caso de **brucelosis**. El caso fue un hombre de 34 años de edad y domiciliado en Andoain. El diagnóstico fue confirmado por clínica y serología. Como antecedente de riesgo presentó el consumo de leche no pasteurizada.

En 2007 se notificó un brote familiar de **triquinosis**. Se declararon tres casos de triquinosis, los tres miembros de una misma familia y pertenecientes a un brote ocurrido en la provincia de Palencia. La descripción del brote se realiza en el apartado de brotes y en resumen: se trató de un brote de triquinosis ocurrido en el municipio de Aguilar de Campoo (Palencia) que afectó a residentes de esa localidad y a residentes de la localidad de Rentería (Gipuzkoa). De los tres expuestos de Gipuzkoa, los tres han sido casos. Dos de los casos han sido controlados y tratados en Gipuzkoa y el tercer caso tratado en Suecia, donde reside temporalmente. La muestra alimentaria dio positiva a *Trichinella britovi*.

## INFECCIÓN GONOCÓCICA Y SÍFILIS

### Infección gonocócica

Se revisan los datos declarados a EDO y SIM durante el periodo 1995-2007 en Gipuzkoa. Los casos declarados a EDO y las tasas de infección gonocócica durante el periodo 1995-2007 se presentan en la tabla 2.24. Los datos correspondientes a los años 2005-2007 presentan una onda epidémica con un manifiesto ascenso en los últimos años.

**Tabla 2.24:** Nº de casos y tasas brutas de infección gonocócica por 100000 habitantes. EDO GIPUZKOA 1995-2007

AÑO	GIPUZKOA		CAPV	
	Nº	TASA	Nº	TASA
1995	25	3,70	117	5,58
1996	9	1,33	69	3,29
1997	20	2,96	72	3,43
1998	11	3,43	61	2,91
1999	5	2,91	33	1,57
2000	5	0,74	36	1,72
2001	2	0,30	17	0,82
2002	5	0,74	25	1,20
2003	12	1,78	28	1,34
2004	7	1,04	22	1,06
2005	6	0,89	56	2,69
2006	8	1,19	79	3,79
2007	19*	2,83	97	4,66

\*Incluidos 10 casos declarados por la consulta de ETS.

### Sífilis

Los casos declarados a EDO y la incidencia de sífilis durante el periodo 1995-2007 se presentan en la Tabla 2.25. Los datos correspondientes a los años 2005-2007 presentan una onda epidémica que a partir de 2004 aumenta de forma muy manifiesta.

**Tabla 2.25:** Tasas brutas de sífilis por 100000 habitantes. EDO GIPUZKOA 1995-2007

AÑO	GIPUZKOA		CAPV	
	Nº	TASA	Nº	TASA
1995	3	0,44	12	0,57
1996	2	0,30	8	0,38
1997	7	1,04	25	1,19
1998	7	1,04	15	0,71
1999	4	0,59	13	0,62
2000	2	0,30	9	0,43
2001	5	0,74	9	0,74
2002	3	0,45	3	0,14
2003	6	0,89	19	0,91
2004	5	0,74	18	0,86
2005	3	0,45	39	1,87
2006	3	0,45	46	2,21
2007	30*	4,45	94	4,51

\*Incluidos 5 casos declarados de las consultas de ETS.

Los casos declarados al SIM de *Neisseria gonococia* en Gipuzkoa y durante el periodo 2004-2007 son: 26, 21, 69 y 45 respectivamente.

Los casos declarados al SIM de sífilis durante el periodo 2004-2007 son; 0, 2, 1 y 4 respectivamente.

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

El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco estableció en 1995 el Registro de Enfermedades Espongiformes siguiendo directrices de una Acción Concertada Europea. El objetivo principal es detectar posibles casos de vECJ. Otros objetivos: conocer la incidencia y distribución de las EETH, su perfil clínico, genético e histopatológico, identificar los posibles casos yatrógenos, identificar nuevos factores de riesgo y permitir comparaciones con otros países. El registro es de base poblacional y abarca a todo el País Vasco. Hay establecida una definición de caso bajo sospecha clínica y criterios diagnósticos especificados. Participan en la investigación los especialistas en Neurología con los laboratorios de referencia y los Servicios de Epidemiología. Las EETH son de declaración obligatoria desde 2001. Para obtener la información de los casos se realizó una búsqueda retrospectiva de 1993 a 1994 y prospectiva desde 1995.

Se han notificado en Gipuzkoa durante 1993-2007 16 casos esporádicos de EETH, 14 casos definitivos, 1 posible y 1 probable. Además, se han diagnosticado 5 casos familiares: 1 síndrome de Gerstmann-Strussler-Scheinker, 2 Insomnio Familiar Fatal y 2 de ECJ Familiar.

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

**Tabla 2.26:** Casos de EETH en la CAPV. 1993-2007.

	Alaba	Gipuzkoa	Bizkaia	CAPV
Casos Esporádicos EETH	6	16	47	69
Casos Posibles	1	1	8	10
Casos Probables	2	1	16	19
Casos Definitivos	3	14	23	40
Tasa ECJ Prob+Def / 1.000.000 hab.	1,18	1,49	2,29	1,88
Tasa ECJ total / 1.000.000 hab.	1,42	1,59	2,76	2,20
Casos Familiares EETH	10	5	5	20
ECJ Familiar	1	2	0	3
IFFatal	9	2	5	16
SGSS	0	1	0	1
Tasa Casos Familiares / 1.000.000 hab.	2,36	0,50	0,29	0,64
Total EETH	16	21	52	89
Tasa total de EETH / 1.000.000 hab.	3,78	1,09	3,05	2,84

La calidad del registro ha mejorado paulatinamente sobre todo a partir de 2000. Se incrementan las notificaciones y se ha practicado casi al 100% autopsias en los últimos años. Los casos esporádicos se reparten entre los tres territorios históricos de la CAPV en relación aproximada a la población. En relación a información presentada hasta 2005 se han declarado 19 casos genéticos, 2 portaban la mutación E200K y 17 la mutación D178N.

La colaboración de todos los profesionales implicados en la detección, estudio y notificación de los casos ha sido excelente. La tasa de autopsias mejora con un buen funcionamiento del sistema de autopsias en el centro de referencia. La tasa de notificación de EETH en la CAPV es la más alta de Europa. Es preciso estudiar si esto se explica sólo por la alta detección de los casos. En la CAPV se ha descrito el primer cluster mundial de la mutación D178N. Esta mutación se ha generado independientemente en otras familias procedentes de diferentes regiones de España.

## 3 Brotes

### Brotes de toxi-infección alimentaria

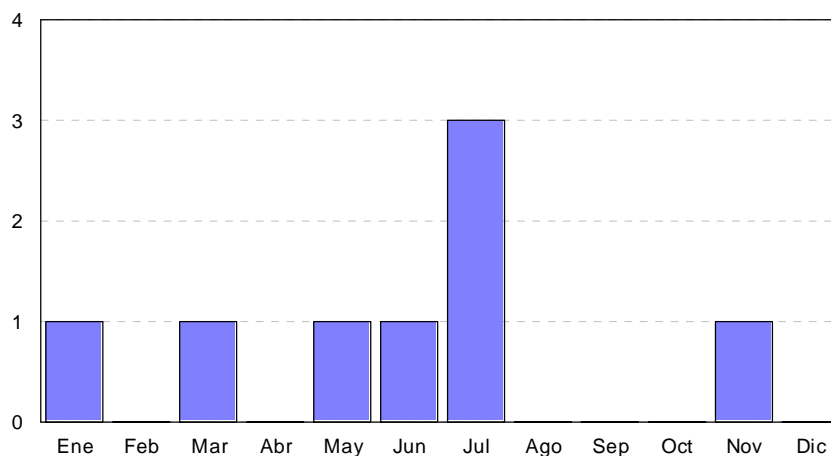
Durante el año 2007 se han notificado 8 brotes de toxi-infección alimentaria. El número total de personas afectadas como consecuencia de estos brotes ha sido de 41, de los que 6 (14,6%) han sido hospitalizados. Con respecto al año anterior, ha disminuido tanto el número de brotes declarados como el número de afectados por brote.

**Tabla3.1:** Evolución de los brotes de toxi-infección alimentaria. Gipuzkoa 1998-2007

AÑOS	Nº BROTES	Nº AFECTADOS	CASOS/BROTE
1998	21	322	15
1999	15	3.470	231
2000	19	216	11
2001	23	354	15
2002	29	217	7
2003	35	440	13
2004	25	398	16
2005	28	514	18
2006	20	377	19
2007	8	41	5

Del total de 8 toxi-infecciones alimentarias, en 6 ocasiones se confirmó *S. enteritidis* y en 2 brotes la causa no se determinó. La mediana del número de afectados por brote ha sido de 4. En el 67% de los brotes cuyo agente causal ha sido *S. enteritidis*, el vehículo de transmisión confirmado ha sido el huevo.

**Gráfico 3.1:** Nº mensual de brotes T.I.A. Gipuzkoa 2007.



**Brotos toxi-infección alimentaria. Gipuzkoa 2007**

	Fecha	Municipio	Lugar Suceso	NExp	Nº Afec	Afect Cult. +	Ingresos	vehiculo	Nº mani. estudi.	Manip Cult+	Nºalim estud.	Alim Cult +	Agente Causal
1	Enero	Donostia	Hogar privado	22	4	1	0	Alimento	-	-	2	2	<i>Salmonella enteritidis</i>
2	Marzo	Lizartza	Hogar privado	8	5	2	0	Huevo	-	-	-	-	<i>Salmonella enteritidis</i>
3	Mayo	Hernani	Restaurante	15	7	5	1	Huevo	7	0	2	2	<i>Salmonella enteritidis</i>
4	Junio	Donostia	Restaurante	21	13	0	3	Alimento	6	0	8	6	Sin determinar
5	Julio	Errenteria	Bar	5	3	2	0	Huevo	2	0	0	0	<i>Salmonella enteritidis</i>
6	Julio	Oiartzun	Restaurante	10	3	0	0	huevo	7	0	0	0	Sin determinar
7	Julio	Getaria	Restaurante	8	4	1	0	Huevo	7	0	3	0	<i>Salmonella enteritidis</i>
8	Noviembre	Irun	Hogar privado	3	2	2	2	Alimento	-	-	-	-	<i>Salmonella enteritidis</i>

## BROTE DE GASTROENTERITIS AGUDA EN UN GERIÁTRICO

### Introducción

El día 12 de noviembre de 2007, el médico de un centro asistencial de Donostia comunicó a la Unidad de epidemiología la existencia de casos de gastroenteritis aguda entre residentes y trabajadores del centro. Así mismo, comunicó que los casos habían comenzado la semana anterior, que a los pacientes les estaban tratando con dieta astringente y se había insistido en la aplicación de las medidas higiénicas.

### Objetivos de la investigación del brote

Controlar el brote, determinar factores contribuyentes y prevenir futuros brotes.

### Método

Definición de caso: persona residente o trabajadora del centro asistencial que presentó diarrea (2 o más deposiciones día) y/o vómitos entre los días 1 a 20 de noviembre.

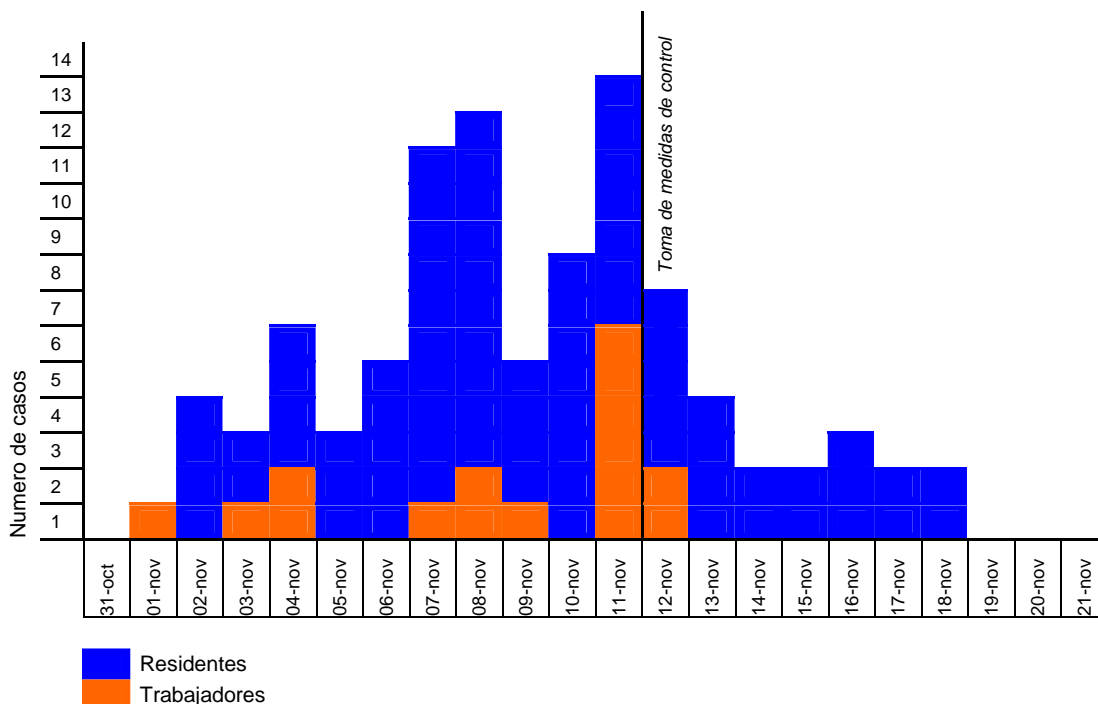
La información correspondiente al centro y a la población expuesta se recogió a través de cuestionarios: número de residentes y trabajadores, distribución por plantas y habitaciones, tipo de cocina, datos de identificación, sexo, edad, fecha y hora de inicio de síntomas, sintomatología clínica, duración de la enfermedad, complicaciones, recogida de muestra de heces para coprocultivo y tipo de dieta. Se recomendó la petición de analítica para enterobacterias y virus en heces.

### Resultados

El número de residentes era de 120 y el de trabajadores 76. De los 120 residentes 79,5% eran mujeres y 20,5% hombres y la edad no constaba. El edificio tenía 2 partes, pero los dependientes de la institución ocupaban solamente 1. La distribución de los residentes era en 4 plantas, ubicados en las 3 primeras los grandes y menos dependientes y en la 4ª planta los gran incapacitados. En cada planta había dormitorios, salas de estar comunes y comedor.

El número de enfermos entre los residentes fue de 77 (tasa de ataque 64%), los casos entre los trabajadores 16 (Tasa de ataque 21%). La sintomatología presentada fue diarrea 49%, vómitos 47% y fiebre 6,5%. La duración de la enfermedad fue mínima de 1 día y máxima de 10 y una mediana de 2 días. Todos los casos fueron visitados por el médico del Centro y un caso precisó de ingreso hospitalario.

### Curva epidémica



La curva confirma la existencia del brote. El primer caso se presentó el día 1 de noviembre y el último el día 18 de noviembre. La curva presenta 5 picos irregulares que reflejan 5 generaciones de infección con un tiempo entre los picos de 48 a 72 horas. Es una curva de epidemia propagada y la transmisión probable de persona a persona.

La investigación realizada informó de la existencia de una cocina central común para 6 centros gerontológicos. Excepto en el centro donde se presentó el brote en el resto no hubo casos de gastroenteritis.

Resultados microbiológicos: Los coprocultivos realizados confirmaron la presencia de Norovirus en tres de las 6 muestras analizadas a los pacientes.

### **Medidas adoptadas**

Las recomendaciones se basaron en la ejecución óptima de las prácticas universales encaminadas a reducir la exposición de los profesionales a líquidos corporales para disminuir la transmisión de microorganismos y prácticas basadas en la transmisión encaminadas a prevenir la enfermedad.

### **Conclusión, discusión**

Brote de gastroenteritis aguda por Norovirus en trabajadores y residentes de un centro geriátrico de Donostia. La evolución de los enfermos fue satisfactoria.

La existencia de enfermos entre los trabajadores, la existencia de una cocina central que servía comidas a más centros que el afectado, así como la curva, descartaba el origen hidrológico del brote.

## **BROTE DE TRIQUINOSIS POR *T. BRITOV* RELACIONADO CON EL CONSUMO DE CARNE DE JABALÍ EN ESPAÑA Y SUECIA**

Un brote de triquinosis fue detectado por los servicios sanitarios locales de Castilla y León el 24 de enero de 2007, y comunicado urgentemente a las autoridades provinciales y regionales. En el curso de la investigación, el 30 de enero de 2007, se constató la existencia de expuestos en otras dos regiones españolas y en Suecia lo que se comunica urgentemente al Centro Nacional de Epidemiología de España, que a su vez lo traslada inmediatamente, en cuanto obtiene los datos para la localización de las personas afectadas, a las autoridades sanitarias regionales y de Suecia (el 30 y 31 de enero respectivamente).

El alimento sospechoso era un chorizo elaborado con carne de dos jabalíes procedentes de una cacería realizada en Castilla y León. La elaboración del chorizo fue casera con distribución en el ámbito familiar, tras un primer análisis negativo a triquinosis.

Se tiene constancia de 66 expuestos, con 24 casos, precisando uno de ellos hospitalización. Cuando se elaboró este informe estaban pendientes algunos resultados de las pruebas serológicas que evidencien posible seroconversión. La mayoría de los síntomas presentados por los enfermos fueron mialgias, cefalea, astenia y fiebre. La distribución de los casos fue la siguiente: 55 personas expuestas con 19 casos en Castilla y León; 3 expuestas con 3 casos en Gipuzkoa (País Vasco) y los tres con seroconversión confirmada; 1 expuesto y caso en Islas Baleares; y 8 expuestos con 3 casos en Suecia.

