

2010-2012  
AOKUP-  
AOKUP-  
AOKUP-

ZAINZA  
EPIDEMIOLOGIKOAREN  
LABURPENA



MEMORIA  
DE VIGILANCIA  
EPIDEMIOLOGICA

VERSION ABREVIADA

*Versión abreviada (versión completa en Osanet:  
<http://www.osanet.euskadi.net>)*

**Unidad de Epidemiología:**

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

## INDICE

---

	Página
Introducción	4
Resumen	5
Vigilancia de las enfermedades transmisibles	6
Vacunaciones	13
Morbilidad hospitalaria	14
Enfermedades no transmisibles	15
Mortalidad	20
Estudios epidemiológicos	22

## INTRODUCCIÓN

---

Este documento es un resumen de la actividad de vigilancia epidemiológica, en el que se presenta una descripción epidemiológica tanto de enfermedades transmisibles como de enfermedades no transmisibles, importantes por su prevalencia y sus efectos en la salud y calidad de vida de la población.

La Unidad de Epidemiología de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa elabora todos los años un extenso documento donde se recoge lo más destacado de la actividad desarrollada por esta Unidad, además de las actividades propiamente de Vigilancia Epidemiológica. Este documento está disponible en Osanet para su consulta en el Apartado de Vigilancia (<http://www.osanet.euskadi.net>).

Queremos agradecer el trabajo y la colaboración de los profesionales de la red asistencial (atención primaria, hospitales, laboratorios, clínicas) cuyo esfuerzo es indispensable para la mejora constante de la Vigilancia Epidemiológica en Gipuzkoa.

## MEMORIA 2012. RESUMEN

1. La epidemia estacional de gripe 2012-2013 ha sido de intensidad moderada y el virus predominante, el virus B (78% de los virus identificados). Este año se ha incorporado a la vigilancia de la gripe información de consultas de atención primaria (Osabide).
2. A través de la vigilancia de los casos graves llevada a cabo durante la temporada, se ha conocido que el 54% de los pacientes graves ingresados tenía algún factor de riesgo para la gripe y que sólo estaban vacunados el 36% de ellos.
3. La vacunación infantil mantiene sus elevadas coberturas manteniendo la tendencia de años anteriores, resultado de la buena adherencia de la población al Programa de Vacunaciones.
4. La tuberculosis se sitúa por primera vez en una tasa inferior a 20/100.000, nivel establecido por la OMS para considerar a una zona con baja endemia tuberculosa.
5. El año 2012 ha sido epidémico para parotiditis y tos ferina. Una alta proporción de los casos estaban correctamente vacunados para su edad.
6. Entre los brotes epidémicos estudiados destaca el brote de GEA por *Shigella sonnei* que afectó fundamentalmente a escolares de un centro educativo. La transmisión fue persona a persona y el rápido establecimiento de estrictas medidas de higiene en la escuela, la buena respuesta de las familias y la actuación coordinada de los profesionales sanitarios facilitó el control del brote.
7. El tumor maligno de próstata es el tumor maligno más frecuente en hombres y el de mama en mujeres, seguidos de los colorrectales en ambos.
8. La incidencia y mortalidad por cáncer ha aumentado en términos absolutos en las dos últimas décadas. Las tasas ajustadas de incidencia han experimentado un incremento hasta el año 2002 en hombres y durante todo el periodo analizado (1986-2009) en mujeres. En ambos sexos hay un descenso significativo en la tasa ajustada de mortalidad. En general, se observa una convergencia en las tasas de incidencia en las distintas comarcas; en los hombres se explicaría por un descenso o ralentización en el incremento observado en la década de los 90; en las mujeres se debería al diferente incremento de la incidencia en las distintas comarcas.
9. Durante los primeros 9 meses de vigilancia de una cohorte de mayores de 64 años, se han declarado 823 accidentes (tasa para el periodo de 53,2/1000). La incidencia aumenta con la edad y es siempre superior entre las mujeres. El 91% de los accidentes fueron caídas. La lesión más frecuente ha sido la contusión (73%), seguida de las fracturas (15%).
10. La primera causa de muerte en el año 2010 han sido los tumores malignos con un 29,1% de todos los fallecimientos. El sistema circulatorio con un 28,6% fue la segunda causa y las enfermedades del sistema respiratorio la tercera causa con el 9,3% de los fallecimientos.
11. Los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) en Gipuzkoa en 2010 por todas las causas de muerte en menores de 70 años han sido 18.352, de los que 11.801 corresponden a los hombres y 6.551 a las mujeres. Entre los hombres las dos primeras causas de mortalidad prematura han sido el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón y la cardiopatía isquémica. Entre las mujeres estas causas han sido el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón y el tumor maligno de mama.

## VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

### Situación general de las E.D.O. en el año 2012

Número de casos y tasas por 100.000 habitantes de las enfermedades notificadas al Sistema E.D.O. Gipuzkoa, 2007-2012.

	2007 casos	2008 casos	2009 casos	2010 casos	2011 casos	2012			
						Nº casos	Tasa	IE 1	IE 2
<b>Enf. transmis. sexual:</b>									
- Infec. Gonocócica	19	7	11	5	12	9	1,28	0,75	0,82
- Sífilis	30	12	30	22	30	22	3,13	0,73	0,73
<b>Enf. transmisión alimentaria:</b>									
- Botulismo	0	0	0	0	0	0			
- Cólera	0	0	0	0	0	0			
- Disentería	8	10	9	8	13	131	18,64	10,08	14,56
- Fiebre tifoparat	4	1	2	1	2	2	0,28	1,00	1,00
- Triquinosis	3	1	0	0	0	0			
<b>Enf. transmisión respiratoria:</b>									
- Enf. Meningocóc.	13	18	20	13	12	16	2,28	1,33	1,23
- Gripe	9.372	18.492	24.160	4.342	9.715	11.088	1.577,4	1,14	1,14
- Legionelosis	50	37	54	46	52	34	4,84	0,65	0,68
- Tuberculosis	174	149	174	145	148	121	17,21	0,82	0,81
- Varicela	5.189	3.001	3.840	3.225	2.950	4.091	582,02	1,39	1,27
<b>Enf. prevenibles por inmunización:</b>									
- Difteria	0	0	0	0	0	0			
- Parotiditis	1.070	230	56	22	288	1.438	204,58	4,98	6,25
- Poliomieltitis	0	0	0	0	0	0			
- Rubéola	0	0	0	0	0	0			
- Sarampión	0	0	0	0	22	2	0,28	0,09	
- Tétanos	4	0	0	0	2	0			
- Tos ferina	7	21	10	2	134	229	32,58	1,71	22,90
<b>Hepatitis víricas:</b>									
- Hepatitis A	13	21	34	5	7	2	0,28	0,29	0,15
- Hepatitis B	13	15	8	10	9	5	0,71	0,56	0,50
- Hepatitis C	4	8	2	5	3	2	0,28	0,50	0,50
- Otras hepatitis	0	0	0	0	0	0			
<b>Zoonosis:</b>									
- Brucelosis	1	1	1	0	0	0			
- Rabia	0	0	0	0	0	0			
<b>Enfermedades importadas:</b>									
- Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0			
- Paludismo	4	2	13	3	6	6	0,85	1,00	1,00
- Peste	0	0	0	0	0	0			
- Tifus exantemát.	0	0	0	0	0	0			
<b>Otras enfermedad. infecciosas:</b>									
- Lepra	0	1	1	0	0	1			
- Rubéola congén.	0	0	1	0	0	0			
- Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0			
- Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0			

En 2012 han presentado un IE-2 elevado las siguientes patologías: Varicela, Disentería, Paludismo, Parotiditis y Tos ferina.

## ❖ Enfermedades de transmisión respiratoria

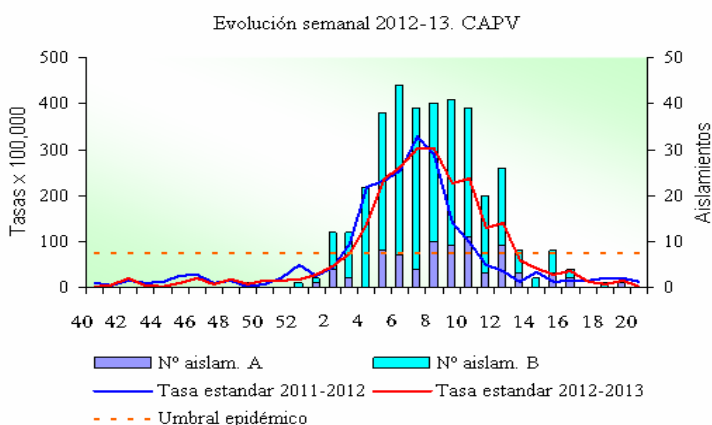
### - Gripe:

La vigilancia de la gripe en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) se ha basado en la temporada 2012-2013 en la Red Vigía de Gripe, la información de Consultas de Atención Primaria (Osabide) y en la vigilancia de los casos graves hospitalizados confirmados de gripe. No se han declarado brotes de gripe que requirieran actuación de Salud Pública.

La **Red Vigía de la CAPV** (49 médicos de familia /pediatras de A. Primaria de Osakidetza, el Laboratorio Unificado Donostia (LUD) y un médico de residencia de tercera edad por Territorio Histórico) junto con las Unidades de Epidemiología han vigilado el 3% de la población de la CAPV desde la semana 40/2012 a la 20/2013.

El pico de la epidemia se ha alcanzado la semana 7/2013 con una tasa de 301,4 x 100.000 descendiendo después hasta la semana 13/2013 en la que han vuelto a valores por debajo del umbral epidémico (figura 1). En el pico epidémico los grupos más afectados han sido los menores de 15 años con una tasa de 1.165,28 en el grupo de 0 a 4 años y 1.116,23 en el grupo de 5 a 14 años.

Evolución epidemia gripe 2012-13 en la CAPV.



El porcentaje de aislamientos ha superado el 75% durante la fase de pico epidémico para disminuir por debajo del 40% en la semana 16/2013.

Se han aislado 361 virus de la gripe. El 78,4% (283) han sido virus del tipo B y el 21,6% (78) virus del tipo A. Entre los virus A el 6,4% han sido virus A no subtipados, el 28,2% AH3 y el 65,4% virus del tipo A(H1N1)pdm09.

### Vigilancia de casos graves confirmados hospitalizados de gripe

Entre la semana 40/2012 y la semana 20/2013 se han declarado 41 casos graves confirmados hospitalizados de gripe en los hospitales Universitarios Donostia, Cruces y Basurto, 14 (34,1%) mujeres y 27 (65,9%) hombres, con un rango de edad entre 0 y 85 años, media de 36,17 y mediana de 43 años.

El 61% ha requerido ingreso en la UCI y la complicación más frecuente ha sido la neumonía, presente en 35 casos (85,4%) de los casos. Los factores de riesgo más comunes han sido el antecedente enfermedad respiratoria crónica y de enfermedad cardiovascular, presentes en el 19,5 % de los casos, y la inmunodeficiencia presente en el 12,2%. De los ingresados que presentaban algún factor de riesgo (22), 8 estaban vacunados, 10 no lo estaban y se desconoce el estado vacunal de los 4 restantes.

Se han aislado 31 virus B y 10 virus A. Entre los A: 6 A (H1N1)pdm09, 1H3N2 y 3 sin subtipar.

