

Indice

	<u>Página</u>
1 Introducción	2
2 Enfermedades infecciosas	4
- Enfermedades respiratorias	5
- Enfermedades de transmisión alimentaria	17
- Hepatitis víricas	19
- Enfermedades prevenibles por inmunización	21
- Otras enfermedades infecciosas	24
3 Brotes	26
- Brotes de toxi-infección alimentaria	26
- Otros brotes	28
4 Vacunaciones	29
5 Nacimientos en Gipuzkoa	34
6 Registro de Diabetes Mellitus en la Red de Médicos Vigía	36
7 Mortalidad en el Territorio Histórico de Gipuzkoa	41
8 Policía Sanitaria Mortuoria	48
9 Morbilidad Hospitalaria - CMBD	49
10 Registro de Cáncer	54
Anexo 1: Sistema de Información Microbiológica	59
Anexo 2: Tablas Registro de Cáncer	73
Anexo 3: Población	75

1 Introducción

En este documento se presenta un resumen y análisis básico de la información recogida por la Unidad de Epidemiología e Información de la Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa durante el año 2004.

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

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

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

SISTEMAS/FUENTES DE INFORMACION

Sistemas gestionados por la unidad de Epidemiología:

E.D.O.: actualmente únicamente hay 4 enfermedades sujetas a declaración numérica (gripe, varicela, sífilis e infección gonocócica) debiendo utilizar el formato individual para el resto de las enfermedades. Durante el año 2004 el porcentaje de notificación en el conjunto del Territorio Histórico (impresos recibidos/impresos a recibir) ha sido del 48%, seis puntos por encima al del año pasado; en la comarca Oeste este porcentaje ha subido 12 puntos (53% vs 65%) mientras que en la comarca Este la subida ha sido de 2 puntos (34% vs 36%). Es difícil evaluar la declaración de las E.D.O. con formato individual, ya que pueden declararse tanto por atención primaria como por atención especializada, e incluso la declaración puede variar dependiendo de la enfermedad. Además, el servicio de microbiología del L.U.D. y de los hospitales comarcales notifican precozmente la identificación de determinadas enfermedades infecciosas, realizándose desde la unidad de epidemiología una búsqueda activa de los casos para realizar la encuesta y recomendar las medidas de control que sean necesarias en cada caso. Ello ha supuesto una mejora en la vigilancia epidemiológica de esas enfermedades y en la exhaustividad de su registro.

Información microbiológica: el sistema constituye una fuente de información imprescindible para la vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas. Durante el año 2004 los laboratorios declarantes en Gipuzkoa han sido: el Laboratorio Unificado Donostia (LUD), Hospital del Bidasoa, Hospital Ntra. Sra. de la Antigua, Hospital de Mendaro y Hospital Comarcal del alto Deba.

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

Médicos Vigía: en el año 2004 los médicos de la red vigía han continuado con la vigilancia de la gripe (médicos generales y pediatras) y con el seguimiento de la cohorte de los pacientes diabéticos tipo 2 diagnosticados por los médicos vigía durante el año 2000 (médicos generales).

Registro de cáncer: Durante el año 2004 se ha realizado la recogida de datos del año 2001. La información a partir de enero de 1995 es proporcionada por los Registros de Cáncer Hospitalarios de Osakidetza (Complejo hospitalario Donostia) y el Instituto Oncológico en soporte informatizado, siendo responsabilidad de la Subdirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad la labor de depuración y control de calidad de los datos recibidos y la recogida activa de la información de los hospitales comarcales y el cierre del año mediante la revisión del resto de sistemas de información utilizados (Boletines Estadísticos de Defunción, TIS, etc.).

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

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

Sistemas no gestionados por la Unidad de Epidemiología:

Registro de mortalidad: en 1995 se comenzó a incluir en la memoria anual de la unidad de epidemiología un análisis básico del comportamiento de la mortalidad en el Territorio Histórico de Gipuzkoa referido al último año del que esta disponible la información. En esta memoria se incluye el análisis correspondiente al año 2002.

Registro de altas hospitalarias: desde que en el año 1993 se estableció en los hospitales este registro, se ha mostrado como un instrumento de gran calidad para mejorar la vigilancia epidemiológica, por lo que se utiliza sistemáticamente para tener un mejor conocimiento de cada vez más enfermedades. En este documento se presenta una descripción de la morbilidad hospitalaria a partir del análisis del CMBD de los hospitales públicos de agudos correspondiente al año 2004.

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 2004 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 2004 entre el número de casos del año anterior; el índice epidémico 2 se calcula dividiendo el número de casos notificados en el 2004 entre la mediana de los casos registrados el quinquenio anterior (1999-2003). Cuando el índice epidémico tiene valores entre 0,76 y 1,24 se considera que la incidencia de la enfermedad es normal; consideramos que la incidencia es baja si el índice es menor o igual a 0,75 y alta cuando es mayor o igual a 1,25. En las enfermedades de baja incidencia hay que tener en cuenta que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en el índice 1, por lo que el índice epidémico 2 es más estable para estas enfermedades.

Tabla 2.1: Casos y tasas x 100.000 hab. de las enfermedades notificadas al Sistema E.D.O.. Gipuzkoa 1999-2004.

	1999	2000	2001	2002	2003	2004			
	casos	casos	casos	casos	casos	casos	Tasa	IE 1	IE 2
Botulismo	0	0	0	0	0	0		1	
Cólera	0	0	0	0	0	0			
Disentería	1	9	7	2	9	11	1,63	1,22	1,57
Fiebre tifo.paratífica	3	5	2	4	1	1	0,15		0,33
Triquinosis	0	0	0	0	0	0			
Enf. Meningocócica	27	32	20	39	34	18	2,67	0,53	0,56
Gripe	31.511	15.890	3.754	18.579	12.778	3668	544,57	0,29	0,23
Legionelosis	7	17	30	34	32	39	5,79	1,22	1,30
Tuberculosis	256	217	195	207	190	171	25,39	0,90	0,83
Varicela	2.055	2.418	1.653	2.083	2.685	2781	412,88	1,04	1,34
Infec. Gonocócica	5	5	2	5	12	7	1,04	0,58	1,40
Sífilis	4	2	5	3	6	5	0,74	0,83	1,25
Difteria	0	0	0	0	0	0			
Parotiditis	15	58	18	6	10	9	1,34	0,90	0,69
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0			
Rubéola	1	2	0	0	0	0			
Sarampión	0	2	0	0	0	0			
Tétanos	1	2	1	0	2	1	0,15	0,50	1,00
Tos ferina	81	15	8	11	6	11	1,63	1,83	1,00
Hepatitis A	12	81	73	25	15	18	2,67	1,20	0,72
Hepatitis B	5	9	12	11	11	9	1,34	0,69	0,82
Hepatitis C	12	2	4	3	3	5	0,74	1,67	1,67
Otras hepatitis víricas	0	0	0	0	0	0			
Brucelosis	3	2	0	1	2	0			
Rabia	0	0	0	0	0	0			
Fiebre amarilla	0	0	0	0	0	0			
Paludismo	2	1	9	8	4	6	0,89	1,50	1,50
Peste	0	0	0	0	0	0			
Tifus exantemático	0	0	0	0	0	0			
Lepra	0	0	0	0	0	0			
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0			
Sífilis congénita	0	0	0	0	0	0			
Tétanos neonatal	0	0	0	0	0	0			

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:**Gripe**

La Red de Médicos Vigía de la CAPV ha participado por sexta temporada consecutiva en la vigilancia de la gripe, mediante el registro de datos epidemiológicos y virológicos. Durante 2004-05 han participado en la Red Vigía 32 médicos y pediatras de Atención Primaria de Osakidetza, de los cuales 16 corresponden a Bizkaia, 10 a Gipuzkoa y 6 a Álava. El laboratorio de microbiología del hospital de Donosita centraliza los análisis virológicos de las muestras recogidas por la red. El conjunto de la red representa a una población de 50.516 habitantes, y su distribución según edad es más joven que la población de la CAPV (Tabla 2.2).

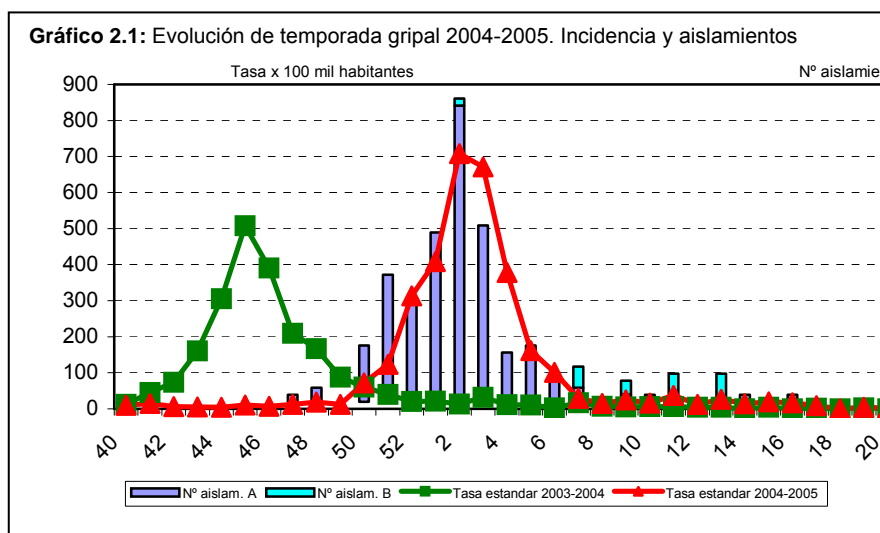
Tabla 2.2: Población de la CAPV y la Red Vigía según edad.

Edad	CAPV		Red Vigía	
	n	%	n	%
0-4	84.329	4,0	3.560	7,0
5-14	162.474	7,8	5.678	11,2
15-24	260.133	12,5	4.682	9,3
25-44	683.748	32,8	15.708	31,1
45-64	518.483	24,9	11.779	23,3
65 y +	373.420	17,9	9.109	18,0
Total	2.082.587	100,0	50.516	100,0

Resultados:

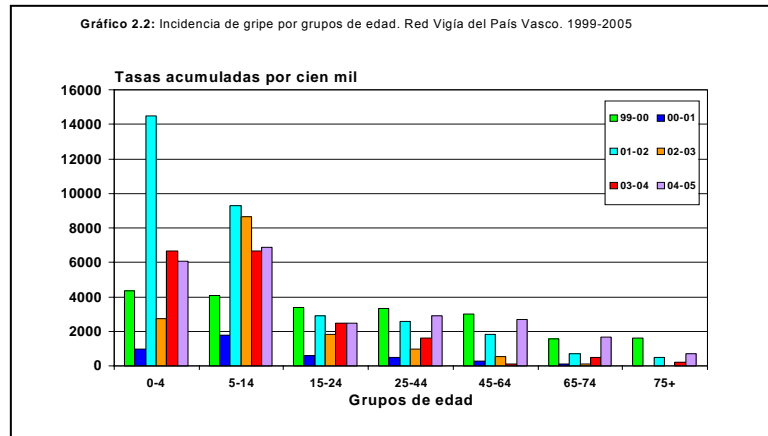
La actividad gripal comenzó a ser importante a partir de la semana 50, es decir segunda quincena de diciembre de 2004 y, para la segunda semana del 2005, se alcanzó el máximo pico de actividad anual con tasas de 708 casos por 100.000 habitantes en el conjunto de la red vigía de la CAPV. A partir de la semana 4 se produjo un paulatino descenso de la actividad que alcanzó niveles muy bajos tras la semana 6 (gráfico 2.1). Tal como refleja el gráfico 2.1, la onda epidémica de esta temporada ha sido más intensa que la temporada precedente con tasas (ajustadas) máximas de 700 casos por cien mil habitantes frente a los 500 por cien mil de la temporada anterior. Durante las semanas de vigilancia se han notificado un total de 1.608 casos. El 51% de los casos han sido diagnosticados en hombres y el restante 49% en mujeres. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron fiebre (98%), síntomas respiratorios (88%), mialgias (84%) y cefalea (76%). El 85% de los pacientes diagnosticados de gripe no tenían ninguna patología previa y esta temporada el número de casos registrados que estaban vacunados de gripe aumentó hasta el 12% superando el porcentaje de temporadas previas.

Se ha tomado muestras para estudio de virus gripal a 342 pacientes (21%) y en 172 casos se ha obtenido aislamiento positivo lo que supone un rendimiento del 50 % de las muestras. El primer aislamiento viral se registró en Álava en la semana 47 y, como ocurrió en la pasada temporada,

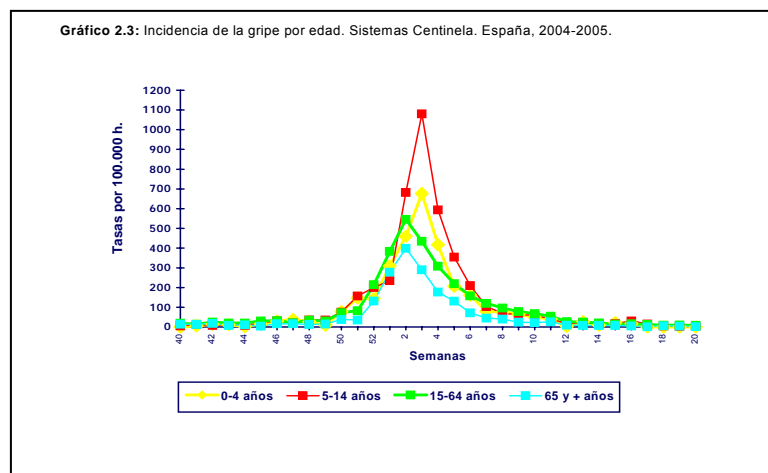


fue un A(H3). Asimismo, los virus A(H3) son los que se han aislado mayoritariamente esta temporada (155 aislamientos). Tras la semana 4 se han registrado mayoritariamente virus gripales tipo B (17 aislamientos) (Gráfico 2.1)

Aunque, como es habitual, la mayor incidencia se ha registrado en la población infantil (menor de 14 años), esta temporada la incidencia relativa en los adultos y personas mayores ha sido superior que en las dos últimas temporadas (ver Gráfico 2.2).



En las demás CCAA, que participan en la vigilancia de la gripe mediante las Redes Centinelas, las características de la actual temporada han sido similares a las descritas para nuestra comunidad, en cuanto a los virus circulantes, distribución por edad y temporalidad (Gráfico 2.3).



Según la información proporcionada por el EISS, en Europa la mayoría de los aislamientos esta temporada han sido A(H3N2), seguidos del tipo B y en menor medida A(H1N1).

Los aislamientos A(H3N2) fueron antigénicamente similares a la nueva cepa A/California/7/04 (H3N2), que ha sido recomendada por la OMS para la composición de la vacuna antigripal en el hemisferio norte en la temporada 2005-2006.

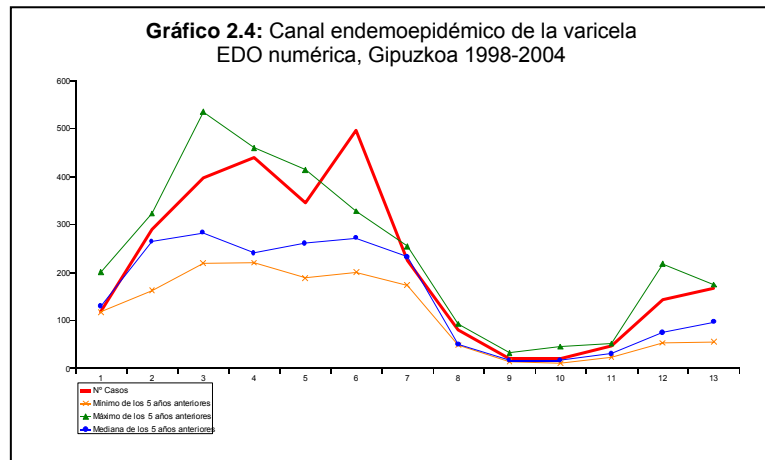
En resumen, la temporada 2004-2005 ha registrado una mayor incidencia gripal, especialmente en las edades adultas y en vacunados, respecto a la temporada previa.

Por último resaltar que la recomendación sobre la composición de la vacuna antigripal para la temporada 2005-06 de la Organización Mundial de la Salud en el hemisferio norte incluye las siguientes cepas:

- Cepa A/New Caledonia/20/99(H1N1)
- Cepa A/California/7/2004(H3N2)
- Cepa B/Shanghai/361/2002

Varicela

Durante 2004 fueron notificados de forma numérica 2.781 casos de varicela con un pico máximo de incidencia en el mes de junio. Durante los meses de agosto, septiembre y octubre la incidencia fue mínima. Durante todo el periodo 2004, el número de casos notificados fue superior a la mediana de los 5 años anteriores (gráfico 2.4).



En la tabla se presenta el número de ingresos hospitalarios de los últimos 5 años con diagnóstico al alta de varicela, obtenido a partir del CMBD de las altas hospitalarias de los hospitales públicos agudos de Gipuzkoa. Los datos demuestran que el número de ingresos se mantiene estable a lo largo del periodo en todas las edades.

Tabla 2.3: ingresos hospitalarios por varicela (CIE 9: 052). Gipuzkoa 1999-2004.

EDAD	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
0-14	13	18	9	13	15	68
≥ 15	14	11	15	15	16	71
TOTAL	27	29	24	28	31	139

La estancia media correspondiente a las altas producidas en el año 2004 ha sido de 5,73 días (DE: 3,4 días). De las 15 altas en el grupo de 0-14 años, 2 presentaron neumonitis, 1 encefalitis, y 10 otras complicaciones. De los 16 ingresos en el grupo de 15 ó más años de edad, 1 caso presentó encefalitis y 6 neumonitis. En los 5 años analizados, en 2 casos se presenta la defunción como circunstancia al alta: en el año 2000 un hombre de 69 años, y en el año 2004 otro hombre de 71 años de edad, ambos con diagnóstico de neoplasia. A través de un servicio de urgencias se tuvo conocimiento del fallecimiento de un niño de 8 años de edad cuya necropsia confirmó el diagnóstico de varicela con complicaciones

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 2004, no afectarán sustancialmente a la información que se presenta.

En el conjunto del Territorio Histórico de Gipuzkoa, en el año 2004 se han registrado un total de 172 casos de tuberculosis lo cual equivale a una tasa bruta de 25,5/100.000 habitantes, que supone un descenso del 9,3% con respecto a la tasa del año anterior (tabla 2.4). De los 172 casos, 14 tenían antecedentes de tuberculosis en algún momento de su vida, por lo que la incidencia de casos nuevos ha sido 23,5/100.000 habitantes. Al sistema de información

microbiológica (S.I.M.) se han notificado 133 micobacterias del complejo tuberculoso, número similar al notificado el año anterior (tabla 2.5).

Tabla 2.4: Evolución de los casos de TBC y tasa por 100 mil hab. en el Territorio Histórico de Gipuzkoa 1995-2004.

AÑO	Nº DE CASOS	TASA/100.000 hab.	% DESCENSO RESPECTO A 1995
1995	376	55.6	--
1996	343	50.7	8,8%
1997	298	44.1	20,7%
1998	282	41.7	25,0%
1999	256	37.9	31,8%
2000	217	32.1	42,3%
2001	195	28.8	48,2%
2002	208	30,9	44,4%
2003	189	28,1	49,5%
2004*	172	25,5	54,1%

*datos provisionales.

Tabla 2.5: Nº anual de aislamientos de MTC notificados al SIM. Gipuzkoa 1995-2004.

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
311	252	238	206	194	160	159	144	136	133

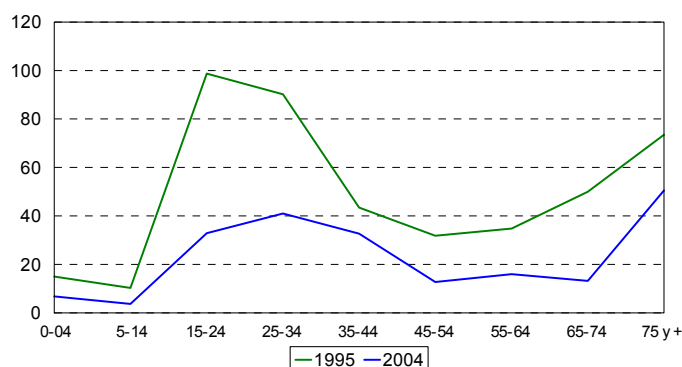
La razón de sexos (hombre/mujer) de los casos registrados en el año 2004 es de 1,4, con 99 casos en varones (tasa de 30,0/100000) y 73 casos en mujeres (tasa de 21,3/100000). El 65% de los casos tienen menos de 45 años. En los varones, la tasa más elevada se observa en el grupo de 75 ó más años, seguido del grupo 25-34 años; en la mujeres, la tasa más alta la presenta el grupo de 15-24 seguido de los grupos de 35-44 y >=75 años (tabla 2.6).

Tabla 2.6: Nº de los casos de TBC y tasas por 100 mil hab. según grupos de edad y sexo. Gipuzkoa 2004.

EDAD	Nº DE CASOS			TASA/100.000		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-4	0	2	2	--	14,0	6,8
5-14	0	2	2	--	7,6	3,7
15-24	13	14	27	30,7	35,2	32,9
25-34	33	14	47	56,7	25,9	41,9
35-44	17	18	35	31,6	33,8	32,7
45-54	9	3	12	19,0	6,4	12,7
55-64	8	4	12	21,7	10,5	16,0
65-74	4	5	9	12,8	13,6	13,2
>=75	15	11	26	83,7	32,8	50,5
TOTAL	99	73	172	30,0	21,3	25,5

En el gráfico adjunto (2.5) se presentan las tasas específicas por grupos de edad correspondientes a los años 1995 y 2004.

Gráfico 2.5: Tasa de incidencia por grupo de edad. Gipuzkoa 1995 y 2004



En la tabla 2.7 se pueden observar todas las localizaciones que han presentado los 172 casos (algunos presentan más de una localización). La localización de la enfermedad ha sido pulmonar, con o sin otras localizaciones, en 126 casos (73,3% del total), lo que supone una tasa de 18,7/100.000 hab. Uno de los casos de localización meníngea se ha registrado en

una niña de 20 meses en cuyo entorno familiar próximo se ha diagnosticado una tuberculosis pulmonar bacilífera; la niña había recibido la vacuna BCG en el primer mes de vida. Una de las formas diseminadas corresponde a una niña de 4 meses que recibió la vacuna BCG en el primer mes de vida; en el estudio de muestras biológicas se ha identificado el bacilo de la vacuna como causante de la enfermedad; se consideró la posibilidad de que la niña padeciera un déficit severo de la inmunidad celular no diagnosticado previamente.