La mayoría de los expuestos participaron en una comida familiar celebrada el 31 de diciembre de 2006. Un estudiante de 23 años, hijo de los expuestos residentes en la localidad de Errenteria (Gipuzkoa), que reside temporalmente en Suecia, llevó chorizos a dicho país, siendo consumidos allí por otros 7 compañeros españoles. Las autoridades sanitarias de Gipuzkoa recomendaron a este estudiante que acudiera a los servicios sanitarios suecos con sus compañeros y facilitara a estos servicios las muestras de chorizo.

Inmediatamente a la detección del brote se procedió a la búsqueda e inmovilización de todas las piezas cárnicas. Se estudiaron diferentes piezas de chorizos y carne y las técnicas



moleculares empleadas en Suecia y en España coincidieron en la identificación de *Trichinella britovi*. El análisis de piezas de carne congelada fue negativo en todos los laboratorios.

En este brote ha destacado la colaboración entre los distintos niveles (desde el nivel local al internacional), tanto en el terreno asistencial y de laboratorio como de epidemiología y salud pública, movilizados en ambos países.

En España en los últimos cinco años se han notificado 9 brotes debidos al consumo de carne de jabalí no comercializada. De ellos 4 brotes fueron causados por *T. britovi*.

## **BROTE EXTRACOMUNITARIO DE TULAREMIA**

Durante los meses de julio y agosto de 2007, los servicios de microbiología declararon a la Unidad de Epidemiología la existencia de 5 casos de tularemia.

**La definición de tularemia** a efectos de Vigilancia Epidemiológica es la siguiente:

### **Definición clínica de caso:**

Enfermedad caracterizada por distintas formas clínicas, incluyendo:

- Ulceroglandular (úlceras cutáneas con linfadenopatía regional).
- Glandular (linfadenopatía regional sin úlcera).
- Oculoglandular (conjuntivitis con linfadenopatía preauricular).
- Orofaringea (estomatitis o faringitis o tonsilitis y linfadenopatía cervical).
- Intestinal (dolor abdominal, vómitos y diarrea).
- Neumónica (enfermedad pleuropulmonar primaria).
- Tifoídica (enfermedad febril sin localización precoz de signos o síntomas).

### **Criterios diagnósticos de laboratorio:**

- Aislamiento de *Francisella tularensis* en una muestra clínica.
- Detección de genoma de *Francisella tularensis* en una muestra clínica (PCR)
- Seroconversión.

**Caso probable:** clínicamente compatible y epidemiológicamente relacionado con factores de riesgo descritos para la enfermedad.

**Caso confirmado:** compatible con la definición clínica de caso y que presente, al menos, uno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

Todos los casos declarados cumplían con la definición de caso confirmado. A cada uno de los casos se realizó la encuesta epidemiológica y según la información recogida, 3 eran hombres y 2 mujeres de edades comprendidas entre 55 y 73 años. Los cinco casos eran residentes en Gipuzkoa y durante el periodo de incubación de la enfermedad habían residido en la comunidad autónoma de Castilla y León, lugar donde en esas fechas se estaba dando un brote de Tularemia. La clínica que presentaron fue fiebre (el 100% de los casos), astenia y malestar (80%), lesiones cutáneas (20%) y neumonía (20%). En los cinco casos el diagnóstico de laboratorio fue por seroconversión. Todos los afectados precisaron de atención médica y uno de ingreso hospitalario. La evolución fue favorable en los 5 casos.

En relación a los antecedentes epidemiológicos destacaba que los cinco casos presentaban como factor de exposición ser agricultores o tener exposición medioambiental rural. Los casos se comunicaron a la comunidad de castilla y León.

### **Conclusión:**

Agrupación de casos de tularemia en residentes en Gipuzkoa que por criterios epidemiológicos de persona, tiempo, lugar y diagnóstico se relacionó con el brote que ocurrió en la comunidad de Castilla y León.

## 4 Vacunaciones

### Novedades

✓ Se desarrolla la segunda fase de la introducción de la vacuna contra el neumococo en personas de alto riesgo. Durante finales del año anterior se vacunó a la población mayor de 64 años residente en centros cerrados.

Durante 2007 se ha vacunado a todas las demás personas consideradas de alto riesgo:

Personas de 65 o más años residentes en la CAPV

Menores de 65 años pertenecientes a los siguientes grupos de riesgo:

Personas inmunocompetentes con mayor riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones debido a sus enfermedades crónicas: cardiovasculares, EPOC, diabetes mellitas, fístulas de líquido cefalorraquídeo, alcoholismo o cirrosis.

Personas inmunocomprometidas con mayor riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones: asplenia anatómica o funcional o enf. De células falciformes, enfermedad de Hodgkin, linfoma, mieloma múltiple, insuficiencia renal crónica,

✓ El Departamento de Sanidad, siguiendo las recomendaciones del Comité Asesor de Vacunación de Euskadi, ha incluido en el Calendario Vacunal Infantil la vacuna frente al Virus del Papiloma Humano para las niñas que cursan 1º de Educación Sanitaria Obligatoria (ESO). La vacunación se inició durante el curso escolar 2007-2008 y se ha llevado a cabo, en todos los centros escolares de la CAPV, tanto públicos como privados.

✓ Durante este año se ha trabajado desde las tres Unidades de Vigilancia Epidemiológica en la elaboración de un esquema de adaptación de la pauta vacunal al calendario de vacunación de la CAPV, dirigido a todos los profesionales sanitarios y que recoge las recomendaciones que ha realizado el Departamento de Sanidad en materia de vacunación. Su distribución se llevará a cabo durante 2008.

### Vacunación

#### Coberturas vacunales del Programa de Vacunación sistemática

Este año, la estimación de coberturas se ha realizado teniendo en cuenta las dosis distribuidas a los centros sanitarios ya que no se dispone de información completa acerca de las vacunas administradas. Para ello se ha introducido como factor corrector el rendimiento vacunal del año anterior. Como denominador, se ha utilizado 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. No se ha podido realizar la estimación de las coberturas vacunales de Td 16 años ya que no se dispone de la información necesaria.

**Tabla 4.1:** Vacunación infantil: coberturas estimadas. Territorio de Gipuzkoa 2007.

	Estimación de dosis administradas*	Nº niños a vacunar	Cobertura (IC 95%)
BCG	6791	7268	93,4 (92,9-94)
DTP+P+Hib+HB+mening.C 1	6771	7313	92,6 (92-93,2)
DTP+P+Hib+HB+mening.C 2	6771	7279	93 (92,4-93,6)
DTP+P+Hib+HB 2	6771	7333	92,3 (91,7-92,9)
mening.C 3	6655	7113	93,6 (93-94,1)
TV1	6882	7113	96,7 (96,3-97,2)
DTP+P+Hib 4	6859	6897	99,5 (99,3-99,6)
TV2	6882	6818	100**
DTPa	5837	6206	94,1 (93,5-94,6)
Td 16 a.			
Varicela	654	5954	11 (10,2-11,8)

- Estimación realizada a partir de las dosis distribuidas y el rendimiento vacunal de 2006
- \*\* la cobertura es mayor al 100% porque se han incluido las dosis puestas durante el brote de parotiditis

Se ha vacunado al 11% de los niños de 10 años que no hubieran pasado varicela. Según los datos de encuesta de seroprevalencia de 1996, que estimaba en un 10% los niños entre 10 y 14 años susceptibles al virus de varicela, la cobertura se puede considerar muy elevada.

**Tabla 4.2:** Evolución de las coberturas vacunales estimadas. Gipuzkoa 1997-2007.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
BCG	92,3	87,7	91,2	91,1	92,4	91,7	92,8	91,7	96,0	90,5	93,4
DTP+Po+Hib +mening. C1(*)	94,8	92,7	93,7	92,5	92,5	92,0	94,6	94,6	96,2	93,7	92,6
DTP+Po+Hib +mening. C 2	96,1	93,6	94,0	95,2	94,4	93,8	97,6	95,2	95,8	94,3	93
DTP+Po+Hib +mening. C 3	92,9	93,4	93,6	93,8	92,9	91,0	96,9	95,1	95,3	91,5	
DTP+P+Hib+HB mening.C											92,3 93,6
TV1	95,4	94,7	97,1	96,0	95,4	94,5	99,0	96,4	97,3	98,9	96,7
DTP+Po+Hib 4	91,6	92,3	92,9	90,9	93,6	90,8	94,3	93,4	95,9	93,2	99,5
DT+Po(&)	96,3	92,8	91,6	88,2	90,2	95,8	93,2	95,7	95,5	87,9	94,1
TV2	89,2	92,8	88,1	83,4	88,3	93,0	93,7	94,1	93,7	90,2	100
Td 16 a				76,1	65,7	84,7	100	89,9	79,8	71,8	-
VARICELA(#)										5,8	11

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

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

(#)Desde octubre de 2006

Los datos preliminares acerca de la vacunación con la nueva vacuna frente al virus del Papiloma humano durante la primera dosis, nos indican que la cobertura es elevada, un 91,9%, pero algo menor que frente a la hepatitis B, notificándose más situaciones de rechazo.

### Vacunación contra el VHB en escolares. Curso 2006-2007

Durante este curso se han vacunado 4.934 niños, lo que supone una cobertura de 96,5%, una vez descontados los niños que estaban previamente vacunados, que constituyen el principal motivo de no vacunación. El 0,4% de niños que iniciaron la vacunación no la completaron.

El número total de dosis administradas en 2007 ha sido de 14.599, que corresponden a la tercera dosis del curso 2006-2007 y dos primeras dosis del curso 2007-2008.

**Tabla 4.3:** Vacunación contra el VHB en escolares. Gipuzkoa. Curso 2006-07

	Nº alumnos	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	Cobertura (*)	Vac. Previa.
ESTE	3124	2733	2731	2723	96,3	284
OESTE	2179	1929	1928	1919	96,9	193
<b>TOTAL(**)</b>	<b>5303</b>	<b>4662</b>	<b>4659</b>	<b>4642</b>	<b>96,5</b>	<b>477</b>

(\*) descontados los previamente vacunados

(\*\*) Incluidos Ermua, Mallabia y Aramaio.

**Tabla 4.4:** Evolución de las coberturas vacunales contra el VHB en escolares. Gipuzkoa cursos 96-97 a 2006-07.

1996-97	1997-98	1998-99	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06	2006-07
96,8	96,8	97,5	98,3	95,8	95,9	96,4	96,5	95,4	96,2	96,5

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 4.5:** Vacunación contra el VHB según grupo de riesgo. Gipuzkoa 2007.

	Pareja sexual de portador	Otros contactos familiares	Riesgo laboral	Estudiantes sanitarios	Pinchazos accidentales	viajes	Otros riesgos
Nº pers. inician vacunación	3	7	66	5	0	804	120
Nº personas que completan vacun.	5	8	22	9	0	185	113
Nº total dosis administradas	13	22	134	26	0	1429	335

Durante este año se han distribuido 3035 dosis de adulto para la vacunación contra la hepatitis B en grupos de riesgo. Se han justificado 160 dosis en niños y 1469 en adultos. Según estas justificaciones, el 67% pertenecían a la comarca Este y el 33% restante a la Oeste; 1241 personas iniciaron la vacunación este año y 414 finalizaron la pauta completa.

Según el grupo de riesgo, el 64,8% de las personas que iniciaron la vacunación durante 2008, lo hicieron con motivo de un viaje a un país de alta endemicidad. No se ha realizado ninguna intervención por pinchazos accidentales. Alrededor del 20% de las dosis registradas corresponden a personas que no se incluían en ninguno de los grupos de alto riesgo.

## Vacunación contra el Tétanos-Difteria en adultos

Este año se han distribuido 44547 dosis de esta vacuna en todo el Territorio y se han justificado alrededor del 49% de ellas. Teniendo en cuenta las dosis justificadas, el 20,6% correspondían a primeras dosis, el 21,7% eran segundas dosis, el 27,1% tercera dosis y el 30,6% eran dosis de recuerdo. De todas estas vacunas administradas alrededor de un 9% lo han sido en el medio laboral a través de los diferentes servicios médicos de empresa.

## Vacunación contra el neumococo en grupos de riesgo

Se distribuyeron 84.850 dosis durante 2007 para vacunar a todas las personas incluidas en los diferentes grupos de riesgo. El 59,2% se distribuyó en la comarca Este y el 40,8% restante a la comarca Oeste. No se dispone de información acerca de las dosis administradas en cada grupo de riesgo.

## Gestión vacunal

**Tabla 4.6:** Vacunas distribuidas por comarca sanitaria. Gipuzkoa 2007

	ESTE	OESTE	OTROS	TOTAL
BCG	8.370	5.780		14.150
PENTA	4.720	2.890		7.610
HEXA	12.918	9.260		22.178
DTPa	3.668	2.808		6.476
MENINGOCOCO C	12.964	9.189		22.153
T.VIRICA	8.926	6.441		15.367
HEPATITIS B infantil	9.920	6.226		16.146
HEPATITIS B adultos	1.672	839	524	3.035
Td	22.115	20.494	1.938	44.547
HEPATITIS A infantil	42	12		54
HEPATITIS A adultos	15	4		19
VARICELA	613	373		986
NEUMOCOCO	50.189	34.484	177	84.850
Antirrábica	32	10		42
Papiloma	2.095	1.341		3.436
Hepatitis A+B inf	5	2		7
Hepatitis A+B adul	292	121		413
VPI	145	100		245
Hib	57	35		92

**Tabla 4.7:** Rendimiento de las dosis de vacuna distribuidas desde la Subdirección de Salud Pública. Gipuzkoa 2007

	Distribuidas Subdirección S.P.	Dosis registradas	Rendimiento
BCG	14.150	4.559	32,2
DTP+Hib+VPI	7.610	4.730	62,2
DTP+P+Hib+HB	22.178	14.915	67,3
DTPa	6.476	4.061	62,7
MENINGOCOCO C	22.153	14.884	67,2
T.VIRICA	15.367	9.721	63,3
HEPATITIS B infantil	16.146	14.759	91,4
HEPATITIS B adultos	3.035	1.469	48,4
Td	44.547	25.053	56,2
VARICELA	986	371	37,6
NEUMOCOCO	8.850	-	-

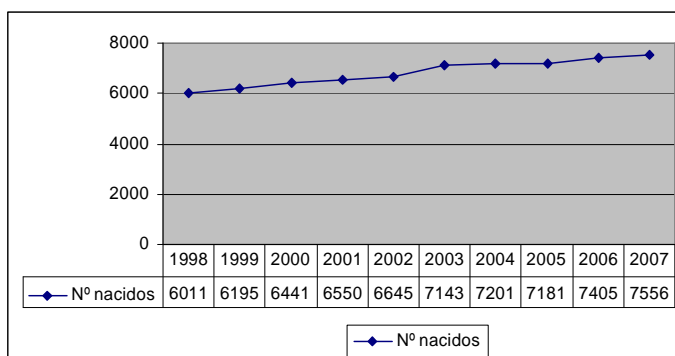
**Tabla 4.8:** Rendimiento vacunal por comarca sanitaria. Gipuzkoa 2007

	ESTE			OESTE		
	Distr.	Adm.	Rendimiento	Distr.	Adm.	Rendimiento
BCG	8.370	2.415	28,9	5.780	2.144	37,1
DTP+Hib+VPI	4.720	2.726	57,8	2.890	2.004	69,3
DTP+P+Hib+HB	12.918	8.313	64,4	9.260	6.602	71,3
DTPa	3.668	2.701	73,6	2.808	1.360	48,4
MENINGOCOCO C	12.964	8.389	64,7	9.189	6.495	70,7
T.VIRICA	8926	5.760	64,5	6.441	3.961	61,5
HEPATITIS B infantil	9920			6.226		
HEPATITIS B adultos	1672		0,0	839		0,0
Td	22115	13.026	58,9	20.494	10.478	51,1
VARICELA	613	217	35,4	373	154	41,3
NEUMOCOCO	50.189	-	-	34.484	-	-

## 5 Nacimientos en Gipuzkoa

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

**Gráfico 5.1:** N° de nacimientos en Gipuzkoa. Registro de Metabolopatías 1998-2007



Durante 2007 han nacido en Gipuzkoa 7.556 niños (gráfico 5.1), continuando la tendencia ascendente iniciada hace unos años; la cohorte de nacidos este año es un 25,7% más numerosa que hace diez años.

El 51,6% de los nacidos corresponden al sexo masculino y el 48,4% al femenino. El 95,5% de las madres eran residentes en Gipuzkoa, el 2,6% en Bizkaia y el 1,3% en Navarra.

De todos los nacimientos que se produjeron en Gipuzkoa, 95,4% fueron partos únicos. Hubo 4,2% partos gemelares y 6 partos de trillizos; resultados similares al año anterior salvo en los partos triples que se han triplicado este año.

**Tabla 5.1:** Distribución porcentual de los nacimientos en Gipuzkoa según edad de la madre 1998-2007.

Grupo de edad	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
< 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0,7	0,7	0,7	0,7	0,9	0,7	0,8	0,8	0,7	1,
20-24	4,6	4,2	3,7	3,5	3,7	3,6	3,7	3,3	3,3	3,6
25-29	25,8	23,6	22,4	23,1	21,7	21,2	20,7	20,3	25	18,2
30-34	47,7	48,5	48,2	46,8	47,0	46,9	46,5	46,9	46,3	47,4
35-39	19,2	20,8	22,2	23,4	24,1	24,0	24,8	25	28,7	25,3
> 39	2	2	2,4	2,5	2,6	3,6	3,5	3,5	5,6	4,4

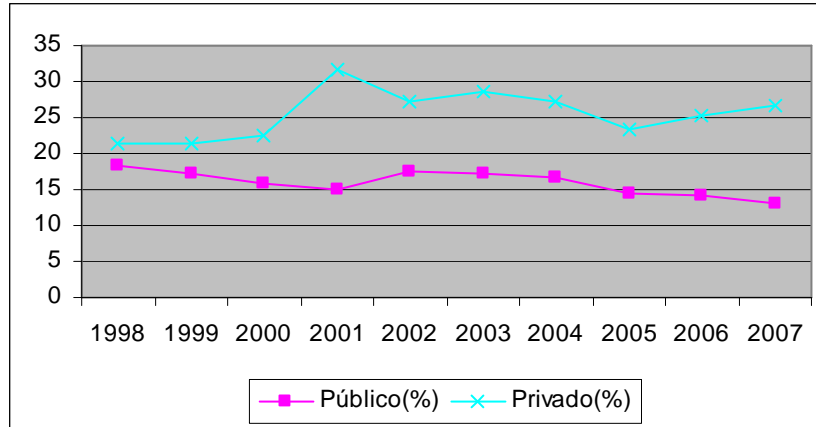
**Tabla 5.2:** Número de nacidos vivos por vía abdominal según tipo de centro. Gipuzkoa 1998-2007

	Publico	%	Privado	%
1998	966	18,3	154	21,3
1999	956	17,3	144	21,4
2000	908	15,9	160	22,4
2001	885	15,1	214	31,8
2002	1.037	17,5	195	27,3
2003	1.107	17,2	203	28,6
2004	1.077	16,8	211	27,3
2005	924	14,4	173	23,4
2006	917	14,1	218	25,4
2007(*)	878	13,1	228	26,7

(\*) OR 2,41 (IC95% 2,03-2,86)

Se mantienen la diferencia significativa entre los dos tipos de centro en relación a la mayor presentación de partos por cesárea.