## - Enfermedad meningocócica:

En 2012 se han registrado en Gipuzkoa 16 casos de enfermedad meningocócica, lo que supone una tasa bruta de 2,28/100.000 hab. Del total de casos, 9 han sido hombres (tasa: 2,65/100.000) y 7 mujeres (tasa: 2,01/100.000). La tasa más alta se observa en el grupo de edad de menores de 5 años: 15,33/100.000. En los 16 casos ha habido confirmación microbiológica de *N. meningitidis*. 13 han sido causados por *N. meningitidis* serogrupo B, 1 caso por *N. meningitidis* serogrupo Y, 1 W 135 y 1 no fue agrupado.

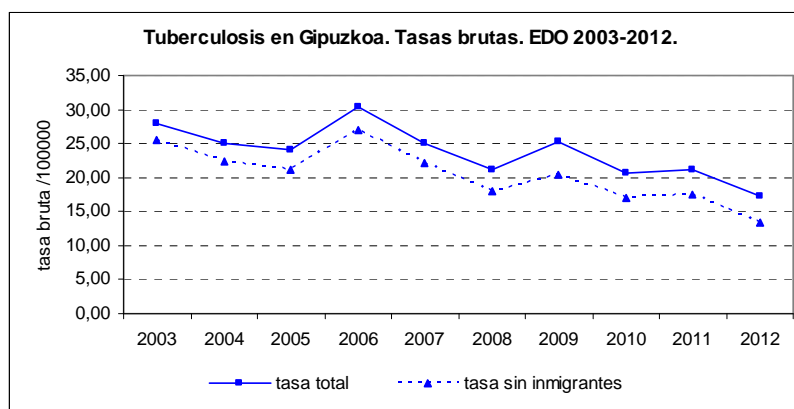
### Incidencia por grupos de edad y serogrupo. Gipuzkoa, año 2012

Grupo de edad	Casos confirmados				TOTAL	
	B	C	Y/W	No serogrupo	Nº	Tasa por 100.000
0-4 años	7	--	1/Y	1	9	15,33
5-14 años	1	--	--	--	1	1,85
15-24 años	2	--	--	--	2	2,44
25-39 años	--	--	--	--	--	--
>=40 años	3	--	1/W	--	4	1,16
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>--</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>2,28</b>

Los casos se han distribuido a lo largo de todo el año y el 100% se han presentado de forma aislada. En cuanto a las características clínicas de los casos, 10 se han presentado con sepsis, 3 con meningitis y 3 con sepsis y meningitis. Uno de los pacientes considerado de alto riesgo por ancianidad y gran fragilidad falleció y el resto evolucionaron satisfactoriamente.

## - Tuberculosis:

En 2012 se han notificado 122 casos de **tuberculosis**, tasa bruta de 17,4/100.000 habitantes, que supone un descenso del 18% respecto al año anterior. La razón de sexos (hombre/mujer) es de 1,5, con 73 casos en varones (tasa de 21,2/100000) y 49 casos en mujeres (tasa de 13,7/100000). El 41% de los casos tiene menos de 45 años. El 22% de los casos han nacido en el extranjero. Los casos con localización pulmonar han sido 84, de los que 38 han presentado una baciloscopia de esputo positiva. En los 93 casos con cultivo positivo se ha realizado estudio de resistencias: 1 cepa ha presentado multirresistencia, 1 cepa resistencia a isoniacida y 5 cepas resistencia a otros fármacos. Se han estudiado 572 contactos: se han diagnosticado 4 casos de tuberculosis y se ha indicado tratamiento de la infección latente a 118 personas.



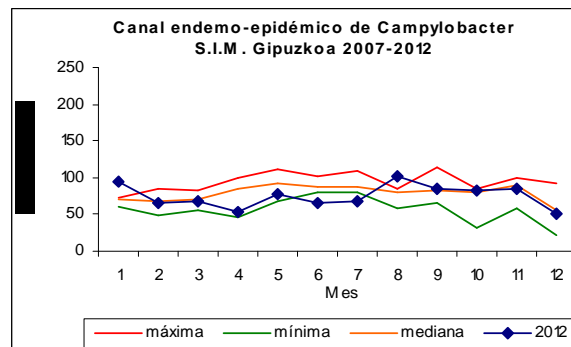
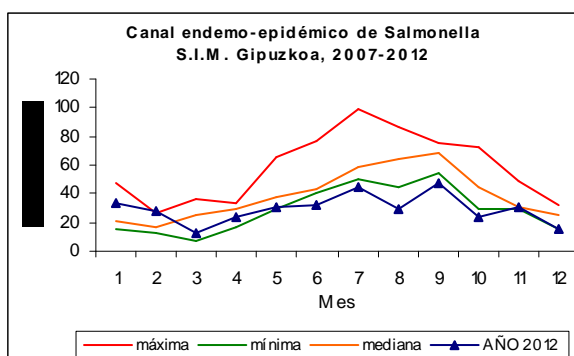


## - Legionelosis:

En el año 2012 se han notificado 34 casos de legionelosis, tasa bruta de 4,8 casos/100.000 habitantes, un 37% inferior a la del año anterior. La razón de sexos (hombre/mujer) es de 3,25 (26/8) y la edad media de los casos es similar en ambos sexos (62 y 59 años); 32 casos han ingresado en un hospital de los que 7 han requerido cuidados médicos intensivos. No se ha registrado ningún fallecimiento. El 82% de los casos presentan algún factor de riesgo individual. Los 34 casos se han presentado como casos aislados. Un caso fue asociado a viaje y el resto fueron clasificados como comunitarios. En 7 casos se identificó alguna posible exposición de riesgo: asistencia a una instalación deportiva de uso público (1), una posible exposición en el medio laboral (4), exposición a agua sanitaria en domicilio que había permanecido cerrado un tiempo prolongado (1) y exposición a agua sanitaria en instalaciones hoteleras (1).

## ❖ Enfermedades de transmisión alimentaria

En 2012 se han notificado al S.I.M. (Sistema de Información Microbiológica) 351 aislamientos de *Salmonella* y 896 de *Campylobacter*. El número mensual de aislamientos de *Salmonella* se ha mantenido prácticamente durante todo el año, por debajo de la mediana de los 5 años anteriores.



Durante 2012 se declararon 7 casos de personas que habían presentado diarrea aguda y que en el coprocultivo se aisló *E. Coli* O157 en 6 casos y en uno *E. Coli* O157BLEE. A excepción de 1 de los casos que se presentó en una agrupación familiar con exposición de riesgo en la localidad de Arnedo, el resto fueron casos aislados.

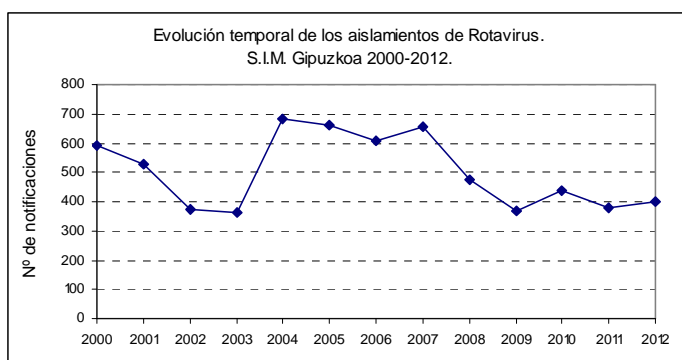
En 2012 se han notificado 10 aislamientos de *Listeria monocytogenes* en sangre y/o líquido cefalorraquídeo de 10 enfermos. Del total de casos 4 fueron mujeres embarazadas, dos de ellas dieron a luz niños pretérmino sanos y otras dos se agrupaban en un cluster. Ambas madres del cluster presentaron un cuadro febril y partos prematuros y ambos niños meningoencefalitis. Las dos madres eran de la misma localidad de Gipuzkoa y clientas de la misma carnicería. El análisis de las muestras ambientales fueron negativas para *Listeria monocytogenes*. Tampoco los datos de la encuesta determinaron un alimento vehículo de la enfermedad. El estudio de electroforesis por campos pulsados (PFGE) llevado a cabo por el Servicio de Microbiología del hospital Donostia concluyó que los tres aislamientos (niño y madre del caso 1 y niño del caso 2) presentaban un patrón indistinguible lo que demostraba que las cepas estaban relacionadas.

Se han notificado a EDO 131 casos de *shigelosis* y el año anterior 13. Un total de 121 casos se presentaron asociados a un brote y los 10 restantes aislados, 6 de estos con antecedente de viaje a zona endémica. Los casos asociados se agruparon en dos brotes. Un brote fue familiar que afectó a dos niños de 2 y 3 años con antecedente de ingesta de alimento contaminado durante las vacaciones en Francia y el segundo brote agrupó a 119 personas y fue de ámbito escolar. Se trató de un brote de gastroenteritis aguda por *Shigella sonnei* que ha

afectado a escolares de educación infantil y primero de primaria (tasa de ataque 25%). El origen del brote fueron escolares enfermos por *Shigella* y la transmisión persona a persona.

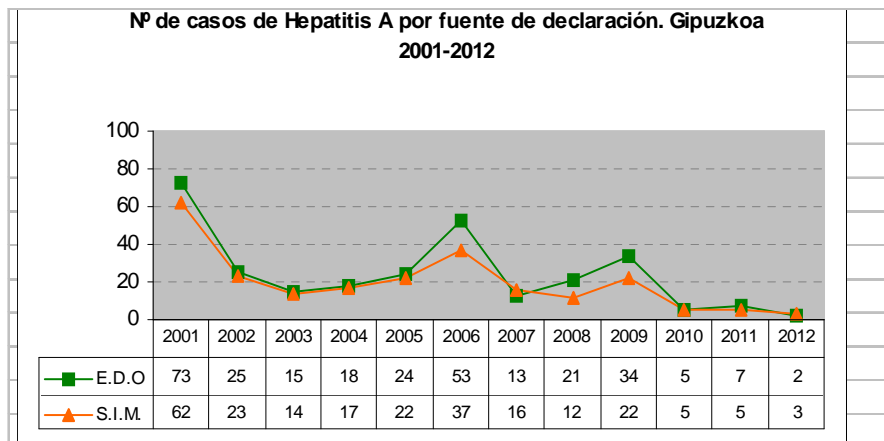
Durante 2012 se notificaron dos casos de fiebre tifo-paratífica. El caso 1 correspondió a un hombre de 1 año de edad que presentó fiebre y diarrea sanguinolenta y el germen aislado fue ***Salmonella paratyphi B***. La exposición de riesgo probable fue ingesta de agua en baños públicos de Navas de Rey (Valladolid). El caso 2 también fue un hombre de 2 años con clínica de gastroenteritis aguda y fiebre. El germen aislado fue ***Salmonella paratyphi B*** y la exposición de riesgo probable ingesta de agua de en baños en un camping de Francia.

### ❖ Otras gastroenteritis



El número de aislamientos de **Rotavirus** notificados al S.I.M. ha sido de 400. Un 59% han sido hombres y el 41% mujeres; el 79% de aislamientos fue en niños de 1 año y menores.

### ❖ Hepatitis víricas



Durante el año 2012 se han notificado 2 casos de hepatitis A, ambos relacionados. El caso 1 fue un niño de 5 años de edad cuya presentación clínica fue de una colecistitis aguda por hepatitis A y la exposición de riesgo su hermano que enfermó durante un viaje a Pakistán.

En el año 2012 se han registrado 5 casos de hepatitis B aguda, correspondiente a una tasa de 0,71/100.000 hab. De los 5 casos notificados, 3 fueron hombres y 2 mujeres, mediana de 53 años y rango de 31 a 78. Según la información obtenida a través de la encuesta el factor de riesgo fueron las prácticas sexuales sin protección.