Tabla 2.7: Distribución de los casos de TBC según localización. Gipuzkoa 2004.

LOCALIZACION	Nº DE CASOS
pulmonar	126
pleural	18
linfática	22
meníngea	3
osteoarticular	4
peritoneal	4
génito-urinaria	1
diseminada/miliar	6
otra	2

En cuanto al método diagnóstico, en 134 casos (77,9% del total) hay un cultivo positivo en alguna muestra biológica. Los casos con microscopia directa de esputo positiva son 72 (57% de los casos con afectación pulmonar), lo que implica una tasa de incidencia de bacilíferos de 10,7/100.000 hab., un 29% superior a la del año pasado, interrumpiéndose el descenso continuado que se observaba desde el año 1998 (gráfico 2.6). En el Servicio de Microbiología del L.U.D. se ha realizado antibiograma a 97 cepas de *Mycobacterium tuberculosis*, de las que 92 son sensibles a Isoniazida, Rifampicina, Ethambutol y Estreptomicina; 1 es resistente a Rifampicina, 3 son resistentes a Isoniazida y 1 es resistente a Isoniazida y Estreptomicina.

Gráfico 2.6: Tasa de incidencia de tuberculosis bacilífera. Gipuzkoa 1995-2004.

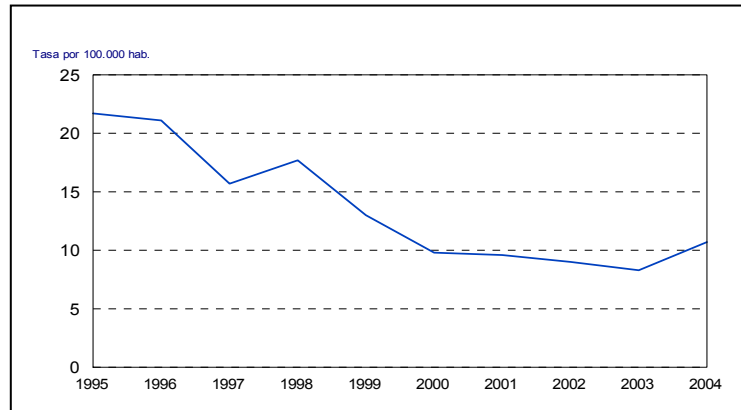


Tabla 2.8: Nº de días de demora diagnóstica en casos con afectación pulmonar. Gipuzkoa 2004.

	bacilíferos	No bacilíferos	Total
N	72	54	126
Media (DE)*	61,7 (69,9)	41,8 (43,1)	53,2 (60,5)
Mediana	46	32	34

* t=-1,84; p=0,07

En la tabla 2.8 se presenta la demora diagnóstica de los casos con afectación pulmonar, entendida como el número de días transcurrido entre la fecha de inicio de síntomas y el comienzo del tratamiento. La demora media es de 53 días, 62 para los casos bacilíferos y 42 para los no bacilíferos, diferencia que se acerca a la significación estadística (p=0,07). La mediana es 14 días mayor en los bacilíferos que en los que no lo son.

En 54 casos (31% del total) se notifica un factor de riesgo y en 14 casos se declaran dos o más factores relacionados con el riesgo de padecer tuberculosis. El tabaquismo y el contacto reciente con enfermo tuberculoso son los factores de riesgo que más frecuentemente se han declarado en el año 2004: 23 (13% del total) y 20 casos (12% del total) respectivamente; en segundo lugar aparece la infección por VIH en 16 casos (9% del total). En 8 casos la ADVP se identifica como factor de riesgo, siendo 6 de ellos también VIH+. El alcoholismo, solo o asociado a otro factor de riesgo, se notifica en 7 casos (4% del total).

De los 172 casos, únicamente 14 (8,1%) son inmigrantes de países con alta endemia tuberculosa, de los que 6 provienen de un país sudamericano, 5 de África, 2 de Asia y 1 de un país del este de Europa. En 13 casos está registrada la fecha de entrada en nuestro país, por lo que se puede estimarse el tiempo transcurrido desde ese momento hasta el diagnóstico de tuberculosis: la mediana de este tiempo es 2,1 años con un mínimo de 56 días y un máximo de 7 años. Además de estos 14 casos, hay otros 4 que son ciudadanos de países de la Unión Europea.

En la tabla 2.9 se muestran las tasas brutas anuales por comarca sanitaria correspondientes al periodo 1995-2004 y el porcentaje de variación de la tasa entre esos dos años. En la comarca Este la tasa del año 2004 es un 54% menor que la de 1995 lo que en números absolutos supone pasar de 193 a 89 casos; en la comarca Oeste se ha pasado de 199 casos en el año 1995 a 86 en 2004, lo que supone un descenso del 56% para la tasa de 2004 respecto a la del año 1995. La antigua comarca Bajo Deba es la que presenta un descenso más importante a lo largo del periodo, seguida de la comarca Bidasoa. Por primera vez en los últimos 10 años la tasa más elevada no corresponde a la Comarca Bajo Deba.

Tabla 2.9: Tasas brutas de TBC por 100 mil hab. según comarcas sanitarias. Gipuzkoa 1995-2004.

COMARCA	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*	% 95-04
Alto Deba	36.8	33.9	44.9	34.2	28.1	26.7	29.9	20.5	28,6	31,9	- 13,3%
Bajo Deba+	94.7	94.3	101.9	77.2	95.8	77.5	56.8	45,7	46,6	28,5	- 69,9%
Goiherri	87.2	61.8	48.6	45.4	49.1	49.3	27.3	37,5	37,7	37,7	- 56,8%
Tolosa	42.2	66.1	34.1	37.7	31.0	39.8	27,4	42,8	30,9	22,4	- 46,9%
C. Oeste+	68.6	64.9	58.7	49.5	52.7	49.5	35.5	36,9	36,5	30,1	- 56,1%
Donosita	48.6	44.4	44.7	43.4	34.9	24.4	26,9	25,3	25,1	19,6	- 59,7%
Gipuzkoa	46.2	38.6	33.6	30.4	31.0	25.4	22,3	30,5	27,4	25,5	- 44,8%
Bidasoa	47.8	47.4	29.9	36.7	21.0	19.5	26,5	22,3	13,8	16,5	- 65,5%
C. Este	47.5	42.7	38.0	37.2	31.0	23.9	25.1	26,8	24,0	21,6	- 54,5%
TOTAL+	56,9	52,3	46,7	43,6	40,0	34,2	29,3	30,9	29,1	25,3	- 55,5%

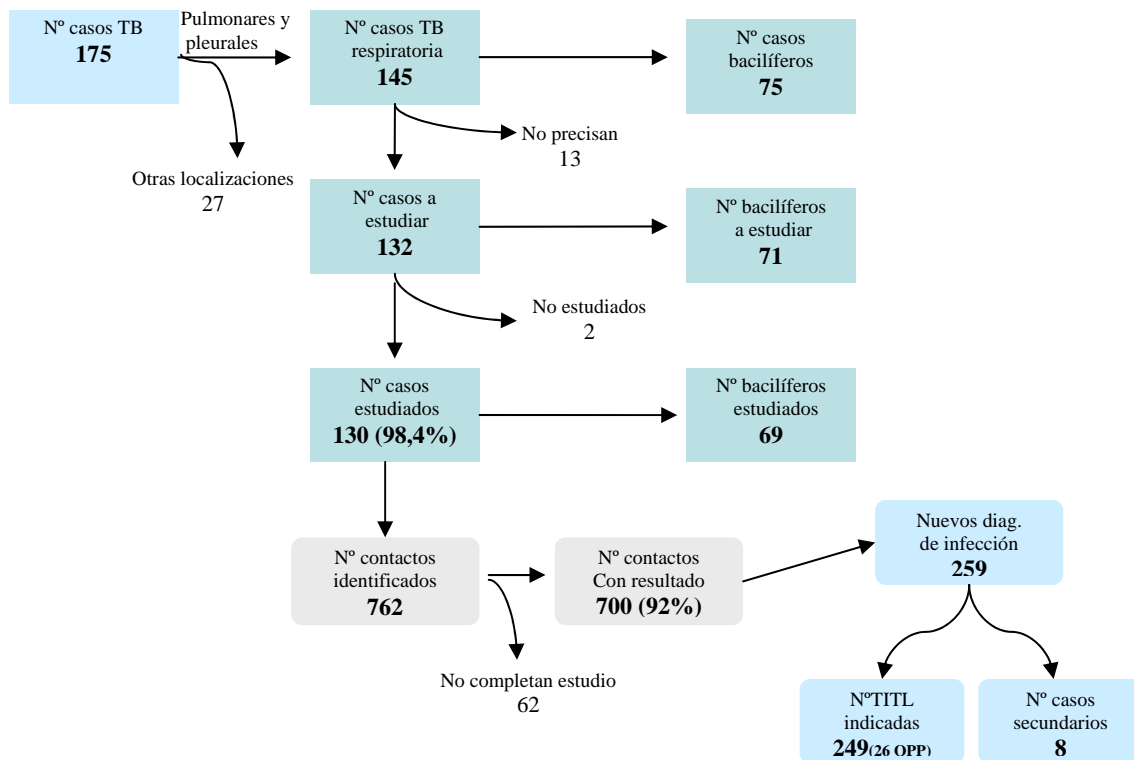
* datos provisionales

+ se incluyen los casos correspondientes a los municipios de Ermua y Mallabia.

Estudios de contactos de los casos de TBC:

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

De los 145 casos de tuberculosis respiratoria registrados en 2004, en 132 se indicó estudiar a los contactos a riesgo; el estudio se realizó en 130 casos lo que supone una cobertura del 98,4%, superior al objetivo del 90% propuesto en Programa de Prevención y control de la Tuberculosis de la CAPV y por encima de la cobertura alcanzada en Gipuzkoa en el año 2003 (88%). Los dos casos en los que no se ha podido realizar el estudio, por su negativa a facilitar información, eran bacilíferos y se encontraban en una situación social de riesgo.



El número de contactos a riesgo identificados ha sido de 762 personas de las que 700 (92%) han completado el estudio, lo que supone una media de 5,4 contactos estudiados por caso. Los resultados que se presentan corresponden a estos 700 contactos.

Teniendo en cuenta el grado de contacto con el caso, 307 contactos (43.8%) pertenecían al grupo de riesgo muy elevado (círculo 1), 342 (48.8%) al de riesgo elevado (círculo 2) y 51 (7.3%) al círculo 3. Este año se han seleccionado de manera más específica los contactos susceptibles de ser estudiados por lo que, respecto al año 2003, ha disminuido un 40% el número de contactos estudiados pertenecientes a los niveles de riesgo moderado o bajo.

El 49.3% de los contactos estudiados eran mujeres y el 50.7% hombres. La edad mediana de los contactos estudiados fue de 30 años con una amplitud intercuartil de 27 años. El percentil 75 se situó en 47 años. El 11% de los contactos estudiados era menor de 15 años.

El 71,7% de las personas estudiadas eran contactos de un caso bacilífero y el 18,4% de un caso con baciloscopia de esputo negativa pero cultivo positivo.

Como resultado de estos estudios se han diagnosticado 8 casos secundarios, todos ellos contactos de casos bacilíferos, 3 en convivientes y 5 en el segundo círculo. Se ha identificado una microepidemia de tres casos cuyo primer caso había sido contacto de un enfermo que se diagnosticó en 2000 en un centro escolar no habiéndosele indicado ningún tratamiento a pesar de haber presentado un Mantoux positivo. La relación de los casos de la microepidemia se estableció por la asistencia de todos ellos a un local de reunión de jóvenes, una forma de ocio que es muy común actualmente; suele tratarse de lugares pequeños con escasa o nula ventilación, lo que facilita la transmisión del bacilo tuberculoso.

Tabla 2.10: Prevalencia de infección en contactos de casos con tuberculosis respiratoria según bacteriología del caso índice y grado de contacto. Gipuzkoa 2004.

	Nº Contactos identificados	Nº contactos estudiados	Nº total Infectados* (virajes)	% infectados*
Círculo 1 de BK (+)	197	184*	92 (11)**	53,8
Círculo 1 de BK (-) y círculo 2 de BK (+)	428	390	128 (15) ^{&}	34,1
Otras situaciones	137	126	39 (2)	30,9
TOTAL	762	700	259	38,5

* hay 31 contactos (13 del primer grupo y 15 del segundo) a los que no se realiza prueba de la tuberculina por tener antecedentes de tratamientos previos con tuberculostáticos. Para el cálculo del porcentaje de infectados se han quitado del denominador correspondiente.

** se consideran infectados los que presentan en la prueba de Mantoux una induración ≥ 5 mm.

& se consideran infectados los que presentan en la prueba de Mantoux una induración ≥ 10 mm.

Como es previsible, el grupo de los convivientes de un caso bacilífero es el que presenta una mayor proporción de infectados (tabla 2.10).

El 83% de los contactos con primer Mantoux negativo completaron el estudio repitiendo la prueba; el 12,8% de estos contactos presentaron conversión tuberculínica (incremento de la induración en al menos 6mm entre una y otra prueba) cifra superior a la del año anterior a la observada en estudios realizados en otras zonas.

En el 28,5% de los contactos estudiados se ha indicado tratamiento de la infección tuberculosa latente (TITL). En los contactos de un caso bacilífero esta indicación se ha hecho en el 76,9% de aquellos con PPD positiva. Los resultados son similares a los obtenidos el año anterior.

Tabla 2.11: Tratamientos indicados según el nivel de riesgo de contacto. Gipuzkoa 2004.

	Contactos estudiados	Nº TITL*	%
Círculo 1 de BK (+)	184	104	56,5
Círculo 1 de BK (-) y círculo 2 de BK (+)	390	113	29,0
Otros	126	32	25,4
Total	700	249	28,5

* Están incluidas las quimioprofilaxis primarias

En el grupo de contactos íntimos de un caso bacilífero menores de 20 años, se ha indicado quimioprofilaxis primaria al 81% de los individuos con PPD negativo, porcentaje que se encuentra por encima del objetivo propuesto en el documento de consenso para el control de la tuberculosis.

Cumplimiento del tratamiento:

En la tabla 2.12 se presenta la situación a fecha 31 de enero de 2005 de los casos diagnosticados en 2003, según comarca sanitaria de residencia. El 86% de los casos han finalizado correctamente el tratamiento, el 9% había fallecido en el curso del mismo y el 2% continuaban en tratamiento; el 3% restante ha presentado un tratamiento potencialmente insatisfactorio incluyéndose en esta categoría los casos perdidos y todos aquéllos de los que no se ha podido obtener información.

Tabla 2.12: Resultado del tratamiento por comarca. Gipuzkoa 2003

	Comarca oeste*	Comarca este	TOTAL*
Trat. finalizado	90 (88,2%)	83 (83,8%)	173 (86,1%)
Defunción	6 (5,9%)	12 (12,1%)	18 (9,0%)
En tratamiento	3 (2,9%)	1 (1,0%)	4 (2,0%)
Cambio resid.	3 (2,9%)	1 (1,0%)	4 (2,0%)
Perdido/abandono	0	2 (2,0%)	2 (1,0%)
TOTAL*	102	99	201

* Se incluyen los casos correspondientes a los municipios de Ermua y Maillabia.

La tasa de cumplimentación, definida por el cociente N° de casos con tratamiento finalizado/N° de casos con tratamiento finalizado + N° de casos con tratamiento potencialmente insatisfactorio, es del 96,6% para el conjunto de los casos; una proporción similar se observa en cada una de las comarcas por separado.

Infeción Meningocócica

En el año 2004 se han registrado en Gipuzkoa 18 casos de enfermedad meningocócica, lo que supone una tasa bruta de incidencia de 2,7/100.000 hab. Del total de casos, 9 han sido hombres (tasa: 2,7/100.000) y 9 mujeres (tasa: 2,6/100.000). La tasa más alta se observa en el grupo de edad de menores de 5 años: 17,0/100.000 (tabla 2.13). En 17 casos ha habido confirmación microbiológica del diagnóstico, de los que 10 (58,8%) han sido causados por *N. meningitidis* serogrupo B y 6 casos por *N. meningitidis* serogrupo C. El Servicio de Microbiología del L.U.D. ha informado sobre el resultado del estudio genético correspondiente a 8 cepas, 4 del serogrupo B y 4 del serogrupo C: una de las cepas del serogrupo B y las 4 del serogrupo C pertenecen al clon hipervirulento ST 11/ET-37 complex.

Tabla 2.13: Incidencia por grupos de edad y serogrupo. Gipuzkoa, año 2004.

Grupo de edad	Casos confirmados microbiológicamente			Casos probables microbiol. Neg.	Total	Tasa por 100.000	Nº fallecidos Letalidad %	
	B	C	Otros					
0-4 años	4	--	--	1	5	17,0	0	--
5-14 años	3	4*	--		7	12,9	1**	14,3
15-24 años	--	1**	--		1	1,2	1**	100
25-39 años	--	1*	--		1	0,6	1*	100
≥ 40 años	3	--	1		4	1,2	1	25
TOTAL	10	6	1	1	18	2,7	4	22,2

* 3 vacunados en la campaña de 1997; 1 de 5 años vacunado con vacuna conjugada.

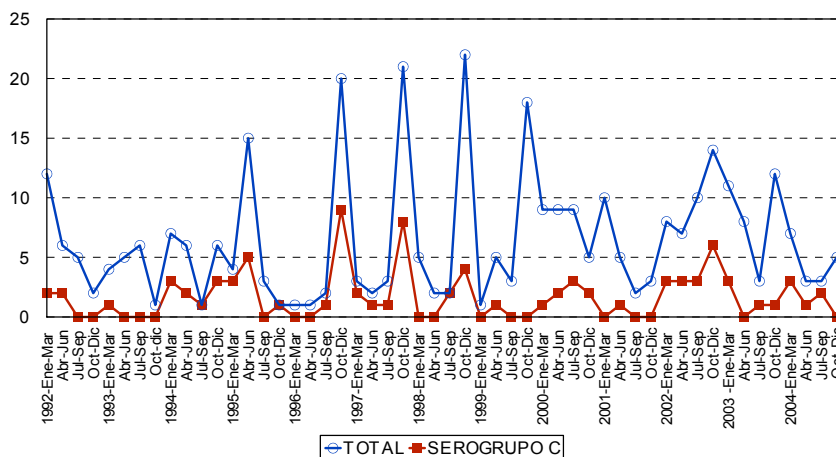
** vacunado con vacuna polisacárida.

‡ no vacunado.

La distribución temporal de los casos puede verse en el gráfico 2.7. En cuanto a las características clínicas de los casos, 11 se han presentado como sepsis, 5 como meningitis y 2 como sepsis y meningitis. Cuatro enfermos fallecieron, lo que supone una letalidad global del 22%, 10% para los casos producidos por serogrupo B (1 fallecimiento) y 50% (3 fallecimientos) para los casos debidos al serogrupo C; el resto de los casos evolucionaron de forma satisfactoria. Todos los casos causados por el serogrupo C en menores de 25 años habían sido vacunados, 4 de ellos con vacuna polisacárida y uno con vacuna conjugada.

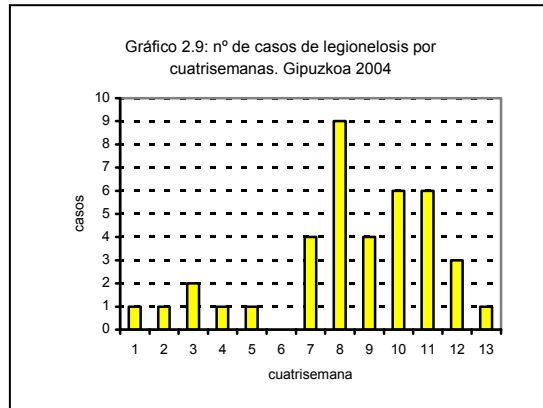
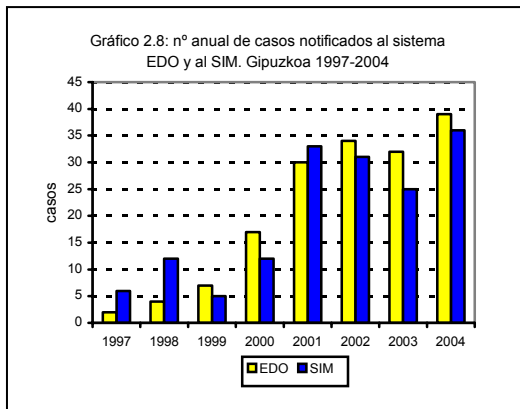
En 16 casos se indicaron medidas preventivas según indica el protocolo de nuestra comunidad. En los otros dos casos no se identificaron contactos a riesgo. En 7 casos ha sido necesario realizar intervenciones comunitarias en centros educativos en las que se han visto implicados 131 niños y 20 educadores.

Gráfico 2.7: Distribución estacional de los casos de enfermedad meningocócica. Gipuzkoa 1992-2004.



Legionelosis

En el año 2004 se han notificado al sistema de vigilancia epidemiológica 39 casos de Legionelosis, lo que supone una tasa de 5,8 casos/100.000 hab., ligeramente superior a la del año anterior, manteniéndose prácticamente estable el número de casos desde 2001. (gráfico 2.8, 2.9).



De los 39 casos, 32 son hombres (tasa de 10,9/100.000) y 7 son mujeres (tasa de 2,1/100.000). El 85% de los casos tiene más de 44 años (tabla 2.14). Del total de casos, el 85% se presentaron entre los meses de julio a diciembre de 2004. El 33% eran residentes en Donostia y el resto de casos se distribuían por diferentes municipios de Gipuzkoa. La presentación de 33 de los casos fue esporádica y los 6 restantes se agruparon en dos cluster. La presentación temporal de la primera agrupación correspondió a las semanas epidemiológicas 32 a 36, se afectaron tres mujeres de 42, 54 y 70 años y las tres estaban domiciliadas en el barrio donostiarra de Bidebieta-La Paz. La investigación epidemiológica y ambiental llevada a cabo, determinó una torre de refrigeración de un edificio del barrio como causante del brote, aislándose *Legionella pneumophila* en el estudio microbiológico de las muestras ambientales analizadas. Las medidas de limpieza y control realizadas eliminó el foco de infección y el seguimiento realizado no detectó la existencia de más casos de Legionelosis. La segunda agrupación de casos se presentó entre los meses de marzo a octubre, afectó a tres hombres, 2 de 42 años y un tercero de 39. El lugar de residencia era diferente en los tres casos, sin embargo los tres compartían trabajo de guardias de fin de semana en un internado de Gipuzkoa. Durante este periodo los tres hombres enfermaron con neumonía, en 2 se realizó el antígeno en orina con resultado + y en el tercero el diagnóstico fue de sospecha. El estudio ambiental realizado en el internado detectó muchas deficiencias en las instalaciones y se aisló *Legionella pneumophila* en diferentes puntos, así como en las duchas que habían sido utilizadas por los afectados. Posteriormente a la detección del problema se tomaron las medidas de limpieza oportunas y el seguimiento realizado no puso de manifiesto la existencia de nuevos casos relacionados.