**Gráfico 5.2:** Evolución porcentual de los partos por vía abdominal en Gipuzkoa. 1998-2007



**Tabla 5.3:** Distribución porcentual del tipo de alimentación en niños nacidos en Gipuzkoa 1998-2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Natural	52	58.1	58,7	62.1	57,6	55.3	61,3	61,2	62,2	
Artificial	15,1	15.2	13,7	14	15,4	16.7	15,7	16,5	16,7	
Mixta	31,4	25.5	26,5	23.6	26,3	27.6	21,7	21,1	20,1	
No consta	1,5	0.6	0,5	0.4	0,6	0.3	0,7	0,7	0,5	
Otros					0,2	0,6	0,7	0,6	0,6	

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

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

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

**Tabla 5.4:** Evolución del peso de los recién nacidos en Gipuzkoa en el periodo 1998-2007

Año	Peso RN	IC 95%	
1998	3.240,6	3.227,2	3.254,0
1999	3.231,6	3.218,5	3.244,7
2000	3.238,0	3.225,7	3.250,3
2001	3.252,8	3.240,5	3.265,1
2002	3.241,2	3.228,5	3.254,0
2003	3.247,9	3.235,7	3.260,2
2004	3.262,7	3.250,7	3.274,7
2005	3264,9	3252,7	3277,3
2006	3285,9	3273,3	3298,7
2007	3246,6	3231,3	3255,9

**Tabla 5.5:** Porcentaje de recién nacidos de bajo peso y muy bajo peso. Gipuzkoa 1998-2007.

AÑO	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
RNBP	6,5	7,3	6,1	6,2	7	7	6,1	6,6	5,9	7,3
RNMBP	0,9	0,8	0,7	0,7	0,9	0,9	0,9	0,9	0,6	1,3

Se observa una tendencia lineal ascendente, no significativa, en la proporción de los nacidos con un peso inferior a los 1500 grs (RNMBP).

## 6 Mortalidad en el Territorio Histórico de Gipuzkoa Año 2005

### Introducción

En este apartado se analizan las defunciones de residentes en el Territorio Histórico de Gipuzkoa ocurridas durante el año 2005.

Los datos de los fallecimientos proceden del Registro de Mortalidad de la CAPV, para la codificación de la causa básica de defunción se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la población del año 2005 se ha estimado mediante interpolación lineal tomando como referencia la población del padrón de 1996 y del censo de 2001 suministrado por el Instituto vasco de Estadística quien ha facilitado también el número de nacimientos ocurridos en éste período, necesario para el cálculo de las tasas de mortalidad infantil. Para la estandarización de tasas se ha utilizado la población europea como referencia.

### Mortalidad general

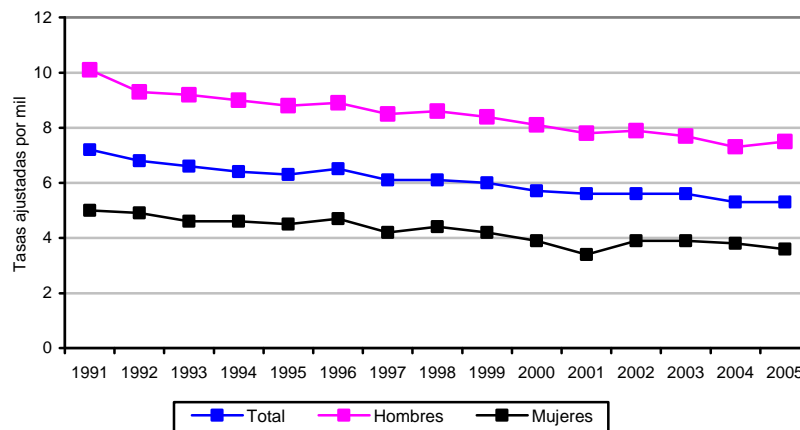
Durante el año 2005 se produjeron en el THG un total de 6.116 defunciones de las cuales 52,7% se produjeron en hombres y el restante 47,3% en mujeres. La tasa de mortalidad general fue de 9,0 por mil habitantes, siendo superior en los hombres que en las mujeres (9,8 y 8,4 por mil respectivamente).

La tasa estandarizada por edad a la población europea fue de 5´3 por mil; 7´5 por mil la de los hombres y 3,6 por mil la de las mujeres.

La mortalidad infantil en el THG ha sido de 3´6 por mil nacidos vivos.

Como se puede observar en el gráfico 6.1 las tasas estandarizadas mantienen una tendencia descendente aunque en 1996, 2002 se produjeran ligeros aumentos de mortalidad con respecto a los años precedentes. En 2005 también se ha producido un aumento en la tasas de mortalidad en los hombres.

**Gráfico 6.1:** Evolución mortalidad general. Tasas por mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea, Gipuzkoa 1991-2005





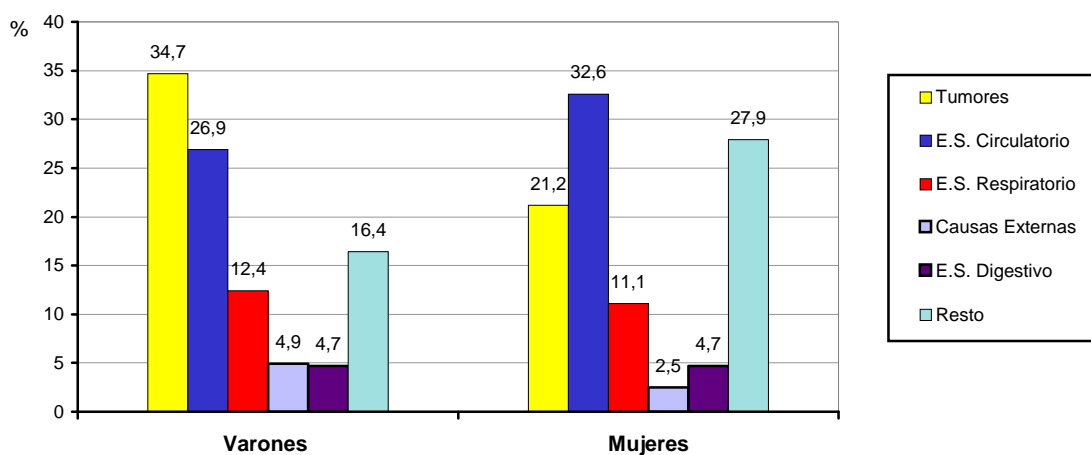
## Mortalidad proporcional

Para la población general del THG la primera causa de muerte en el año 2005 fueron las enfermedades del aparato circulatorio con un 29'6% del total de fallecimientos. Los tumores fueron la segunda causa (27'1%) y las enfermedades del aparato respiratorio la tercera (11'8%).

Para los hombres las tres primeras causas han sido los tumores, las enfermedades del aparato circulatorio y las enfermedades del aparato respiratorio con porcentajes del 33'6, 26'9 y 12'4 respectivamente.

En el caso de las mujeres, la primera causa fueron las enfermedades del sistema circulatorio que supusieron un 32'6% de todos los fallecimientos, la segunda los tumores con un 19'8% de los fallecimientos y la tercera las enfermedades del sistema respiratorio responsables del 11'1% de las muertes. (Gráfico 6.2).

**Gráfico 6.2:** Mortalidad proporcional. Porcentaje de mortalidad por grandes grupos de enfermedades y sexo, Gipuzkoa 2005



## Mortalidad por Causas

### Grandes Grupos de Causas de Muerte

La Tabla 6-1 muestra la distribución de las defunciones según sexo de los 19 grandes grupos de causas de muerte y las tasas estandarizadas por edad de la población europea. Entre los hombres la tasa de mortalidad más alta corresponde al grupo de tumores y en las mujeres al grupo de enfermedades del sistema circulatorio. En todos los grupos, las tasas son más elevadas para los hombres que para las mujeres.

**Tabla 6.1:** Mortalidad por grandes grupos de enfermedades y sexo  
Tasas por cien mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea, Gipuzkoa 2005

Grupo	Códigos		Hombres		Mujeres		Total	
			Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
I	A, B	E. infecciosas y parasitarias	59	13'7	50	6'2	109	9'7
II	C, D <sub>00-49</sub>	Tumores	1120	258'3	613	96'4	1733	166'5
III	D <sub>50-89</sub>	E. sangre y órganos hematopoyéticos	10	2'4	15	1'4	25	2'0
IV	E	E. endocrinas, nutricionales y metabólicas	89	20'4	120	13'9	209	16'9
V	F	Trastornos mentales y del comportamiento	67	15'7	175	17'5	242	17'1
VI	G	Enfermedades del sistema nervioso	123	28'0	174	20'3	297	23'8
VII	H <sub>00-59</sub>	Enfermedades del ojo	0	0	0	0	0	0
VIII	H <sub>60-95</sub>	Enfermedades del oído	0	0	0	0	0	0
IX	I	Enfermedades del sistema circulatorio	869	197'7	942	107'7	1811	144'9
X	J	Enfermedades del sistema respiratorio	400	88'5	321	33'9	721	54'3
XI	K	Enfermedades del sistema digestivo	152	36'2	137	17'5	289	26'3
XII	L	Enfermedades de piel y tejido subcutáneo	5	1'0	13	1'3	18	1'3
XIII	M	E. sistema osteomuscular y tej.conjuntivo	14	3'3	30	3'6	44	3'4
XIV	N	Enfermedades del sistema genitourinario	52	11'9	69	8'2	121	9'3
XV	O	Embarazo, parto y puerperio	0	0'0	1	0'3	1	0'1
XVI	P	Afecciones perinatales	8	3'6	6	3'0	14	3'3
XVII	Q	Malformaciones congénitas, cromosómicas	8	2'9	5	2'1	13	2'5
XVIII	R	Causas mal definidas	91	22'1	148	15'5	239	18'6
XIX	V-Y	Causas externas	159	40'3	71	13'4	230	26'3
<b>Total</b>			<b>3.226</b>	<b>746'0</b>	<b>2.890</b>	<b>362'3</b>	<b>6.116</b>	<b>526'2</b>

#### Principales causas de muerte

La tabla 6-2 muestra tasas de mortalidad estandarizadas por edad para las principales causas, tanto en hombres como en mujeres. En el conjunto de la población de Gipuzkoa la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares son las dos principales causas de defunción, ambas con valores muy similares. Para los hombres es ya el T.M. de bronquios y pulmón la primera causa de muerte y la cardiopatía isquémica se sitúa en segundo lugar de importancia. Las tercera y cuarta causas están ocupadas por las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades de las vías respiratorias inferiores respectivamente.

En las mujeres, las principales causas son las enfermedades cerebrovasculares y la cardiopatía isquémica. Los trastornos mentales orgánicos y la Insuficiencia cardiaca ocupan el tercer y cuarto lugar y el cáncer de mama pasa a la quinta posición.

**Tabla 6.2:** Mortalidad por las principales causas de muerte y sexo  
Tasas por cien mil habitantes estandarizada por edad de la población europea, Gipuzkoa 2005

Causa	Código	Total		Hombres		Mujeres	
		Def.	Tasa	Def.	Tasa	Def.	Tasa
Cardiop. isquémica	I 20-25	478	39.8	275	62.6	203	22.4
E. cerebrovascular	I 60-69	510	39.4	216	48.4	294	34.2
T.M. tráq. bronq. pulmón	C 33-34	314	33.0	269	62.8	45	8.9
EPOC y enf. afines	J 40-44, 47	299	22.7	216	46.0	83	8.9
T.M. colon-recto	C 18-21	212	19.2	139	31.4	73	9.6
Insuf. cardíaca	I 50	243	19.7	98	23.6	145	16.2
Trast. mentales org.	F 00-09	234	16.3	63	14.8	171	16.8
Accidentes tráfico	V 01-89	63	8.3	46	12.2	17	4.5
Diabetes	E 10-14	168	13.2	72	16.5	96	10.7
T.M. estómago	C 16	103	9.2	67	14.4	36	4.9
T.M. mama	C 50	85	8.4	1	0.2	84	14.9
Cirrosis	K 70,73,74, 76.9	105	11.6	71	17.3	34	6.5
Alzheimer	G 30	162	11.4	56	11.9	106	11.0
T.M. próstata	C 61	97	7.9	97	20.9	0	0.0
Enf. hipertensiva	I 10-15	123	9.1	43	9.4	80	8.5
Neumonía	J 12-18	126	9.4	65	15.4	61	6.2
T.M. vejiga	C 67	77	6.1	58	12.6	19	2.1
SIDA/VIH	B 20-24/ R75	13	1.7	11	3.0	2	0.5

### Principales causas de muerte según edad

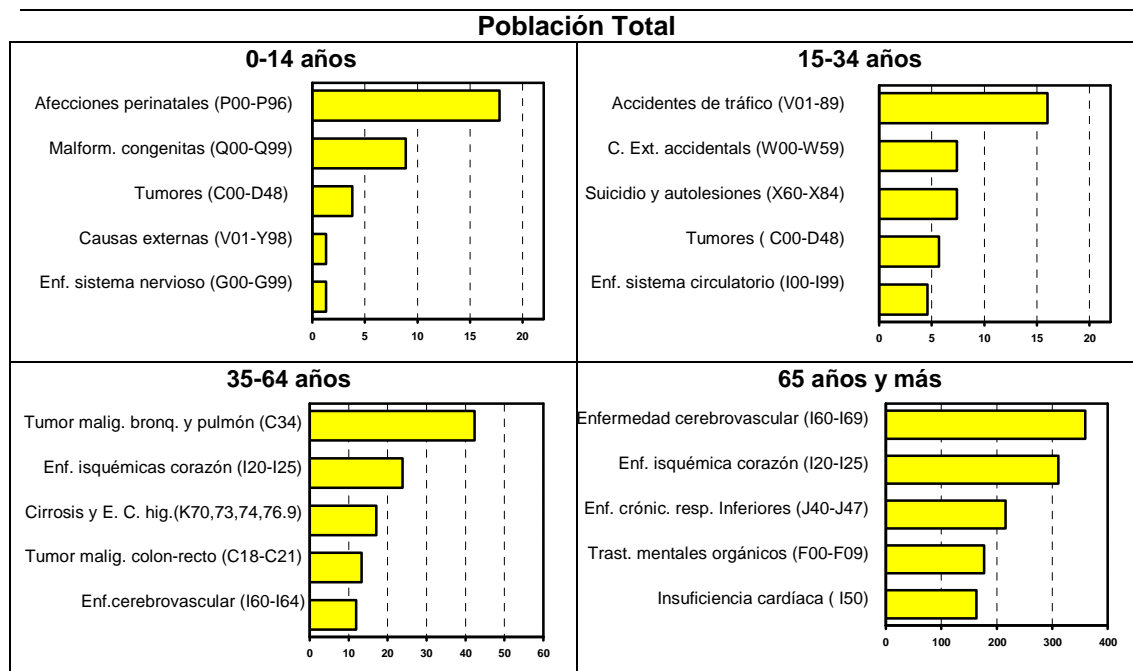
Las causas de muerte son distintas según la edad. Entre los menores de 15 años fueron 30 los fallecidos (tasa de 38,1 por 100.000). Las tres primeras causas han sido las afecciones originadas en el período perinatal, las malformaciones congénitas y los tumores, con tasas de 17.8, 8.9 y 3.8 por 100.000 respectivamente.

En el grupo de edad de 15 a 34 años la mortalidad es de 47.9 por 100.000 con 84 defunciones y las principales causas los accidentes de tráfico, las causas externas accidentales y los suicidios y autolesiones con tasas de 15.6, 7.4 y 7.4 por 100.000 respectivamente. La tasa de mortalidad por accidentes de tráfico ha aumentado con respecto a la de 2004 (11.7 por 100.000) pero sigue siendo bastante inferior a la de 2003 (23.3 por 100.000).

Entre la población de 35-64 años el T.M. de bronquios y pulmón es la primera causa (42.3 por 100.000), la cardiopatía isquémica la segunda (23.8 por 100.000) y la cirrosis y las enfermedades crónicas del hígado la tercera (17.1 por 100.000).

Para los mayores de 65 años las enfermedades cerebrovasculares fueron la primera causa de muerte (359.5 por 100.000), la enfermedad isquémica del corazón la segunda (310.9 por 100.000) y las EPOC y enfermedades afines la tercera (215.9 por 100.000) (Gráfico 6.3)

**Gráfico 6.3:** Mortalidad por las principales causas de muerte y edad.  
Tasas específicas por cien mil habitantes. Gipuzkoa 2005



### Principales causas de muerte según grupo de edad y sexo

Las tasas de mortalidad son distintas para hombres y mujeres y las causas también. En el grupo de 0-14 años la tasa de mortalidad fue 1,4 veces mayor para los hombres que para las mujeres. Respecto a las causas principales, en éste grupo de edad fueron las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas en ambos sexos y el conjunto de ambas causas suponen el 40 y el 30% de las muertes respectivamente.