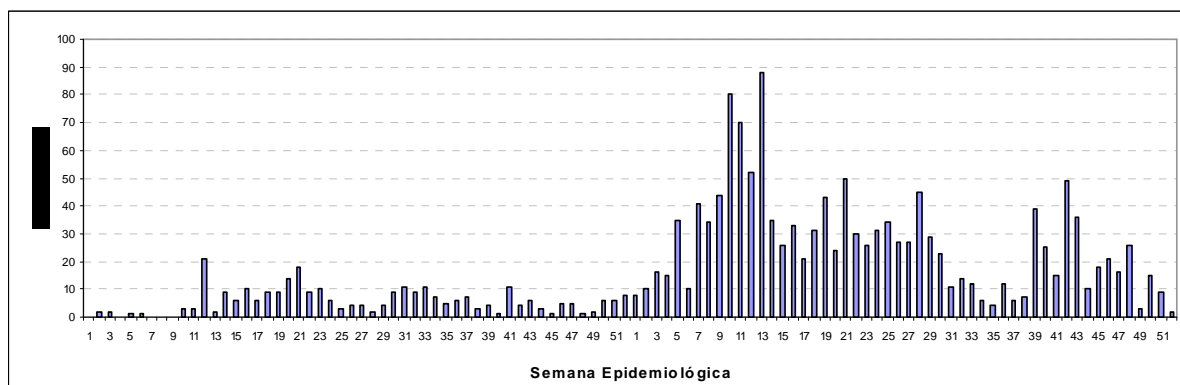
Se notificaron 2 casos de hepatitis C: caso 1, mujer de 28 años cuyo factor de riesgo fue la utilización de drogas por vía parenteral y el caso 2, mujer de 69 años con antecedente dos meses antes de intervención quirúrgica. La investigación realizada no determinó este antecedente como el factor de riesgo para la enfermedad.

### ❖ Enfermedades prevenibles por inmunización

En 2012 se notificaron 3 casos de **sarampión** confirmados. Enfermaron 1 hombre y dos mujeres de 35 a 41 años y dos tuvieron la exposición de riesgo en otro País (Portugal y Francia) y el tercero fue un contacto.

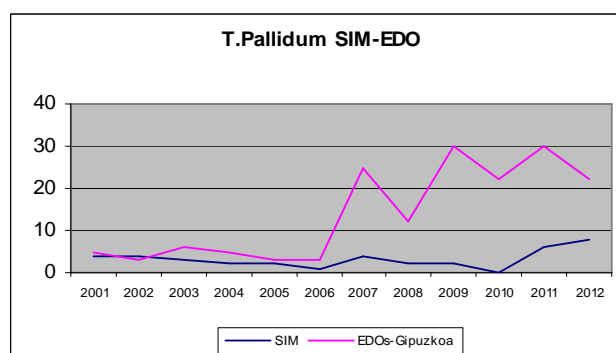
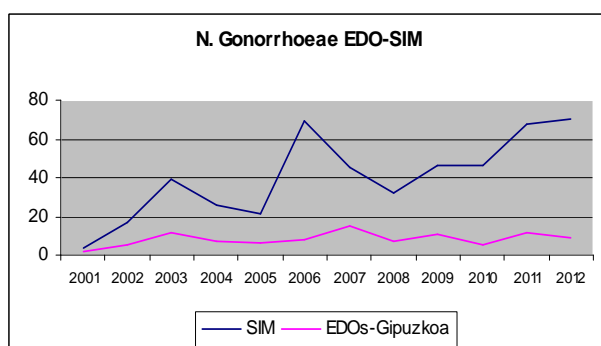
Se declararon 226 casos de **tos ferina**, en 2011, 134 y en 2010 solamente 2. El 43,8% fueron hombres y el 56,2% mujeres, la mediana de edad de 5 años y un rango de 27 días a 91 años. Hay que destacar que de la población entre 2 meses a 6 años hay un 25% de casos que no tenían puesta ninguna vacuna frente a la tos ferina. Sin embargo, esta baja cobertura no se encuentra en la población de 6 a 13 años ya que presentan una cobertura del 94%. Se presentaron dos brotes en centros escolares afectando a niños de 4 años de edad. Un tercer brote se dio en un grupo de deportistas veteranos. El nexo más frecuentemente encontrado fue el familiar.

Los casos notificados de **parotiditis** fueron 1.438 y en 2011 se declararon 288. La última onda epidémica en Gipuzkoa se produjo en 2007. El ratio hombre mujer fue de 1,53, la edad mínima de 7 meses y la máxima de 90, con una mediana de 20 años. En la gráfica se presentan los casos de parotiditis por semana epidemiológica durante los años 2011 y 2012.



### ❖ Enfermedades de transmisión sexual

A través de los sistemas de información EDOs y SIM se han notificado 9 y 70 casos de infección gonocócica y 22 y 8 de sífilis respectivamente.



### ❖ Enfermedades importadas

Se han declarado 6 casos de paludismo. Excepto uno, que fue *Plasmodium ovale*, el resto fueron *Pl. falciparum*. Todos los casos enfermaron tras desplazamiento a países endémicos y 5 de ellos no habían tomado quimioprolifaxis.

## ❖ Estudio de brotes

## 1) Brotes de origen alimentario

Brotes de toxiinfección alimentaria. Gipuzkoa 2012

Nº	Fecha	Municipio	Lugar suceso	Nº expuestos	Nº afectados	Afect. Cult. +	Ingreso hospital.	Vehículo	Nº mani estudi.	Manip Cult+	Nºalim estud.	Alim Cult +	Agente causal
1	Enero	Donostia	Centro Penitenciario	196	87	10	0	Carne de cerdo	0	0	0	0	<i>Clostridium perfringens</i>
2	Mayo	Zumaia	Domicilio	7	6	3	0	Tiramitsu	0	0	0	0	<i>Salmonella enteritidis</i>
3-1	Julio	Eibar	Empresa Doméstico	17	17	7	6	Tortilla	0	0	10	10	<i>Salmonella enteritidis</i>
3-2	Julio	Eibar	Doméstico	5	5	3	1	Tortilla	3	0	10	10	<i>Salmonella enteritidis</i>
3-3	Julio	Eibar	Doméstico	1	1	1	0	Huevo crudo	0	0	10	10	<i>Salmonella enteritidis</i>
4	Agosto	Hondarribia	Restaurante	120	66	1	0	Almejas	--	--	1	1	<i>Norovirus</i>

## 2) Otros brotes

1.- Brote de gastroenteritis aguda en centro escolar cuya causa fue *Salmonella enteritidis* y de transmisión persona a persona. El origen fue desconocido.

2.- Brote de Tiña en población infantil de un municipio de Gipuzkoa. La transmisión fue por contacto con gatos callejeros. Para el control de la infección se coordinaron medidas llevadas a cabo por profesionales del ayuntamiento de Urretxu, centros escolares (Ikastola, Herriko eskola, la Salle), Centro de Salud de Osakidetza y Salud Pública.

3.- Brote de escabiosis en un centro de acogida de menores. Los diagnósticos fueron confirmados y se trató simultáneamente a los casos y contactos a riesgo: contactos sexuales y convivientes. Los contactos fueron tratados independientemente de la presencia o ausencia de síntomas.

4.- Brote poblacional de Megaeritema infeccioso (MI). Durante los meses de abril y mayo se presentó un aumento de casos de MI. Se dieron recomendaciones en los centros escolares que declararon casos para prevención y control de la enfermedad.

5.- Impétigo en población infantil de un área de Gipuzkoa. El estudio epidemiológico confirmó la sospecha pediátrica de aumento de casos de impétigo en varias localidades de Gipuzkoa en 2012. Las medidas de tratamiento y control se consensuaron entre microbiología, pediatras y Salud Pública.

6.- Brote de gastroenteritis aguda por Norovirus en una residencia asistida y de transmisión persona-persona. El rigor en la aplicación de las medidas de control permitió interrumpir la transmisión de la enfermedad y el rápido control del brote.

7.- Brote de tos ferina en una ikastola de Gipuzkoa. Afectó alumnos de 3º de preescolar y como medida de control se precedió a la vacunación de todos los contactos.

8.- Brote de gastroenteritis aguda por *Shigella sonnei* que afectó a escolares de educación infantil y primero de primaria (tasa de ataque 25%) de un centro escolar de Gipuzkoa. El origen del brote fueron escolares con shigelosis y la transmisión persona a persona. El rápido establecimiento de estrictas medidas de higiene en la escuela, la buena respuesta de las familias y la atención de los profesionales sanitarios colaboró al control del brote.

## VACUNACIONES

- ✓ A lo largo de este año se han creado 5 almacenes de vacunas en cada una de las OSI/Comarca que realizan la gestión vacunal en su área de influencia.
- ✓ Desaparece la vacunación escolar frente a la hepatitis B a partir del curso 2011-12 por incorporarse a 1º ESO los niños nacidos en 2000 y que fueron vacunados al nacer.

### Calendario vacunal infantil

La estimación de coberturas se ha realizado teniendo en cuenta las dosis distribuidas a los centros sanitarios y como denominador, se ha utilizado la población de niños susceptibles de vacunación obtenido del registro de metabolopatías

Vacunación infantil: coberturas estimadas. Territorio de Gipuzkoa 2012.

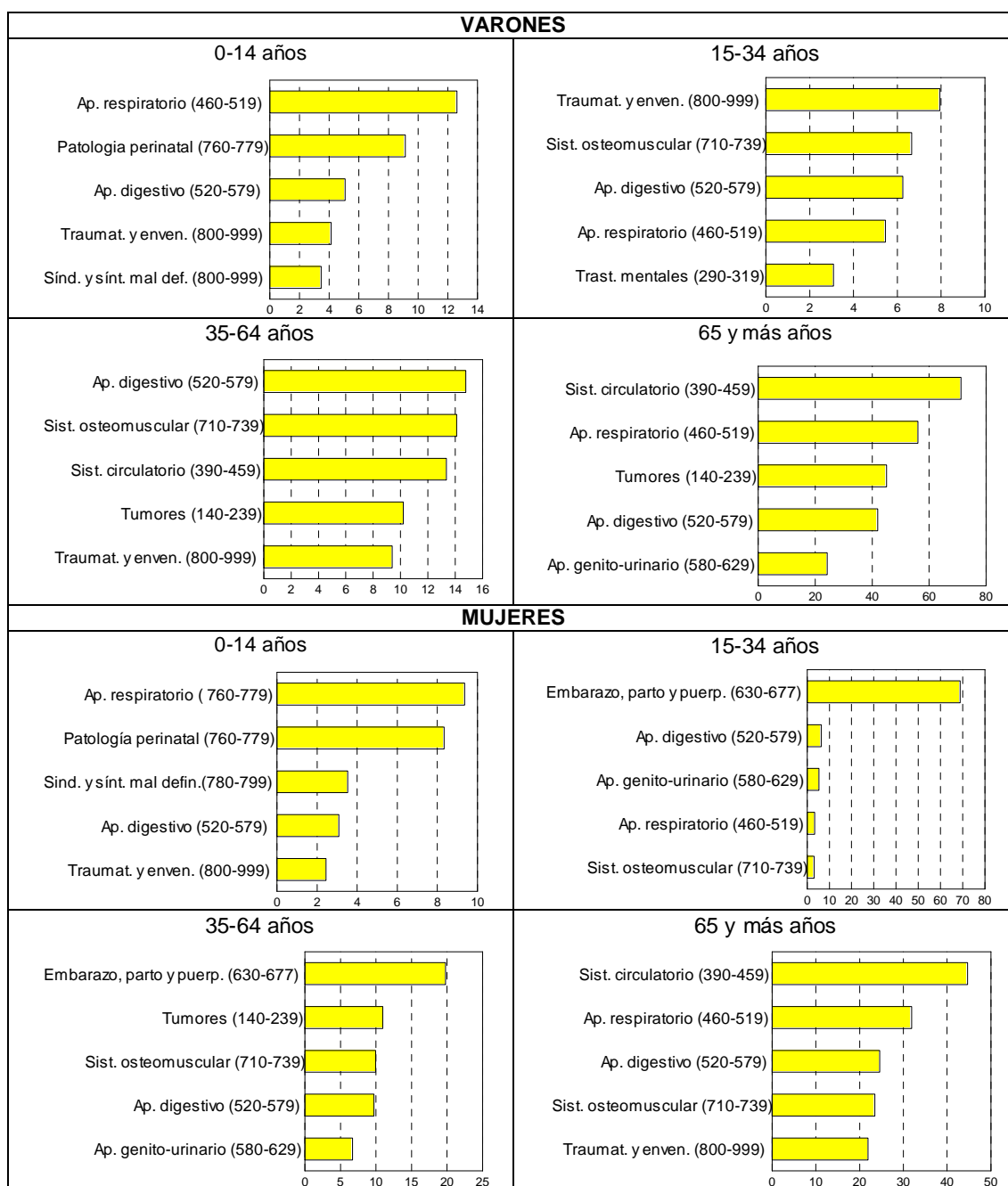
	Estimación de dosis administradas*	Nº niños a vacunar	Cobertura (IC 95%)
BCG	6.353	6.872	92,4 (93,1- 91,8)
DTP+P+Hib+HB+mening.C 1	6.748	7.202	93,7 (93,1- 94,3)
DTP+P+Hib+HB+mening.C 2	6.748	7.247	93,1 (92,5 - 93,7)
DTP+P+Hib+HB 3	6.748	7.318	92,2 (91,6 - 92,8)
mening.C 3	6.763	7.333	92,2 (91,6 - 92,8)
TV1	7.157	7.333	97,6 (97,2 - 97,9)
DTP+P+Hib 4	7.055	7.490	94,2 (93,7 - 94,7)
TV2	7.157	7.494	95,5 (95,0 - 96,0)
DTPa	6.628	7.257	91,3 (90,7 - 92,0)
Varicela	1.376	6.462	21,3 (20,3 - 22,3)