En todos los casos la presentación de la enfermedad ha sido de enfermedad del legionario. En 3 casos se confirmó el diagnóstico por seroconversión y en 36 por detección de antígeno de *Legionella pneumophila* 1 en orina. Del total de enfermos, 4 recibieron tratamiento ambulatorio, 35 tratamiento hospitalario y de los hospitalizados, 4 precisaron de ingreso en Unidad de

Cuidados Intensivos; la evolución de los casos fue satisfactoria y un paciente falleció por complicaciones de la enfermedad.

Tabla 2.14: nº de casos de legionelosis y tasa/100000 por edad y sexo. E.D.O. Gipuzkoa 2004.

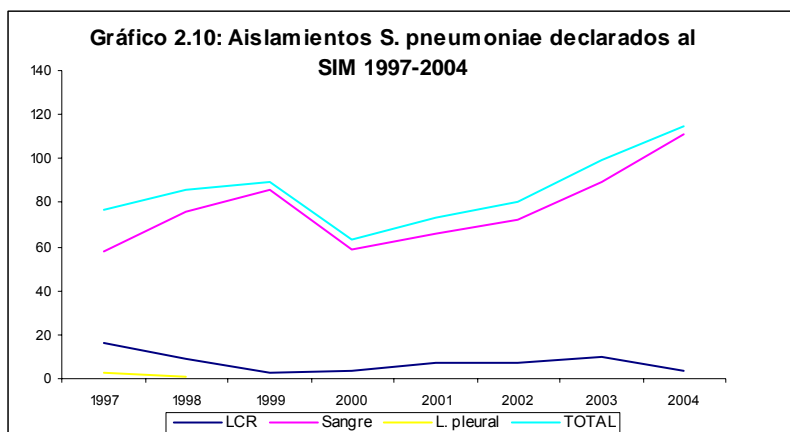
	hombres	mujeres	Total (tasa)
25-44	5	1	6 (2,7)
45-64	18	2	20 (9,)
>=65	9	4	13 (7,7)
Total	32	7	39
(tasa)	10,90)	(2,10)	(5,8)

En los 39 casos se identificó uno o más factores individuales de los que se relacionan con el riesgo de desarrollar la enfermedad del legionario: 17 casos eran fumadores, 14 presentaban una patología crónica y 11 eran bebedores. En relación a los riesgos ambientales, 3 casos han sido

asociados a viajes y el resto han sido comunitarios.

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 de la información aportada por diferentes fuentes: S.I.M. (Sistema de Información Microbiológica) y el registro de altas hospitalarias (C.M.B.D.) de los últimos 8 años. Durante el periodo estudiado se han declarado al SIM un total de 682 aislamientos de neumococo, 617 en sangre, 60 en LCR y 5 en líquido pleural (gráfico 2.10). Se observa una tendencia ascendente en el número de aislamientos notificados. En el mismo periodo se han producido 339 ingresos hospitalarios por enfermedad invasiva, 235 hombres, 104 mujeres y de una media de edad de 58 años (DE = 25 años). La estancia media ha sido de 10 días (DE = 12 días).



En las tablas se presentan los datos de hospitalización por neumonía neumocócica (código 481 de la CIE-9), meningitis neumocócica (código 320.1) y neumococemia (código 38.2), en residentes en Gipuzkoa para el periodo 1997-2004.

Tabla 2.15: Ingresos hospitalarios por neumonía neumocócica (CIE 9: 481). Gipuzkoa 1997-2004.

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

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 el periodo analizado no se observa una tendencia regular presentándose irregularidad tanto en la tasa global como en la correspondiente a cada uno de los grupos de edad. En 14 casos (4%) la circunstancia al alta ha sido el fallecimiento, un paciente de 33 años de edad y 13 de 65 o más edad.

Tabla 2.16: ingresos hospitalarios por meningitis/septicemia neumocócica (CIE 9: 320.1 y 38.2). Gipuzkoa 1997-2004.

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

Tasas x 100.000

De los 20 casos en 4 la circunstancia al alta fue el fallecimiento. Tanto la tasa global de ingreso por meningitis/septicemia neumocócica como por grupos de edad se mantiene estable durante el periodo considerado.

Bronquiolitis en Gipuzkoa

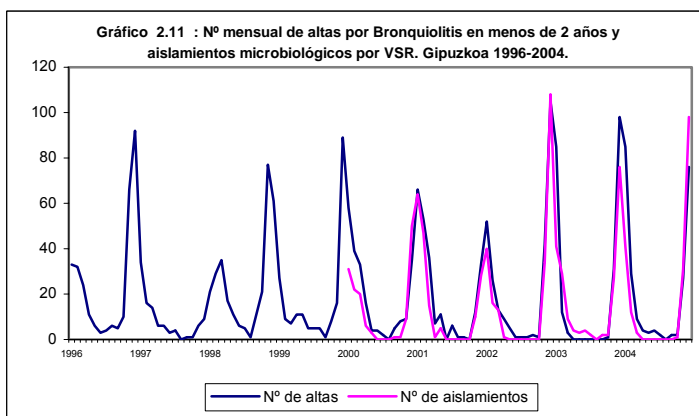
La bronquiolitis es la infección respiratoria aguda de vías aéreas inferiores más frecuente durante los dos primeros años de vida, estimándose que un 11-12% de los lactantes padece la enfermedad y hasta un 2% de los mismos requiere hospitalización. En los lactantes y niños pequeños el virus sincitial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

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

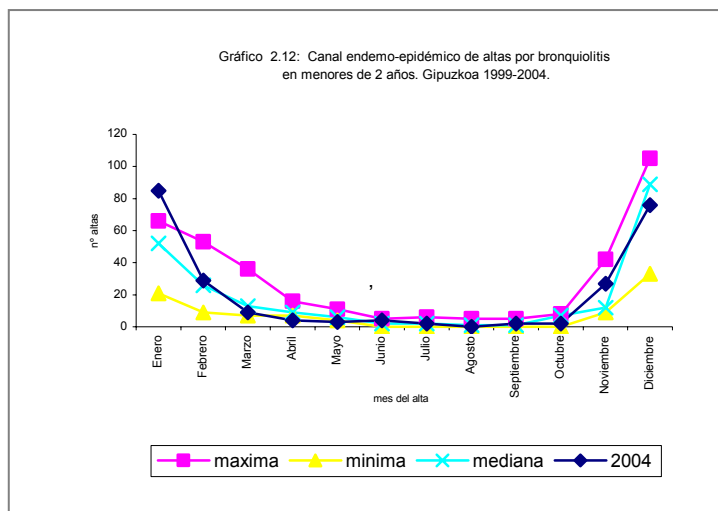
Para conocer la epidemiología de la bronquiolitis se ha realizado un análisis de distintas fuentes de información: CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de las altas hospitalarias de los hospitales agudos de Osakidetza y el Sistema de Información Microbiológica.

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 -2004.



Durante 2004 se han producido 247 ingresos por bronquiolitis, de los que 237 (96%) son menores de 2 años y el resto mayores de esta edad. Del total 138 (56%) son hombres y 109 (44%) son mujeres. La media de días de ingreso ha sido de 6,2 (DE =3,8 días). La circunstancia al alta fue en el 99% de los ingresos, de destino a su domicilio habitual.



Durante los 10 años analizados en el CMBD se han registrado un total de 2001 altas por bronquiolitis en niños menores de 2 años, de los que 1170 (58%) son hombres y 841 (42%) mujeres. En la distribución temporal de las altas se observa un claro patrón estacional con predominio de altas en los meses de invierno, con alternancia en la intensidad de los brotes y una clara relación con la circulación del VSR en la comunidad.

Tal y como se presenta en el gráfico 2.12 el número de altas por bronquiolitis en el mes de noviembre ha estado por encima de la mediana de los 5 años anteriores, si bien, en ningún caso ha superado la máxima del quinquenio.

Otras Enfermedades Respiratorias

En el año 2004 se han notificado al S.I.M. 32 aislamientos de *Coxiella burnetti*, cifra inferior a la del año anterior. Del total de casos declarados, 30 (94%) se han producido en personas mayores de 20 años y 31 son varones. El 81% de casos se han producido en los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio. 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. 64 casos de *Mycoplasma pneumoniae*, de los que 51 (61%) son varones y 33 (39%) mujeres; el 58% 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.

Durante el mes de junio una pediatra de un Centro de Salud comunicó una agrupación de casos de neumonía que correspondían a 5 miembros de una misma familia (madre, 2 hijos de 3 y 8 años y 2 sobrinos de 5 y 3 años). Los niños compartían además centro escolar y la búsqueda activa de casos que se realizó en el colegio registró un total de 7 casos (tasa 7%) en las aulas de 2-3 años y 7 (tasa de 7%) en las aulas de 7-8 años. El primer caso de esta agrupación se presentó el día 3/06/04 y el último el 30/06/04.

El diagnóstico realizado fue clínico, radiológico y serológico, con títulos positivos para *Mycoplasma pneumoniae* en los 5 casos pertenecientes a la misma familia. También se comunicaron casos secundarios familiares. El tratamiento médico fue ambulatorio y todos los casos curaron sin secuelas.

ENFERMEDADES DE TRANSMISION ALIMENTARIA:

Procesos diarreicos

En el año 2004 se han notificado al S.I.M. 1286 aislamientos de *Salmonella*, lo que supone una disminución importante con respecto al año anterior (gráfico 2.13). El número mensual de aislamientos se mantiene por encima de la mediana de los 5 años anteriores a excepción de los meses de junio, julio, agosto y septiembre. Los serotipos más frecuentemente aislados son *S. enteritidis* (82% de las notificaciones) y *S. typhimurium* (12%). El 50% de las notificaciones corresponden a niños menores de 10 años. En la distribución temporal se observa una distribución estacional con predominio en los meses de verano. El número anual de altas con diagnóstico de salmonelosis (CIE-9 003) en los hospitales públicos, se correlaciona con el número de aislamientos notificados al S.I.M. (gráfico 2.14). Las 151 altas correspondientes al año 2004 han presentado una estancia media de 7,4 días (DE: 5,5 días); en 3 altas se presenta la defunción como circunstancia al alta.

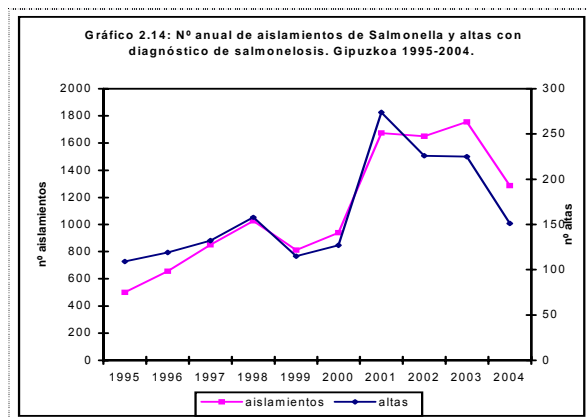
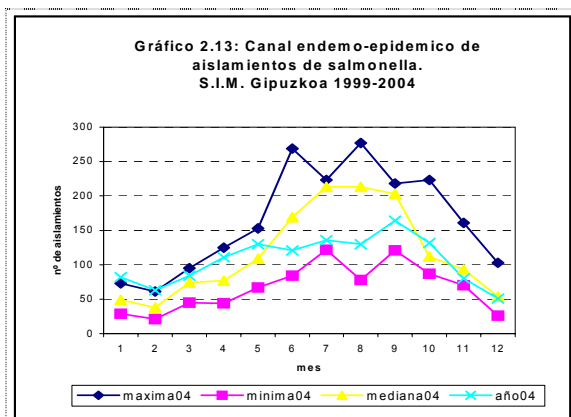
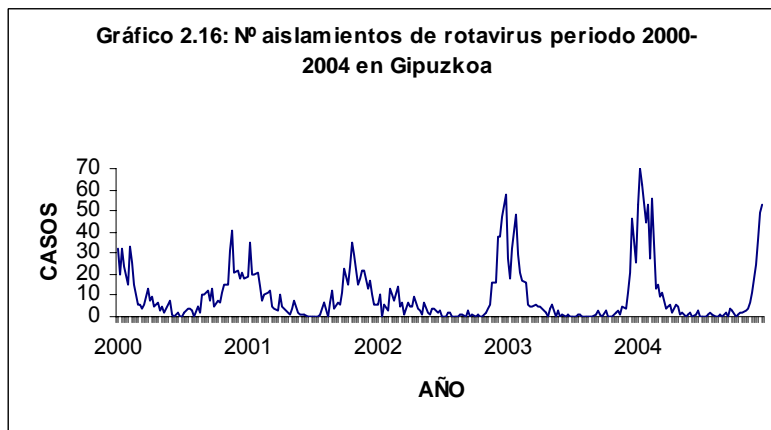
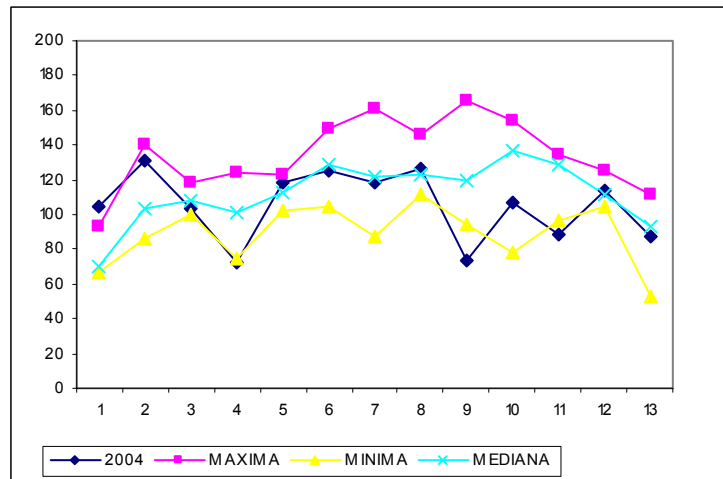


Gráfico 2.15: Canal endemo-epidémico de aislamientos de *Campylobacter*. SIM. Gipuzkoa 2004.

El número de aislamientos de *Campylobacter* notificados al S.I.M. es de 1.370, lo que supone un descenso respecto al número de aislamientos notificados en el año 2003, Gráfico 2.15.

A lo largo de todo el año el número de notificaciones por cuatrisesmana se ha mantenido alrededor de la mediana del quinquenio (Gráfico 2.15). El 58% de los aislamientos corresponden a varones y el 42% a mujeres; del total de aislamientos, 13% corresponden a niños menores de 1 año y el 60% tienen entre 1 y 9 años. En la distribución temporal de los aislamientos no se observa un claro patrón estacional (anexo 1). El reservorio de esta bacteria es el tracto intestinal de aves y animales domésticos o salvajes. La transmisión se produce por ingestión de alimentos contaminados por contacto directo con las heces de animales o personas infectadas.

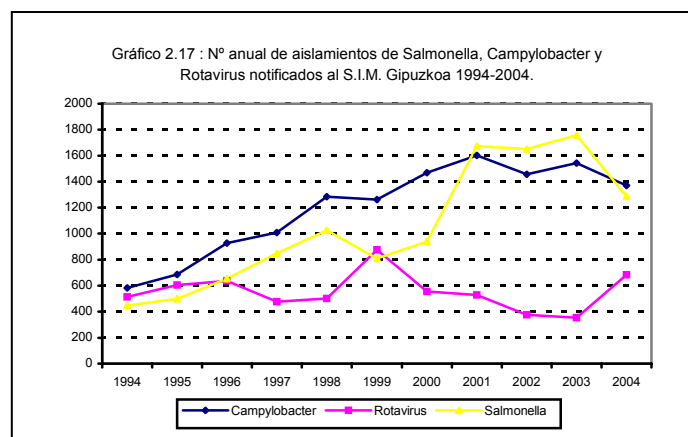


En el año 2004 el número de aislamientos de *rotavirus* notificados al S.I.M. ha sido de 685, cifra que prácticamente duplica la del año anterior (Gráfico 2.16). Del total de casos 385 son varones y 299 mujeres. Del total de casos el 41% tienen menos de 1 año y 38% son menores de 2 años. El 84% de casos

se presentaron en los meses de invierno (anexo 1).

A partir del CMBD se han obtenido el número de altas hospitalarias que presentaban como diagnóstico una infección por rotavirus (rúbrica 008.61). Durante 2004 se han registrado 39 altas hospitalarias, 24 niños y 15 niñas. El 85% de 2 años o menores. En la totalidad la circunstancia al alta fue la curación, tras una estancia media de 4 días (DE=2 días).

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



Disentería

Durante el año 2004 a través del S.I.M. se han registrado 12 aislamientos de *Shigella* y 11 declaraciones en E.D.O. de Disentería. Las *Shigellas* aisladas fueron: 6 *flexneri*, 4 *S. sonnei* y 2 *S. spp.* En cuanto a la presentación de los casos, 2 pertenecían a un brote y 9 casos eran esporádicos; Los 2 casos del brote pertenecían a una misma familia, se trató de dos hermanas de 6 y 3 años de edad, el factor de riesgo del primero fue probablemente la ingesta de un alimento contaminado y la transmisión al segundo caso fue persona a persona. En los 9 casos esporádicos, 4 hombres y 5 mujeres, de edades comprendidas entre 24 y 46 años se realizaron las encuestas epidemiológicas a todos los casos. Los factores de riesgo que presentaban era el haber realizado algún viaje a países considerados como endémicos para disentería.

Fiebre Tifoparatófica

Se ha notificado al S.I.M. 1 aislamiento de *Salmonella Typhi*. Se realizó la encuesta epidemiológica y el caso correspondía a un paciente, varón de 75 años de edad y portador crónico. Durante todo el periodo 2004 no se presentó ningún caso nuevo de fiebre tifoidea.

HEPATITIS VIRICAS:

Hepatitis A

Durante el año 2004 se han notificado 18 casos de hepatitis A (tasa: 2,6/100.000 hab.), cifra similar a la del año pasado. La misma tendencia se observa en las notificaciones realizadas al S.I.M. (tabla 2.17).

Tabla 2.17: Nº de casos de Hepatitis A en Gipuzkoa, 1997-2004.

Fuente	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
E.D.O	42	8	11	81	73	25	15	18
S.I.M.	73	23	20	71	62	23	14	17

De los 18 casos, 12 son varones (tasa: 3,6/100.000 hab.) y 6 mujeres (tasa: 1,7 /100.000 hab.). En la distribución por grupos de edad 7 son niños y el resto mayores de 14 años. El 45% eran residentes en Donostia, 3 de Azkoitia, 3 Zarautz, 1 Aia, 2 Irún y 1 Errentería. Se realizó encuesta epidemiológica a 17 del total de casos y se identificaron 3 agrupaciones. La primera agrupaba a 4 niños, 2 de ellos hermanos de preescolar y casos índices que tuvieron contacto durante la enfermedad con los otros dos casos de 11 y 13 años de edad. La segunda agrupación correspondía a dos hermanos, cuyo caso índice, niño de 13 años de edad tenía el antecedente de la ingesta de ostras crudas, y su hermano de 8 años edad que enfermó por transmisión persona a persona. La tercera agrupación de casos relacionaba a una mujer de 29 años de edad y un hombre de 25, ambos convivían, desde hacía un mes antes de enfermar con un niño de 2 años de edad con antecedente de estancia en Méjico durante 6 meses. En cuatro 4 casos se constató como factor de riesgo la ingesta de marisco crudo, en 4 el viaje a zona endémica y en un caso no se conoció el factor de riesgo.

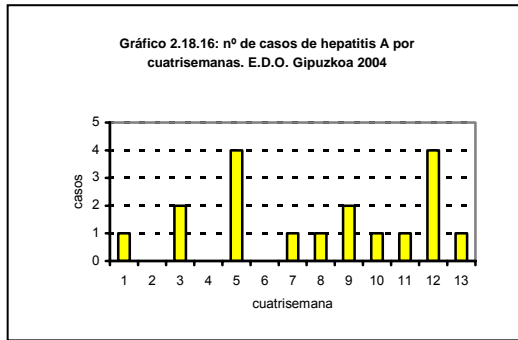


Tabla 2.18: nº de casos de hepatitis A y tasa/100000 por edad y sexo. E.D.O. Gipuzkoa 2004.

	hombres	mujeres	Total (tasa)
0-14	6	1	7 (8,4)
15-29	1	3	4 (2,8)
30-44	5	2	7 (4,3)
Total	12	6	18
(tasa)	(3,6)	(1,7)	(2,6)

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

Hepatitis B

En el año 2004 se han registrado 9 casos de hepatitis B, lo que supone una tasa de 1,3/100.000 hab., similar a la de los años anteriores (tabla 2.19). 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 2.19: Casos y tasa por cien mil habitantes de Hepatitis B. EDO, Gipuzkoa 1997-2004.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Casos	19	8	5	9	12	11	31	9
Tasa	2,7	1,2	0,7	1,3	1,8	1,6	1,9	1,3

Tabla 2.20: nº de casos de hepatitis B y tasa/100000 por edad y sexo. E.D.O. Gipuzkoa 2004.

	hombres	mujeres	Total (tasa)
<30	1	1	2 (0,9)
30-49	5	1	6 (2,7)
>=50	1	0	1 (0,4)
Total	7	2	9
(tasa)	(2,1)	(0,6)	(1,3)

De los casos notificados, 7 son varones (tasa de 2,1/100.000 hab.) y 2 mujeres (tasa: 0,6/100.000 hab.). Todos los casos se han presentado en adultos. Se ha realizado encuesta epidemiológica a todos los casos; 3 casos eran ADVP, tres casos se han relacionado con conductas sexuales de riesgo, 1 tenía antecedente de intervención quirúrgica en país de alta endemia y en 2 no se identificó el factor de riesgo. En la encuesta no se han identificado

vínculos entre ninguno de los casos. Con respecto a la distribución geográfica, los casos se han repartido por diferentes municipios de la provincia

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

Hepatitis C

De las 22 notificaciones recibidas en el año 2004, únicamente 5 cumplían con el criterio de caso (clínica de hepatitis aguda y/o seroconversión reciente) lo que supone una tasa de 0,7/100.000 hab., similar a la de los últimos años (tabla 2.21).

Tabla 2.21:: N° de casos y tasas por cien mil de Hepatitis C. EDO Gipuzkoa 1998-2004.