En el grupo de 35 a 64 la tasa de mortalidad fue 3,1 veces mayor en hombres que en mujeres. Las causas principales produjeron entre los hombres 20 fallecidos por accidente de tráfico, 13 por causas externas accidentales y 10 por suicidio o autolesión (tasas de 21.8, 14.2 y 10.9 respectivamente). En el caso de las mujeres fallecieron 8 por accidente de tráfico, 4 por tumores y 3 por suicidio o autolesión con tasas de 9.5, 4.8 y 3.6 por 100.000 respectivamente. No hubo fallecimientos en mujeres por causas externas accidentales.

Entre los 35-64 años, la tasa de mortalidad fue también superior en los hombres, 2,8 veces mayor. El tumor maligno de bronquios y pulmón y la cardiopatía isquémica fueron las dos primeras causas de muerte entre los hombres con tasas de 71,4 13,3 por 100.000

respectivamente y el tumor maligno de la mama y el tumor maligno de bronquios y pulmón en las mujeres., con tasas de 16,1 y 13,3 por 100.0000.

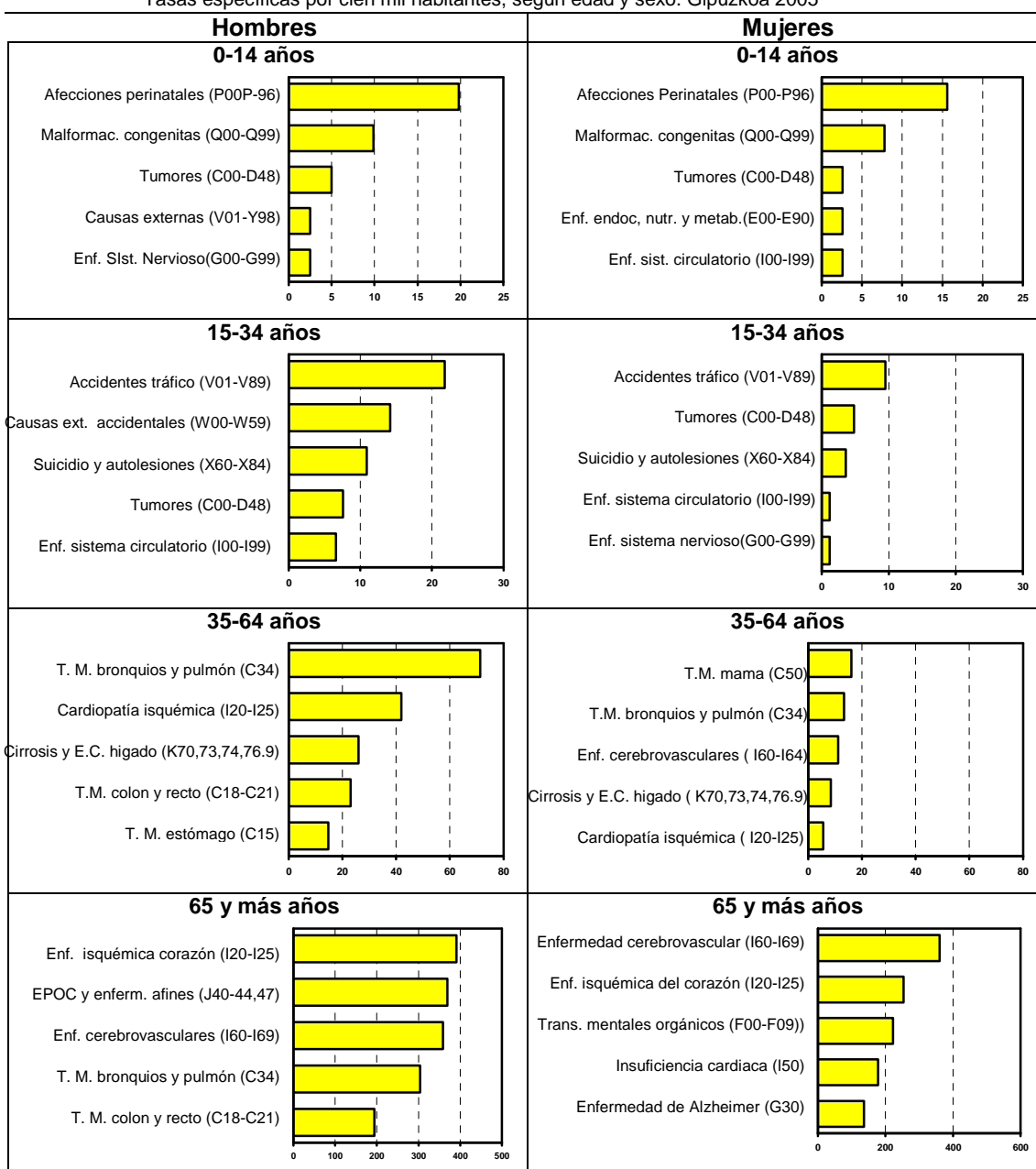
En los mayores de 65 años, los hombres mueren 1,3 veces más que las mujeres las primeras causas son la enfermedad isquémica del corazón y EPOC y enfermedades afines en ellos (391,2 y 369,3 por 100.000) y las enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad isquémica del corazón en ellas (360,4 y 253 por 100.000).

#### Evolución de las causas de muerte

El cáncer de pulmón y el cáncer de colon y recto se mantienen prácticamente estables dentro de la tendencia ligeramente ascendente. Comparando las tasas con las de 2004, en el caso del cáncer de pulmón la tasa ha aumentado en los hombres y disminuido en las mujeres y en el caso del cáncer de colon y recto ha disminuido en los hombres y aumentado en las mujeres pero las tasas para ambos sexos no han variado prácticamente.

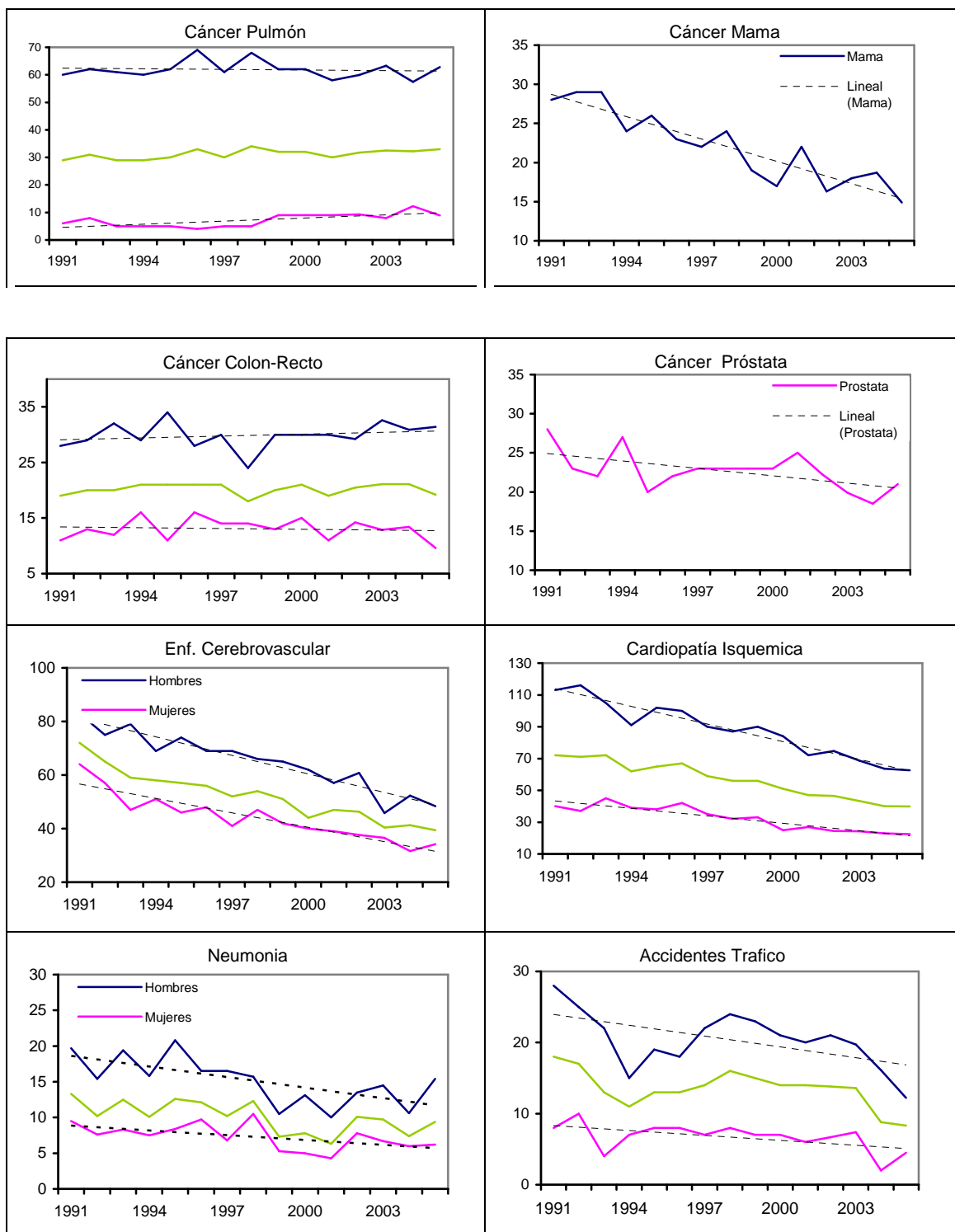
Mantienen la tendencia descendente las enfermedades cerebrovasculares, el cáncer mama, la cardiopatía isquémica y los accidentes de tráfico para ambos sexos. El cáncer de próstata ha roto la tendencia descendente que mantenía desde 2001.

**Gráfico 6.4:** Mortalidad por las principales causas específicas de muerte  
Tasas específicas por cien mil habitantes, según edad y sexo. Gipuzkoa 2005



Se incluye la vigilancia de la tendencia de mortalidad por neumonía en previsión de que la recomendación de vacunación en los mayores de 65 años pueda producir un cambio en la mortalidad. De momento se observa una tendencia descendente y mantenida desde 1991 en ambos sexos, aunque el año 2005 ha habido un incremento de las tasas también en ambos sexos.

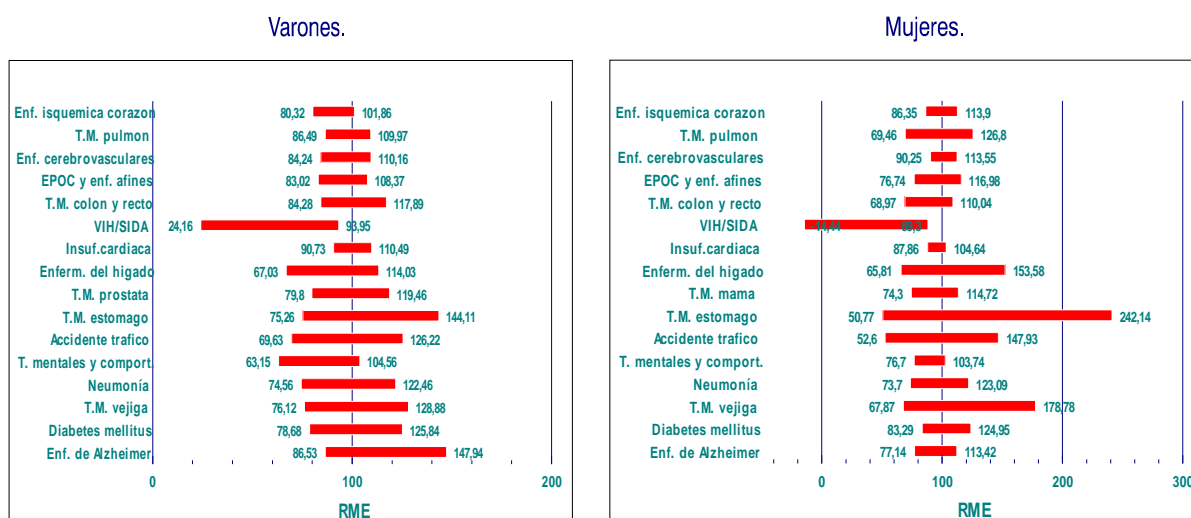
**Gráfico 6.5:** Evolución de algunas causas de muerte según sexo  
Tasas por cien mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea, Gipuzkoa 1991-2005



## Mortalidad en Gipuzkoa comparada con la CAPV

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

**Grafico 6.6:** Mortalidad por causas seleccionadas. Razón de Mortalidad Estandarizada (RME), Gipuzkoa 2005



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

En la tabla 6.3 se comparan las tasas (número en el caso del SIDA) de mortalidad en el intervalo 1999-2005 con los objetivos marcados por el Plan de Salud 2010. En términos generales las tasas de mortalidad de las distintas causas de muerte por cáncer en los hombres en 2005 no están en la línea de los objetivos del Plan de Salud. La mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio sin embargo han estado por debajo de dichos objetivos. En el caso de las mujeres las muertes producidas por cáncer han supuesto tasas por debajo de los objetivos sin embargo no sucede lo mismo en las tasas de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio. Los datos han cumplido los objetivos en el caso de la cardiopatía isquémica entre 25-74 años, los accidentes de tráfico, el SIDA, causas externas entre 15-29 años, el suicidio y la mortalidad infantil.

**Tabla 6.3:** Mortalidad por causas seleccionadas  
Tasas por cien mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea, Gipuzkoa 2005

Causas	Tasa 1999	Tasa 2000	Tasa 2001	Tasa 2002	Tasa 2003	Tasa 2004	Objetivos del PS. 2010
Cáncer en hombres < de 65 años	107,3	106,9	104,2	106,1	106,7	100,1	Iniciar tend. ↓ 47,1
Cáncer en mujeres < de 65 años	55,5	53,3	51,1	50,0	49,1	51,8	
Ca. de pulmón en hombres <65 años	30,0	30,2	25,5	25,1	29,6	31,0	Invertir tend. ↑
Ca. de pulmón en mujeres <65 años	5,8	6,4	6,41	6,4	5,7	9,6	Frenar tend. ↑
Cáncer de mama en mujeres	19,7	17,2	21,6	16,3	17,9	18,7	18,4
Ca. de colón-recto en hombres	30,0	29,6	29,8	29,2	32,5	30,9	Estabilizar tasas
Ca. de colón-recto en mujeres	12,6	15,9	10,4	14,2	12,9	13,4	Estabilizar tasas
Ca. de cabeza y cuello en hombres	15,8	19,5	16,5	16,3	16,9	15,7	20,3
Enf. apar. circul. en hombres < de 65 años	55,5	51,8	57,5	47,5	46,1	48,9	45,7
Enf. apar. circul. en mujeres < de 65 años	15,1	14,7	11,0	11,0	13,8	9,2	12,9
Enf. cerebrovascular en hombres < 75 años	21,0	21,4	22,8	19,2	15,3	21,2	18,4
Enf. cerebrovascular en mujeres < 85 años	23,3	24,1	20,6	20,5	19,7	16,7	20,4
Cardiopatía isquemia en hombres 25- 74 años	70,1	72,4	58,2	67,5	53,4	50,7	70,6
Cardiopatía isquemia en mujeres 25- 74 años	17,0	9,2	9,1	10,6	8,3	9,5	14,7
Accidente de tráfico	14,7	14,0	13,4	13,8	13,6	8,8	10,3
Mortalidad por SIDA (número de casos)	21	20	14	23	16	17	< 22 casos/año*
Causas externas entre 15-29 años	39,0	35,3	31,1	37,8	34,4	22,4	31,0
Suicidio	6,7	6,7	6,1	9,2	5,9	6,9	< 7
Mortalidad Infantil	4,8	5,7	4,1	3,5	3,1	4,4	< 4,8

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

## Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer para la población del THG en el año 2005 fue de 81,24 años, menor en los hombres (77,28) que en las mujeres (85,18). 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, y la diferencia en año 2005 ha sido de 7,9 años. La esperanza de vida al nacer de hombres y de mujeres alcanza el objetivo del Plan de Salud, de 76,8 y 84,3 años respectivamente.

**Tabla 6.4:** Esperanza de Vida según edad, Gipuzkoa 1991-2005

Tabla	SEXO	1991	1995	2000	2004	2005	1991-2005
0 Años	H	72,46	74,81	76,18	77,42	77,28	6,7
	M	81,51	82,08	84,38	84,64	85,18	4,5
	T	76,94	78,76	80,31	81,08	81,24	5,6
40-44	H	35,74	37,25	37,84	38,85	38,70	8,3
	M	43,09	44,2	45,32	45,46	45,84	6,4
	T	39,47	40,81	41,66	42,24	42,83	7,2
65-69	H	15,05	16,19	16,56	17,63	17,48	16,1
	M	20,23	20,99	22,18	22,19	22,56	11,5
	T	17,89	18,85	19,61	20,14	20,24	13,1

## 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 2005 los Años Potenciales de Vida Perdidos por todas las causas de muerte fueron 19.649, lo que equivale a una tasa ajustada de 32,87 años por mil habitantes. La causa que más APVP ha producido ha sido el T. M. de pulmón tanto para el total de la población como en el caso de os hombres. Entre las mujeres han sido los accidentes de tráfico la causa más importante de APVP y el cáncer de mama la segunda. Los accidentes de tráfico han sido la segunda causa para la población general y para los hombres.