- \*Estimación realizada a partir de las dosis distribuidas

## MORBILIDAD HOSPITALARIA (2011)

En el año 2011, en los hospitales de la CAPV (públicos y privados), se han producido un total de 81.995 altas con hospitalización convencional, que incluye todos los ingresos con 1 ó más días de estancia así como los ingresos urgentes con estancia menor de 1 día, correspondientes a personas residentes en Gipuzkoa. Esto supone una tasa bruta de 116,6/1.000 hab; de estas altas, 40.358 corresponden a varones (tasa de 117,1/1.000 hab.) y 41.597 a mujeres (tasa de 116,3/1.000 hab.). Si se excluyen las altas convencionales debidas a embarazo, parto y puerperio, la tasa en las mujeres desciende a 93,0/1.000 hab.

Principales causas de hospitalización convencional por grupo de edad y sexo en residentes en Gipuzkoa (tasa/1000 hab.). Hospitales de la CAPV. CMBD 2011.



Tasas por mil habitantes

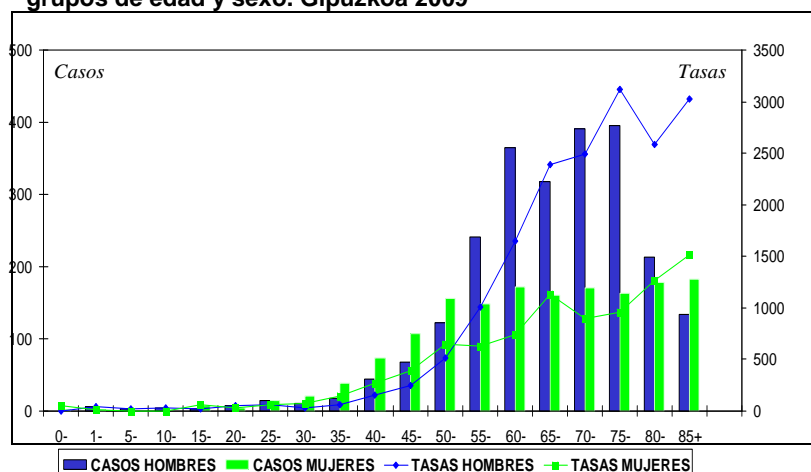
## ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

### ❖ Cáncer

El cáncer es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, superado únicamente por las enfermedades cardiovasculares. Para su vigilancia se utilizan dos fuentes de información de probada calidad y utilidad: el registro de mortalidad y el registro poblacional de cáncer. Este último, en Gipuzkoa, funciona gracias a la colaboración del registro hospitalario del Hospital Donostia, el Instituto Oncológico y la Subdirección de Salud Pública. Se registran, 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 la descripción de la incidencia solo se contabilizan los tumores malignos invasivos.

Durante el año 2012 se registraron 3.934 tumores malignos invasivos diagnosticados en residentes de Gipuzkoa en el año 2009. La tasa de incidencia bruta en este año fue de 687 por 100.000 personas-año en hombres y 450 en mujeres, con un riesgo acumulado de 0 a 75 años del 44% y 25% en hombres y mujeres respectivamente. Respecto a los indicadores de calidad del registro siguen manteniéndose en un buen nivel.

**Incidencia de cáncer: Casos y tasas (por 100.000) específicas por grupos de edad y sexo. Gipuzkoa 2009**



Las tasas de incidencia van paralelas en hombres y mujeres hasta los 25 años; de 25 a 50 años son mayores en mujeres y a partir de los 50 se disparan en hombres, aumentando la diferencia en casos y tasas específicas por grupos de edad entre hombres y mujeres.

La edad media al diagnóstico fue de 67,3 años en hombres y de 65,2 en mujeres y difiere en las distintas localizaciones tumorales.

### Los diez tumores malignos más frecuentes diagnosticados en el año 2009

HOMBRES		%	Nº DE ORDEN	%	MUJERES	
C61	Próstata	23,8	1º	27,3	Mama	C50
C18-C21	Colon, recto y c. anal	16,3	2º	13,6	Colon, recto y c. anal	C18-C21
C33-C34	Tráquea, bronquios, pulmón	12,6	3º	6,6	Cuerpo de útero	C54-C55
C65-C68	Vejiga-pv,uréter,otros org.	8,5	4º	5,3	Tráquea, bronquios, pulmón	C33-C34
C42	Sistema hematopoy. y SER	5,3	5º	5,2	Sist. hematopoyético	C42
C00-C14	Labio, c. oral y faringe	4,2	6º	4,8	Glándula tiroides	C73
C16	Estómago	3,8	7º	4,0	Páncreas	C25
C64	Riñón	3,8	8º	3,3	Estómago	C16
C22	Hígado, c.bil.intrahepático	3,3	9º	2,7	Ovario	C56
C32	Laringe	2,9	10º	2,6	Loc. pimaría desconocida	C80

Los tumores más frecuentes en el año 2009 han sido los de próstata en hombres y los de mama en mujeres seguidos de los tumores colorrectales en ambos. La distribución difiere por edad. En población infantil las Leucemias son los tumores más frecuentes mientras que entre los 15 y 29 años los tumores de testículo en varones y los de la glándula tiroides en mujeres ocupan el primer lugar seguidos de la Enfermedad de Hodgkin. A partir de los 30 años en mujeres el primer tumor en frecuencia es el de mama, seguido de los cánceres de colon y recto. En hombres el cáncer de pulmón ocupa la primera posición entre los 30-49 años de edad, siendo en estos los tumores de próstata los más frecuentes a partir de lo 50 años seguidos de los de colon y recto.

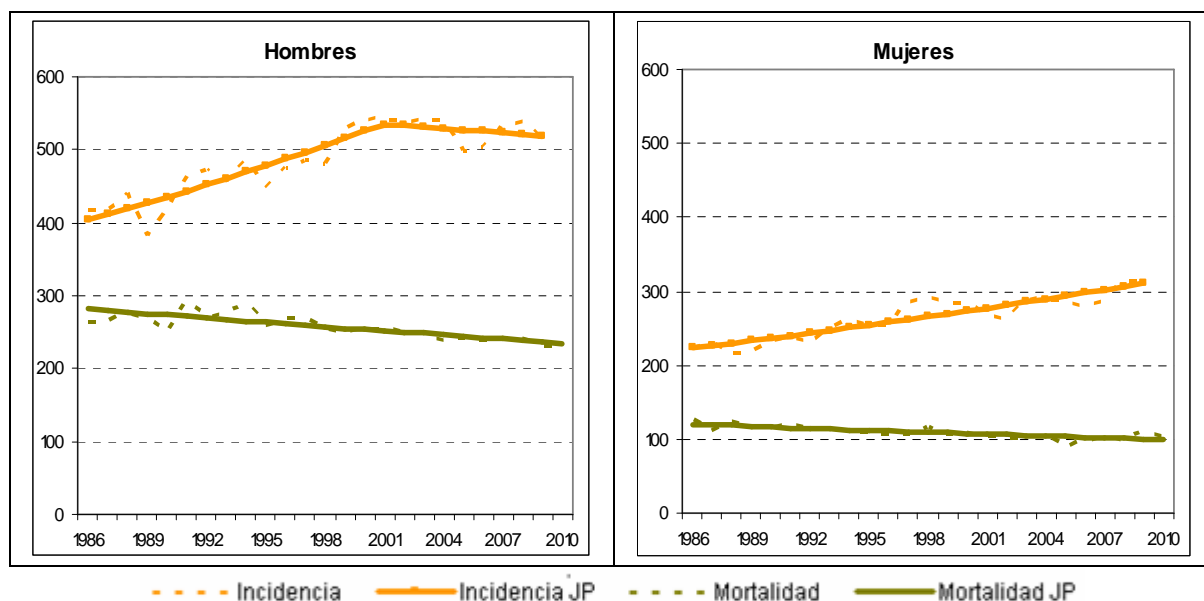
### EVOLUCIÓN DEL CÁNCER. INCIDENCIA (1986-2009) Y MORTALIDAD (1986- 2010)

La evolución de la incidencia en el periodo se estudia -en el conjunto de los tumores y en las localización más frecuentes- y viene gráficamente representando el tiempo calendario, en años, en el eje de abscisas y las tasas ajustadas por edad -con la población europea estándar- para cada sexo, en el de ordenadas. Para estudiar la tendencia se utilizó un modelo de regresión log lineal JoinPoint (JP) que permite estimar el porcentaje de cambio anual (PCA) y los puntos de inflexión de las tendencias si las hubiere.

En las dos décadas incluidas, el número de casos nuevos diagnosticados anualmente en residentes de Gipuzkoa ha pasado de 2.000 a 3.950. Este incremento queda también reflejado en las tasas brutas, y no es tan acusado en las tasas ajustadas por edad. Por otra parte, el número de defunciones por cáncer en los 25 años, al igual que la incidencia ha aumentado, pasando de 1.230 a 1.752 defunciones entre 1986 y 2010. Por el contrario las tasas ajustadas por edad han sufrido un descenso, reflejo de la mejora en el pronóstico en el periodo.