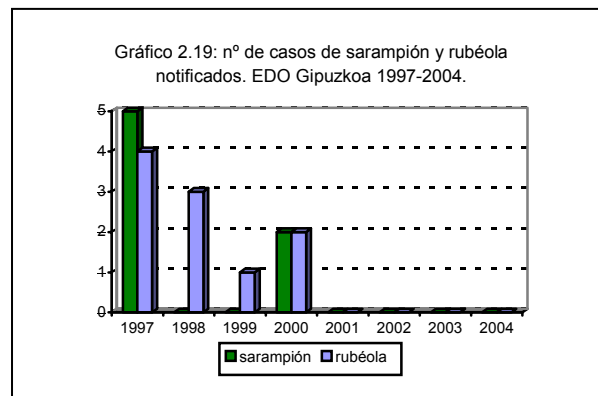
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Casos	16	11	2	4	3	3	5
Tasa	2,3	1,6	0,3	0,6	0,4	0,4	0,7

Los cinco casos notificados corresponden a hombres, adultos de edades comprendidas entre 20 y 44 años y los 5 con antecedentes de consumo de drogas por vía parenteral, clínica de hepatitis aguda, presencia en suero de Anti VHC y seroconversión documentada.

ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACION:

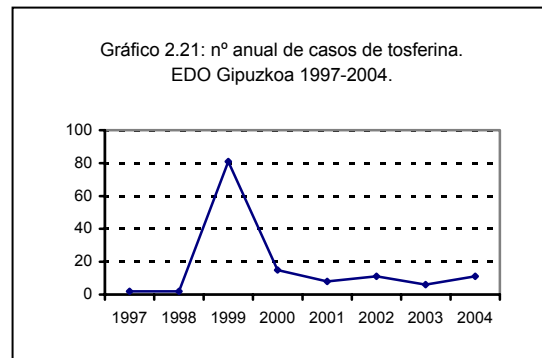
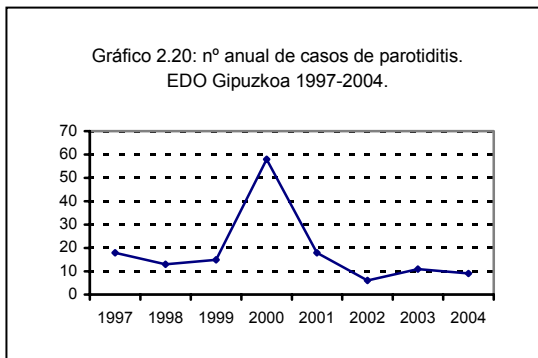
En el año 2004 no se han notificado casos de **sarampión**. En el marco del Plan de Eliminación del Sarampión en el Estado Español, que se inició el año pasado, se requiere que se notifiquen urgentemente todos los casos sospechosos y se recojan muestras de orina o de exudado nasofaríngeo de los casos confirmados para su estudio con el objetivo de poder caracterizar las cepas que están circulando antes de la eliminación del sarampión y poder identificar posteriormente casos importados. 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.

Por tercer año consecutivo tampoco se ha notificado ningún caso de **rubéola** en el año 2.004 (gráfico 2.19).



Se han notificado 12 casos de **parotiditis**, tres se descartaron, 1 por serología y 2 tras estudio virológico de muestras faríngea, orina y saliva que resultaron negativas. Los 9 casos restantes se registraron como probables, esporádicos y ningún caso se asoció a brote. De los 9 casos registrados 3 eran adultos, 2 mujeres vacunadas de 22 años de edad y una de 28 años no vacunada. De los 6 niños 1 no estaba vacunado y el resto estaba correctamente vacunado. Durante los últimos 3 años la incidencia de parotiditis va disminuyendo, tal como se expresa en el gráfico 2.20, en el que se observa un aumento de casos en el año 2000 que correspondió a un brote escolar que afectó a niños de entre 3 y 5 años de edad.

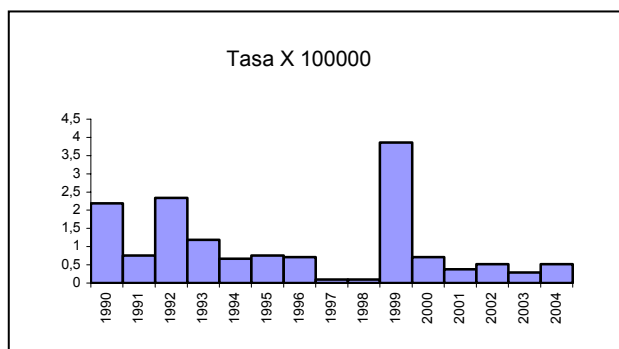
Durante el año 2004 se han declarado 11 casos de **tos ferina** al sistema E.D.O. de los que 9 se han confirmado en laboratorio (PCR o cultivo de muestras faríngeas) y en dos casos el diagnóstico fue clínico. Los dos casos probables correspondían a dos niñas una de 8 años no vacunada y otra de 11 correctamente vacunada. De los 9 casos confirmados, 5 son mujeres y 4 hombres. Los 9 casos han sido notificados como aislados y las encuestas epidemiológicas determinaron que, 2 casos correspondían a lactantes de 10 días y 6 semanas y los otros dos a una niña y un niño de 3 y 6 meses de edad vacunados. Los otros 5 niños tenían 3, 4, 5, 12 y 13 años de edad, uno no estaba vacunado y el resto correctamente.



Las investigaciones epidemiológicas de diferentes países insisten en el aumento de casos de tos ferina a pesar de ser una enfermedad prevenible por vacunas. El principal factor que ha contribuido al resurgimiento de la tos ferina es el aumento de la población de adolescentes y adultos susceptibles.

Para conocer la situación epidemiológica de la tos ferina en Gipuzkoa se realiza un análisis de distintas fuentes de información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica. A partir del sistema de Enfermedades de Declaración obligatoria (E.D.O), se analizan los datos recogidos en las declaraciones de la enfermedad, realizadas éstas de forma numérica desde el año 1990 hasta 1997 en que pasa a ser la tos ferina una enfermedad de declaración individual. El caso se clasifica en sospechoso/probable o confirmado. El caso sospechoso/probable es aquel que concordando con la definición clínica de caso, no está confirmado por el laboratorio y no está epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por el laboratorio. El caso confirmado es aquel clínicamente compatible confirmado por el laboratorio o epidemiológicamente relacionado con un caso confirmado por el laboratorio. El método diagnóstico es el aislamiento de *Bordetella pertussis* de una muestra clínica. El Sistema de Información Microbiológica de la CAPV (S.I.M.) recoge datos sobre la enfermedad desde el año 2000 y contempla como criterio de declaración: el aislamiento en muestra respiratoria y/o secreción nasofaríngea, mediante técnica de cultivo o de reacción de cadena de la polimerasa (PCR) de *B. pertussis* o la seroconversión y/o títulos altos en suero por Inmunofluorescencia indirecta. A partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) se obtiene el número de altas hospitalarias que presentaban como diagnóstico una tos ferina (rúbrica CIE-9- MC 033.0).

Gráfico 2.22: Tasas de tos ferina por 100.000 habitantes
E.D.O. Gipuzkoa 1990-2004.



En la gráfica 2.22 se expresan las tasas de tos ferina correspondientes al periodo 1990-2004

A partir de 1997 la tos ferina pasó a ser de declaración individual y los datos epidemiológicos recogidos se expresan en la tabla 2.22. El total de casos declarados es de 136 y la totalidad de variables está recogida en el 84%. En el 49% de casos el diagnóstico fue

confirmado. El 26% se presentó en menores de 1 año, el 66% entre 1 y 14 años y solamente el 7% tenían 15 ó más años. El 55% eran mujeres y el 44% hombres. El 54% se presentó de forma aislada y el 29% asociado a brote. El 57% tenían el antecedente de haber recibido la vacunación completa de difteria-tétanos pertusis (DTP).

Tabla 2.22: Casos de tos ferina declarados a E.D.O. Gipuzkoa 1997-2004

Variables	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total	
Casos	Probable	--	2	42	4	3	-	2	-	53
	Confirmado			39	11	5	11	4	11	81
	No consta	2								2
Edad	< 1 año			15	3	4	4	4	5	35
	1-14 años		2	61	11	2	6	2	6	90
	≥15 años			5	1	2	1	-	-	9
	No consta	2								2
Sexo	Hombre	1	1	36	9	3	4	2	4	60
	Mujer	1	1	45	6	5	7	3	7	75
	No consta						1			1
Vacunación	Si		1	55	8	2	3	2	6	77
	No		1	18	7	6	8	4	5	49
	No consta	2		8						10
Conf. Microb.			32	8	3	10	5	8	66	
Presentación	Aislado			34	11	4	8	6	11	74
	Brote			29	4	4	3	-	-	40
	No consta	2	2	18						22
Total	2	2	81	15	8	11	6	11	136	

La información microbiológica de *B. pertussis* que recoge el S.I.M. desde el año 2001 se presenta en la tabla 2.23..

Tabla 2.23: Casos de *Bordetella pertussis* declarados al S.I.M.

Hospital	2001	2002	2003	2004	Total
Alto Deba	--	1	--	--	2
Mendaro	--	--	--	--	1
Donostia	3	6	6	9	24
Bidasoa	--	--	--	--	--
Zumárraga	1	--	--	--	--
Total	4	7	6	9	27

Durante los 8 años analizados, el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) ha registrado un total de 40 altas hospitalarias por tos ferina, correspondiendo el 95% a niños menores de 1 año y solamente 2 casos (5%) a pacientes de 15 años o mayores. El 60% son mujeres y el 40% hombres. En la totalidad de ingresos con diagnóstico de tos ferina la circunstancia al alta ha sido de curación.

Tabla 2.24: Datos correspondientes CMBD, periodo 1997-2004

Variables	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total	
Edad	< 1 año	--	1	10	3	3	5	5	5	32
	1-14	--	--	3	--	--	--	2	1	6
	≥15	--	1	--	--	1	--	--	--	2
Sexo	Hombre	--	1	4	2	2	2	2	3	16
	Mujer	--	1	9	1	2	3	5	3	24
TOTAL	--	2	13	3	4	5	7	6	40	

Conclusiones:

Durante el periodo correspondiente a los años 1990-2004, se presentó un pico de máxima incidencia correspondiente al año 1999. El descenso en el número de declaraciones observados en 1997 y 1998, pudo corresponder al cambio en la declaración E.D.O. de

numérica a individual. Atendiendo a los índices epidémicos registrados en los últimos 5 años se puede considerar que la enfermedad ha tenido una incidencia normal.

Exceptuando el año 2000, en que se inició la declaración de *B.pertussis* al S.I.M. y el registro fue deficiente, el resto de años y hasta la actualidad, dicha declaración ha cubierto de forma satisfactoria la aportación de información específica para la vigilancia epidemiológica.

Ambos sistemas E.D.O. y S.I.M. aportan información suficiente para realizar un buen seguimiento de la enfermedad en la infancia. Teniendo en cuenta que el pico de máxima incidencia se da en los menores de 1 año y, dentro de esa edad, los menores de 3 meses precisando en su totalidad de ingreso hospitalario; que la inmunidad conferida por la vacuna es limitada (en general 12 años); que las coberturas vacunales existentes son buenas, es evidente que los adultos con tos ferina atípica no diagnosticada, representan una fuente de contagio importante para la enfermedad.

En el año 2004 se ha notificado al sistema E.D.O. 1 caso de **tétanos**. El caso declarado ha correspondido a 1 hombre de 44 años de edad, ADVP y con antecedentes de haber enfermado de tétanos en marzo de 2000. Aunque raramente, hay ocasiones que pacientes tras enfermarse de tétanos desarrollan anticuerpos que no son protectores. La presentación clínica ha sido de tétanos generalizado, precisó de ingreso en cuidados intensivos y la evolución fue satisfactoria. No hay ningún alta hospitalaria con diagnóstico de tétanos neonatal en residentes en Gipuzkoa.

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*: las enfermedades producidas por este germen no están sujetas a notificación en el sistema E.D.O., pero en el Sistema de Información Microbiológica se recogen los aislamientos de este microorganismo en sangre, L.C.R. u otros líquidos estériles. En el año 2.004 se ha notificado a este sistema 1 aislamiento de *Haemophilus influenzae* correspondiente a un hombre de 17 años de edad.

OTRAS ENFERMEDADES:

En el año 2004 se han notificado al sistema E.D.O. 6 casos de **paludismo**, 2 hombres y 4 mujeres, con edades comprendidas entre 27 y 52 años. Las especies de Plasmodium, el país de contagio y la quimioprofilaxis se detallan en la tabla 2.25.

Tabla 2.25: Especies de Plasmodium, lugar de contagio y quimioprofilaxis. Gipuzkoa 2004.

caso	1	2	3	4	5	6
especie	Pl.malariae	Pl.Falciparum	Pl. vivax	Pl.Falciparum	Pl. Vivax	Pl. Falciparum
lugar	kenia	Rep. Dominicana.	India.	Sierra Leona	Nigeria	Guinea
Qp.	No conocido	No realizada	No	No	No	No

Al S.I.M. se han declarado 10 casos de visualización de plasmodium en sangre, correspondientes a 4 mujeres y 6 hombres. Con relación a las edades de los casos 2 eran niños de 1 y 4 años de edad y el resto adultos de 27 a 66 años.

Revisado el CMBD (CIE-9-MC 084), se han registrado 8 altas hospitalarias, 2 niños de 9 y 12 meses de edad y el resto adultos. La circunstancia al alta ha sido en un caso de fallecimiento.

En todo el año 2004 no se ha notificado ningún caso de **brucelosis**.

Desde 1995 se mantiene un sistema de vigilancia especial para la **enfermedad de Creutzfeld-Jacob (ECJ)** con la creación de un registro de ámbito nacional de esta enfermedad. En cada hospital existe un neurólogo responsable de declarar el caso a la unidad de epidemiología recogiendo de cada caso toda la información clínico-epidemiológica. El día 7-09-2001 se

publicó en el BOPV la orden del Consejero de Sanidad por la que se incluyen las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas en el listado de enfermedades de declaración obligatoria al sistema de vigilancia epidemiológica.

El registro en Gipuzkoa durante 1993-2004 ha recogido 9 casos esporádicos de EETH, habiendo sido clasificados todos ellos como casos definitivos. Además se han diagnosticado 3 casos familiares: 1 síndrome de Gerstmann-Straussler-Scheinker, 1 Insomnio Familiar Fatal y una ECJ Familiar. No se ha registrado ningún caso yatrogénico ni de la nueva variante de la ECJ.

Tabla 2.26: Casos de EETH en la CAPV. 1993-2004.

	Alava	Gipuzkoa	Bizkaia	CAPV
Casos Esporádicos EETH	1	9	31	41
Casos Posibles	0	0	5	5
Casos Probables	1	0	15	16
Casos Definitivos	0	9	11	20
Tasa ECJ Prob+Def / 1.000.000 hab.	0,30	1,12	1,91	1,44
Tasa ECJ total / 1.000.000 hab.	0,30	1,12	2,28	1,63
Casos Familiares	10	3	5	18
ECJ Familiar	1	1	0	2
IFFatal	9	1	5	15
SGSS	0	1	0	1
Tasa Casos Familiares / 1.000.000 hab.	2,96	0,37	0,37	0,72
Total EETH	11	12	36	59
Tasa total de EETH / 1.000.000 hab.	3,25	1,49	2,64	2,35

3 Brotes

Brotes de toxi-infección alimentaria

Durante el año 2004 se han notificado 25 brotes de toxi-infección alimentaria. El número total de personas afectadas como consecuencia de estos brotes ha sido de 336, de los que 41 (12%) han sido hospitalizados. Con respecto a años anteriores, ha disminuido el número de brotes declarados y el número de afectados por brote.

Tabla3.1: Evolución de los brotes de toxi-infección alimentaria. Gipuzkoa 1991-2004

AÑOS	Nº BROTES	Nº AFECTADOS	CASOS/BROTE
1991	32	1.675	52,3
1992	14	665	47,5
1993	12	1.777	148,1
1994	13	308	7
1995	16	284	17,7
1996	14	327	23,4
1997	13	222	17,7
1998	21	322	15,3
1999	15	3.470	231
2000	19	216	11,36
2001	23	354	15,39
2002	29	217	7,4
2003	35	440	12,5
2004	25	398	16

Del total de 25 toxi-infecciones alimentarias, en 2 de ellas el agente causal probable ha sido *Bacillus cereus*, en 21 se confirmó *S. enteritidis*, 1 *S. typhimurium*, y 1 toxina estafilocócica. La mediana del número de afectados por brote es de 4. En el 90% de los brotes cuyo factor causal ha sido *S. enteritidis*, el vehículo de transmisión ha sido el huevo crudo.

En el mes de julio, Gipuzkoa colaboró en el estudio de un brote de enfermedad de origen alimentario, cuya exposición de riesgo tuvo lugar en un establecimiento público de la provincia de Burgos y que afectó a residentes de diferentes comunidades autonómicas. En total el número de expuestos fue de 593 y 73 los afectados, de los que 29 (22,1%) eran residentes de la C.A.P.V.. El microorganismo causante del brote fue *Salmonella enteritidis* y el alimento vehículo de la intoxicación la leche frita servida de postre en la comida.

Gráfico 3.1: Nº mensual de brotes T.I.A. Gipuzkoa 2004.

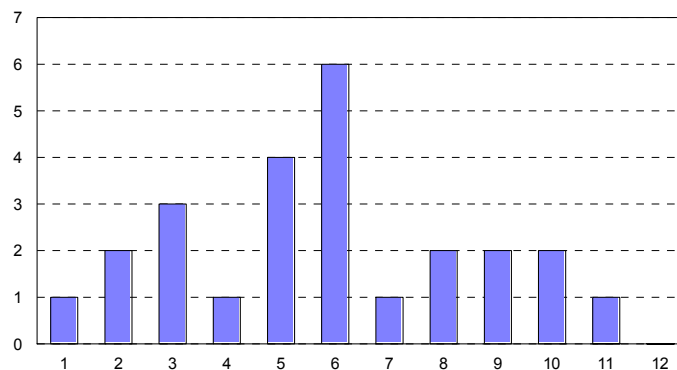


Tabla 3.2: Brotes toxi-infección alimentaria. Gipuzkoa 2004

	Fecha	Municipio	LugarSuceso	NExp	N Afec	Afect Cult. +	Ingresos	vehiculo	Nº mani estudi.	Manip Cult+	Nºalim estud.	Alim Cult +	AgenteCausal
1	Enero	Legazpia	Geriátrico	50	10	-	2	Puré/sopa	-	-	-	-	Sospecha de B.cereus
2	Febrero	Olaberria	Restaurante	8	5	2	2	Revuelto (huevo)	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
3	Febrero	Legazpia	Geriátrico	50	9	-	-	Puré/sopa)	-	-	-	-	Sospecha de B.cereus
4	Marzo	Pasaia	Domicilio	4	3	3	-	Tortilla (huevo)	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
5	Marzo	Eibar	Bar	7	5	3	-	Tortilla (huevo)	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
6	Marzo	Elgoibar	Restaurante	42	16	1	1	Tarta (merengue/huevo)	5	-	-	-	Salmonella enteritidis
7	Abril	Donostia	Domicilio	7	5	2	-	Mahonesa (huevo crudo)	-	-	2	-	Salmonella enteritidis
8	Mayo	Tolosa	Piso tutelado	10	9	2	-	Tortilla (huevo)	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
9	Mayo	Eibar	Domicilio	4	4	4	1	Tortilla (huevo)	-	-	2	1	Salmonella enteritidis
10	Mayo	Tolosa	Domicilio	4	2	2	2	Huevo	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
11	Mayo	Donostia	Comedor escolar	585	62	16	4	Desconocido	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
12	Junio	Donostia	Restaurante	3	2	2	2	Desconocido	2	-	-	-	Salmonella enteritidis
13	Junio	Régil	Restaurante	6	3	1	-	Sospecha de croquetas	5	2	-	-	Salmonella enteritidis
14	Junio	Régil	Restaurante	2	2	1	1	Sospecha de ensalada	5	2	-	-	Salmonella enteritidis
15	Junio	Irún	Bar	4	4	4	4	Tortilla (huevo)	3	-	2	-	Salmonella enteritidis
16	Junio	Donostia	Comedor empresa	249	23	6	2	Tortilla (huevo)	2	-	1	-	Salmonella enteritidis
17	Junio	Donostia	Bar	5	4	3	1	Huevo	3	-	1	-	Salmonella enteritidis
18	Julio	Irún	Domicilio	4	2	2	1	Tortilla (huevo)	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
19	Agosto	Donostia	Bar	2	2	1	1	Tortilla (huevo)	2	-	-	-	Salmonella enteritidis
20	Agosto	Donostia	Bar	2	2	-	1	Tortilla (huevo)	3	-	-	-	Sospecha de S. enteritidis
21	Septiem	Usurbil	Restaurante	8	5	1	1	Desconocido	5	1	-	-	Salmonella enteritidis
22	Septiem	Donostia	Domicilio	2	2	2	2	Huevo crudo	-	-	-	-	Salmonella enteritidis
23	Octubre	Donostia	Comedor escolar	295	83	23	15	Ensaladilla rusa	3	1	1	1	Salmonella typhimurium
24	Octubre	Donostia	Comedor escolar	812	131	17	2	Huevo crudo	8	2	1	1	Salmonella enteritidis
25	Noviemb	Donostia	Domicilio	4	3	-	-	Queso	-	-	3	1	Staphylococcus aureus

Otros brotes

Exposición accidental a cloro gas en un polideportivo de Gipuzkoa.

El 8 de noviembre a las 12 horas el responsable de un centro de salud comunica que han atendido a tres personas con sintomatología de tos y dificultad respiratoria; las tres personas habían iniciado síntomas mientras se encontraban en el Polideportivo de la localidad en el que percibieron un fuerte olor a cloro. Se contactó con el Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal con el fin de identificar otros posibles casos, se contactó con el polideportivo, se comunicó el incidente al centro comarcal de salud pública y se realizó el estudio ambiental y epidemiológico, tomándose las medidas de control pertinentes.

Estudio ambiental: la instalación cuenta con un local de reactivos en el que se encuentran ubicados el depósito de hipoclorito sódico (Argysan) y de ácido sulfúrico (pH-Argysan). Los depósitos tienen un volumen de 100 L y se llenan desde el exterior a través de unos tubos de PVC. A estos tubos se conecta la manguera del camión de la empresa proveedora de los reactivos. Dos semanas antes del incidente, como consecuencia de una confusión, se conectó la manguera de ácido en el tubo de hipoclorito, quedando una cantidad desconocida de ácido retenida en el mismo. Cuando el lunes 8 de noviembre se procedió a la carga de hipoclorito, éste se mezcló con el ácido retenido en el tubo, dando lugar a la reacción química que originó la liberación de cloro molecular. Inmediatamente se detectó un intenso olor a cloro en toda la instalación por lo que la gerencia dio orden de desalojo inmediato y de apertura de puertas y ventanas con el objeto de acelerar la eliminación del cloro ambiental.