**Tabla 6.5:** Años potenciales de vida perdidos y tasa estandarizada por mil, Gipuzkoa 2005

Causas	Hombres		Mujeres		Total	
	APVP	Tasa APVP	APVP	Tasa APVP	APVP	Tasa APVP
Accidentes de tráfico (V01-V89)	1195	3,81	438	1,66	1633	2,77
T. maligno de pulmón (C33-C34)	1500	4,54	317	0,93	1817	2,73
Cardiopatía isquémica (I20-I25)	1000	2,99	111	0,34	1111	1,66
Suicidio (X60-X84)	821	2,56	211	0,84	1031	1,71
T. maligno colon-recto (C18-C21)	428	1,33	121	0,39	549	0,86
Anomalías congénitas (Q00-Q99)	375	1,62	240	1,22	615	1,44
E.cerebrovascular (I60-69)	385	1,10	181	0,58	566	0,84
Enf. hígado (K70-K77)	559	1,71	226	0,68	785	1,18
SIDA (B20-24)	265	0,74	58	0,16	323	0,45
T. maligno estómago (C16)	233	0,70	108	0,31	341	0,51
T. maligno encéfalo (C71)	380	1,58	131	0,41	510	1,01
Leucemia (C91-C95)	101	0,30	78	0,44	179	0,36
T. maligno mama (C50)	0	0	379	1,17	379	0,59



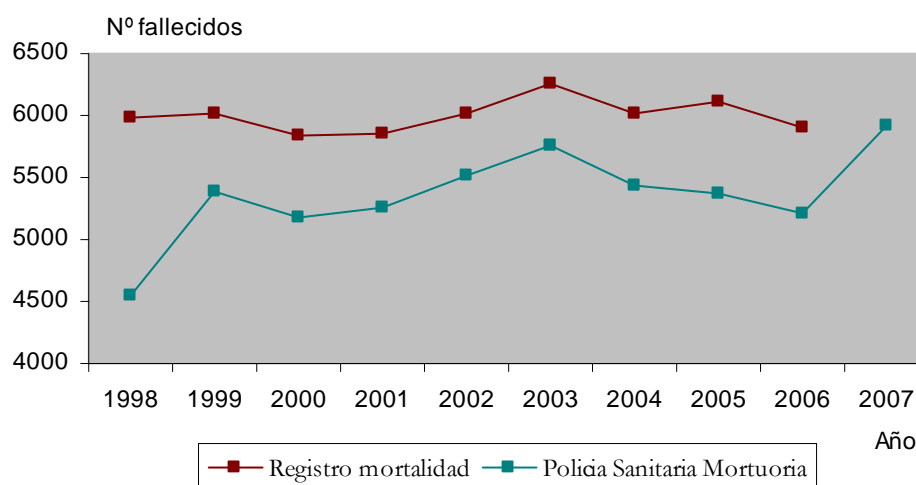
## 7 Policía Sanitaria Mortuoria

### Evolución del registro

La Policía Sanitaria Mortuoria (PSM) es un registro de servicios funerarios a partir del cual se puede obtener información de las defunciones ocurridas en un lugar y período determinado con un subregistro variable. Hasta el año 2000 el registro de los fallecidos se realizó mediante el envío de un *boletín especial* al Departamento de Trabajo. En el año 2004, tras la publicación del *Decreto 202/2004 de 19 de octubre por el que se aprueba el Reglamento de Sanidad Mortuoria de la Comunidad Autónoma del País Vasco*, desapareció el “boletín especial” y se creó un Registro en las tres Subdirecciones de Salud Pública basado en el *artículo 32 de Actividad de servicios funerarios* que establece que “*La empresa funeraria deberá cumplimentar mensualmente al Departamento de Sanidad el Anexo IV del reglamento, en que constarán los servicios funerarios realizados*”. A partir del año 2007 el registro de la actividad se realiza en las propias agencias funerarias mediante acceso a la aplicación de Sanidad Mortuoria.

Si comparamos los datos de fallecimientos de 2005 y 2006 con los del Registro de Mortalidad de la CAPV dicho subregistro ha sido del 12.1% y del 11.8% respectivamente. En la gráfica 7.1 se puede observar la evolución del número de fallecidos en ambos registros, el Registro de Mortalidad y la Policía Sanitaria Mortuoria.

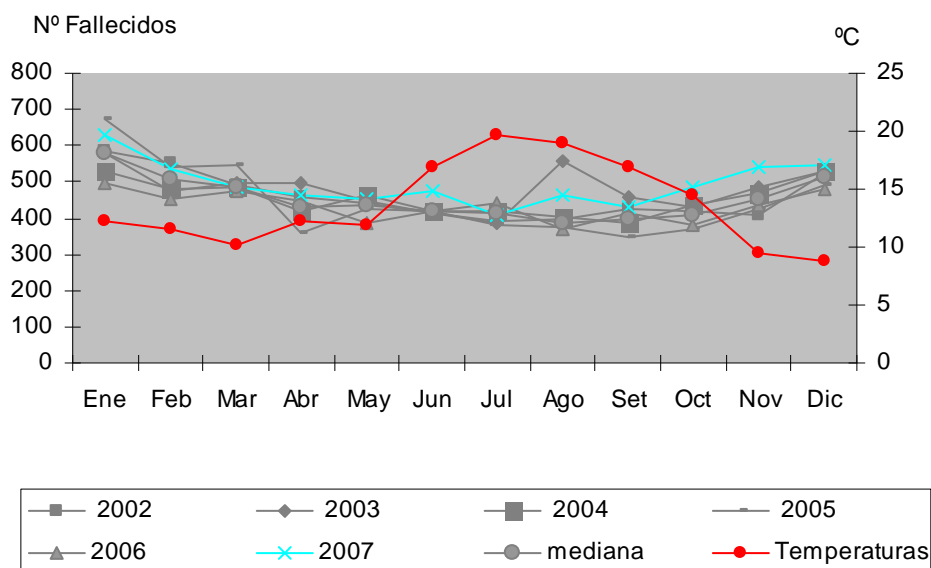
**Gráfico 7.1:** Evolución del número de fallecidos de Gipuzkoa en la PSM y en el Registro de Mortalidad de la CAPV



### Número de fallecimientos y su distribución a lo largo del año 2007

La PSM ha registrado 5913 fallecidos a lo largo del año 2007, el mayor número de defunciones hasta la fecha desde 1998. Este incremento tan llamativo en el número de registros puede responder a un incremento en el número de fallecidos o a un incremento del porcentaje de fallecimientos registrados por las agencias funerarias. Teniendo en cuenta que el sistema ha cambiado a comienzos de 2007 y que esto ha podido facilitar las tareas de comunicación con la autoridad sanitaria, no podemos descartar que ésta sea la razón del incremento. Habrá que esperar a poder conocer los datos del Registro de Mortalidad de 2007 para saber si el porcentaje de subregistro ha sufrido alguna variación considerable o no.

**Gráfico 7.2:** Evolución de la mortalidad anual en el período 2002-2007 y temperaturas 2007 de Gipuzkoa



Respecto a la evolución de la mortalidad a lo largo del año 2007, la misma, evidencia el ritmo estacional habitual con un máximo coincidente con los meses más fríos del año y un par de picos de mortalidad de menor intensidad coincidentes con los períodos de menor mortalidad en los meses más cálidos.

En lo que a temperaturas se refiere en la Zona Costera, las máximas alcanzadas superan el umbral para ola de calor en contadas ocasiones, en ningún caso en secuencias de más de dos días y el número de eventos depende de la estación meteorológica donde se ha medido la temperatura. Sólo se han medido temperaturas extremas en dos días el 15 de julio y el 28 de agosto, tanto en la estación de Zarautz como en la de Lasarte.

## 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 2007 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 2007 en estos hospitales fue de 78.880, de las que 78.077 (99%) se dieron en centros de agudos y 803 (1%) en el hospital público de media-larga estancia. Las altas en los hospitales de corta estancia sumaron un total de 457.950 días de estancia lo que supone una estancia media de 5,87 días. Las altas registradas en el hospital Amara sumaron 26.937 días de estancia, con una estancia media de 33,55 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 n1 de altas, días de estancia y estancias medias, por grupo de edad y seo. Gipuzkoa 2007.

	Nº de altas (%)	Nº días de estancia (%)	Estancia media
Hombres	37.030 (46,9)	254.142 (52,4)	6,9 días
Mujeres	41.850 (53,1)	230.745 (47,6)	5,5 días
0 - 14 años	4.680 (5,9)	23.378 (4,8)	5,0 días
15-34 años	12.541 (15,9)	48.844 (10,1)	3,9 días
35-64 años	25.854 (32,8)	145.407 (30,0)	5,6 días
>=65 años	35.805 (45,4)	267.258 (55,1)	7,5 días
<b>TOTAL</b>	<b>78.880(100%)</b>	<b>484.887(100%)</b>	<b>6,2 días</b>

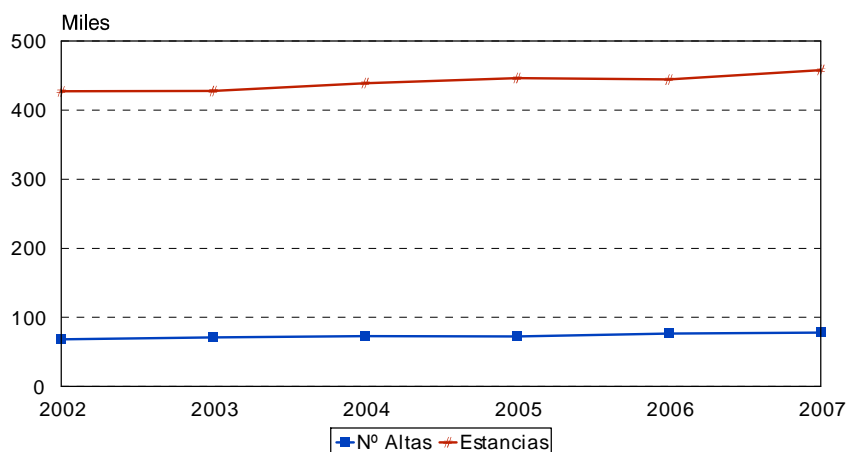
De las altas registradas en los hospitales de agudos, 15.407 (20% del total) corresponden a actividades del hospital de día con estancia 0. Casi la mitad de estas altas (7.501 altas) tienen un diagnóstico del grupo de enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales, de las que el 79% presentan un diagnóstico de catarata.

**Tabla 8.2:** Distribución porcentual según diagnóstico principal por grandes grupos y tipo de centro. CMBD Hospitales de Osakidetza. Gipuzkoa, 2007.

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	1.146 (1,5)	47 (4,1)	7	0,9
140-239	Tumores	6.198 (7,9)	1.208 (19,5)	44	5,5
240-279	Endocrino-metabólicas	1.094 (1,4)	83 (7,6)	2	0,2
280-289	Sangre y órganos hematopoyéticos	815 (1,0)	151 (18,5)	2	0,2
290-319	Trastornos mentales	1.569 (2,0)	73 (4,7)	7	0,9
320-389	Sistema nervioso y órganos sensoriales	8.978 (11,5)	7.501 (83,5)	1	0,1
390-459	Sistema circulatorio	9.100 (11,7)	463 (5,1)	29	3,6
460-519	Aparato respiratorio	9.433 (12,1)	779 (8,3)	76	9,5
520-579	Aparato digestivo	8.627 (11,0)	778 (9,0)	11	1,4
580-629	Aparato genito-urinario	3.999 (5,1)	765 (19,1)	6	0,7
630-676	Embarazo, parto y puerperio	8.810 (11,3)	636 (7,2)	-	-
680-709	Piel y tejido conjuntivo	1.083 (1,4)	234 (21,6)	8	1,0
710-739	Sistema osteomuscular	5.185 (6,6)	1.178 (22,7)	6	0,7
740-759	Congénitas	491 (0,6)	137 (27,9)	-	-
760-779	Patología perinatal	797 (1,0)	26 (3,3)	-	-
780-799	Signos y síntomas mal definidos	3.905 (5,0)	194 (5,0)	4	0,5
800-999	Traumatismos y envenenamientos	4.844 (6,2)	416 (8,6)	10	1,2
V01-V82	Código V	1.951 (2,5)	732 (37,5)	586	73,0
	Sin codificar	52 (0,1)	6 (11,5)	4	0,5
TOTAL		78.077 (100)	15.407 (19,7)	803	100

Las patologías que más altas generaron en los hospitales de agudos de Osakidetza durante el año 2007 fueron las enfermedades de los aparatos respiratorio y digestivo, del sistema circulatorio y del sistema nervioso y órganos sensoriales que, junto con los ingresos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, fueron las responsables del 57,6% de las altas hospitalarias. En el hospital de media-larga estancia una gran mayoría de las altas (73%) presenta un Código V en el diagnóstico principal. En el 3,7% de las altas con ingreso se produce el fallecimiento en el hospital, porcentaje que supone el 3,5 para los hospitales de agudos y el 19,9% para el hospital de media-larga estancia.

En la gráfica se presenta la evolución del número de altas y estancias en los hospitales de agudos de Osakidetza de Gipuzkoa. En el año 2007 se han registrado 1.402 altas y 13.732 días de estancia más que en el año anterior. La estancia media en el año 2007 (5,9 días) es similar a la correspondiente al año 2006 (5,8 días).

**Gráfico 8.1:** Altas y estancias hospitalarias. Hospitales de agudos de Osakidetza. Gipuzkoa 2002-2007

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

El 64,7% de las altas generadas en los hospitales de agudos se dieron en el Hospital Donostia, correspondiendo al Hospital Ntra. Sra. de la Antigua el 10,4% de las altas, al Hospital Bidasoa el 9,2% , el 9,3% al Hospital de Mendara y el 6,4% al Hospital del Alto Deba.

### Morbilidad Hospitalaria según sexo y grupos de edad.

Se presenta el perfil de morbilidad hospitalaria de los residentes en Gipuzkoa a partir de las altas con estancia mayor que 0 producidas en todos los hospitales de Osakidetza de la CAPV (se han excluido todos los procedimientos de cirugía ambulatoria o que no hayan precisado hospitalización); la población residente en Gipuzkoa durante el 2007 ha sido calculada por una proyección realizada por el Instituto Vasco de Estadística / EUSTAT. En el año 2007 se han producido un total de 62.083 altas con ingreso lo que supone una tasa bruta de 91,1 altas/1.000 hab; del total

	hombres	mujeres	Total (tasa)
0-14	2.203 (47,7)	1.576 (35,9)	3.779 (42,0)
15-34	2.628 (30,7)	7.851 (98,1)*	10.479 (63,3)
35-64	10.542 (70,7)	9.689 (65,3)**	20.231 (68,0)
>=65	14.304 (269,9)	13.290 (176,3)	27.594 (215,2)
<b>Total (tasa)</b>	<b>29.677 (88,1)</b>	<b>32.406 (93,4)<sup>§</sup></b>	<b>62.083 (91,1)</b>

\* 28,4/1.000 excluyendo altas por embarazo, parto o puerperio

\*\* 50,0/1.000 excluyendo altas por embarazo, parto o puerperio & 70,6/1.000 excluyendo altas por embarazo, parto o puerperio

de altas, 29.667 corresponden a varones (tasa de 88,9/1000 hab.) y 32.406 a mujeres (tasa de 93,2/1.000 hab.); si se excluyen las altas debidas a embarazo, parto y puerperio, la tasa en las mujeres desciende a 70,6 altas/1.000 hab.

La edad media de la población hospitalizada es de 56,3 años, 58,5 años para los hombres y 54,4 para las mujeres, cifra que sube a 61,4 años si se excluyen las altas del grupo embarazo, parto o puerperio. En la tabla 8.3 se presenta el número de altas por grupo de edad y sexo y su tasa correspondiente. Si se excluyen las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, en todos los grupos de edad excepto en el de 15-34 años, la tasa de altas de los hombres supera a la de las mujeres, y en ambos sexos es ese grupo de edad el que presenta una tasa más baja. El 44% de las altas con ingreso se han producido en los mayores de 64 años, altas que suponen el 55% 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, suponiendo en conjunto el 55% de las altas con ingreso de este grupo. Dentro de la patología respiratoria, la causa más frecuente de ingreso ha sido una neumonía; en segundo lugar aparecen las altas relacionadas con patología crónica de amígdalas y adenoides, y en tercer lugar se encuentran los ingresos por bronquitis/bronquiolitis aguda y por asma. En la patología perinatal los diagnósticos más frecuentes han estado relacionados con el aparato respiratorio (síndrome de distress respiratorio u otras enfermedades respiratorias del feto y del recién nacido) y los trastornos relacionados con la gestación acortada y el bajo peso en el nacimiento. El 49% de los 396 ingresos por patología del aparato digestivo presenta un diagnóstico de apendicitis aguda.