Los cambios producidos en incidencia y mortalidad, en estas dos décadas, varían según el sexo. En hombres, se ha producido un incremento significativo en las tasas de incidencia ajustadas por edad entre 1986 y 2001, como consecuencia del aumento del cáncer de próstata, con un descenso posterior (no significativo), mientras que en las mujeres, se ha observado un incremento a lo largo de todo el periodo. Por otra parte, la mortalidad disminuyó tanto en hombres como en mujeres.

#### Tasas de incidencia y mortalidad (por 100.000) de cáncer, ajustadas por edad.

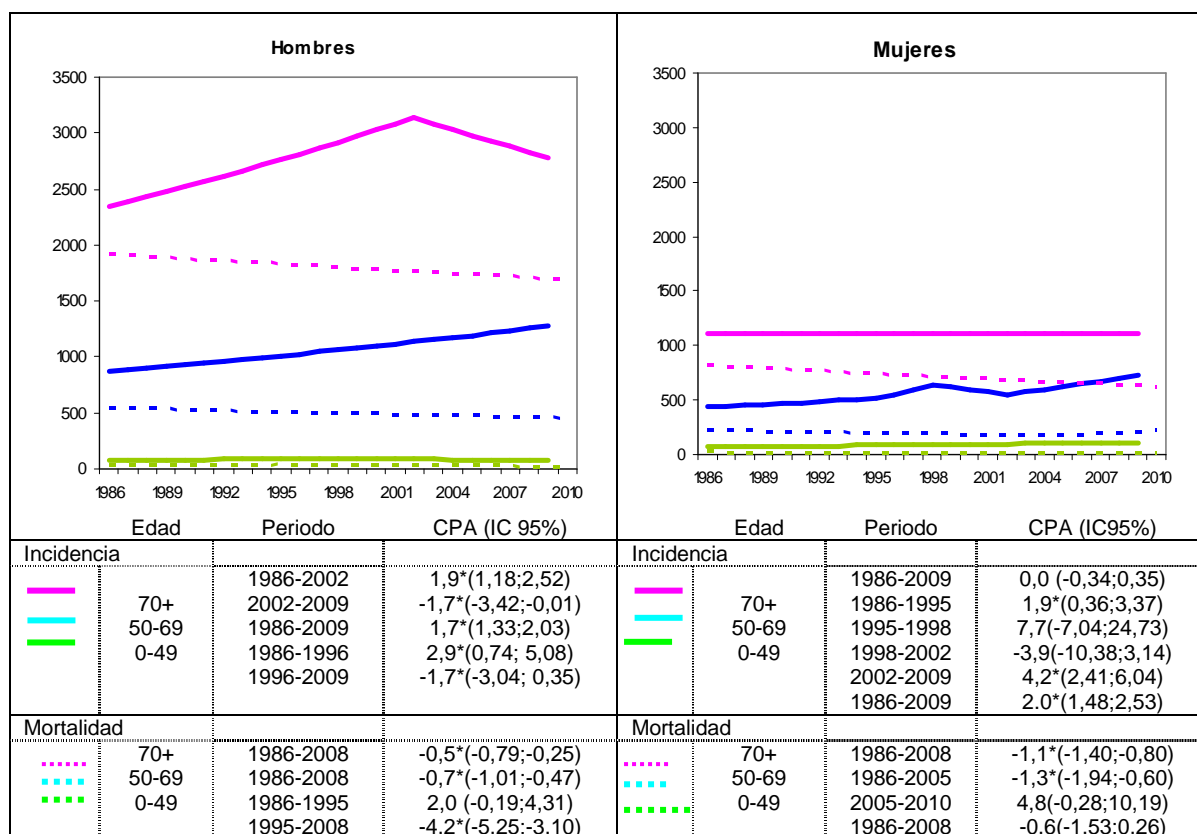




## Evolución del cáncer por grupos de edad

Los cambios observados difieren según la edad. Así en hombres de 70 y más años de edad se ha producido un incremento significativo en las tasas de incidencia de 1,9% anual entre 1986 y 2002 con descenso del 1,7% posterior, mientras que en mortalidad ha habido un descenso de 0,5% anual en el periodo. En hombres de 50-69 años de edad se produjo un incremento del 1,7% en incidencia y un descenso del 0,7% en mortalidad a lo largo de todo el periodo. Y en los más jóvenes se observó un incremento del 2,9% anual entre 1986 y 1996 con aumento no significativo de la mortalidad entre 1986 y 1995 y posteriormente un descenso del 1,7% en incidencia y del 4,2% en mortalidad. En las mujeres, no se observan cambios en la incidencia y un descenso del 1,1% en mortalidad en el grupo de 70 y más años. En las mujeres de 50-69 se observó un incremento significativo del 1,9% anual en incidencia entre 1986 y 1995, con un pico posterior aunque con aumento y descenso no significativo y un incremento del 4,2% anual a partir del 2002; en la mortalidad se produjo un descenso del 1,3% anual en el periodo 1986-2005 y un aumento no significativo posterior, en este grupo de edad. En las más jóvenes se produjo un incremento en incidencia del 2% anual, sin cambios significativos en la mortalidad.

### Tasas la incidencia y mortalidad (por 100.000) de cáncer, ajustado por edad, por grandes grupos de edad.



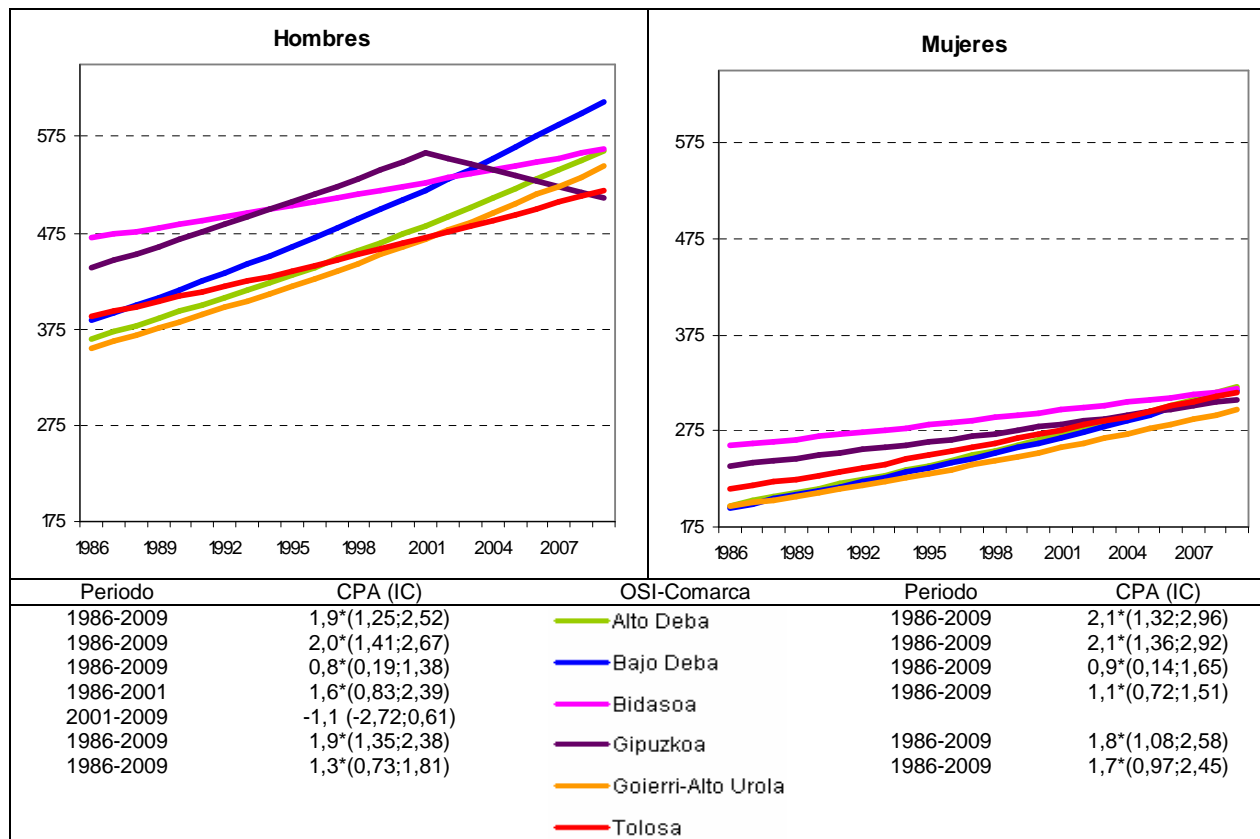
\*estadísticamente significativo; CPA=cambio porcentual anual

## Evolución del cáncer por comarcas

Existen diferencias en la evolución de la incidencia por comarcas. Se observan diferencias en las tasas de incidencia iniciales y en la evolución en el tiempo; el patrón de evolución de la comarca Gipuzkoa es muy similar a la presentada en la figura para todo el Territorio. Alto Deba y Goierri-Alto Urola presentaron unas tasas iniciales y evolución muy similares; en mujeres las tasas iniciales y su evolución son prácticamente iguales en Alto y Bajo Deba con los mayores incrementos en el periodo de estudio, junto con los hombres del Bajo Deba. En la comarca Bidasoa se observa un moderado incremento en las tasas, aunque fue la comarca que inició con tasas más elevadas. En general se observa una convergencia en las tasas de incidencia

en el último periodo en hombres, posiblemente por un descenso o ralentización en el incremento observado en la década de los 90, excepto en Bajo Deba. En mujeres, sin embargo la convergencia, que también se observa, se debe al incremento en mayor o menor grado pero constante, en la incidencia, en las distintas comarcas.

#### Tasas de la incidencia (por 100.000) de cáncer (ajustadas por edad) por OSI-comarcas.



\*estadísticamente significativo; CPA=cambio porcentual anual

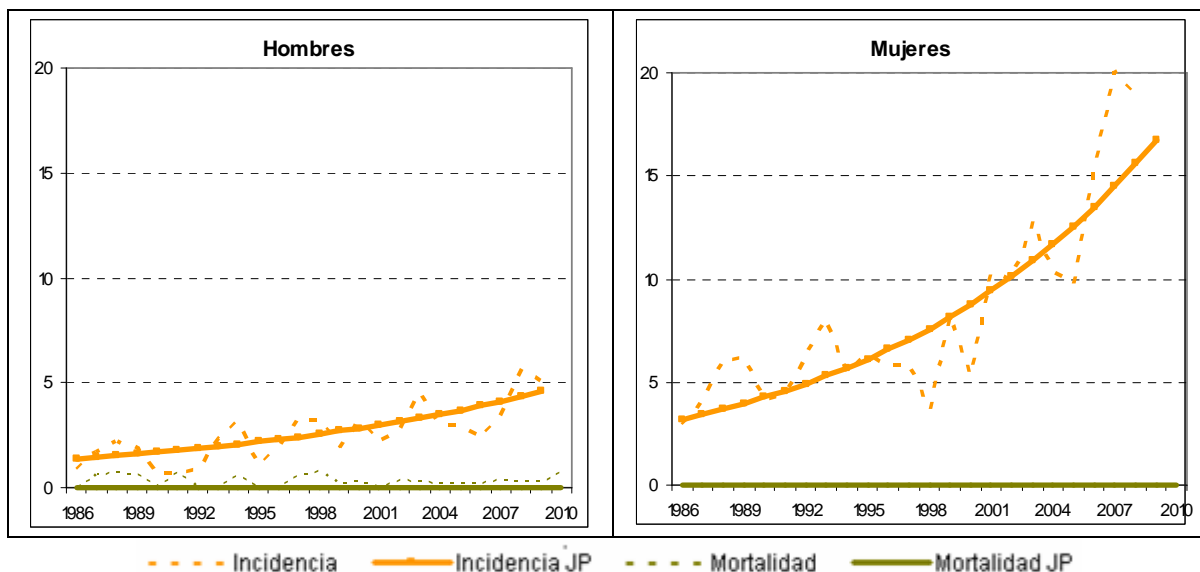
#### Algunas localizaciones específicas

La evolución en aquellos tumores que se presentan con más frecuencia, han sido descrito en años previos. No ha habido cambios sustanciales en la tendencia de dicho tumores. Sin embargo, otros tumores que siendo menos frecuentes, están teniendo un gran incremento en las últimas décadas por lo que se ha considerado incluirlos.