En el momento de realizar la inspección se percibía un ligero olor a cloro en la primera planta (recepción, piscina, gimnasio, etc.) y un fuerte olor en los accesos al sótano. Se indicó que la instalación permaneciera cerrada al público hasta que al día siguiente se pudieran medir los niveles de cloro en el aire. Se tomaron muestras de agua de los dos vasos de la piscina para verificar que la calidad de la misma no se había visto afectada por el incidente.

El día 9 se realizaron mediciones de cloro en el aire y se detectaron niveles de cloro inferiores a 0,2 ppm (valor límite umbral para cloro es de 0,5 ppm) en el ambiente de los cinco puntos muestreados: sala de máquinas, sala de spinning, gimnasio de musculación y zona de clubes deportivos en el sótano y piscina en la primera planta.

Estudio epidemiológico: a partir de un listado facilitado por los responsables de la instalación, se realizó una encuesta telefónica a una muestra de usuarios que podían estar en la instalación en el momento de ocurrir el accidente. Se estimó que, además de los trabajadores, 65 personas fueron expuestas, de las que 26 (40%) presentaron algún tipo de sintomatología: picor de ojos (77%), picor de garganta (37%), tos (45%), cefalea (9%) y quemazón retro esternal (9%). El cuadro remitió en 1 hora en más de la mitad de los casos; solamente en un caso los síntomas duraron 3 días. El 75% de los casos eran mujeres y la edad media de 48,5 años con un rango de 25 a 65 años. De los 11 trabajadores del centro, 8 respondieron a un cuestionario autoadministrado; el 75% eran mujeres y presentaban una edad media de 35 años (rango: 25 a 55 años), el 100% presentó síntomas y la media de duración de los mismos fue de 12 a 48 horas.

Medidas adoptadas: evacuación y cierre de las instalaciones hasta comprobar que los niveles de cloro en aire no suponían un riesgo para la salud. Se modificó el sistema de dosificación de hipoclorito sódico para las piscinas. Se insistió en la necesidad de manejar los reactivos con la máxima precaución y en la necesidad de una inequívoca rotulación de los bidones y las mangueras de suministro. El depósito afectado por el incidente fue vaciado y limpiado por una empresa autorizada para la gestión de residuos peligrosos. Asimismo revisó el tubo de PVC que comunica el depósito con el exterior y consideró que no había sido dañado.

Conclusiones: exposición accidental a cloro gas en un polideportivo de Gipuzkoa, ocurrida como consecuencia de una incorrecta manipulación de los productos químicos utilizados en el mantenimiento de las instalaciones. El 40% de los usuarios en el momento del accidente y el 100% de los empleados tuvieron síntomas de irritación de vías respiratorias que, en general, fueron leves y de corta duración (mediana de 1 hora en los usuarios y de 12 horas en los empleados). Cuatro de las personas afectadas recibieron asistencia sanitaria y ninguna de ellas requirió ser ingresada en un centro hospitalario. Las instalaciones fueron evacuadas de forma inmediata y permanecieron cerradas hasta el día siguiente de ocurrir el incidente, cuando se comprobó que no había riesgo para la salud.

4 Vacunaciones

Vacunación infantil

En el año 2004 se han producido modificaciones en el calendario de vacunación infantil, relacionadas con la erradicación de la poliomielitis en los países desarrollados. Desde que en 2002 se obtuvo el certificado de erradicación de la poliomielitis en la Región Europea, los únicos casos de esta enfermedad eran producidos por el virus atenuado contenido en la vacuna oral, siendo ésta una de las muy infrecuentes, pero posibles, reacciones adversas de la vacuna. Por este motivo, todas las comunidades autónomas reunidas en el Consejo Interterritorial de Salud Pública decidieron sustituir la vacuna anti-poliomielítica oral con virus vivos atenuados (VPO) por la vacuna inyectable con virus inactivados (VPI).

El Departamento de Sanidad, siguiendo las recomendaciones del Comité Asesor de Vacunaciones de la CAPV, ha introducido las siguientes modificaciones en el Calendario de Vacunación Infantil:

- **Sustituir la vacuna oral frente a la poliomielitis de virus atenuados (VPO) por la vacuna intramuscular de virus inactivados (VPI).**
- **Eliminar la 5ª dosis de poliomielitis que se administraba a los 6 años de edad.**
- **Sustituir la vacunación frente a tos ferina de célula completa por la vacuna frente a tos ferina acelular.**

El cambio VPO a VPI se hizo efectivo a partir del **1 de marzo de 2004** y se inició con todos aquellos niños nacidos a partir del 1 de enero de 2004 con la administración de la primera dosis de vacuna a los dos meses de edad.

Asimismo, a partir del 1 de marzo se sustituyó también en el resto de la población infantil la vacuna VPO por VPI, independientemente de la situación vacunal individual en relación con la vacuna oral (VPO).

Este cambio se realizó mediante la utilización de **vacuna combinada pentavalente (DTPa-VPI-Hib)**. Esta vacuna se administra simultáneamente, pero en lugares anatómicos diferentes, con las otras dos vacunas incluidas en la pauta del calendario a los 2, 4 y 6 meses de edad (hepatitis B y meningococo C).

El hecho de utilizar vacunas pentavalentes en lugar de las vacunas hexavalentes disponibles en el mercado se debe a una recomendación de la Agencia Española del Medicamento. Dicha recomendación está motivada por la existencia de una "señal de farmacovigilancia" en relación con las vacunas hexavalentes que surgió a raíz de varios casos de "muerte súbita" asociados temporalmente con la vacunación con vacunas hexavalentes ocurridos en Alemania. Tras analizar la información relacionada con estos casos, la Agencia Europea del Medicamento (EMA) ha concluido que no existe motivo para adoptar ninguna medida cautelar en relación con las vacunas hexavalentes. No obstante lo anterior, la Agencia Española del Medicamento ha comunicado a las Direcciones de Salud Pública de las CCAA, que de momento y como medida de precaución, "se recurra a otras alternativas de vacunación" y, por lo tanto, no recomienda la utilización de vacunas hexavalentes.

Desde la Unidad de Epidemiología se realizaron reuniones con todos los pediatras y enfermeras de vacunación de la red de Osakidetza y servicio de Salud Escolar del Ayuntamiento de Donostia con el fin de explicar los cambios introducidos y la situación con respecto a las vacunas hexavalentes ya que era ésta una de las preocupaciones de los profesionales por el hecho de tener que realizar tres inyecciones simultáneamente en bebés recién nacidos.

Calendario vigente en la CAPV desde el 1 de marzo de 2004



Coberturas vacunales

La estimación de coberturas se ha realizado teniendo en cuenta las dosis registradas por los centros sanitarios y por Salud Escolar durante el año y utilizando como denominador la población de niños susceptibles de vacunación para cada dosis según su fecha de nacimiento y según el calendario vacunal vigente. Este denominador se ha obtenido del registro de metabopatías para las dosis que se administran desde el periodo del recién nacido hasta los 6 años. Para realizar la estimación de las coberturas vacunales de Td 16 años se ha utilizado la población nacida en 1988 según la última actualización del censo de 2001 publicado por el EUSTAT.

Tabla 4.1: Vacunación infantil; coberturas estimadas. Gipuzkoa 2004.

	Dosis registradas	Nº niños a vacunar	Cobertura (IC 95%)
BCG	6.318	6.888	91,7 (91,1-92,4)
DTP _a +P+Hib+HB+mening.C 1	6.498	6.868	94,6 (94,1-95,1)
DTP _a +P+Hib+HB+mening.C 2	6.517	6.844	95,2 (94,7-95,7)
DTP _a +P+Hib+HB+mening.C 3	6.442	6.771	95,1 (94,6-95,7)
TV1	6.571	6.817	96,4 (95,9-96,8)
DTP _a P+Hib 4	6.287	6.730	93,4 (92,8-94,0)
TV2	5.810	6.073	95,7 (95,2-96,2)
DTPa*	5.489	5.833	94,1 (93,5-94,7)
Td 16 a.	4.625	5.143	89,9 (89,1-90,8)

*Los cambios introducidos en el calendario ha supuesto que algunos niños hayan recibido una 5ª dosis de polio a los 6 años y otros no.

Tabla 4.2: Vacunación infantil; coberturas estimadas según comarca sanitaria. Gipuzkoa 2004.

	ESTE			OESTE*		
	Dosis registradas	Nº niños a vacunar	Cobertura	Dosis registradas	Nº niños a vacunar	Cobertura
BCG	3.782	4.212	89,9	2.809	2.536	95,8
DTP+P+Hib+HB+mening. C 1	3.938	4.232	93,1	2.766	2.560	98,4
DTP+P+Hib+HB+mening. C 2	3.983	4.227	94,2	2.747	2.534	98,5
DTP+P+Hib+HB+mening. C 3	3.946	4.214	93,6	2.683	2.496	98,9
TV1	4.101	4.313	95,1	2.666	2.470	98,3
DTP+P+Hib 4	3.940	4.202	93,8	2.605	2.349	95,9
TV2	3.559	3.724	95,6	2.454	2.263	98,4
DTPa**	3.434	3.600	95,4	2.255	2.055	91,1
Td 16 a.	2.832	3.292	86	2.427	1.793	74

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

**los cambios introducidos en el calendario ha supuesto que algunos niños hayan recibido una 5ª dosis de polio a los 6 años y otros no.

La vacunación sistemática de los niños contemplada en el calendario vacunal de la CAPV se ha desarrollado de forma similar a años anteriores. La disminución de la cobertura obtenida en la dosis de 16 años, respecto a la estimada el año anterior, es debida a que hay centros que no han enviado la información correspondiente a esta vacunación. Los esfuerzos realizados por los centros de salud en la mejora de la captación de los niños para la segunda dosis de triple vírica se notan en la mejora de las coberturas vacunales obtenidas para esta dosis (tabla 4.3).

Tabla 4.3: Evolución de las coberturas vacunales estimadas. Gipuzkoa 1994-2004.

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
BCG	79,6	88,8	81,4	92,3	87,7	91,2	91,1	92,4	91,7	92,8	91,7
DTP+Po+Hib +MenC+ HB (1)(*)	94,1	93,8	93,1	94,8	92,7	93,7	92,5	92,5	92	94,6	94,6
DTP+Po+Hib +MenC + HB (2)	93,6	92,0	93,6	96,1	93,6	94,0	95,2	94,4	93,8	97,6	95,2
DTP+Po+Hib + MenC + HB (3)	92,3	91,4	91,6	92,9	93,4	93,6	93,8	92,9	91	96,9	95,1
TV1	93,7	93,2	95,9	95,4	94,7	97,1	96	95,4	94,5	99	96,4
DTP+Po+Hib 4	91,9	90,9	91,7	91,6	92,3	92,9	90,9	93,6	90,8	94,3	93,4
DT+Po(**)	92,2	96,5	94,7	96,3	92,8	91,6	88,2	90,2	95,8	93,2	95,7
TV2(***)	93,4	94,5	95,1	89,2	92,8	88,1	83,4	88,3	93	93,7	94,1
Td 16 a							76,1	65,7	84,7	100	89,9

(*) Hib desde 1-1-96, desde 2000 Hepatitis B y desde 2001 meningococo C

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

(***) hasta 1999 esta dosis se administraba a los 11 años y a partir de 2000 se pone a los 4 años

Vacunación contra el VHB en escolares. Curso 2003-2004

Durante este curso se han vacunado 5.106 niños, 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 1,9% de niños que iniciaron la vacunación no la completaron.

El número total de dosis administradas ha sido de 15.441.

Tabla 4.4: Vacunación contra el VHB en escolares. Gipuzkoa. Curso 2003-04

	Nº alumnos	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	Vac. Previam.	Cobertura (*)
COMARCA ESTE	3.338	3.177	3.105	3.094	124	96,3
COMARCA OESTE	2.143	2.026	2.020	2.012	64	96,8
TOTAL GIPUZKOA**	5.481	5.203	5.125	5.106	188	96,5

(*) descontados los previamente vacunados

(**) Incluidos Ermua, Mallabia y Aramaio.

Tabla 4.5: Evolución de las coberturas vacunales contra el VHB en escolares. Gipuzkoa cursos 93-94 a 2003-04.

1993-94	1994-95	1995-96	1996-97	1997-98	1998-99	1999-00	2000-01	2001-02	2002-03	2003-04
94,8	95,5	97,2	96,8	96,8	97,5	98,3	95,8	95,9	96,4	96,5

La cobertura obtenida con esta vacunación se mantiene estable a lo largo de los años. 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

Respecto a años anteriores, en 2004 ha disminuido la proporción de vacunados cuyo riesgo es ser pareja sexual de portador y ha aumentado de manera importante la vacunación en otros grupos de riesgo que, fundamentalmente, son viajeros a zonas endémicas.

Tabla 4.6: Vacunación contra el VHB según grupo de riesgo. Gipuzkoa 2004.

	Pareja sexual de portador	Otros contactos familiares	Personal sanitario	Estudiantes sanitarios	Pinchazos accidentales	Otros riesgos	No consta
Nº pers. inician vacunación	17	30	70	15	7	341	161
Nº personas que completan vacunación	13	17	45	16	5	94	46
Nº total dosis administradas	46	78	173	45	19	638	176

Vacunación contra el Tétanos-Difteria en adultos

Este año se han administrado 23.749 dosis de esta vacuna en todo el Territorio (se han excluido las administradas a los 16 años). Esta vacunación además de realizarse en los centros de atención primaria de Osakidetza, también se lleva a cabo en los servicios médicos de empresa, que han administrado el 3,5% de las dosis.

Gestión vacunal

Excepto para el caso de la BCG, cuya presentación es en envase multidosis, el resto de las vacunas se distribuye en presentación monodosis por lo que el rendimiento debería ser superior al 90%. El hecho de que haya vacunas que se encuentran por debajo de esta cifra sugiere que existe un subregistro de las dosis administradas lo que puede producir una subestimación de las coberturas vacunales.

El bajo rendimiento de la polio oral en envase monodosis se justifica por el cambio de calendario por lo que parte de la vacuna distribuida no ha sido utilizada.

En el caso de la hepatitis A, en las vacunas registradas se incluyen las que aportan los propios pacientes con motivo de viajes a zonas endémicas, siendo la forma de presentación más habitual la vacuna combinada A+B.

Tabla 4.7: Rendimiento de las dosis de vacuna distribuidas desde la Subdirección de Salud Pública. Gipuzkoa 2004

	Distribuidas Subdirección S.P.	Dosis registradas	Rendimiento
BCG	20.860	6.319	30,3
POLIO ORAL*	6.259	4.050	64,7
PENTA(1)	26.652	24.783	93,0
TETRA(2)	1.216	.943	77,5
DTPa	6.449	5.493	85,2
MENINGOCOCO C	20.942	19.436	92,8
T.VIRICA	13.543	12.422	91,7
HEPATITIS B infantil	34.779	31.241	89,8
HEPATITIS B adulto	1.603	1.175	73,3
Td	35.037	28.374	81,0
HEPATITIS A infantil	13	18	138,5
HEPATITIS A adulto	81	189	233,3

(1) DTP+P+Hib+HB

(2) DTP+P+Hib

Tabla 4.8: Rendimiento vacunal por comarca sanitaria. Gipuzkoa 2004

	ESTE			OESTE		
	Distr.	Adm.	Rto.	Distr.	Adm.	Rto.
BCG	12.880	3.783	29,4	7.980	2.536	31,8
POLIO	4.002	2.593	64,8	2.257	1.457	64,6
PENTA(1)	16.121	15.157	94,0	10.531	9.626	91,4
TETRA(2)	793	.643	81,1	423	.300	70,9
DTPa	3.949	3.438	87,1	2.500	2.055	82,2
MENINGOCOCO C	12.902	11.860	91,9	8.040	7.576	94,2
T.VIRICA	8.080	7.660	94,8	5.463	4.762	87,2
HEPATITIS B infantil	21.184	19.141	90,4	13.595	12.100	89,0
HEPATITIS B adultos	751	.545	72,6	.539	.356	66,0
Td	17.698	14.851	83,9	16.384	12.684	77,4
HEPATITIS A infantil	11	.17	154,5	2	1	50,0
HEPATITIS A adulto	56	129	230,4	25	60	240,0

(1)DTP+Hib+HB

(2)DTP+Hib

En la siguiente tabla se presenta la distribución de vacunas en las oficinas de farmacia de Gipuzkoa, según la información aportada por las dos empresas de distribución de productos farmacéuticos en Gipuzkoa (GUIFARCO Y UNIÓN FARMACÉUTICA).

Otras vacunas presentes en el calendario vacunal infantil como la polio, anti-meningocócica C o hepatitis B tienen una venta insignificante por lo que podemos asumir que las coberturas estimadas a partir de la vacunación desarrollada en los centros sanitarios de Osakidetza son totalmente representativas de la situación vacunal en Gipuzkoa.

Tabla 4.9: Dosis de vacunas distribuidas a través de las oficinas de farmacia. Gipuzkoa 2004.

PREVENAR	VARICELA	HEP. B ped	HEP.B ad	HEP A+B	Td/T adultos	GRIPE
10819	490	34	631	1.103	3.959	4.237

(1) DTP+IPV+Hib+HB

Ha aumentado un 37% la venta de vacuna anti-neumocócica conjugada, que es la utilizada en la vacunación infantil, lo que indica que se está extendiendo su uso a pesar de la no recomendación sistemática por parte del Departamento de Sanidad. Si asumimos que todas las dosis se han utilizado para la primo-vacunación de recién nacidos, podemos estimar que alrededor de 2.700 niños han sido inmunizados contra los siete serotipos del neumococo contenidos en la vacuna, alrededor del 43% de los niños nacidos en Gipuzkoa.

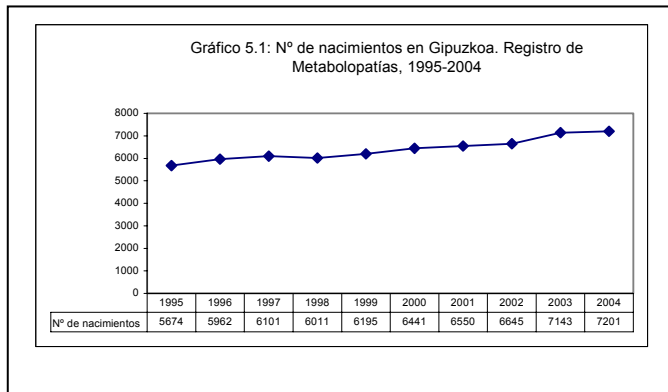
La venta de vacuna contra la varicela también ha aumentado de manera importante y es previsible que se incremente su uso con la comercialización de la nueva vacuna autorizada para niños mayores de 12 meses de edad.

Las ventas de la vacuna combinada contra las hepatitis A y B también ha aumentado considerablemente. En este caso su utilización se dirige fundamentalmente a viajeros a zonas de alta endemicidad ya que la vacunación de grupos de alto riesgo es asumida desde la red pública sanitaria.

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.

Durante 2004 han nacido en Gipuzkoa 7.201 niños (gráfico 5.1), continuando la tendencia ascendente iniciada hace unos años; en los diez últimos años ha aumentado casi un 27% (hay que remontarse hasta el año 1983 para encontrar esas cifras de nacimientos).



El 51,5% de los nacidos corresponden al sexo masculino y el 48,5% al femenino. El 94,3% de las madres eran residentes en Gipuzkoa, el 3,5% en Bizkaia y el 1,5% en Navarra.

De todos los nacimientos que se produjeron en Gipuzkoa, 96,4% fueron partos únicos. Hubo 126 partos gemelares y 3 partos de trillizos.

Tabla 5.1: Distribución porcentual de los nacimientos en Gipuzkoa según edad de la madre 1995-2004.

Grupo de edad	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
< 15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19	0,8	0,7	0,9	0,7	0,7	0,7	0,7	0,9	0,7	0,8
20-24	5,7	5,1	4,7	4,6	4,2	3,7	3,5	3,7	3,6	3,7
25-29	29,8	27,5	27,5	25,8	23,6	22,4	23,1	21,7	21,2	20,7
30-34	46,5	47,0	48,0	47,7	48,5	48,2	46,8	47,0	46,9	46,5
35-39	14,2	17,6	17,2	19,2	20,8	22,2	23,4	24,1	24,0	24,8
> 39	1,5	1,9	1,7	2	2	2,4	2,5	2,6	3,6	3,5
No consta	1,4	0,1	0	0	0	0,5	0	0	0	0

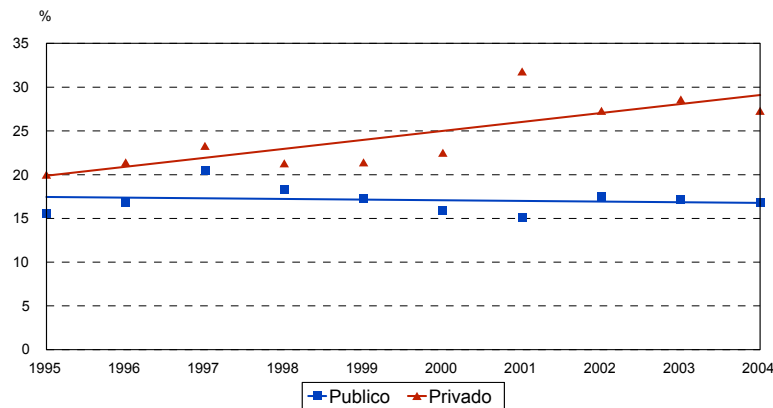
En los diez años analizados, la mayoría de los nacimientos se producen en mujeres mayores de 30 años (74,8%). En este periodo se ha producido un traspaso cercano a diez puntos, del grupo de 25-29 años, al de las mujeres de 35 a 39 años. (tabla 5.1).

Tabla 5.2: Número de nacidos vivos por vía abdominal según tipo de centro. Gipuzkoa 1995-2004

	Publico	%	Privado	%
1995	739	15,6	186	20,0
1996	864	16,8	178	21,4
1997	1.094	20,5	181	23,3
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

(*) OR 1,86 (IC95% 1,57-2,22)

La diferencia entre los dos tipos de centro es significativa, con un ligero descenso respecto al año anterior

Gráfico 5.2: Evolución porcentual de los partos por vía abdominal en Gipuzkoa. 1995-2004

La tendencia que se observa en los centros privados es significativamente ascendente ($r=0,8$).