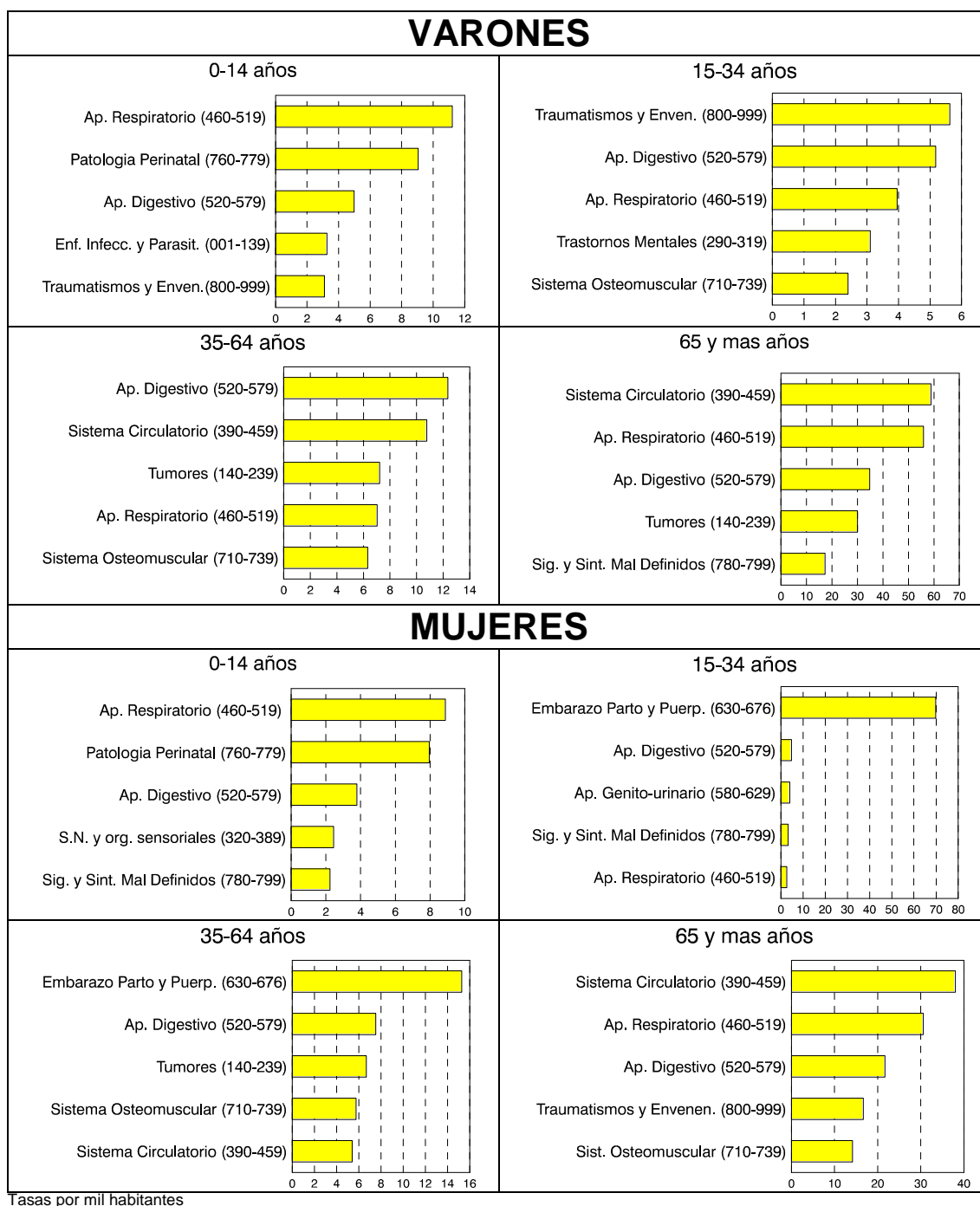
En el **grupo de 15-34 años**, las principales causas de ingreso en los varones se relacionan con traumatismos y envenenamientos, el aparato digestivo y el aparato respiratorio. En el apartado de traumatismos y envenenamientos los tres diagnósticos más frecuentes, que en conjunto suponen el 23% de los ingresos de este grupo, están relacionados con fracturas de tobillo, de cúbito y radio y de huesos faciales. Dentro del aparato digestivo, el 33% de las altas presentan un diagnóstico de apendicitis aguda; los diagnósticos más frecuentes relacionados con el aparato respiratorio son absceso peritonsilar (17% de las altas de este apartado) y neumotórax (16%).

En las mujeres de este grupo de edad, las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio suponen el 71% 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 patología quística de ovario, endometriosis e infecciones renales.

En el **grupo de 35-64 años**, las principales causas de ingreso en varones se relacionan con el aparato digestivo, el sistema circulatorio y los tumores. El 25% de las altas con patología digestiva presentan algún diagnóstico relacionado con una hernia de la cavidad abdominal; la cardiopatía isquémica está presente en el 25% de las altas del sistema circulatorio; en el capítulo de tumores, el diagnóstico más frecuente es el de cáncer de tráquea, bronquios y pulmón (15% de las altas de este grupo) seguido de los cánceres de vejiga (11%), 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 33% 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 las deformaciones adquiridas del dedo gordo del pie (20%) 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 respiratorio y aparato digestivo. En el sistema circulatorio predominan, tanto en hombres como en mujeres, los diagnósticos de insuficiencia cardíaca (22% y 24% de los diagnósticos respectivamente), de enfermedad cerebro-vascular (22% vs 23%) y cardiopatía isquémica (16% vs 10%). En el aparato respiratorio las dos principales causas de ingreso tanto en varones como en mujeres es el fracaso respiratorio (25% y 29% de los diagnósticos respectivamente); en los varones la segunda causa más frecuente de ingreso en este apartado es la bronquitis crónica (25%), mientras que en las mujeres está constituida por diagnósticos de patología respiratoria no especificada (22%). 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 2007.

## 9 Registro de Cáncer (RC)

El registro poblacional de cáncer dispone de datos de incidencia de tumores diagnosticados en residentes en el Territorio Histórico de Gipuzkoa desde 1986. Durante 2007 se ha realizado la recogida de los casos nuevos de cáncer diagnosticados en 2004 en el Territorio en las fuentes habituales.

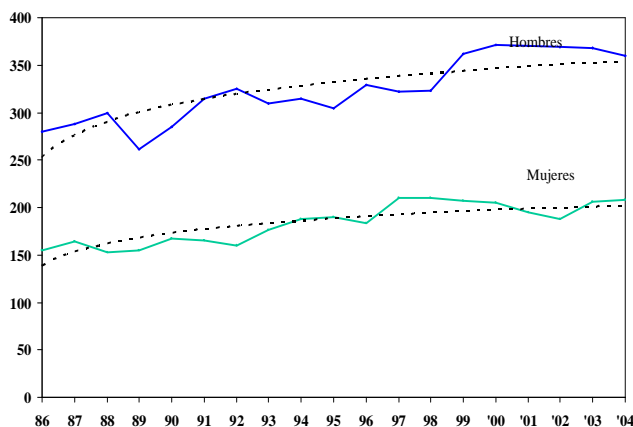
Se registran, al igual que en años anteriores, todos los tumores malignos invasivos e "in situ", (excepto los carcinomas epidermoides y basocelulares de piel), así como los de malignidad incierta en cuatro localizaciones (vejiga, ovario, sistema nervioso central y tumores carcinoides) y los tumores benignos de sistema nervioso central. Para su codificación se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, tercera edición (CIE-O-III).

Como es habitual se registraron los diagnósticos tumorales señalados en residentes del Territorio Histórico de Gipuzkoa, además de los diagnosticados en pacientes no residentes, asistidos en los centros sanitarios de Gipuzkoa. 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 ajustadas por edad, utilizando el método directo y la población mundial de referencia.

### Incidencia de Tumores Malignos. Gipuzkoa 2004

El total de tumores registrados en residentes de Gipuzkoa ha sido de 3.977 de los cuales 3.635 se corresponden a casos de cáncer invasivos que supone una tasa de incidencia bruta de 535,9 casos por 100.000 habitantes y serán los que se presenten en el análisis.

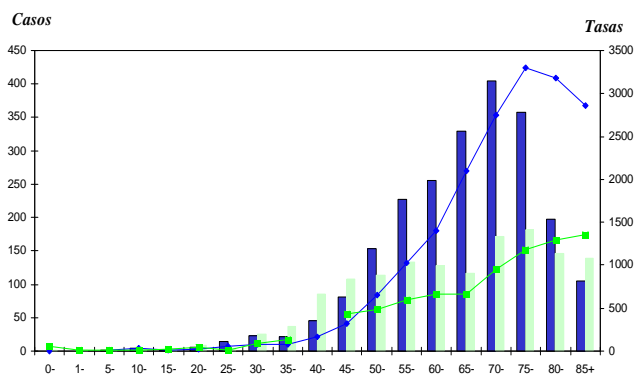
**Gráfico 9.1:** Tasas de incidencia de cáncer por 100.000, ajustadas por edad, en hombres y mujeres de Gipuzkoa, 1986-2004



En 2004 se registraron 2.228 tumores nuevos malignos invasivos en hombres y 1.407 en mujeres. Las tasas de incidencia brutas fueron de 666,3 y de 405,4 por 100.000 en hombres y mujeres respectivamente. El gráfico 9.1 representa las tasas ajustadas a la población mundial, así como su evolución desde 1986. La razón de tasas (ajustadas) es de 1,7, es decir, que el riesgo de cáncer sigue siendo casi el doble en los hombres con respecto a las mujeres.



**Gráfico 9.2:** Casos de cáncer y tasas de incidencia (por 100.000) específicas por grupos de edad y sexo. Gipuzkoa 2004



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

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

- No hay ningún caso con edad desconocida.
- El porcentaje de casos que tienen como única fuente de información el certificado de defunción se mantiene por debajo del 3% en ambos sexos, siendo el 1,5 en hombres y el 2,6% en mujeres.
- El 81% de los casos tienen confirmación histológica, un 7% citológica y el 0,3% por autopsia. Los tumores diagnosticados en varones presentan una mayor confirmación anatomopatológica (90,4%) que en mujeres (88%).
- En el 3% de los casos registrados se desconoce la localización del tumor primario. Además un 0,9% de los casos totales presentan localización mal definida.

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

### Localizaciones más frecuentes

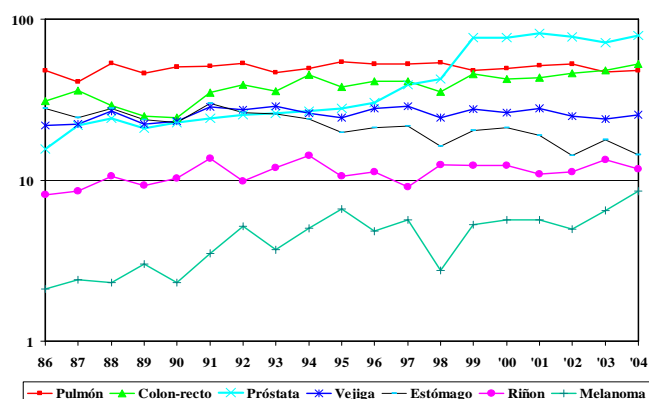
Las 10 localizaciones más frecuentes aparecen reflejadas en la tabla 9.1. En este último año, igual que en el año anterior la próstata sigue siendo la localización más frecuente en hombres seguido del colon-recto y pulmón y con un incremento en estas tres localizaciones respecto al 2003. Por el contrario los tumores de estómago descienden considerablemente. También hay que destacar que los de hígado acusan un fuerte ascenso saltando en la tabla de localizaciones más frecuentes del décimo lugar en el 2003 al séptimo en el 2004.

Entre las mujeres, ha habido algunas variaciones con respecto al año 2002. La mama sigue siendo la localización más frecuentemente afectada, seguida del colon-recto y el útero que siguen aumentando su frecuencia relativa. Sin embargo, los tumores del sistema hematopoyético, estómago y pulmón registran porcentajes ligeramente inferiores.

**Tabla 9.1:** Diez tumores más frecuentes. Gipuzkoa 2004

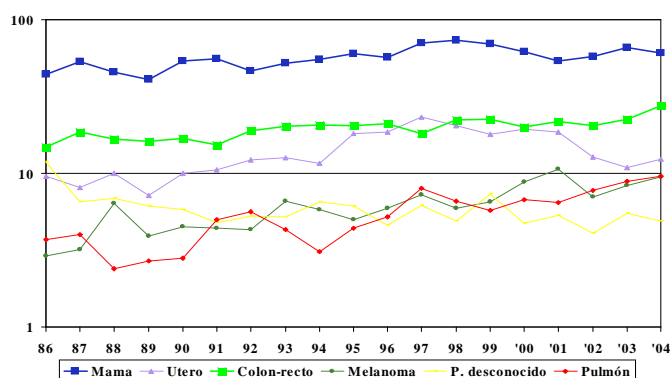
HOMBRES		%	Nº DE ORDEN	%	MUJERES	
C61	Próstata	23,3	1º	26,5	Mama	C50
C18-C21	Colon, recto y c. anal	15,0	2º	16,2	Colon, recto y c. anal	C18-C21
C33-C34	Traq.-Bronquio-Pulmón	13,5	3º	8,0	Útero	C53-C55
C67	Vejiga	7,4	4º	4,6	Sist. hematopoyético	C42
C00-C14	Labio, c. oral y faringe	5,8	5º	4,0	Estómago	C16
C16	Estómago	4,1	6º	4,0	Tráq.-bronquio-pulmón	C33-44
C22	Hígado y c. bil extrahep	3,9	7º	3,4	Melanoma en piel	C44
C64-C66	Riñón, pelvis r. y uréter	3,2	8º	3,4	Ganglios linfáticos	C77
C:32	Laringe	2,9	9º	3,4	Glándula tiroides	C73
C80	Primario desconocido	2,8	10º	3,3	Primario desconocido	C80

**Gráfico 9.3:** Tasas de incidencia de cáncer por 100.000 (ajustadas a la población mundial) específicas por localización en varones, Gipuzkoa 1986-2004



En el gráfico 9.3, observamos que las tasas de incidencia de próstata se mantienen elevadas, similares a las cifras alcanzadas en el año 1999. El cáncer colorectal (C18-C21), que sigue ocupando el segundo lugar, mantiene la tendencia ascendente superando al cáncer de pulmón. Por otro lado, cabe señalar el descenso que presenta el cáncer de estómago. En cuanto al melanoma (C44) mantiene la tendencia ascendente iniciada en años anteriores.

**Gráfico 9.4.** Tasas de incidencia de cáncer por 100.000 (ajustadas a la población mundial) específicas por localización en mujeres. Gipuzkoa 1986-2004



La mama se mantiene como el tumor de mayor incidencia en mujeres en el 2004, aunque con tasas inferiores al año anterior y manteniéndose por debajo de las alcanzadas en el bienio 97-98 en el que tuvo lugar la primera vuelta del programa de detección precoz. El segundo lugar es ocupado por los tumores de recto y colon (C18\_21) que en el 2004 acusa un fuerte incremento respecto al año anterior. Lo mismo ocurre con los tumores de pulmón y melanoma en piel, cuyas tasas siguen incrementándose.

## Evolución del Cáncer en el Territorio Histórico de Gipuzkoa

En el año 2004 se ha producido un ligero incremento en el número de casos no así en las tasas. Por otra parte, el indicador de calidad utilizado (porcentaje de casos cuya única fuente ha sido el boletín estadístico de defunción-SCD) ha mejorado en la última década de vida del registro.

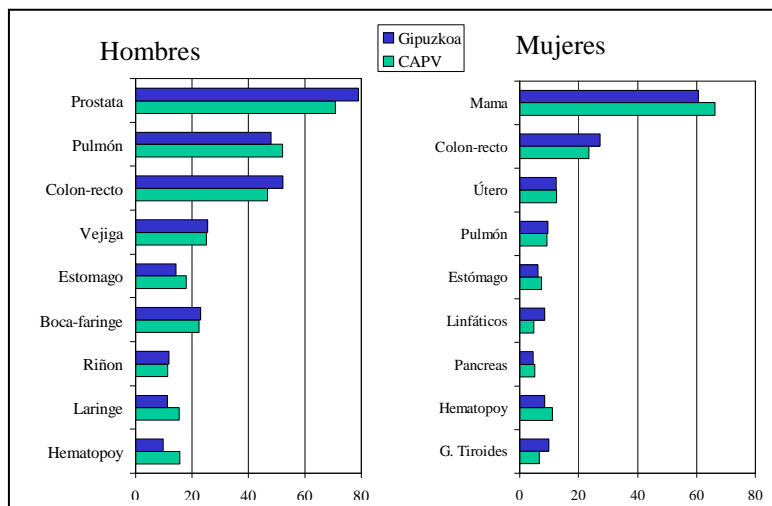
**Tabla 9.2:** Evolución de la incidencia de tumores invasivos e indicadores de calidad más relevantes.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<b>VARONES</b>										
nº casos	1.570	1.658	1.759	1.738	1.994	2.120	2.158	2.167	2.200	2.228
Tasa bruta	473,1	499,9	530,5	524,5	602,1	641,1	653,0	656,3	666,7	666,3
Tasa ajustada	304,5	320,0	322,5	323,2	361,9	371,2	370,0	369,2	368,0	360,1
SCD (%)	2,8	3,1	2,5	2,5	2,4	1,7	1,7	1,9	1,6	1,5
<b>MUJERES</b>										
nº casos	1.131	1.116	1.286	1.294	1.294	1.337	1.280	1.241	1.394	1.407
Tasa bruta	328,5	324,0	373,2	375,3	375,1	389,4	373,1	362,0	406,9	405,4
Tasa ajustada	189,8	182,8	210,1	209,9	207,0	204,7	195,1	187,9	206,5	208,3
SCD (%)	5,1	3,9	4,4	2,8	3,2	3,1	3,6	3,2	2,6	2,6

SCD: solo certificado de defunción

## Situación de Gipuzkoa con respecto a la CAPV

**Gráfico 9.5:** Tasas de incidencia de cáncer por 100.000, ajustadas por edad, CAPV 2003 y Gipuzkoa 2004.



Se presentan las tasas de incidencia de cáncer en la CAPV del año 2003 (último año disponible al cierre de esta memoria) y la incidencia de Gipuzkoa del 2004. En el total de tumores registrados para todas las localizaciones no se constatan grandes diferencias en las tasas ajustadas.

Entre las localizaciones más frecuentemente afectadas en hombres, cabe señalar que en Gipuzkoa (año 2004) el cáncer de próstata

continúa presentando tasas superiores respecto a las de la CAPV del 2003. También presenta tasa superiores en colon-recto. En cambio en el cáncer de pulmón la CAPV presenta tasas superiores respecto a Gipuzkoa, así como en estómago, laringe y sistema hematopoyético. Respecto a las mujeres, la CAPV presenta tasas mayores que en Gipuzkoa en mama. Por el contrario el cáncer de colon presenta mayor incidencia en Gipuzkoa que en la CAPV. Existen otras diferencias menores en otras localizaciones como en estómago y en el sistema hematopoyético que es mayor en la CAPV, mientras que el cáncer de tiroides y ganglios linfáticos presenta una tasa superior en Gipuzkoa.