En el año 2012 se ha elaborado el Atlas municipal del cáncer de la CAPV que está disponible en la web del Departamento de Sanidad: [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkvigi05/es/contenidos/informacion/epidemiologica\\_publicaciones/es\\_epidemi/adjuntos/Atlas%20del%20Cancer.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkvigi05/es/contenidos/informacion/epidemiologica_publicaciones/es_epidemi/adjuntos/Atlas%20del%20Cancer.pdf). El atlas ha permitido identificar municipio e incluso áreas con una mayor incidencia para algunos de los cánceres, como es el caso del melanoma de piel y el cáncer de tiroides que destacan por su mayor incidencia en Gipuzkoa.

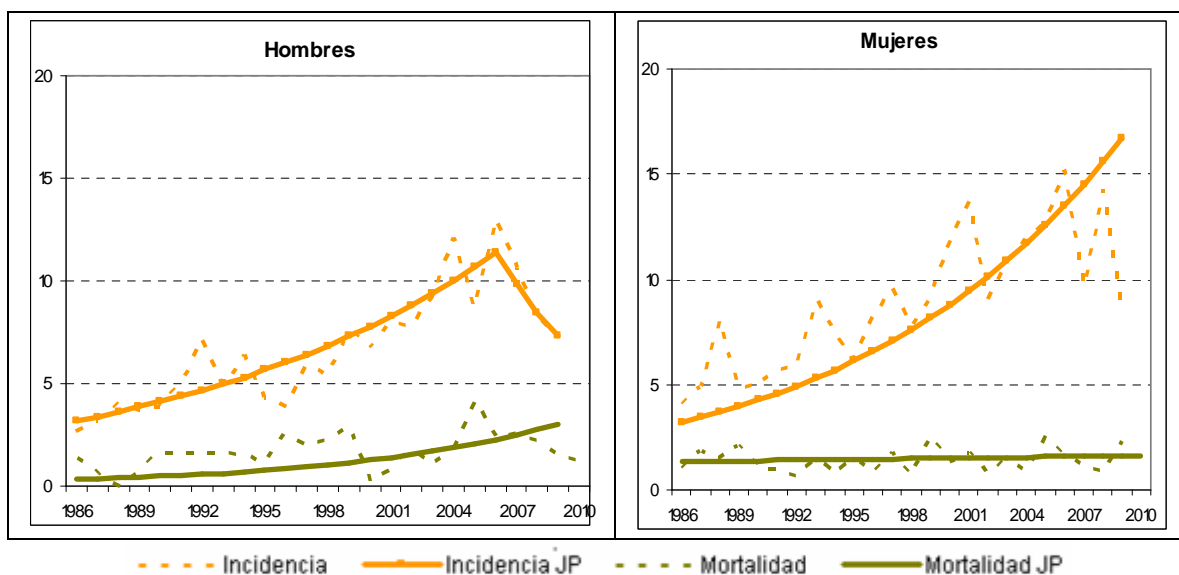
El cáncer de tiroides (C73) es más frecuente en mujeres, siendo en éstas el sexto tumor en frecuencia. En hombres se diagnosticaron 21 casos en el 2009 con una tasa bruta de 6,1 por 100.000 hab. y un incremento en las tasas ajustadas del 5,4% anual. En mujeres el número observado de casos en el 2009 fue de 76 con una tasa bruta de 21,5 por 100.000 y un incremento anual en las tasas ajustadas del 7,5%. No se observan cambios significativos en mortalidad.

**Tasas de Incidencia y mortalidad (por 100.000), ajustadas por edad, de cáncer de tiroides.**



El melanoma de piel (C43) es también más frecuentes en mujeres. En hombres se diagnosticaron 32 casos en 2009 y en mujeres 40. Las tasas de incidencia ajustadas aumentaron en hombres un 6,6% anual hasta el 2006 con descenso aunque no significativo posterior y en mujeres un 4,2% en el periodo 86-2009. No se observan cambios significativos en mortalidad.

**Tasas de Incidencia y mortalidad (por 100.000), ajustadas por edad, de melanoma de piel.**



## MORTALIDAD GENERAL 2010

Durante el año 2010 se produjeron en Gipuzkoa un total de 6.130 defunciones de las cuales 3.131 (51.07%) fueron hombres y 2.999 (48.93%) en mujeres. La tasa de mortalidad general fue de 879.30 por 100.000 habitantes, 914.82 hombres y 845.01 mujeres por 100.000.

La tasa estandarizada por edad a la población europea, es de 458 por 100.000; 620 para los hombres y 335,3 para las mujeres.

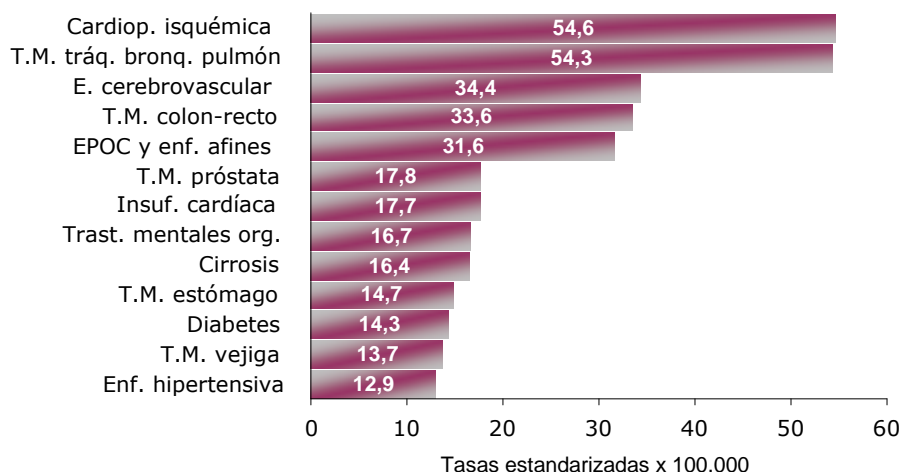
La tasa de mortalidad infantil (<1 año) ha sido en 2010 de 2,9 fallecidos por 100.000 nacidos vivos, 2,1 en los niños y 3,7 en las niñas. La tasa de mortalidad perinatal (nacidos muertos más fallecidos en la primera semana) es de 6,4 por 1000 nacidos totales, 7,3 en los niños y 5,4 en las niñas.

### Mortalidad proporcional y principales causas de muerte:

Para el conjunto de la población la primera causa de muerte en el año 2010 fueron los tumores malignos con un 29.1% de todos los fallecimientos. El sistema circulatorio con un 28.6% fue la segunda causa y las enfermedades del sistema respiratorio la tercera causa con el 9.3% de los fallecimientos.

Las principales causas de muerte y las tasas de mortalidad difieren para hombres y mujeres. Entre los hombres las causas principales fueron la cardiopatía isquémica y el tumor maligno de bronquios y pulmón con tasas de 54,6 y 54,3 por 100.000.

#### Principales causas de mortalidad en hombres. Gipuzkoa 2010

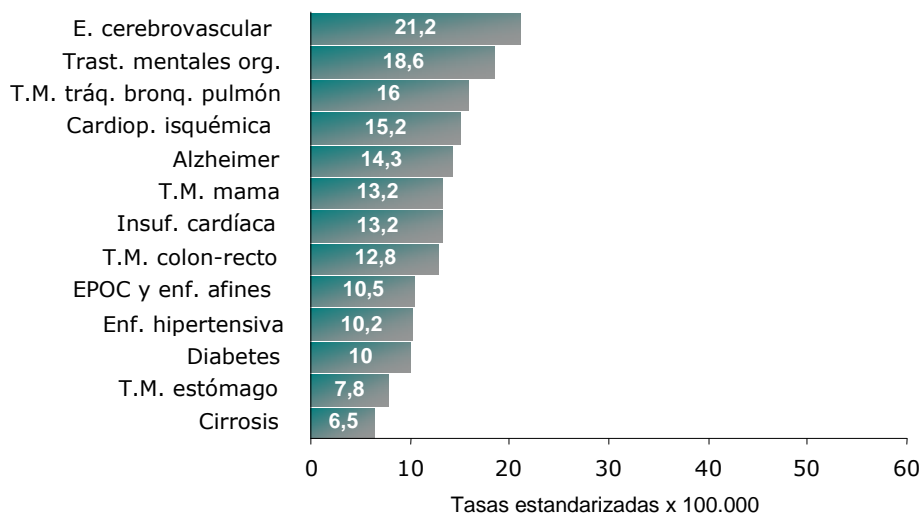


Les siguen las enfermedades cerebrovasculares, los tumores malignos de colon y recto y la EPOC y enfermedades afines.

Entre las mujeres la primera causa de muerte fueron las enfermedades cerebrovasculares y los trastornos mentales orgánicos la segunda con tasas de 21,2 y 18,6 muertes por 100.000 respectivamente.

El tumor maligno de bronquios y pulmón es ya la tercera causa por delante de la cardiopatía isquémica y la enfermedad de Alzheimer se sitúa por delante del tumor maligno de mama, la insuficiencia cardíaca y el tumor maligno de colon y recto.

## Principales causas de mortalidad en mujeres. Gipuzkoa 2010

**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 Gipuzkoa en el año 2010 los años potenciales de vida perdidos por todas las causas de muerte en menores de 70 años ha sido de 18.352 años, el número de años perdidos entre los hombres fue de 11.801 y en las mujeres de 6.551. Las primeras causas de APVP son distintas entre hombres y mujeres. Entre los hombres la primera causa ha sido el tumor maligno de traquea, bronquios y pulmón con una tasa ajustada a la población europea de 8.0 por 1000; la cardiopatía isquémica con una tasa de 7.1 por 1000. Entre las mujeres la mayor mortalidad prematura se debe a los tumores malignos de traquea, bronquios y pulmón y al tumor maligno de mama, con tasas de 3.9 y 3.7 por 1000 respectivamente.

## ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS

### ❖ El virus de la gripe y las exacerbaciones asmáticas (EA)

#### Introducción:

El asma -enfermedad crónica inflamatoria de las vías aéreas- es una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo y su prevalencia está aumentando especialmente en los niños (1). En nuestro medio se considera la enfermedad crónica más frecuente en niños y adolescentes (2) y afecta al 5% de los niños y al 10% de los adultos (3).

Factores de riesgo comunes para los síntomas del asma incluyen la exposición a alérgenos, irritantes ocupacionales, humo de tabaco, infecciones respiratorias virales, ejercicio, emociones fuertes, irritantes químicos y drogas.

Entre los virus más comúnmente implicados en las crisis agudas de asma se encuentran los rinovirus, coronavirus, VRS y virus de la gripe.

Nuestro objetivo ha sido estudiar la relación entre el asma y el virus de la gripe.

#### Material y método:

La población a estudio ha sido la de la CAPV con una población media de 2.100.000 habitantes para el período de estudio: 1998-2010.

Se han analizado las crisis agudas de asma (CIE-9: 493 en el primer diagnóstico) de todos los hospitales de la CAPV a través del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos de Altas Hospitalarias).