Tabla 5.3: Distribución porcentual del tipo de alimentación en niños nacidos en Gipuzkoa 1996-2004

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Natural	48,7	49,6	52	58,1	58,7	62,1	57,6	55,3	61,3
Artificial	15,7	13,8	15,1	15,2	13,7	14	15,4	16,7	15,7
Mixta	33,7	35,3	31,4	25,5	26,5	23,6	26,3	27,6	21,7
No consta	1,8	1,3	1,5	0,6	0,5	0,4	0,6	0,3	0,7
Otros							0,2	0,6	0,7

A lo largo de este periodo se observa una tendencia ascendente en la proporción de mujeres que optan por la lactancia materna. Este aumento se produce a expensas de las mujeres que optan por la lactancia mixta, ya que la proporción de mujeres que optan por la lactancia artificial exclusiva, se mantiene constante a lo largo del periodo (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). En los últimos diez años, se mantiene estable el peso medio de los RN en Gipuzkoa; no se encuentra relación lineal entre la edad de la madre en el momento del parto y el peso del recién nacido ($r = 0,03$).

Tabla 5.4: Evolución del peso de los recién nacidos en Gipuzkoa en el periodo 1995-2004

Año	Peso RN	IC 95%	
1995	3.267,6	3.254,5	3.280,6
1996	3.272,5	3.259,1	3.285,9
1997	3.259,0	3.246,4	3.271,6
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

Ni en la proporción de RN de bajo peso, ni en la de RN de muy bajo peso, se observa una tendencia lineal significativa a lo largo del periodo (tabla 5.5).

Tabla 5.5: porcentaje de recién nacidos de bajo peso y muy bajo peso. Gipuzkoa 1995-2004.

AÑO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
RNBP	5,8	6,4	5,7	6,5	7,3	6,1	6,2	7	7	6,1
RNMBP	0,5	0,9	0,5	0,9	0,8	0,7	0,7	0,9	0,9	0,9

6 Registro de Diabetes Mellitus en la Red de Médicos Vigía

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

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

En el siguiente informe se presentan los datos acumulados desde el año 2000 al 2004; ligeros cambios en los datos en años anteriores se deben a que estos han sido actualizados con información recuperada con posterioridad a los datos provisionales.

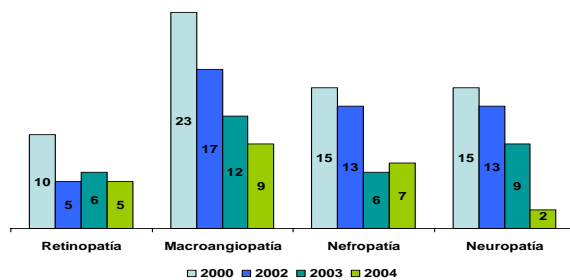
Durante el año 2004 se registraron datos en 528 (73,6%) de los 717 pacientes incluidos en la cohorte de seguimiento. En el periodo completo de seguimiento han fallecido 70 pacientes (9,8%). Los pacientes que no presentan datos correspondientes al año 2004 se deben a: por pérdida el 4,5%, por cambio de médico el 5,2% y por que no acude a control el 6,7%.

Analizando las pérdidas de información en las variables de aquellos pacientes en los que se registró algún dato (528), se aprecia: colesterol (4,0%), Ldl (8,5%), Hdl (6,1%), tabaco (2,8%), HbA_{1c} (6,8%) e hipertensión (3,0%) entre otros. Si estas pérdidas se aplicaran a la cohorte completa representarían entre un 20% y un 30% dependiendo de la variable analizada.

Con respecto a las complicaciones crónicas, en el gráfico 6.1 se representa la incidencia por años.

Excepto en la nefropatía, se produce un descenso en la incidencia de las complicaciones crónicas, siendo este más acentuado en el caso de la neuropatía (un 2% de incidencia).

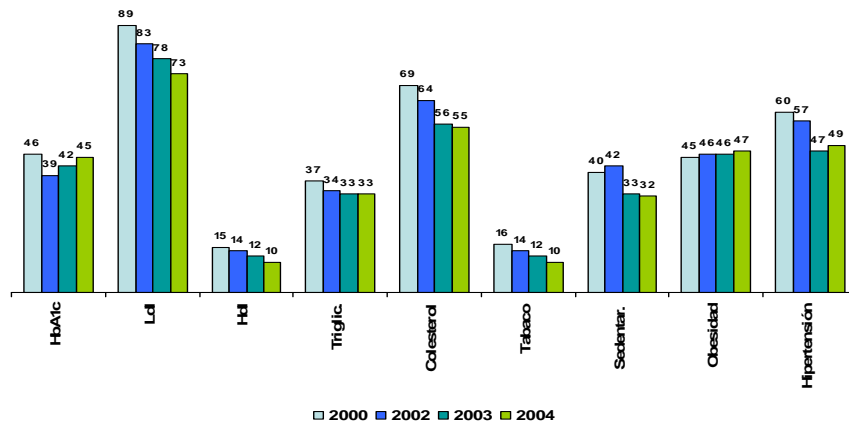
Gráfico 6.1: Incidencia de complicaciones crónicas por años (%)



Después de cuatro años de seguimiento y teniendo en cuenta la cohorte completa (717), la macroangiopatía está presente en el 42,4% de los pacientes, el 14,9% presenta retinopatía, el 26,6% nefropatía y en un 28,0% está presente la neuropatía.

La evolución de los factores de riesgo, representada como valores de anormalidad, queda reflejada en el gráfico 6.2. Todos los factores de riesgo experimentan una mejoría, excepto la hemoglobina glicosilada, obesidad e hipertensión, aunque estos dos últimos son prácticamente iguales al año anterior.

Gráfico 6.2: Evolución de los factores de riesgo (%)*



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

Riesgo Cardiovascular a 10 años

Según se ha descrito en varios estudios publicados, los enfermos diabéticos tipo II presentan un riesgo entre 2 a 4 veces superior que la población general de presentar enfermedad cardiovascular. En la práctica clínica, la intervención global sobre todos los factores de riesgo, valorando un riesgo absoluto, se ha demostrado como un método útil a la hora de prevenir eventos cardiovasculares. Se han desarrollado diversos métodos de estimación del riesgo cardiovascular global o total, que permiten tomar decisiones más eficientes que si esto se hiciese tomando individualmente los diferentes factores de riesgo.

La problemática surge al observar que los factores de riesgo no aparecen homogéneamente distribuidos ni se observa el mismo efecto en poblaciones diferentes. Esto se apreció claramente en los países del sur de Europa, donde paradójicamente existe una alta prevalencia de los factores de riesgo observándose, sin embargo, baja incidencia de cardiopatía isquémica o baja mortalidad, en comparación con países anglosajones y del norte de Europa.

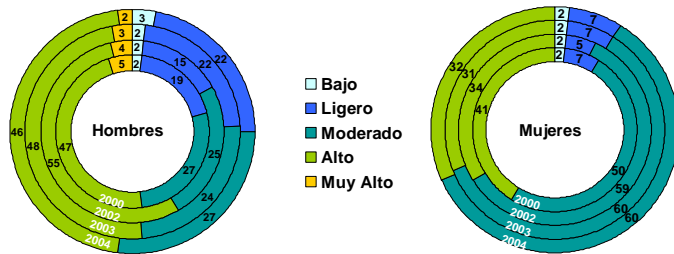
El cálculo para cuantificar el riesgo individual de un paciente mediante ecuaciones matemáticas se inició en base a los estudios de Framingham. La ecuación clásica de Anderson y la posterior de Wilson incluye como factores de riesgo: tabaco, tensión arterial, colesterol (Tc), Ldl-C, Hdl-C y diabetes. Estas ecuaciones permitían una estimación bastante buena para poblaciones europeas con niveles de riesgo similares, pero sobreestimaba el riesgo absoluto en aquellas poblaciones con bajas tasas de enfermedad coronaria, como se demostró en estudios realizados en Italia, Dinamarca y Alemania.

Como consecuencia de lo expuesto se publicaron diferentes modificaciones y cálculos propios mediante ecuaciones fundamentadas en las prevalencias locales de los factores de riesgo: estudio UKPDS, el primero basado exclusivamente en población diabética (incorpora la hemoglobina glicosilada, la edad al diagnóstico y duración de la enfermedad), SCORE (valora solamente episodios mortales y al no existir uniformidad en la comprobación de diabéticos no incluye una variable dicotómica para diabetes en la función de riesgo y por tanto no establece tabulación de riesgo separada para diabéticos), etc.

Recientemente en Cataluña se realizó una calibración de la ecuación de Framingham, utilizando los coeficientes de la ecuación de Wilson, pero aplicados a las prevalencias de los factores de riesgo de la provincia de Girona y haciendo correcciones en el riesgo final según valores de Hdl.

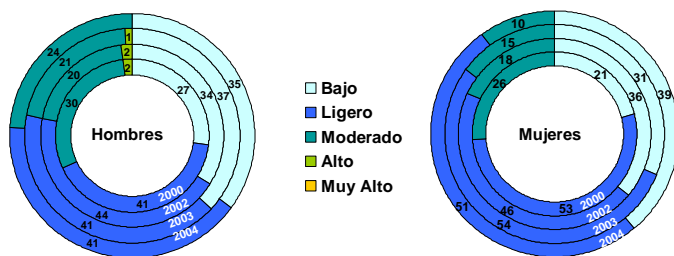
En este informe representamos la evolución del riesgo cardiovascular (gráfico 6.3 y 6.4) según los algoritmos mencionados, adoptados por las sociedades europeas y por primera vez hallamos dichos cálculos basándonos en la ecuación propuesta por Marrugat et al. para la población catalana y española.

Gráfico 6.3: Evolución RCV. Tablas Europeas



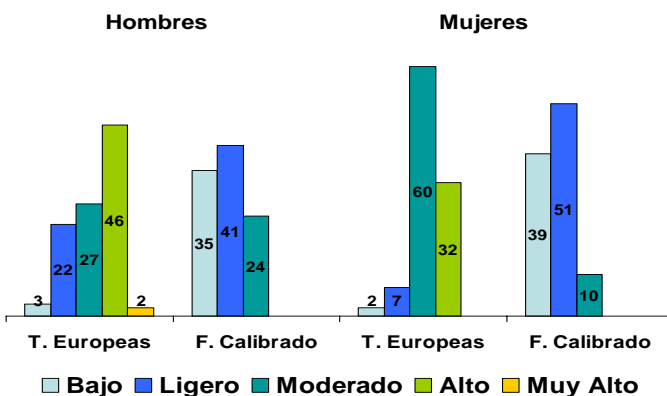
Como se observa en el gráfico 6.3, el riesgo alto y muy alto, en hombres es menor que en el año 2003 y en mujeres apenas cambia. En hombres el 47,7% presentan un riesgo alto o muy alto de presentar un evento coronario, presentando un riesgo alto el 32,0% de las mujeres.

Gráfico 6.4: Evolución RCV. Framingham Calibrado



El cambio que se observa en el gráfico 6.4, o mejor dicho, el “vuelco” en el riesgo cardiovascular a 10 años, es evidente. El 89,9% de las mujeres y el 76,2% de los hombres tendrían riesgo bajo o ligero. El riesgo muy alto desaparece y también prácticamente el alto.

Gráfico 6.5: Comparación RCV 2004



El gráfico 6.5 compara sólo el año 2004 por sexos con los dos métodos de cálculo, donde puede apreciarse mejor las grandes diferencias en los resultados.

Ante estos resultados: como se indicó en los estudios citados anteriormente las ecuaciones de Framingham clásicas sobrestiman el riesgo cardiovascular en nuestra población, pero observando los resultados obtenidos con la ecuación de Framingham calibrada cabe preguntarse si el

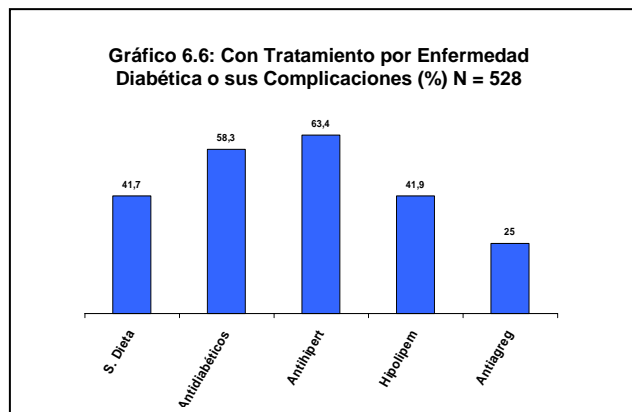
riesgo no estará infravalorado en dicho modelo. Debe de tenerse en cuenta que la ecuación calibrada es precisamente eso, una calibración y según exponen sus autores tiene sus limitaciones y debe interpretarse con cautela. Como reflexión, cabe la posibilidad de que la realidad esté en un punto medio de los dos métodos. Por último, puede que variables que actualmente no se incluyen en los cálculos y que quizás jueguen un papel todavía desconocido se incluyan en futuros modelos (proteína C reactiva, homocisteína, lipoproteína (a), etc.).

Esto pone de manifiesto la necesidad de ecuaciones propias, ajustadas a las prevalencias de nuestra población. Después del esfuerzo realizado hasta la fecha en el actual estudio de seguimiento, a través de la Red de Médicos Vigía, se nos presenta la oportunidad de plantear el objetivo de la elaboración de unas tablas propias adaptadas a nuestra población. Recientemente a este objetivo se han adherido varias comunidades del resto del Estado.

Tratamientos

A continuación (gráfico 6.6) se presentan datos sobre el tratamiento farmacológico empleado en la *enfermedad diabética y sus complicaciones* de los pacientes incluidos en la cohorte de estudio, separados según tipo y la variable "sólo dieta".

De los 528 pacientes de los cuales disponemos de datos, están en tratamiento farmacológico por su *enfermedad diabética o sus complicaciones* el 89,8% (474).

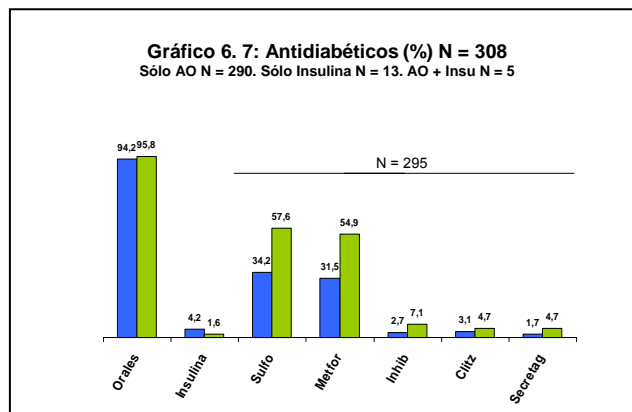


Antidiabéticos.

Representados en el gráfico 6.7, diferenciando la administración en solitario y el porcentaje total de su uso en aquellos pacientes que son tratados por su *enfermedad diabética*.

Las sulfonilureas y metforminas son administradas a niveles muy similares.

Dentro de los combinados las sulfonilureas administradas con metformina representan el 20,0%, sulfonilureas más glitazonas el 3,1%, sulfonilureas más inhibidores el 3,7% y con secretagogos el 0,7%.



Antihipertensivos.

En el gráfico 6.8, al igual que en el anterior, se representa el uso de los antihipertensivos basándose en el uso global e individual de cada uno de los fármacos.

Están tratados por hipertensión 335 pacientes, predominando los lecas tanto solos como combinados. Los diuréticos son empleados en un alto porcentaje combinados con otros antihipertensivos.

Algunas de las combinaciones:

lecas - Calcioantagonistas: 13,1%.

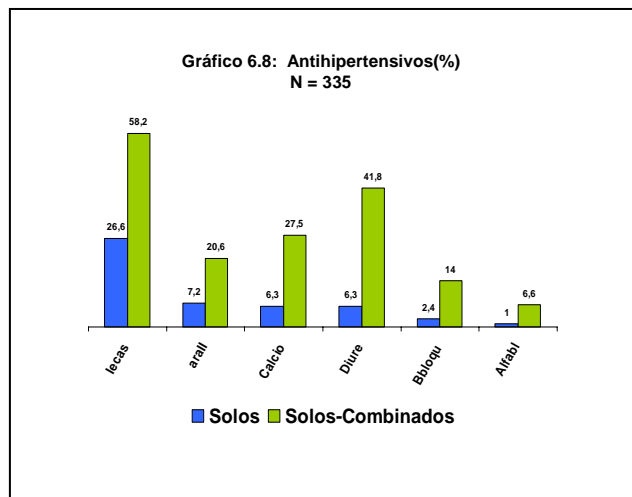
lecas - Diuréticos: 22,1%.

lecas - Betabloqueantes: 4,8%.

lecas - Alfabloqueantes: 2,1%.

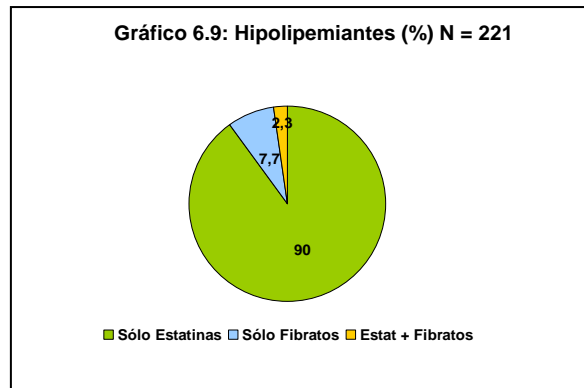
Ara - Calcioantagonistas: 4,5%.

Ara - Diuréticos: 9,6%.



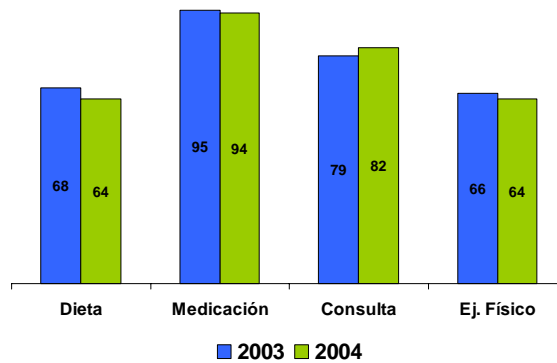
Hipolipemiantes

Las estatinas son el fármaco de elección en el tratamiento del 90% de los pacientes (gráfico 6.9).



Con respecto a las pautas de control y manejo del paciente, los resultados del año 2004 son ligeramente inferiores al año anterior (gráfico 6.10), excepto en la variable “consulta para control de la diabetes”.

Gráfico 6.10: Cumplimiento 2004 (%)



Se sigue manteniendo la diferencia estadística entre los pacientes que presentan macroangiopatía y neuropatía con respecto a la salud percibida (Tabla 6.1). No existen diferencias estadísticas en el caso de la retinopatía y neuropatía.

Tabla 6.1: Salud Percibida Según Complicaciones Crónicas 2004.

Salud Percibida	Macroangiopatía		Neuropatía	
	No	Si	No	Si
Excelente	3,0%	2,4%	3,1%	1,9%
Muy buena	13,5%	12,6%	13,2%	15,1%
Buena	55,6%	43,3%	55,6%	32,1%
Regular	21,0%	31,5%	21,7%	37,7%
Mala	6,0%	10,2%	6,5%	13,2%
P	P<0,05		P<0,05	

7 Mortalidad en el Territorio Histórico de Gipuzkoa

Introducción

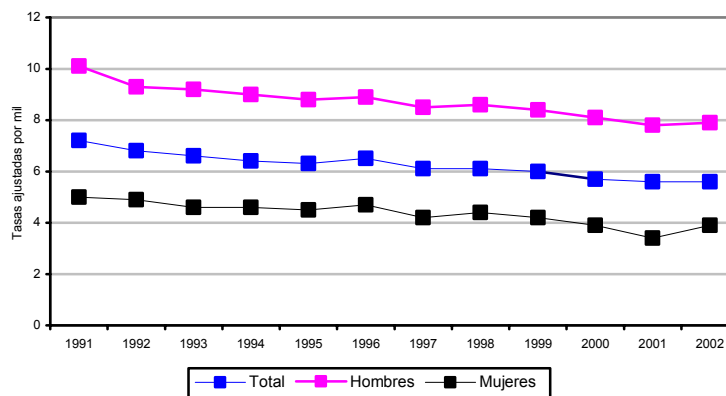
En este apartado se analizan las defunciones correspondientes a población residente en el Territorio Histórico de Gipuzkoa y ocurridas durante el año 2002, último año disponible para el análisis. Los datos relativos a los fallecimientos proceden del Registro de Mortalidad de la CAPV y la población para dicho año se ha estimado mediante interpolación lineal tomando como años de referencia la población del padrón y del censo de 1996 y 2001. Para la estandarización de las tasas se ha utilizado la población europea como población de referencia.

Mortalidad general

Durante el año 2002 se produjeron en el THG un total de 6.023 defunciones de las cuales 53,4% se produjeron en hombres y el restante 46,6% en mujeres. La tasa de mortalidad general fue de 8,9 por mil habitantes, siendo superior en los hombres que en las mujeres (9,7 y 8,2 por mil respectivamente). La tasa estandarizada por edad de la población europea fue de 5,6 por mil, también superior en los hombres (7,9) que en las mujeres (3,9). La mortalidad infantil durante 2002 fue 3,5 por mil nacidos vivos.