## **Anexo 1**

---

### **Sistema de Información Microbiológica. Gipuzkoa 2007**

## Mycobacterias

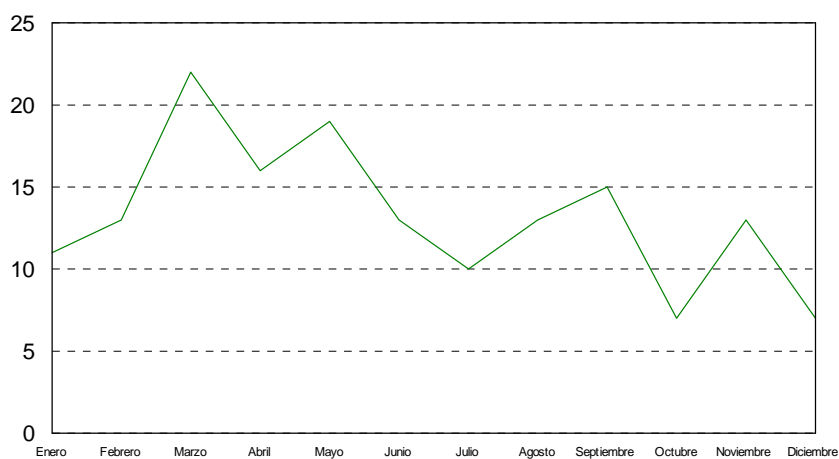
### 1. Según centro declarante

Centro	M.tuberculosis	M.gordonae	M.kansasii	M.chelonae	M.Nonchromogen	M.avium	M.Avium complex
L.U.D.	77	0	0	0	0	0	0
H. Bidasoa	14	0	0	0	0	0	0
H.Mendaro	11	0	0	0	0	0	0
H. Zumarraga	33	4	1	1	1	4	1
H. Alto Deba	12	0	0	0	0	0	0
Total	147	4	1	1	1	4	1

### 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	2	2	4
De 20 a 29 años	15	19	34
De 30 a 39 años	21	10	31
De 40 a 49 años	16	2	18
De 50 a 59 años	10	2	12
De 60 a 69 años	12	4	16
De 70 a 79 años	6	5	11
Más de 80 años	10	7	17
No consta	11	4	15
Total	103	56	159

### 3. Según mes de declaración



## Neisseria Meningitidis

### 1. Según centro declarante y serogrupo

Centro	N.men B	N.men C	Total
L.U.D.	9	2	11
H. Zumarraga	1	1	2
H.Bidasoa	2	0	2
H.Mendaro	2	0	2
Total	14	3	17

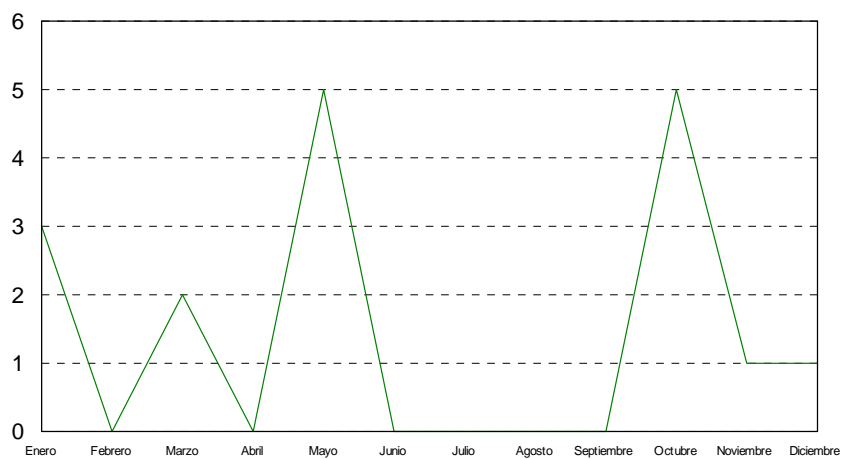
### 2. Según grupo de edad y serogrupo

Grupo de edad	N.men B	N.men C	Total
Menos de 1 año	4	0	4
De 1 a 9 años	7	2	9
De 10 a 19 años	1	0	1
De 50 a 59 años	1	1	2
Más de 80 años	1	0	1
Total	14	3	17

### 3. Muestra según serogrupo

Muestra	N.men B	N.men C	Total
Sangre	6	1	7
L.C.R.	8	2	10
Total	14	3	17

### 4. Según mes de declaración



## Streptococcus Pneumoniae

### 1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	73
H.Bidasoa	9
H.Mendaro	24
H.Zumarraga	14
H. Alto Deba	2
Total	122

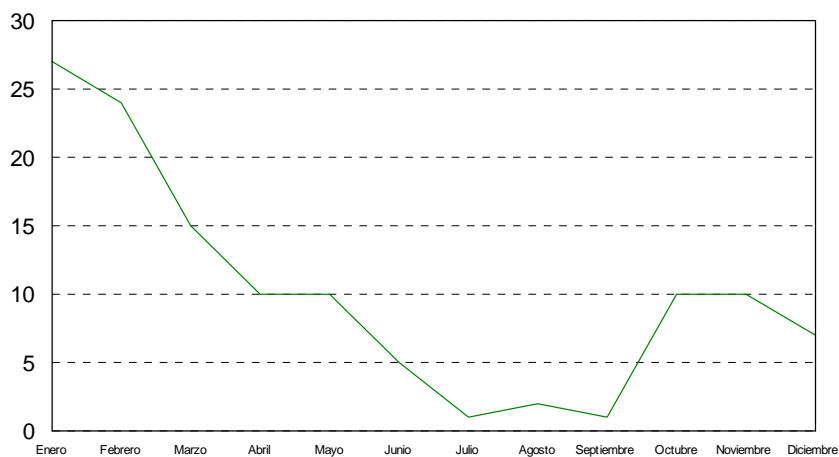
### 2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
Menos de 1 año	3	6	9
De 1 a 9 años	9	6	15
De 10 a 19 años	0	0	0
De 20 a 29 años	1	0	1
De 30 a 39 años	0	3	3
De 40 a 49 años	13	5	18
De 50 a 59 años	9	4	13
De 60 a 69 años	11	7	18
De 70 a 79 años	12	11	23
Más de 80 años	11	11	22
Total	69	53	122

### 3. Según muestra

Muestra	Nº
L.C.R	12
Sangre	110
Total	122

### 4. Según mes de declaración



## Legionella

### 1. Según centro declarante

Centro	N1
L.U.D.	23
H. Zumarraga	4
H. Alto Deba	8
H. Mendaro	4
Total	39

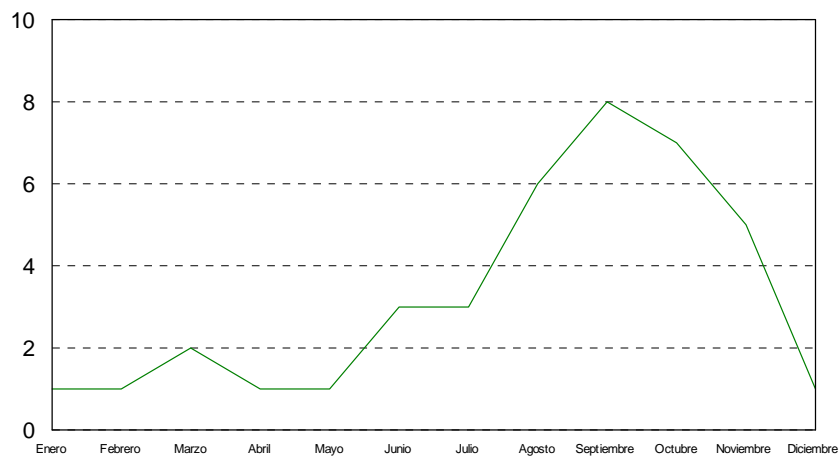
### 2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
De 30 a 39 años	2	1	3
De 40 a 49 años	7	1	8
De 50 a 59 años	10	0	10
De 60 a 69 años	6	0	6
De 70 a 79 años	4	2	6
Más de 80 años	5	1	6
Total	34	5	39

### 3. Según tipo de muestra

Muestra	Nº
Orina	33
Espuito	4
Suero	1
Otra muestra	1
Total	39

### 4. Según mes de declaración





## Coxiella Burnetti

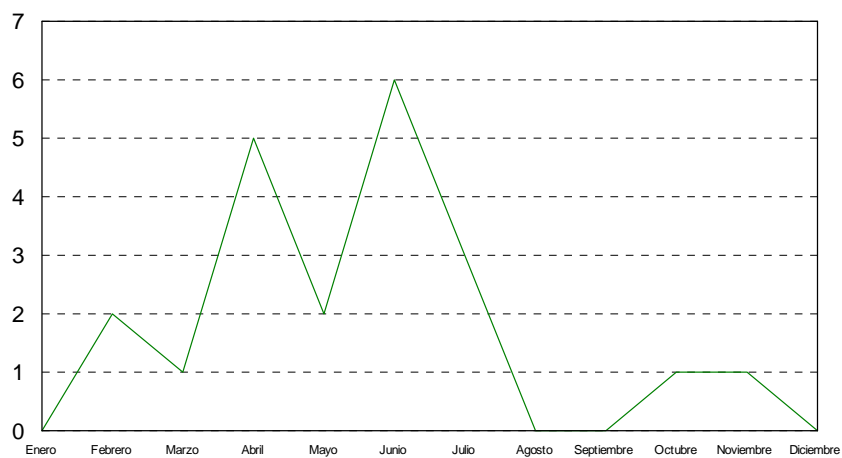
### 1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D	20
H. Alto Deba	1
Total	21

### 2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	No consta	Hombre	Mujer	Total
De 20 a 29 años	0	5	0	5
De 30 a 39 años	0	3	1	4
De 40 a 49 años	0	3	3	6
De 50 a 59 años	0	2	1	3
De 70 a 79 años	0	0	1	1
No consta	1	1	0	2
Total	1	14	6	21

### 3. Según mes de declaración



## Mycoplasma pneumoniae

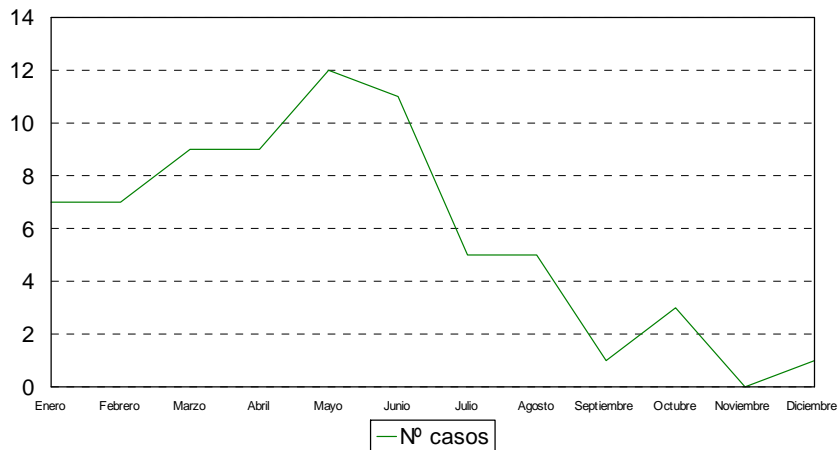
### 1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D:	58
H. Alto Deba	12
Total	70

### 2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
Menos de 1 año	0	1	1
De 1 a 9 años	29	14	43
De 10 a 19 años	4	1	5
De 20 a 29 años	0	1	1
De 30 a 39 años	2	3	5
De 40 a 49 años	1	2	3
De 50 a 59 años	0	0	0
De 60 a 69 años	1	1	2
De 70 a 79 años	1	1	2
Más de 80 años	0	2	2
No consta	4	2	6
Total	42	28	70

### 3. Según mes de declaración



## Virus sincitial respiratorio

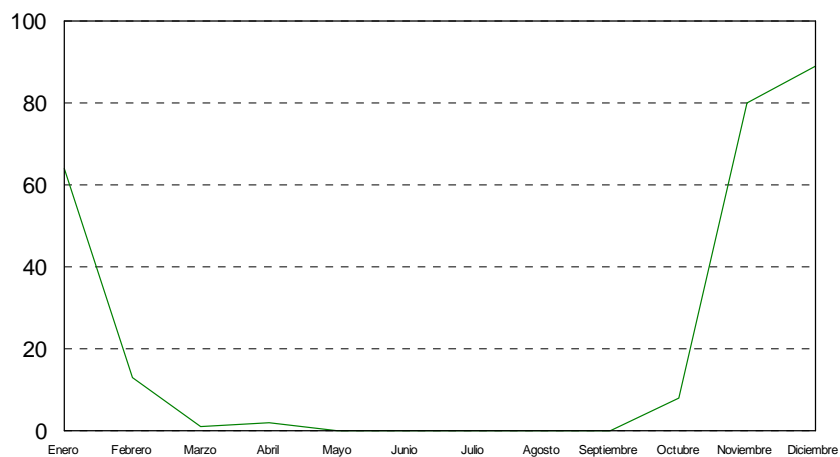
### 1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D:	178
H. Zumarraga	79
Total	257

### 2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
< 1 año	121	74	195
De 1 a 9 años	24	25	49
>= 10 años	1	1	2
No consta	3	8	11
Total	149	108	257

### 3. Según mes de declaración



## Hepatitis A

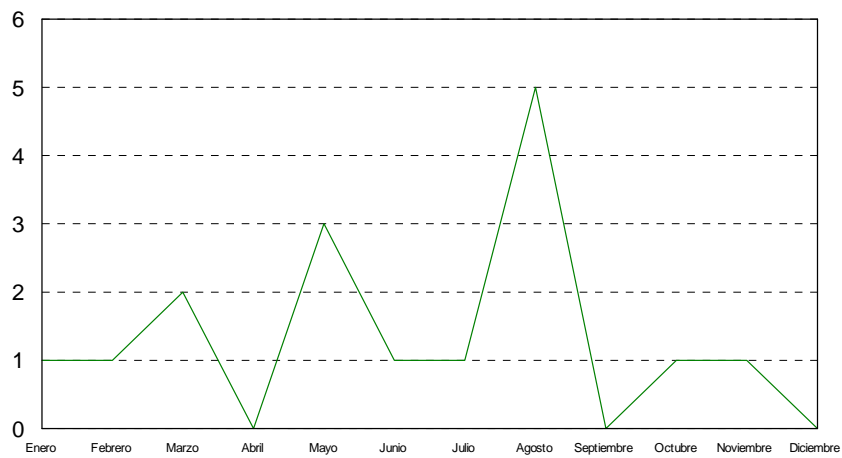
### 1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	12
H. Alto Deba	4
Total	16

### 2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
De 1 a 9 años	4	0	4
De 10 a 19 años	3	0	3
De 20 a 29 años	0	0	0
De 30 a 39 años	4	2	6
De 40 a 49 años	2	0	2
De 50 a 59 años	1	0	1
Total	14	2	16

### 3. Según mes de declaración



## Otras Salmonellas

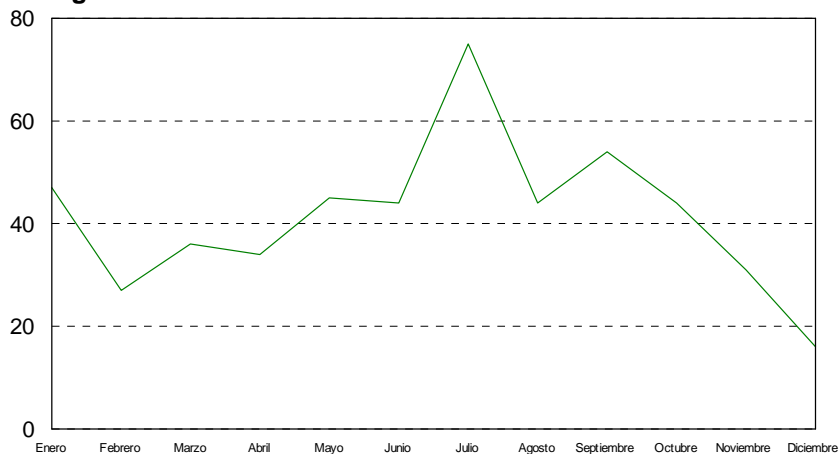
### 1. Según centro declarante

CENTRO	L.U.D.	H. ZUMARRAGA	H. ALTO DEBA	H. BIDASOA	H. MENDARO	TOTAL
S. grupo B	0	2	1	0	1	4
S. braenderup	2	0	0	0	0	2
S. typhimurium	52	13	12	19	10	106
S. grupo C	0	0	4	0	0	4
S. E. london	0	0	1	0	0	1
S. hadar	2	0	0	0	0	2
S. infantis	1	0	0	0	1	2
S. litchfield	2	0	0	0	0	2
S. montevideo	2	0	0	0	0	2
S. newport	9	0	0	0	0	9
S. grupo D	0	3	0	0	0	3
S. enteritidis	188	36	24	37	34	319
Salmonella sp	21	0	1	5	4	31
S. Arizonae	0	2	0	0	0	2
Otra especie	2	4	0	1	1	8
Total	281	60	43	62	51	497

### 2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	No consta	Hombre	Mujer	Total
Menos de 1 año	0	26	10	36
De 1 a 9 años	0	100	108	208
De 10 a 19 años	0	16	18	34
De 20 a 29 años	0	21	18	39
De 30 a 39 años	0	24	24	48
De 40 a 49 años	0	19	8	27
De 50 a 59 años	0	9	6	15
De 60 a 69 años	0	17	13	30
De 70 a 79 años	1	13	9	23
Más de 80 años	0	6	8	14
No consta	0	13	10	23
Total	1	264	232	497

### 3. Según mes de declaración



## Campylobacter

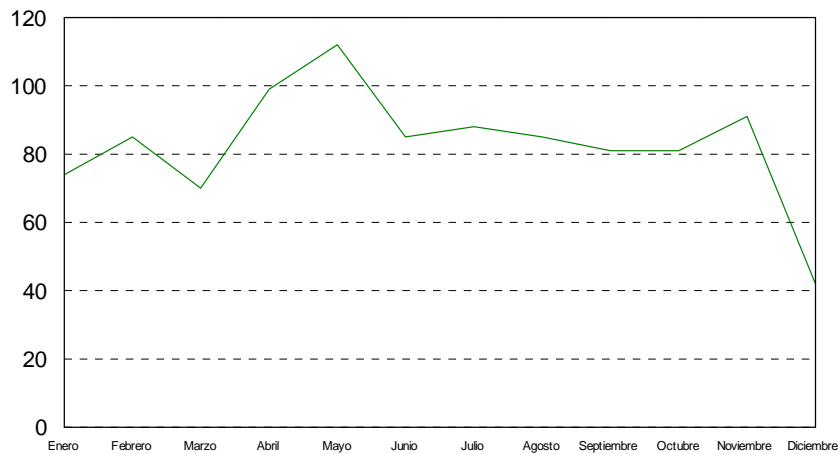
### 1. Según centro declarante

Centro	C. jejuni	Campyl. sp.	Total
L.U.D.	630	0	630
H. Zumarraga	94	0	94
H. Alto Deba	87	0	87
H. Bidasoa	92	1	93
H. Mendaro	83	6	89
Total	986	7	993