El efecto del virus de la gripe se ha medido mediante las tasas de incidencia de la Red Vigía de Gripe.

Se ha analizado por separado la relación entre las variables en la edad pediátrica (<15) y en la adulta ( $\geq 15$ ).

El estudio de la asociación se ha llevado a cabo mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

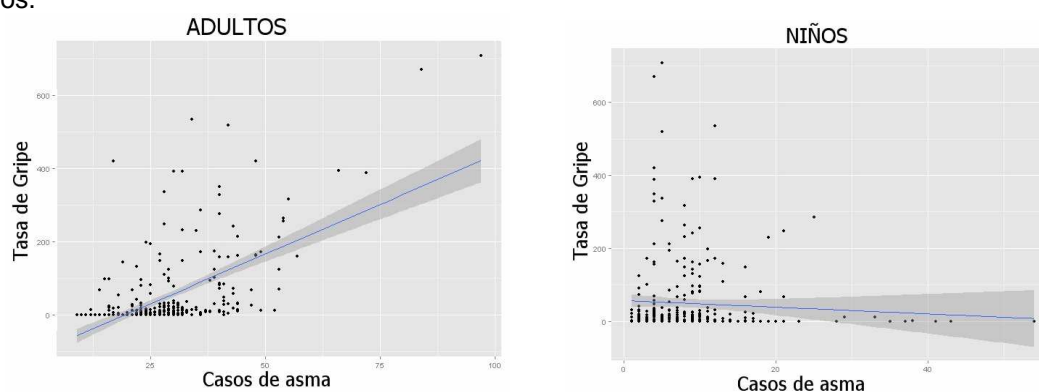
#### Resultados:

En el período de estudio se han registrado 24.631 altas hospitalarias por EA, 89,52 episodios por 100.000 habitantes: 67,1 en el caso de los hombres y 110,9 en el de las mujeres. Las tasas entre los menores de 15 años han sido de 179,3 episodios por 100.000 y de 76,9 en los adultos.

El mes de enero es el que más hospitalizaciones por asma ha registrado (11,8%) seguido de diciembre (11,3%) y septiembre (10,5%). La mayor frecuentación coincide con los meses de invierno en el caso de los adultos pero en el caso de los niños la mayor afluencia se produce a comienzos de otoño.

Las epidemias de gripe se han producido entre los meses de noviembre y febrero a excepción de la ocurrida en la pandemia del 2009 y las tasas han variado entre <100 y >800 casos por 100.000 habitantes.

La correlación obtenida entre las dos variables es  $p < 0.0001$ ;  $cor = 0.582$  (0.503, 0.651) en el caso de los adultos y  $p = 0.2877$ ;  $cor = -0.060$  (-0.170; 0.051) en el caso de los menores de 15 años.



**Conclusiones:**

La asociación del virus de la gripe con la reagudización del asma no es igual en niños y en adultos. En el caso de los adultos existe una correlación positiva fuerte estadísticamente significativa y en el caso de los niños la correlación es negativa muy débil.

Estos resultados están en concordancia con la diferente estacionalidad que presentan las crisis agudas de asma en niños y en adultos lo cual sugiere la existencia de diferentes respuestas a distintos agentes causales.

**Bibliografía:**

1. Global initiative for asthma(GINA) global strategy for asthma management and prevention.Updated 2012.
2. Departamento de Sanidad. Encuesta de Salud del País Vasco ESCAV'07.
3. Osakidetza. Guía de Práctica Clínica sobre Asma. Osakidetza Servicio Vasco de Salud, 2005.

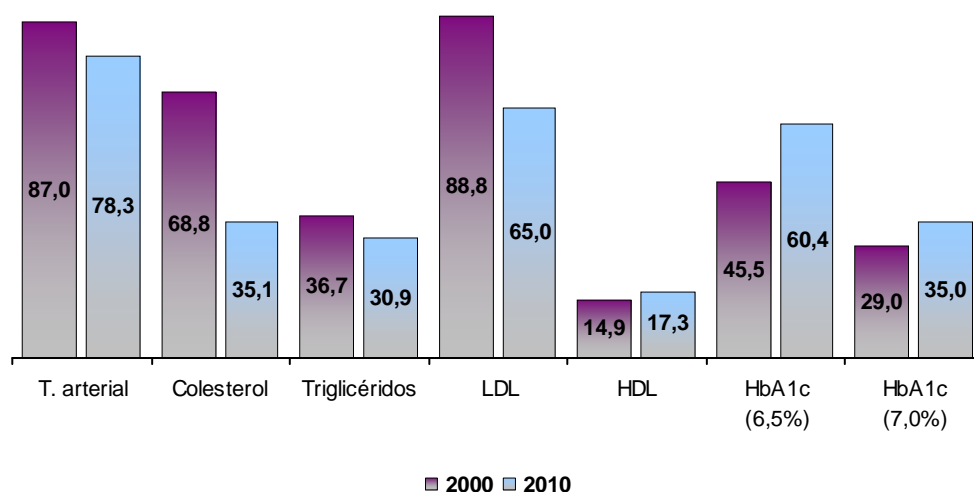
### ❖ Estudio de seguimiento de Diabetes Mellitus tipo 2 en Atención Primaria

La Red de Médicos Vigía de la CAPV ha llevado a cabo entre 2000-2010 un estudio de diabetes mellitus tipo 2 en A. Primaria en 777 pacientes, 410 hombres y 367 mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 65,3 para los hombres y de 65,9 para las mujeres.

En los distintos seguimientos realizados a lo largo del período de estudio se ha analizado la evolución de los factores de riesgo cardiovascular, de las complicaciones de la enfermedad y del tratamiento.

Así mismo se ha analizado el cumplimiento del tratamiento, la percepción del estado de salud del paciente, la demanda generada en A. Primaria, los ingresos hospitalarios y la mortalidad.

#### Evolución de los factores de riesgo (%) a lo largo del seguimiento (2000-2010)



### **Factores de riesgo:**

Entre los factores de riesgo han mejorado significativamente la Tensión Arterial, el colesterol total, los triglicéridos y el LDL y han empeorado el HDL ( $p= 0,258$ ) y la HbA1c ( $p=0,001$ ) para valores  $\geq 6,5\%$ . El porcentaje de fumadores ha disminuido del 16,1% al 8,3% a expensas de los hombres fundamentalmente, la obesidad ha bajado del 44,7% al 42,7% y el sedentarismo del 38,3% al 37,3%.

### **Complicaciones:**

Se registraron 118 episodios de enfermedad coronaria lo que representa una densidad de incidencia de 21,6 casos por mil personas-año de observación. La incidencia fue algo más alta en mujeres pero con una Razón de Incidencia hombres/mujeres de 0,9 ( $p=0,400$ ) no significativa. Las mujeres sufrieron el evento coronario con una diferencia significativa de 6,1 años más que los hombres ( $p=0,001$ ).

Los accidentes cerebrovasculares se presentaron con una incidencia de 14,6 casos por cada 1000 persona-año sin diferencias significativas entre los sexos en las tasas pero sí en la edad media de presentación. Las mujeres tuvieron el evento con 79,4 años, 5,1 años más tarde que los hombres. Las tasas de enfermedad arterial periférica fueron de 12,3 casos y la edad media de 71,8 años. No hubo diferencias significativas entre sexos.

A lo largo del seguimiento la incidencia de enfermedad cardiovascular fue de 38,7 por 1000 personas-año de observación y una edad media de 72,5 años. La tasa de incidencia de nefropatía fue de 37,5, de 41,8 para la neuropatía y de 23,3 en el caso de la retinopatía. Las edades medias fueron 70,3 70,1 y 69,7 respectivamente.

### **Tratamiento:**

Los pacientes tratados con Antidiabéticos Orales y/o Insulina aumentaron un 49,1% a lo largo del seguimiento, descendió el uso de sulfonilureas y aumentó el de la metformina así como el uso combinado de estos dos fármacos.

En el año 2003 estaban tratados con antihipertensivos el 62,9 de los pacientes y el 75% en el año 2010. Al final de estudio se observó un aumento de los fármacos antihipertensivos administrados en combinación, necesitando 2 ó más antihipertensivos el 61,2% de los pacientes.

En el caso de los hipolipemiantes el uso de estatinas aumentó un 12,2% entre 2003 y 2010 pero no varió prácticamente el porcentaje de fibratos y de la combinación de ambos (estatinas y fibratos). El uso de antiagregantes pasó del 15,4% al 35,9%.

### **Cumplimiento del tratamiento y demanda de Atención Primaria:**

Al final del seguimiento el 65,3% de los pacientes cumplían las recomendaciones dietéticas, el 85,7% tomaba la medicación, el 29% realizaba automedición de la glucosa capilar y el 73,6% acudía a consulta por el control de la diabetes. La media de consultas anuales registradas fue de 5,6.

### **Percepción del estado de salud;**

Después de 10 años de seguimiento, el 63,4% de los casos con datos consideraba su estado de salud como excelente, bueno o muy bueno.

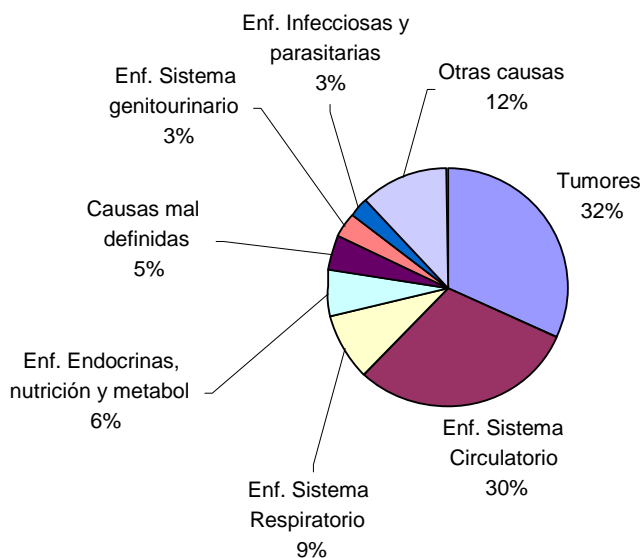


## Mortalidad:

A lo largo de los 10 años de seguimiento se registraron 220 fallecimientos, con una tasa ajustada a población europea de 1450,52 x 100.000. La tasa para la población general ha sido para el mismo período de 983,33. La RTE es 1,475 (IC: 0,951; 2,288). Entre los que se conoció la causa de fallecimiento, el 30% (64) fueron por causas del sistema circulatorio (CIE-10: I-00-199) lo que representa una tasa ajustada de 407,50 por 100.000 habitantes frente a la de la población general del mismo período de 281,18. La RTE es 1,449 (IC: 0,597; 3,518).

La mortalidad entre los diabéticos fue casi 1,5 veces la de la población general tanto para la mortalidad por todas las causas como por causas del sistema circulatorio, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa.

### Causas de muerte de los pacientes diabéticos



## ❖ Estudio epidemiológico de accidentes en personas mayores de 64 años, residentes en la C.A.P.V.

Los accidentes constituyen la cuarta causa de muerte en la Unión Europea. Según datos de la European Network for Safety among Elderly (EUNESE) Partners, en la Unión Europea se estima que todos los días alrededor de 15.000 adultos mayores sufren una lesión lo suficientemente grave para solicitar tratamiento médico; de ellos, 5.500 acuden al hospital y 275 acaban falleciendo, mientras que, varios centenares nunca vuelven a casa porque ingresan en un centro de larga estancia.