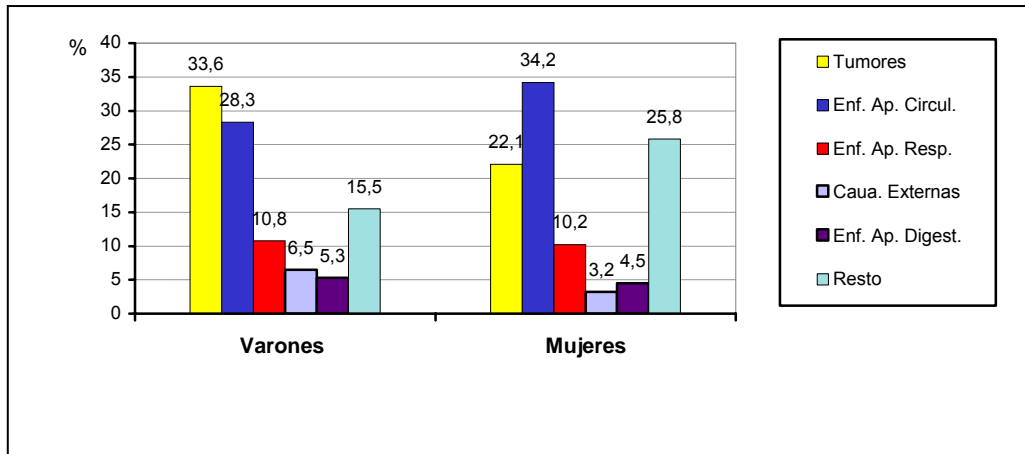
La tendencia de la mortalidad en el Territorio Histórico de Gipuzkoa en la última década ha sido descendente tanto en hombres como en mujeres, tal como reflejan las tasas estandarizadas por edad de la población europea (Gráfico 7.1)

Gráfico 7.1: Evolución mortalidad ajustada por edad. Gipuzkoa 1991-2002



Mortalidad proporcional

Las enfermedades del aparato circulatorio fueron las responsables del mayor número de defunciones entre las mujeres (34%) seguidas por los tumores (22%), mientras que en los hombres los tumores fueron la causa más frecuente de defunción (34%), quedando en segundo lugar las enfermedades del aparato circulatorio (28%). Las enfermedades del aparato respiratorio ocupan el tercer lugar de importancia en ambos sexos, provocando un 10% de las defunciones en el conjunto de la población. En cuarto y quinto lugar se sitúan las enfermedades del aparato digestivo y las causas externas que cada grupo de patologías fue responsable del 5% de las defunciones del conjunto de la población. (Gráfico 7.2).

Gráfico 7.2 Defunciones por sexo y grandes grupos de causas (%). Gipuzkoa, 2002

Mortalidad por causas

Grandes Grupos de Causas de Muerte

La Tabla 7.1 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, mientras que en las mujeres al grupo de enfermedades del aparato circulatorio. En todos los grupos, las tasas son más elevadas para los hombres que en las mujeres.

Tabla 7.1: Mortalidad por grandes grupos de enfermedades y sexo en Gipuzkoa. 2002

Grupo	Códigos		Hombres		Mujeres		Total	
			Casos	Tasas*	Casos	Tasas*	Casos	Tasas*
I	A, B	Enfermedades infecciosas y parasitarias	68	16,6	46	7,4	114	11,2
II	C, D ₀₀₋₄₉	Tumores	1080	263,8	621	108,5	1701	174,5
III	D ₅₀₋₈₉	Enf. sangre y órg. hematopoyéticos	12	3,1	15	2,3	27	2,4
IV	E	Enf. endocrinas. y metabólicas	80	19,2	103	13,1	183	15,7
V	F	Trastornos mentales	72	18,2	152	16,8	224	17,5
VI	G	Enfermedades del sistema nervioso	110	26,5	175	23,2	285	24,1
VII	H ₀₀₋₅₉	Enfermedades del ojo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
VIII	H ₆₀₋₉₅	Enfermedades del oído	0	0,0	0	0,0	0	0,0
IX	I	Enfermedades del sistema circulatorio	909	220,6	961	115,2	1870	160,3
X	J	Enfermedades del sistema respiratorio	349	82,4	286	33,5	635	52,2
XI	K	Enfermedades del sistema digestivo	171	41,4	125	16,7	296	27,5
XII	L	Enfermedades de piel y tejido subcutáneo	4	1,0	6	0,6	10	0,8
XIII	M	Enf. sistema osteomuscular y tej.conjuntivo	18	4,4	35	4,0	53	4,4
XIV	N	Enfermedades del sistema génito-urinario	69	16,7	59	7,5	128	10,7
XV	O	Complicaciones de embarazo y parto	0	0,0	0	0,0	0	0,0
XVI	P	Afecciones perinatales	5	2,6	6	3,2	11	2,8
XVII	Q	Anomalías congénitas	9	3,1	6	2,6	15	2,8
XVIII	R	Causas mal definidas	53	14,4	120	14,4	173	14,9
XIX	V-Y	Causas externas	208	54,9	90	19,2	298	36,5
		Total	3217	788,8	2806	388,2	6023	558,2

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

Principales causas de muerte

La tabla 7.2 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 mortalidad por cardiopatía isquémica y por enfermedad cerebrovasculares son las dos principales causas de defunción, ambas con valores muy similares. Para los hombres la cardiopatía isquémica se sitúa en primer lugar de importancia, seguida por las enfermedades cerebrovasculares, mientras que en las mujeres ocurre a la inversa. El cáncer de pulmón se mantiene como tercera causa de muerte en población general y en los hombres. En las mujeres, el cáncer de

mama ocupa el tercer lugar como causa más frecuente de defunción, si bien ha experimentado una disminución del 25% respecto al año 2001, descendiendo de un 21,6 a un 16,3 por cien mil. (Tabla 7.2).

Tabla 7.2: Principales causas de muerte por sexo. Gipuzkoa, 2002

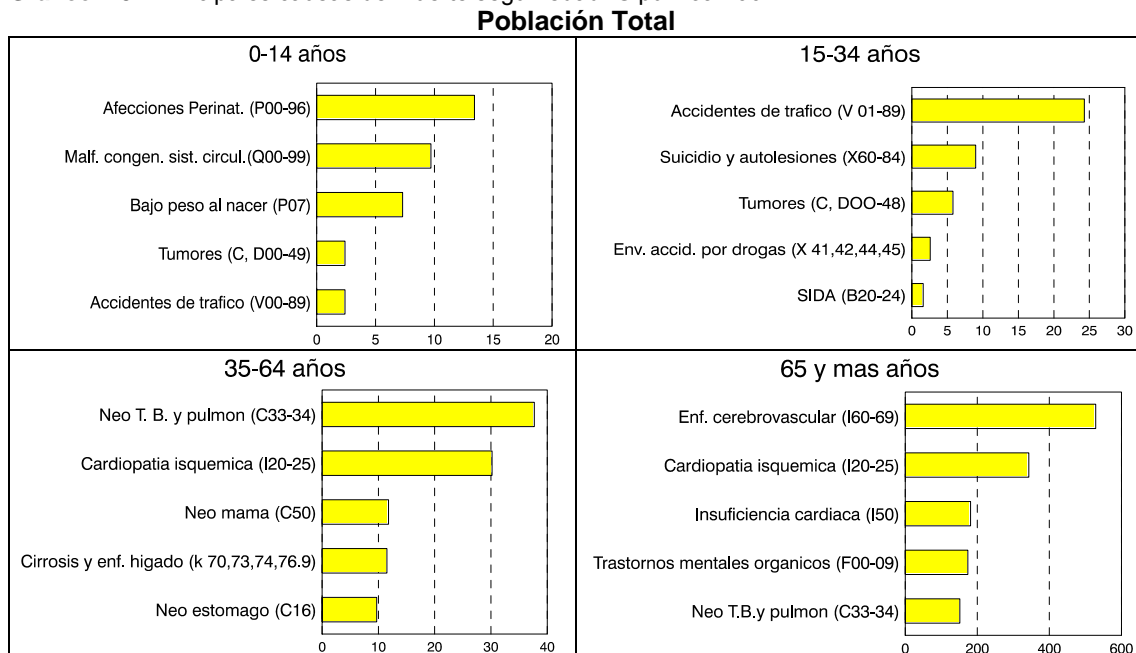
Causa	Código	Total		Hombres		Mujeres	
		Def.	Tasa*	Def.	Tasa*	Def.	Tasa*
Cardiop. isquémica	I 20-25	506	46.5	310	74.8	196	24.4
E. cerebrovascular	I 60-69	559	46.3	253	60.8	306	37.6
Ca. Pulmón T y B	C 33-34	291	31.7	245	59.9	46	9.3
EPOC y enf. afines	J 40-44, 47	254	20.5	185	42.3	69	8.2
Ca. colon-recto	C 18-21	213	20.5	123	29.2	90	14.2
Insuf. cardíaca	I 50	232	18.7	88	22.6	144	15.9
Trast. mentales org.	F 00-09	214	16.4	66	16.7	148	16.0
Accidentes tráfico	V 01-89	105	13.8	78	21.0	27	6.7
Diabetes	E 10-14	153	13.1	68	16.3	85	11.0
Ca. estomago	C 16	101	10.3	68	17.1	33	5.2
Ca. mama	C 50	85	9.1	1	0.2	84	16.3
Cirrosis	K 70,73,74, 76.9	97	10.3	74	17.9	23	3.8
Alzheimer	G 30	151	11.8	51	12.2	100	11.7
Ca. próstata	C 61	93	8.0	93	22.2		
Enf. hipertensiva	I 10-15	107	9.0	38	9.3	69	8.2
Neumonía	J 12-18	123	10.1	55	13.5	68	7.8
Ca. vejiga	C 67	86	8.5	75	17.9	11	1.7
SIDA/VIH	B 20-24	23	3.1	18	4.9	5	1.3

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

Causas de muerte, según edad y sexo

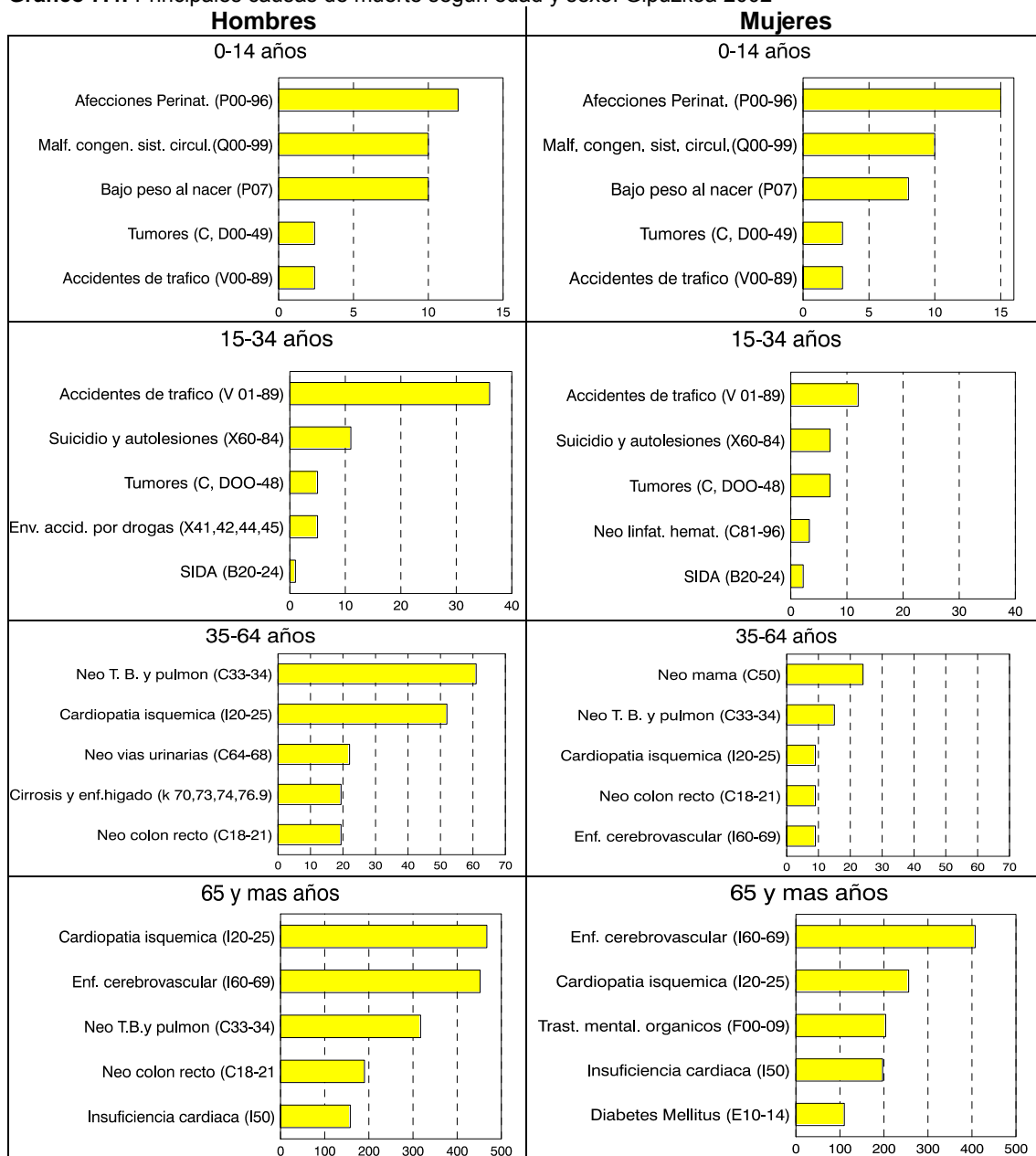
La distribución de las causas de muerte también varía según la edad. Entre los menores de 15 años, la mayoría de las defunciones están causadas por afecciones perinatales, seguidas de las malformaciones congénitas. En el grupo de edad de 15 a 34 años, los accidentes de tráfico son la principal causa de muerte con una tasa ligeramente superior al de 2001 (21,6 y 24,3 muertes por cien mil habitantes respectivamente), seguido del suicidio y los tumores. En la población de 35-64 años, el cáncer de pulmón, traquea y bronquio fue la primera causa de muerte, seguido de la cardiopatía isquémica y la cirrosis y enfermedades crónicas del hígado que ocuparon el segundo y tercer lugar respectivamente. Entre los mayores de 65 años, la primera causa de muerte fueron las enfermedades cerebrovasculares, seguidas por la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca, y los trastornos mentales (Gráfico 7.3).

Gráfico 7.3: Principales causas de muerte según edad. Gipuzkoa 2002



En cada grupo de edad, la importancia de determinadas causas de muerte varía según el sexo. En general, las mismas causas presentan tasas más elevadas en los hombres que en las mujeres de igual edad. Además, en el grupo de edad de 15-34, en los hombres la cuarta posición lo ocupan los envenenamientos accidentales por drogas, mientras que en las mujeres este lugar lo ocupan los tumores de tejidos linfáticos y hematopoyéticos. En el grupo de 35-64 años, la primera causa de defunción en hombres es el cáncer de pulmón, mientras que en mujeres el cáncer de mama, seguido del de pulmón. Entre los de 65 y más años, las muertes por enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica son la dos primeras causas de muerte pero en orden inverso en mujeres y hombres, el tercer lugar en mujeres lo ocupan los trastornos mentales orgánicos pero en hombres el cáncer de pulmón (Gráfico 7.4).

Gráfico 7.4: Principales causas de muerte según edad y sexo. Gipuzkoa 2002

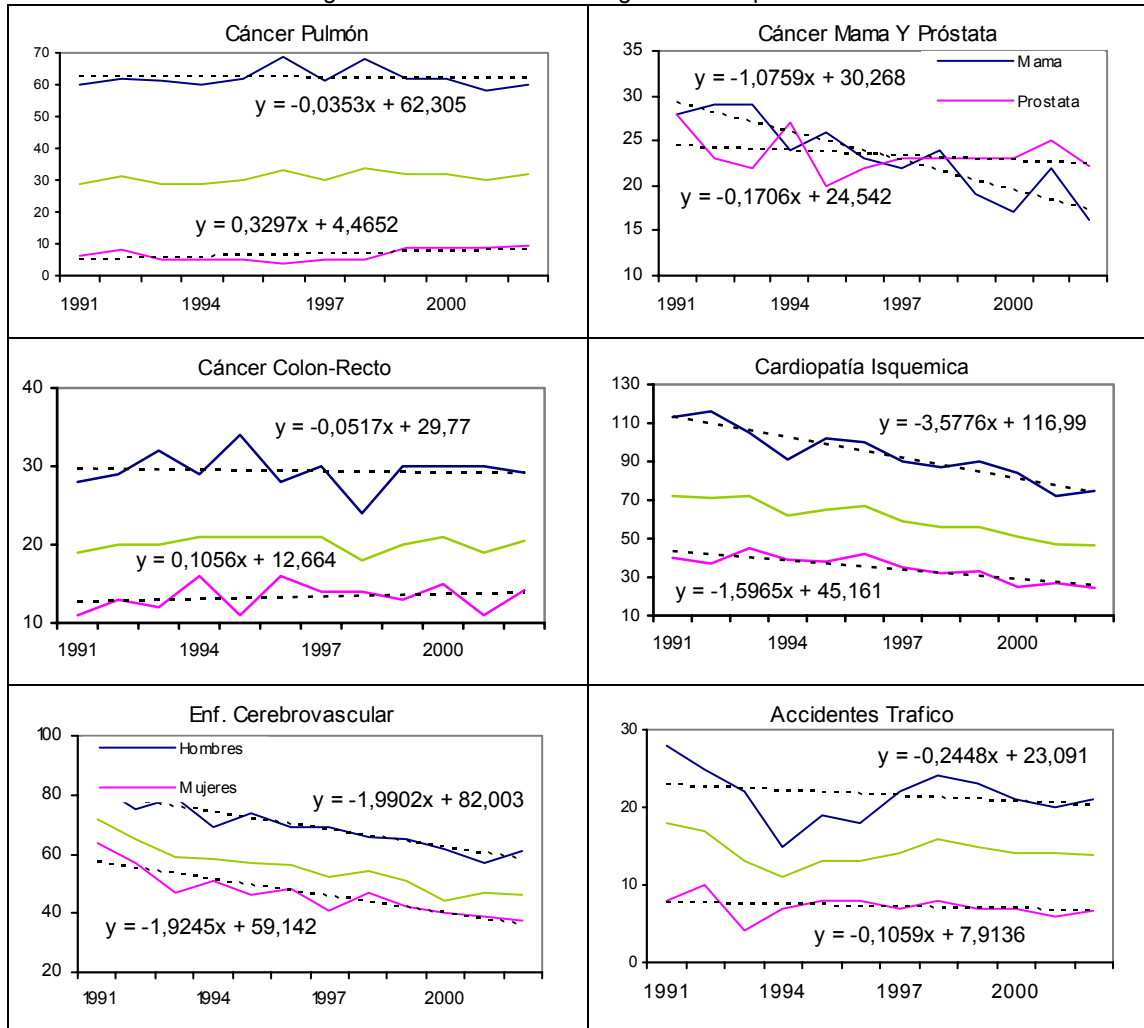


Tasas por cien mil habitantes

Evolución de las causas de muerte

La evolución de las causas de muerte en los últimos años indica que las defunciones por enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía isquémica mantienen una tendencia descendente. La mortalidad por cáncer de pulmón en hombres presenta niveles similares a los años precedentes, aunque con tendencia descendente, mientras que en las mujeres la evolución es ligeramente ascendente. Los accidentes descienden en los tres últimos años, aunque con grandes oscilaciones y la tendencia de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres y próstata en hombres es descendente en el periodo 1991-2002. (Gráfico 7.5).

Gráfico 7.5: Evolución de algunas causas de muerte según sexo. Gipuzkoa.1991-2002*



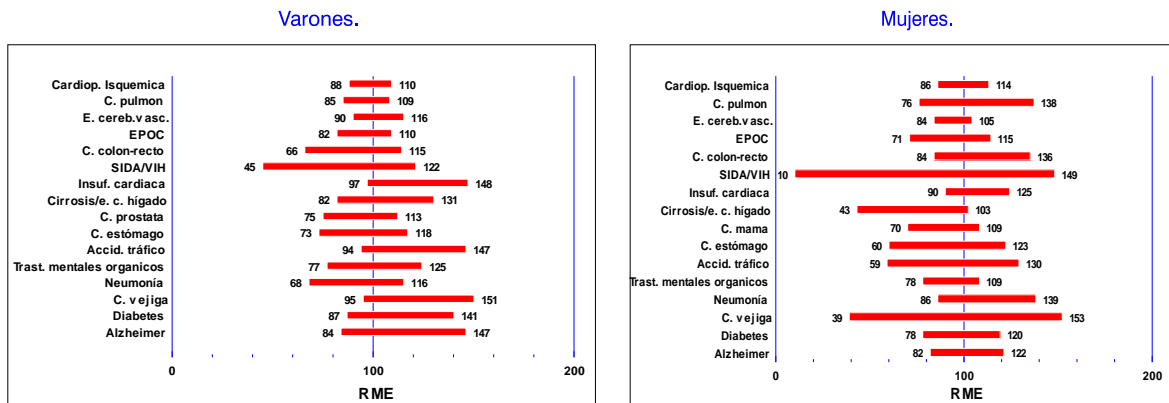
* Tasas por cien mil habitantes estandarizadas por edad de la población europea

Mortalidad en Gipuzkoa comparada con la CAPV

Mortalidad en Gipuzkoa comparada con la CAPV

Mediante la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) se compara 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 7.6, en el año 2002, todas las causas de muerte analizadas en Gipuzkoa presentaron un comportamiento similar al del conjunto de la CAPV en ambos sexos. Así, las defunciones observadas y las esperadas, según la mortalidad en la CAPV, fueron similares en nuestra provincia.

Gráfico 7.6: Razón de Mortalidad estandarizada. Gipuzkoa, 2002



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

Según los objetivos propuestos por el Plan de Salud para el año 2010, en Gipuzkoa las tasas de mortalidad en mujeres por tumores y particularmente por cáncer de pulmón presentan valores por encima de los objetivos del Plan, mientras que la mortalidad por cáncer de mama presenta tasas inferiores a los establecidos para 2010. En los hombres, la mortalidad por las enfermedades del aparato circulatorio, y la mortalidad por las enfermedades cerebrovasculares también se mantienen por encima de los objetivos propuestos. La mortalidad por causas externas entre la población joven, así como los accidentes de tráfico y los suicidios en población general superan los valores del Plan de Salud, mientras que la mortalidad por sida se sitúa muy por debajo del objetivo para 2010 (Tabla 7.3).

Tabla 7.3: Tasas* para causas seleccionadas de mortalidad según sexo. Gipuzkoa, 2001.

Causas	Código	Tasa	Objetivos del PS. 2010
Cáncer en hombres < de 65 años	C00-C97	106,1	Iniciar tendencia descend. <116
Cáncer en mujeres < de 65 años	C00-C97	50,0	47,1
Ca. de pulmón en hombres <65 años	C33-C34	28,1	Invertir tendencia ascend ≤32,3
Ca. de pulmón en mujeres <65 años	C33-C34	6,4	Frenar tendencia ascend ≤3,9
Cáncer de mama en mujeres	C50	16,3	18,4
Ca. de colón-recto en hombres	C18-C21	29,2	Estabilizar tasas ≅ 29,5
Ca. de colón-recto en mujeres	C18-C21	14,2	Estabilizar tasas ≅ 14,5
Ca. de cabeza y cuello en hombres	C00-C14, C32	16,3	20,3
Enf. apar. circul. en hombres < de 65 años	I00-I99	47,5	45,7
Enf. apar. circul. en mujeres < de 65 años	I00-I99	11,0	12,9
Enf. cerebrovascular en hombres < 75 años	I60-I69	19,2	18,4
Enf. cerebrovascular en mujeres < 85 años	I60-I69	20,5	20,4
Cardiopatía isquemia en hombres 25- 74 años	I20-I25	67,5	70,6
Cardiopatía isquemia en mujeres 25- 74 años	I20-I25	10,6	14,7
Accidente de tráfico	V01-V89	13,8	10,3
Mortalidad por SIDA	B20-B24	3,1	< 22 casos/año**
Causas externas entre 15-29 años	V-Y	37,8	31,0
Suicidio	X60-X84	9,2	< 7
Mortalidad Infantil		3,5	< 4,8

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

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer de la población de Gipuzkoa en 2002 fue de 80,49 años, menor en los hombres (76,49 años) que en las mujeres, cuya esperanza de vida supera a la de los hombres en 8 años. La expectativa de vida de los hombres en 2002 es cercano al establecido por el Plan de Salud para 2010: 76,8 y en el caso de las mujeres ya supera el objetivo propuesto para dicho año: 84,3.