### 2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	82	64	146
De 1 a 9 años	358	266	624
De 10 a 19 años	18	11	29
De 20 a 29 años	8	10	18
De 30 a 39 años	9	8	17
De 40 a 49 años	15	8	23
De 50 a 59 años	16	12	28
De 60 a 69 años	19	9	28
De 70 a 79 años	10	12	22
Más de 80 años	4	11	15
No consta	25	18	43
Total	564	429	993

### 3. Según mes de aislamiento



## Rotavirus

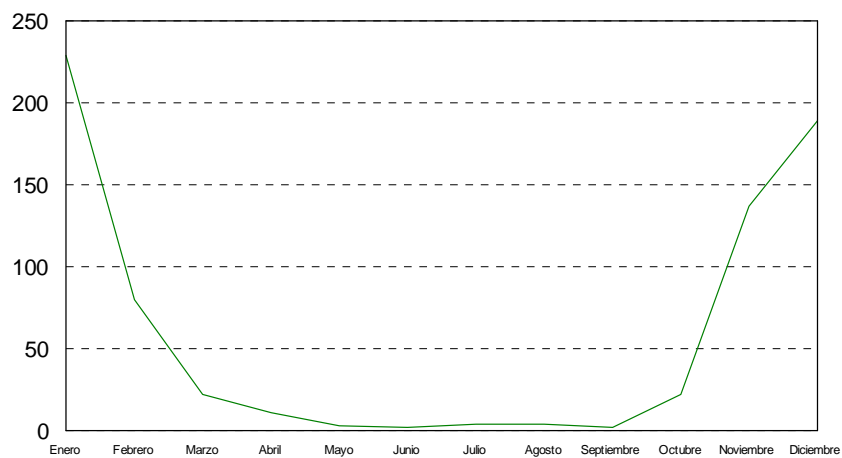
### 1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	365
H. Zumarraga	141
H. Alto Deba	34
H. Bidasoa	81
H. Mendaro	84
TOTAL	705

### 2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	No consta	Hombre	Mujer	Total
Menos de 10 años	2	373	288	663
De 10 a 19 años	0	0	1	1
De 20 a 29 años	0	0	1	1
De 40 a 49 años	0	2	0	2
No consta	0	28	10	38
Total	2	403	300	705

### 3. Según mes de aislamiento



## Yersinia

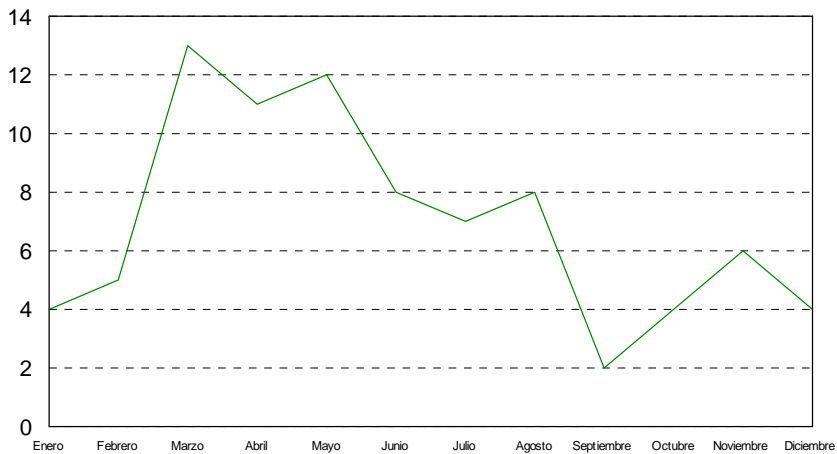
### 1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	61
H. Zumarraga	6
H. Alto Deba	1
H. Bidasoa	8
H. Mendaro	8
TOTAL	84

### 2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
Menos de 1 año	4	4	8
De 1 a 9 años	31	21	52
De 10 a 19 años	5	2	7
De 20 a 29 años	6	0	6
De 30 a 39 años	2	1	3
De 40 a 49 años	1	1	2
De 50 a 59 años	0	1	1
De 60 a 69 años	2	0	2
De 70 a 79 años	1	0	1
No consta	2	0	2
Total	54	30	84

### 3. Según mes de aislamiento





## Shigella

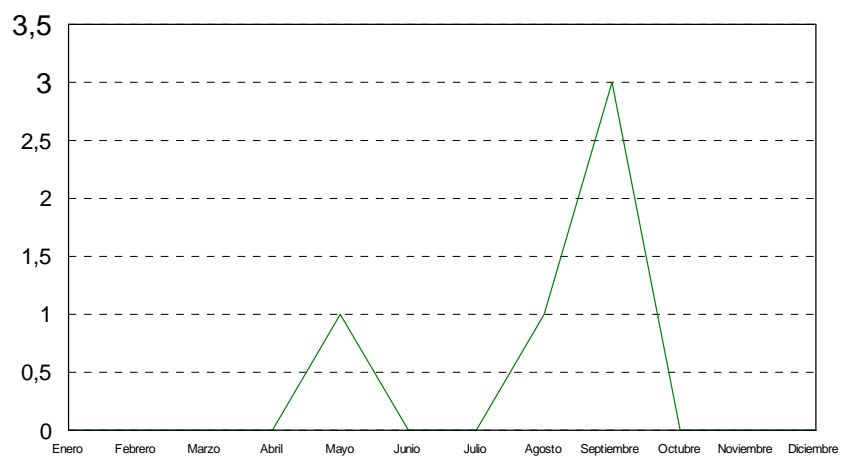
### 1. Según centro declarante y especie

Centro	S. flexneri	S. sonnei	S. sp	Total
L.U.D.				
H. Bidasoa				
Total				

### 2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	Hombre	Mujer	Total
de 20 a 29 años	1	1	2
de 30 a 39 años	2	1	3
Total	3	2	5

### 3. Según mes de aislamiento



## **Anexo 2**

---

### **Tablas Registro de Cáncer**

Tabla X.1.- Incidencia de tumores malignos en hombres. Gipuzkoa 2004

CIE-O-II-LOCALIZACION	CASOS	Notificado Certificado Defunción %	Solo certificado defunción %	Verificación Histológica- Citológica %	Tasa Bruta	Tasa Ajustada (población mundial)
C00 LABIO	8	-	-	100	2,4	1,0
C01 BASE DE LA LENGUA	5	-	-	100	1,5	0,8
C02 OTRAS Y NO ESP. LENGUA	15	-	-	100	4,5	2,9
C03 ENCIA	4	-	-	100	1,2	0,7
C04 SUELO BOCA	6	-	-	100	1,8	1,2
C05 PALADAR	6	-	-	100	1,8	1,2
C06 OTRAS Y NO ESPEC DE BOCA	13	-	-	100	3,9	2,3
C07 GLANDULA PAROTIDA	4	-	-	100	1,2	0,7
C08 OTRAS GLAND SALIVALES MAY.	2	-	-	50	0,6	0,2
C09 AMIGDALA	10	-	-	100	3,0	2,0
C10 OROFARINGE	7	-	-	100	2,1	1,2
C11 NASOFARINGE	4	-	-	100	1,2	0,8
C12 SENO PIRIFORME	17	-	-	100	5,1	3,3
C13 HIPOFARINGE	12	8,3	8,3	91,7	3,6	2,4
C14 FARINGE Y MAL DEFINIDOS	13	-	-	100	3,9	2,5
C15 ESOFAGO	49	-	-	95,9	14,7	8,2
C16 ESTOMAGO	93	2,2	2,2	95,7	27,8	14,3
C17 INTESTINO DELGADO	3	-	-	100	0,9	0,3
C18 COLON	197	2,5	1,5	91,4	58,9	30,6
C19 UNION RECTOSIGMOIDEA	51	-	-	96,1	15,3	7,9
C20 RECTO	79	-	-	100	23,6	12,6
C21 ANO Y CANAL ANAL	8	-	-	100	2,4	1,3
C22 HIGADO Y VIAS BILIR. INTRAHEP.	83	8,4	3,6	42,2	24,8	13,4
C23 VESICULA BILIAR	2	-	-	50	0,6	0,2
C24 NO ESPECIFIC. DE VIAS BILIARES	12	-	-	58,3	3,6	1,6
C25 PANCREAS	40	15	10	60	12,0	6,8
C26 OTRAS Y MAL DEFIN. AP. DIG.	2	-	-	100	0,6	0,3
C30 FOSA NASAL Y OIDO MEDIO	5	-	-	100	1,5	0,6
C31 SENOS ACCESORIOS	2	-	-	100	0,6	0,4
C32 LARINGE	65	1,5	1,5	98,5	19,4	11,2
C33 TRAQUEA	-	-	-	-	-	-
C34 BRONQUIO Y PULMON	302	2,7	1,3	88,7	90,3	47,9
C37 TIMO	-	-	-	-	-	-
C38 CORAZON, MEDIASTINO, PLEURA	12	8,3	-	91,7	3,6	2,4
C39 OTRAS Y MAL DEF. RESP INTRAT	-	-	-	-	-	-
C40 HUESO, ARTIC. Y CART. DE EXTR.	3	-	-	100	0,9	1
C41 O. LOC. Y MAL DEFINIDAS	2	-	-	100	0,6	0,3
C42 SIST. HEMATOPOYETICO Y RETIC.	60	11,7	8,3	86,7	18	9,9
C44 PIEL	65	1,5	1,5	98,5	19,4	12
C47 NERVIOS PERIF. Y SIS. NERV. AUT.	-	-	-	-	-	-
C48 RETROPERITONEO Y PERITONEO	5	20	-	80	1,5	0,7
C49 TEJ. CONJUNTIVO, SUBCUT. OTROS	9	-	-	100	2,7	1,6
C50 MAMA MASCULINA	3	-	-	100	0,9	0,4
C60 PENE	9	-	-	100	2,7	1,4
C61 GLANDULA PROSTATICA	520	0,7	0,4	95,8	155,5	79,0
C62 TESTICULO	18	-	-	100	5,4	4,4
C63 OTRAS Y NO ESPECIFICADAS	-	-	-	-	-	-
C64 RIÑON	63	1,6	1,6	79,4	18,8	10,1
C65 PELVIS RENAL	5	20	-	60	1,5	0,9
C66 URETER	4	-	-	100	1,2	0,8
C67 VEJIGA	165	1,8	1,2	97,6	49,3	25,6
C68 OTRAS Y NO ESPECIFICADAS	-	-	-	-	-	-
C69 OJOS Y ANEXOS	4	-	-	100	1,2	0,8
C70 MENINGES	-	-	-	-	-	-
C71 ENCEFALO	40	-	-	70	12	7,7
C72 MEDULA ESP NERV CRAN Y OTR	-	-	-	-	-	-
C73 GLANDULA TIROIDES	12	-	-	91,7	3,6	2,3
C74 GLANDULA SUPRARRENAL	-	-	-	-	-	-
C75 O. GLAND. ENCOCR. Y AFINES	1	-	-	100	0,3	0,2
C76 LOCALIZ. MAL DEFINIDAS	2	-	-	50	0,6	0,2
C77 GANGLIOS LINFATICOS	44	-	-	90,9	13,2	8,9
C80 LOC. PRIMARIA DESCONOCIDA	63	11,1	6,4	69,8	18,8	9,4
<b>TODAS LAS LOCALIZACIONES</b>	<b>2.228</b>	<b>2,5</b>	<b>1,5</b>	<b>90,1</b>	<b>666,3</b>	<b>360,2</b>

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

Tabla X.4.- Casos y tasas de tumores malignos en mujeres. Gipuzkoa 2004

CIE-O-II-LOCALIZACION	CASOS	Notificado	Solo	Verificación	Tasa	Tasa
		Certificado Defunción	certificado defunción	Histológica + Citológica	Bruta	Ajustada (población mundial)
		%	%	%		
C00 LABIO	1	-	-	100	0,3	0,1
C01 BASE DE LA LENGUA	-	-	-	-	-	-
C02 OTRAS Y NO ESP. LENGUA	3	-	-	100	0,9	0,4
C03 ENCIA	3	-	-	100	0,9	0,4
C04 SUELO BOCA	3	-	-	100	0,9	0,3
C05 PALADAR	-	-	-	-	-	-
C06 OTRAS Y NO ESPEC DE BOCA	3	-	-	100	0,9	0,4
C07 GLANDULA PAROTIDA	1	-	-	100	0,3	0,2
C08 OTRAS GLAND SALIVALES MAY.	-	-	-	-	-	-
C09 AMIGDALA	4	-	-	100	1,2	0,8
C10 OROFARINGE	1	-	-	100	0,3	0,2
C11 NASOFARINGE	5	-	-	100	1,4	1,0
C12 SENO PIRIFORME	1	-	-	100	0,3	0,2
C13 HIPOFARINGE	1	-	-	100	0,3	0,2
C14 FARINGE Y MAL DEFINIDOS	2	-	-	100	0,6	0,4
C15 ESOFAGO	9	11,1	11,1	88,9	2,6	1,4
C16 ESTOMAGO	57	12,3	7	82,5	16,4	6,2
C17 INTESTINO DELGADO	4	-	-	75	1,2	0,5
C18 COLON	153	7,2	4,6	86,3	44,1	17,9
C19 UNION RECTOSIGMOIDEA	21	-	-	90,5	6,1	2,6
C20 RECTO	50	-	-	96	14,4	6,4
C21 ANO Y CANAL ANAL	4	-	-	100,0	1,2	0,6
C22 HIGADO Y VIAS BILIR. INTRAHEP.	24	8,3	8,3	29,2	6,9	3,3
C23 VESICULA BILIAR	16	6,3	6,3	37,5	4,6	1,3
C24 NO ESPECIFIC. DE VIAS BILIARES	7	-	-	28,6	2	0,6
C25 PANCREAS	40	15	12,5	40	11,5	4,6
C26 OTRAS Y MAL DEFIN. AP. DIG.	-	-	-	-	-	-
C30 CAVIDAD NASAL, ETC	-	-	-	-	-	-
C31 SENOS ACCESORIOS	2	-	-	100	0,6	0,4
C32 LARINGE	11	-	-	100	3,2	2
C33 TRAQUEA	-	-	-	-	-	-
C34 BRONQUIO Y PULMON	57	5,3	3,5	82,5	16,4	9,5
C37 TIMO	1	-	-	100	0,3	0,2
C38 CORAZON, MEDIASTINO Y PLEURA	6	-	-	100	1,7	1,1
C39 OTRAS Y MAL DEF RESP E INTRAT	-	-	-	-	-	-
C40 HUESO, ARTIC. Y CART. DE EXTR.	2	-	-	100	0,6	0,1
C41 OTRAS. Y MAL DEFINIDAS	2	-	-	100	0,6	0,4
C42 SIST. HEMATOPOYETICO Y RETIC.	65	4,6	4,6	86,2	18,7	8,4
C44 PIEL	54	-	-	98,2	15,6	10,3
C47 NERVIOS PERIF. Y SIS. NERV. AUT.	1	-	-	100	0,3	0,6
C48 RETROPERITONEO Y PERITONEO	5	-	-	100	1,4	0,7
C49 TEJ CONJUNTIVO SUBCUT, OTROS	8	-	-	100	2,3	1,6
C50 MAMA FEMENINA	373	1,6	1,1	97,6	107,5	60,5
C51 VULVA	11	18,2	18,2	81,8	3,2	0,9
C52 VAGINA	1	-	-	100	0,3	-
C53 CUELLO DEL UTERO	29	-	-	93,1	8,4	5
C54 CUERPO DEL UTERO	82	-	-	100	23,6	12,4
C55 UTERO, SAI	2	-	-	100	0,6	0,4
C56 OVARIO	29	-	-	93,1	8,4	4,6
C57 OTRAS Y NO ESPECIFICADAS	2	-	-	-	0,6	0,1
C58 PLACENTA	-	-	-	-	-	-
C64 RIÑON	25	8	4	76	7,2	3,2
C65 PELVIS RENAL	2	-	-	100	0,6	0,3
C66 URETER	-	-	-	-	-	-
C67 VEJIGA	35	5,7	5,7	88,6	10,1	3,5
C68 OTRAS Y NO ESPECIFICADAS	-	-	-	-	-	-
C69 OJOS Y ANEXOS	3	-	-	100	0,9	0,5
C70 MENINGES	2	50	50	50	0,6	0,3
C71 ENCEFALO	34	-	-	61,8	9,8	6,4
C72 MEDULA ESP NERV CRAN Y OTRO	1	-	-	100	0,3	0,2
C73 GLANDULA TIROIDES	48	-	-	95,8	13,8	10
C74 GLANDULA SUPRARRENAL	1	-	-	100	0,3	0,7
C75 OTRAS GLAND ENCOCR Y AFINES	-	-	-	-	-	-
C76 LOCALIZ. MAL DEFINIDAS	5	20	-	80	1,4	0,4
C77 GANGLIOS LINFATICOS	48	2,1	-	97,9	13,8	8,5
C80 LOC. PRIMARIA DESCONOCIDA	47	6,4	2,1	66	13,5	4,9
<b>TODAS LAS LOCALIZACIONES</b>	<b>1.407</b>	<b>3,7</b>	<b>2,6</b>	<b>87,6</b>	<b>405,4</b>	<b>208,3</b>

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

## **Anexo 3**

---

### **Población**

Tabla Población. Censo 2001.

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

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