El accidente no se produce por casualidad, sino que es la consecuencia predecible de la combinación de múltiples factores individuales, ambientales y sociales. El control de los accidentes se basa en el conocimiento de la influencia de los factores etiológicos (riesgos ambientales y comportamientos a riesgo) y en la adopción de estrategias preventivas, y la vigilancia conforma un requisito básico de todas las partes implicadas.

Con el propósito de evaluar la accidentalidad en mayores de la CAPV y diseñar una intervención para minimizar los riesgos de accidentes de este grupo se estableció un grupo de trabajo multidisciplinar. Para llevar a cabo esta evaluación, se puso en marcha un estudio poblacional que permitiera:

- Conocer la incidencia de los accidentes en las personas mayores de 64 años no institucionalizadas residentes en la CAPV.
- Conocer los factores de riesgo que influyen en la accidentalidad.
- Elaborar un perfil de riesgo individual con las características clínico- epidemiológicas de los accidentados.

### Material y método:

Entre el 15 de febrero de 2012 y el 14 de febrero de 2013, una red vigía integrada por 44 equipos formados por médico/a y enfermera/o de atención primaria de diferentes centros de salud de toda la CAPV han realizado un seguimiento de personas mayores de 64 años. La población sometida a vigilancia activa fue de 15.463 mayores de 64 años, no institucionalizados. La distribución por Territorio Histórico es la siguiente: 16 % Araba, 41 % Bizkaia y 43% Gipuzkoa.

Se definió caso: residente de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) de edad superior a 64 años, que durante el periodo de vigilancia presentó "un suceso no premeditado cuyo resultado fue un daño corporal identificable".

Se preguntaba a los/las pacientes mayores de 64 años que acudían a consulta por otros motivos, si habían sufrido algún accidente durante el periodo de estudio.

Criterios de exclusión:

- Personas institucionalizadas en residencias públicas o privadas
- Pacientes atendidos por el equipo vigía, pero que no pertenecían a su cupo (desplazados o de otros cupos)

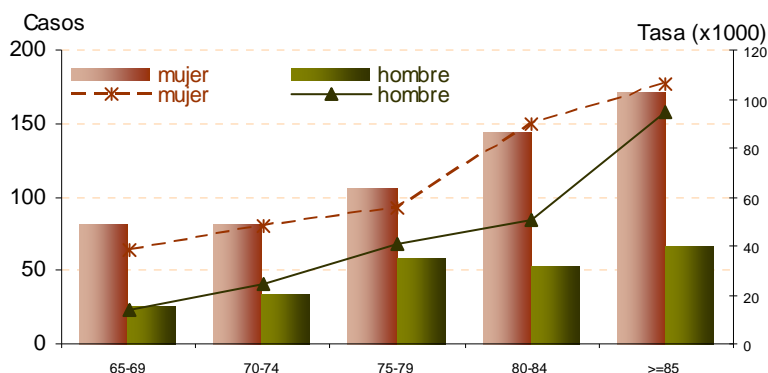
A cada caso se le realizaba una encuesta diseñada para este estudio en la que se recogían datos sociodemográficos, información sobre antecedentes de salud y valoración de la dependencia (Escala Barthel), además de la información referida al accidente. También se obtuvo información sobre la patología crónica de los accidentados a partir de la "base de Datos de Estratificación Poblacional del País Vasco".

### Resultados preliminares (periodo 15 febrero 2012 – 15 de noviembre de 2012):

Durante los nueve primeros meses de vigilancia se han declarado 823 accidentes lo que supone una tasa para ese periodo de 53,22/1.000 personas.

El 71% de los accidentes se produjeron en mujeres; la edad media de los afectados fue 80 años para ambos sexos. La incidencia aumenta con la edad y siempre es superior entre las mujeres.

**Accidentes declarados por edad y sexo.**  
Red Vigía. CAPV. 15 febrero-15 noviembre



El 30% de las mujeres y el 16% de los hombres que han sufrido un accidente vivían solos. Eran obesos el 58% de los accidentados. El 62% de las personas accidentadas eran activas, 36% sedentarias y un 2% estaban inmovilizadas. La actividad física disminuye con la edad. En cuanto al consumo de fármacos durante las 6 semanas previas al accidente, el 77% había consumido “tres o más fármacos”, el 17% “menos de tres” y solo el 6% no tomaba ninguno. Un 49% tomaba psicofármacos; la mujeres consumen más psicofármacos (52%) que los hombres (40%).

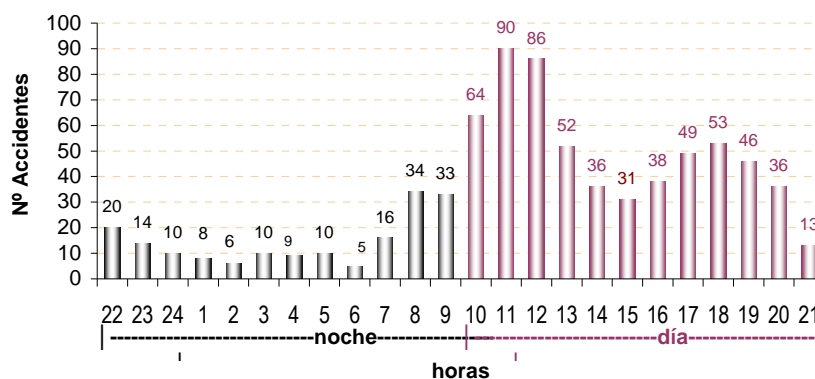
La dependencia se valoró con la escala de Barthel. No se observan diferencias significativas entre los dos sexos. Un 57% de los accidentados son independientes, porcentaje que varía según la edad, desde un 81% en el grupo de 65-74 años a un 33% en el grupo de 85 ó más años

**Datos relativos al accidente:**

**Tiempo.** Conocemos la hora del accidente del 93% de los casos. Las horas con mayor accidentalidad son las de la mañana, entre las 10 y las 14 horas, en las que se ha producido el 38% de los accidentes declarados. Hubo otro pico de incidencia a la tarde, entre las 17 y las 19 horas, con un 20% de los accidentes.

**Hora del día en que se produce el accidente**

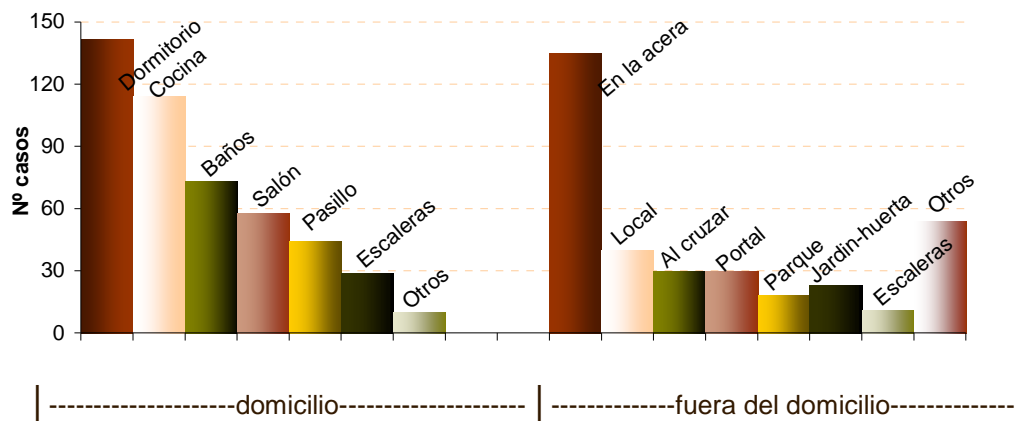
Red Vigía. CAPV. 15 febrero-15 noviembre



**Lugar del accidente:** el 57% de los accidentes se ha producido en el domicilio del afectado. Dentro del domicilio, por orden de frecuencia: en el dormitorio (30%), en la cocina (24%) y en el baño (15%). Entre los accidentes ocurridos fuera del domicilio, el 40% se producen en la acera

**Lugar del accidente.**

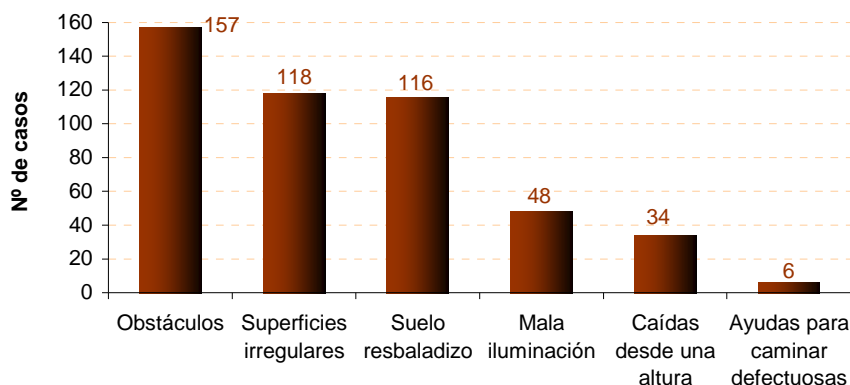
Red Vigía. CAPV. 15 febrero-15 noviembre



**Tipo de accidente:** 750 (91%) fueron caídas, 20 (2,4%) quemaduras y el resto golpes, heridas y un atragantamiento.

**Motivo del accidente:** Entre los factores intrínsecos citados con más frecuencia están las alteraciones de la marcha por déficit muscular o del equilibrio (22%), el mareo (6%) y el miedo a caerse (2%); otros motivos referidos son el fallo de la pierna-pie, mal cálculo de la distancia y trastornos neurológicos como ictus previo, parkinson o demencia. Los motivos extrínsecos declarados con más frecuencia han sido: obstáculos, superficies irregulares, suelo resbaladizo y mala iluminación.

**Causas extrínsecas de los accidentes.**  
Red Vigía. CAPV. 15 febrero-15 noviembre



Ha habido 9 accidentes de tráfico. En seis casos los accidentados eran peatones y en los otros tres accidentes los accidentados eran: copiloto, conductor y ciclista.

**Tipo de lesión:** La lesión más frecuente ha sido la contusión (73%), seguida por fracturas (15%), cortes-heridas (7%) y quemaduras (2 %).

**Localizaciones anatómicas:** Por orden de frecuencia han sido: extremidades inferiores (40%), cabeza (30%), extremidades superiores (29%) y tronco (28%). Si consideramos el accidente con fractura, la localización de la misma ha sido: extremidades inferiores 48% (60), extremidades superiores 32%(40), tronco 25% (31) y cabeza 5% (6).

**Tipo de asistencia:** Un 84% recibieron asistencia domiciliaria, 59% fueron atendidos en la consulta, 71% en urgencias hospitalarias y 6,1% fueron ingresados.

**Antecedente de accidente en el año anterior.** Un 30% de los pacientes declararon haber tenido otro accidente el año anterior. Durante los nueve meses analizados hubo 62 personas que habían tenido más de un accidente previo: 50 personas dos accidentes, 11 personas tres y una cuatro.

### Observaciones:

La Red Vigía puesta en marcha en la CAPV para investigar los accidentes en mayores de 64 años es una herramienta útil para cumplir con los objetivos planteados: conocer la incidencia de los accidentes, conocer los factores de riesgo, elaborar un perfil de riesgo individual y, en consecuencia, diseñar una intervención que reduzca o minimice los riesgos de accidentes de este grupo de población.

Hay que enfatizar que, con la colaboración de la red vigía de atención primaria, por su proximidad a la población mayor, existe una gran oportunidad de disponer de esta información y que la información recogida correspondiente a los aspectos sociodemográficos, antecedentes de salud y datos relativos a los accidentes ha sido completa y exhaustiva, en una importante proporción.