Tabla 7.4: Esperanza de Vida según edad. Gipuzkoa 1991-2002

	sexo	1991	1995	2000	2002	Δ 1991-2002 (%)
0 años	H	72,46	74,81	76,18	76,49	5,6
	M	81,51	82,08	84,38	84,45	3,6
	T	76,94	78,76	80,31	80,49	4,6
40-45	H	35,74	37,25	37,84	38,11	6,6
	M	43,09	44,20	45,32	45,37	5,3
	T	39,47	40,81	41,66	41,80	5,9
65-69	H	15,05	16,19	16,56	16,72	11,1
	M	20,23	20,99	22,18	22,12	9,3
	T	17,89	18,85	19,61	19,63	9,7

Mortalidad prematura

Los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) hasta la edad de 70 años es un indicador que mide el impacto de la mortalidad en las edades jóvenes. En consecuencia, el patrón de las principales causas de una mortalidad prematura varía respecto al de mortalidad global, porque se ponderan las defunciones en relación inversa a la edad, cobrando mayor relevancia las causas con alta incidencia en las edades jóvenes. En 2002 en Gipuzkoa la tasa estandarizada de años potenciales de vida perdidos por todas las causas de muerte fue de 39,2 años por mil habitantes, ligeramente superior a la tasa de 2001 (38,6 por mil). Al igual que en años anteriores, los accidentes de tráfico fueron la primera causa de APVP en población general, seguidos del cáncer de pulmón, la cardiopatía isquémica y los suicidios. La tasa de años potenciales de vida perdidos por estas dos causas de muerte (cardiopatía isquémica y suicidios) experimentaron un incremento respecto a 2001 (de 1.8 a 2.3 por mil la cardiopatía isquémica y de 1.2 a 2.3 por mil los suicidios).

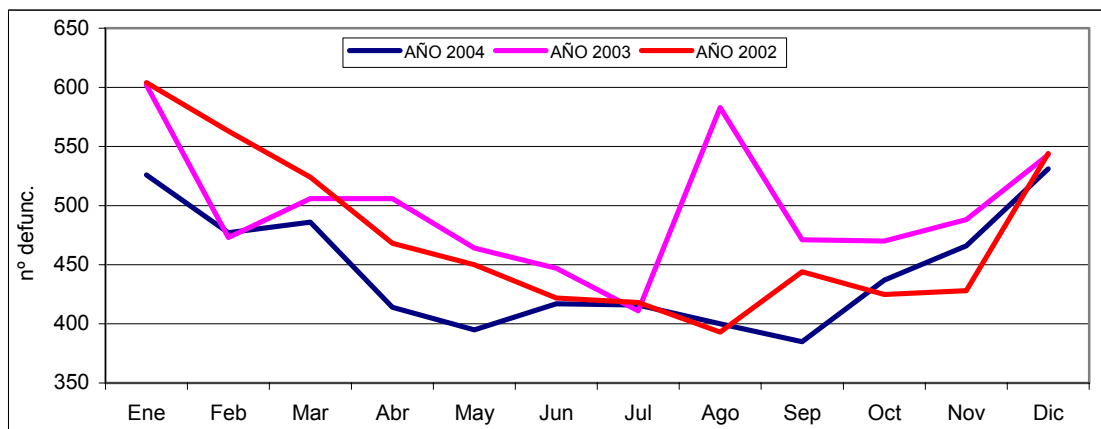
Tabla 7.5: Años potenciales de vida perdidos y tasa estandarizada por mil. Gipuzkoa 2002

Causas	Hombres		Mujeres		Total	
	APVP	Tasa APVP	APVP	Tasa APVP	APVP	Tasa APVP
Accid. tráfico (V01-89)	2.173	6.6	672	2.2	2.845	4.5
Ca. Pulmón (C33-34)	1.376	4.2	375	1.1	1.751	2.7
Cardiopatía isquémica (I20-25)	1.335	4.0	172	0.5	1.508	2.3
Suicidio (X60-84)	992	3.2	446	1.3	1.439	2.3
Ca. colon-recto (C18-21)	373	1.2	190	0.6	.564	0.9
Anomalía congénita (Q00-99)	381	1.7	294	1.7	674	1.7
E. cerebrovascular (I60-69)	452	1.4	226	0.7	677	1.0
Cirrosis (K70,73,74,76.9)	463	1.4	74	0.2	536	0.8
SIDA/VIH (B20-24)	473	1.4	168	0.5	642	0.9
Ca. estómago (C16)	319	1.0	63	0.2	382	0.6
Ca. encéfalo (C71)	259	0.8	138	0.4	397	0.6
Leucemia (C91-95)	163	0.5	52	0.2	214	0.3
Ca. Mama (C50)	41	0.1	598	1.8	638	1.0

8 Policía Sanitaria Mortuoria

La Policía Sanitaria Mortuoria (PSM) es un registro que, a diferencia del Registro de Mortalidad (RM), no es exhaustivo ya que no registra el 100% de las defunciones. El subregistro estimado en Gipuzkoa para la PSM respecto del RM oscila en torno al 6% en los últimos años (1998-2002) y asumimos que los datos de la PSM para 2004 presentan un nivel de subregistro similar al estimado para los años anteriores. El contenido de la información, también, es más reducido y menos fiable que el del RM y no permite el análisis de las causas de mortalidad. Sin embargo, su ventaja estriba en la rapidez en la disponibilidad de los datos, lo cual nos permite observar la evolución mensual de las defunciones en el año 2004 con el fin de vigilar el efecto de alteraciones ambientales (ola de calor), epidémicos (gripe), etc.

Grafico 8.1: Evolución mensual de las defunciones en Gipuzkoa. PMS, 2002-2004



La evolución mensual que presentan los datos de 2004 indica la ausencia de aumentos de mortalidad en el periodo estival, a diferencia de lo observado en 2003. Los meses de invierno han sido en 2004 los que han presentado una mayor mortalidad, especialmente en diciembre posiblemente como consecuencia del inicio de la onda epidémica de la gripe.

9 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 2004 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 2004 en estos hospitales fue de 74.744, de las que 72.756 (97,3%) se dieron en centros de agudos y 1.988 (2,7%) en el hospital público de media-larga estancia. Las altas en los hospitales de corta estancia sumaron un total de 438.739 días de estancia lo que supone una estancia media de 6,03 días. Las altas registradas en el hospital Amara sumaron 45.050 días de estancia, con una estancia media de 22,68 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 9.1: Distribución del nº de altas, días de estancia y estancias medias, por grupos de edad y sexo Gipuzkoa 2004.

	Nº de altas (%)	Nº días de estancia (%)	Estancia media
Hombres	34.565 (46,2)	249.565 (51,6)	7,2 días
Mujeres	40.179 (53,8)	234.224 (48,4)	5,8 días
0 - 14 años	4.373 (5,9)	22.381 (4,6)	5,1 días
15-34 años	13.062 (17,5)	53.393 (11,0)	4,1 días
35-64 años	24.556 (32,9)	142.828 (29,5)	5,8 días
>=65 años	32.751 (43,8)	265.187 (54,8)	10,6 días
N.C.	2 (0,0)		

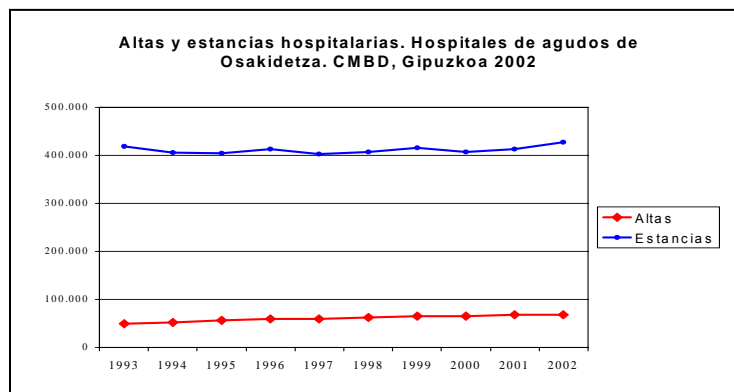
De las altas registradas en los hospitales de agudos, 13.515 (18,6% del total) corresponden a actividades del hospital de día con estancia 0. Casi la mitad de estas altas tienen un diagnóstico del grupo de enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales, de las que el 80% presentan un diagnóstico de catarata.

Tabla 9.2: Distribución porcentual según diagnóstico principal por grandes grupos y centro. Hospitales de Osakidetza de Gipuzkoa, 2004.

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	1.191 (1,6)	37 (3,1)	30	1,5
140-239	Tumores	5.986 (8,2)	1.069 (17,9)	52	2,6
240-279	Endocrino-metabólicas	1.026 (1,4)	119 (11,6)	37	1,9
280-289	Sangre y órganos hematopoyéticos	649 (0,9)	73 (11,2)	40	2,0
290-319	Trastornos mentales	1.482 (2,0)	53 (3,6)	19	1,0
320-389	Sistema nervioso y órganos sensoriales	7.888 (10,8)	6.449 (81,8)	25	1,3
390-459	Sistema circulatorio	8.681 (11,9)	364 (4,2)	326	16,4
460-519	Aparato respiratorio	7.791 (10,7)	838 (10,8)	597	30,0
520-579	Aparato digestivo	8.541 (11,7)	720 (8,4)	81	4,1
580-629	Aparato genito-urinario	4.204 (5,8)	757 (18,0)	80	4,0
630-676	Embarazo, parto y puerperio	8.556 (11,8)	563 (6,7)	-	-
680-709	Piel y tejido conjuntivo	977 (1,3)	217 (22,2)	23	1,2
710-739	Sistema osteomuscular	4.977 (6,8)	1.081 (21,7)	15	0,8
740-759	Congénitas	462 (0,6)	147 (31,8)	-	-
760-779	Patología perinatal	649 (0,9)	22 (3,4)	-	-
780-799	Signos y síntomas mal definidos	3.467 (4,8)	141 (4,1)	64	3,2
800-999	Traumatismos y envenenamientos	4.538 (6,2)	331 (7,3)	53	2,7
V01-V82	Código V	1.653 (2,3)	535 (32,4)	545	27,4
	Sin codificar	38 (0,1)	1 (2,6)	1	0,1
TOTAL		72.756 (100)	13.515 (18,6)	1.988	100

Las patologías que más altas registraron en los hospitales de agudos de Osakidetza durante el año 2004 fueron las enfermedades de los aparatos circulatorio (11,9%), digestivo (11,7%), respiratorio (10,7%) y sistema nervioso y órganos sensoriales (10,8 %) que, junto con los ingresos relacionados con el embarazo, parto y puerperio (11,8%), generaron el 57% de las altas hospitalarias. En el hospital de media-larga estancia el 30% de las altas son debidas a patología respiratoria y un porcentaje elevado de los diagnósticos principales presentan un Código V (27,4%). En el 3,6% de las altas con ingreso se produce el fallecimiento en el hospital, porcentaje que supone el 3,3 para los hospitales de agudos y el 13,2 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. Se han registrado 1.658 altas y 11.196 días de estancia más que en el año anterior, con una estancia media similar en ambos periodos (6,01 vs 6,03 días).



Del total de altas registradas en el conjunto de los hospitales públicos de Gipuzkoa, el 94,3% corresponden a residentes en este territorio histórico, el 3,2% a residentes en Bizkaia y el 1,4% a residentes en Navarra.

El 63,9% de las altas generadas en los hospitales de agudos se dieron en el Complejo Donostia, correspondiendo al Hospital Bidasoa el 10,1% de las altas, el 6,6% al Hospital del Alto Deba, el 10,1% al Hospital Ntra. Sra. de la Antigua y el 9,4% al Hospital de Mendaró.

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; así mismo se han excluido tres altas en las que no puede saberse si han producido ingreso); la población para el año 2004 se ha estimado mediante interpolación lineal tomando como años de referencia la población del padrón y del

	hombres	mujeres	Total (tasa)
0-14	1.860 (45,4)	1.549 (39,8)	3.409 (42,6)
15-34	2.794 (29,8)	7.974 (92,3)*	10.768 (59,8)
35-64	10.078 (71,2)	9.554 (67,4)**	12.724 (73,3)
>=65	13.396 (251,3)	12.534 (166,6)	25.930 (201,7)
Total (tasa)	28.128 (85,3)	31.611 (92,3)[§]	59.739 (88,9)

* 29,7/1.000 excluyendo altas por embarazo, parto o puerperio
 ** 51,9/1.000 excluyendo altas por embarazo, parto o puerperio
 & 70,1/1.000 excluyendo altas por embarazo, parto o puerperio

censo de 1996 y 2001. En el año 2004 se han producido un total de 59.739 altas con ingreso lo que supone una tasa bruta de 88,9 altas/1.000 hab.; del total de altas, 28.128 son varones (tasa de 85,3/1000 hab.) y 31.611 son mujeres (tasa de 92,3/1.000 hab.); si se excluyen las altas debidas a embarazo, parto y puerperio, la tasa en las mujeres desciende a 70,1 altas/1.000 hab.

La edad media de la población hospitalizada es de 55,1 años, 57,5 años para los hombres y 52,9 para las mujeres. En la tabla 9.3 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 43% de las altas con ingreso se produce 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 9.1). En el grupo de **menores de 15 años** las tres principales causas de ingreso para ambos sexos fueron las enfermedades del aparato respiratorio, patología perinatal y enfermedades del aparato digestivo; dentro de la patología respiratoria, los motivos más frecuentes de ingreso en ambos sexos son la bronquiolitis, neumonía, patología crónica de las amígdalas y adenoides y el asma; en la patología perinatal los diagnósticos más frecuentes son el bajo peso en el nacimiento y el síndrome de distress respiratorio; el 46% de los ingresos por patología del aparato digestivo presenta un diagnóstico de apendicitis aguda.

En el grupo de **15-34 años**, las principales causas de ingreso en los varones se relacionan con 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 20% de los ingresos de este grupo, están relacionados con fracturas de cúbito y radio, fracturas de tibia y peroné y fracturas de huesos faciales; dentro del aparato digestivo el 37% de las altas presentan un diagnóstico de apendicitis aguda; los diagnósticos más frecuentes relacionados con el aparato respiratorio son asma (19% de las altas de este apartado) y neumotórax (15%).

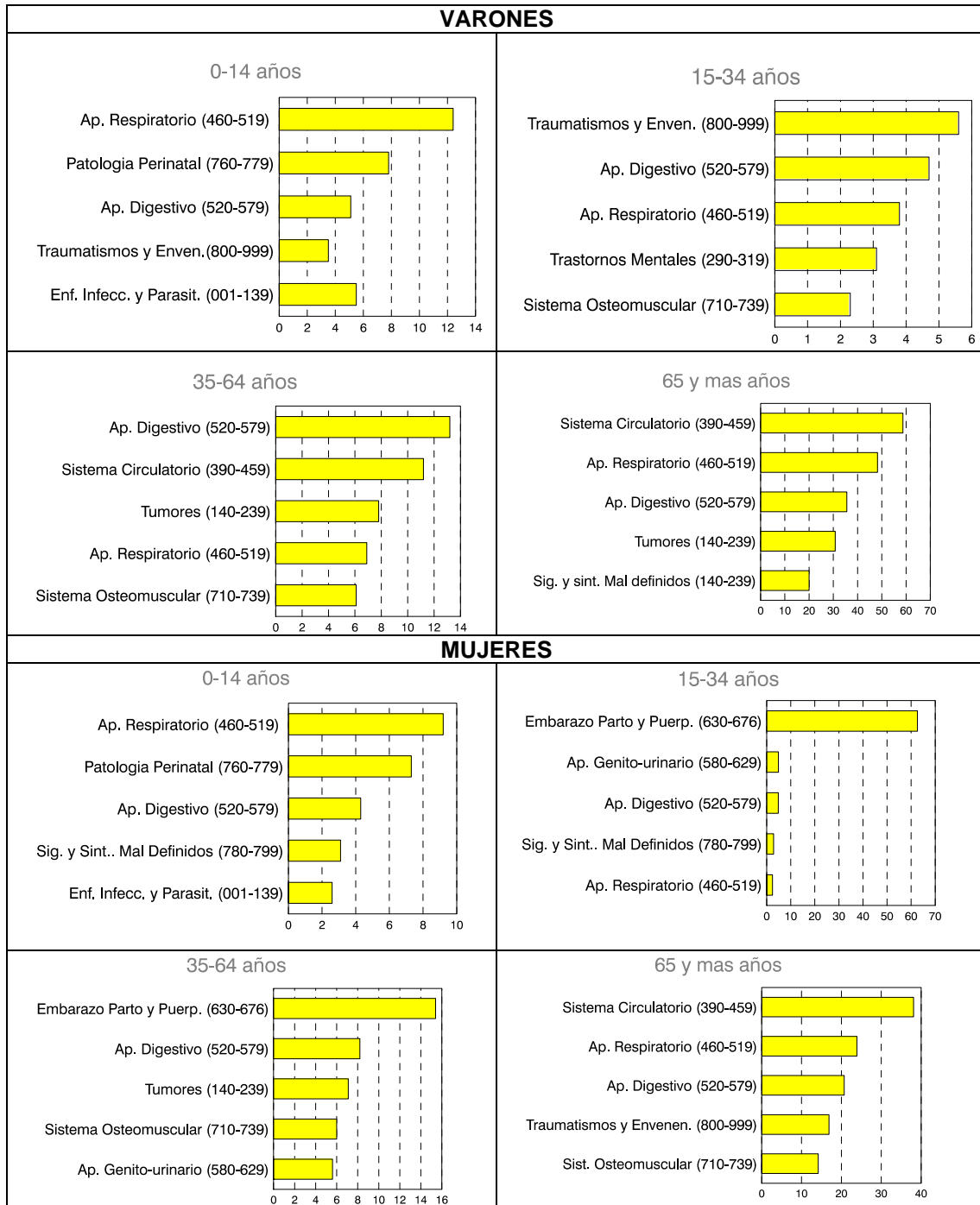
En las mujeres de este grupo de edad las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio suponen el 68% del total, seguidas de las altas relacionadas con el aparato génito-urinario, aparato digestivo y el grupo de signos y síntomas mal definidos; los diagnósticos más frecuentes del aparato genito-urinario son endometriosis, patología quística de ovario e infecciones renales; en el aparato digestivo destacan los diagnósticos de apendicitis aguda y colelitiasis; la mitad de los ingresos por signos o síntomas mal definidos tienen como diagnóstico al alta dolor abdominal.

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 23% de las altas con patología digestiva presentan algún diagnóstico relacionado con una hernia abdominal; la cardiopatía isquémica está presente en el 24% de las altas del sistema circulatorio; en el capítulo de tumores, el diagnóstico más frecuente es el de cáncer de tráquea, bronquios o pulmón (15%) seguido de los cánceres de vejiga (10%). Los trastornos mentales aparecen en cuarto lugar con el 10,5% de las altas con ingreso en los varones de este grupo de edad, de las que el 45% tienen algún diagnóstico del grupo trastornos esquizofrénicos.

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 23% de los ingresos por patología digestiva presentan al alta un diagnóstico de colelitiasis; entre los tumores, el diagnóstico más frecuente es el leiomioma uterino (20% de las altas) y 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 patología crónica del cartílago articular o del menisco de la rodilla (20% de las altas de este grupo) y con trastornos del disco intervertebral (16%).

En los **mayores de 64 años** las tres primeras causas de ingreso en ambos sexos son las enfermedades del sistema circulatorio, aparato digestivo y aparato respiratorio. En el sistema circulatorio predominan, tanto en hombres como en mujeres, los diagnósticos de enfermedad cerebro-vascular (23% y 25% de los ingresos respectivamente), insuficiencia cardíaca (22%/23%) y cardiopatía isquémica (17%/15%); en el aparato respiratorio las dos principales causas de ingreso en los varones son la bronquitis crónica (42% de las altas con ingreso de este grupo) y la neumonía (26%), mientras que en las mujeres son la neumonía (26%) y patología respiratoria no especificada (23%); 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 9.1: Principales causas de ingresos hospitalarios por grupo de edad y sexo en residentes en Gipuzkoa. Hospitales de Osakidetza de la CAPV. CMBD 2004.



Tasas por mil habitantes

10 Registro de Cáncer (RC)

Durante 2004 se ha realizado la recogida de datos de incidencia de tumores del año 2001 de las distintas fuentes habituales en el Territorio Histórico de Gipuzkoa. Parte de la información ha sido proporcionada por el Registro de Cáncer del Complejo Hospitalario Donostia y el Instituto Oncológico en soporte informatizado, siendo la Unidad de Epidemiología de la Subdirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad la encargada de la depuración y control de calidad de los datos recibidos y la recogida activa de la información de los hospitales comarcales del Territorio Histórico de Gipuzkoa y el cierre del año mediante la revisión del resto de sistemas de información utilizados (Certificados de Defunción, TIS, etc.).

La metodología en cuanto a la recogida de datos sigue siendo la misma que en años anteriores. Se registran todos los tumores malignos invasivos y no invasivos, excepto los carcinomas epidermoides y basocelulares de piel, diagnosticados en residentes del Territorio Histórico de Gipuzkoa, además de los diagnosticados en pacientes no residentes, asistidos en los centros sanitarios de Gipuzkoa. Se contabilizan para la incidencia los tumores malignos invasivos diagnosticados en residentes de Gipuzkoa. Por último, se estiman las tasas de incidencia anuales brutas y específicas por edad y sexo y las tasas estandarizadas utilizando el método directo y utilizando como referencia la población mundial.

Incidencia de Tumores Malignos. Gipuzkoa 2001

Gráfico 10.1: Distribución porcentual de los tumores registrados según comportamiento. RC de Gipuzkoa 2001.

El total de tumores registrados en residentes de Gipuzkoa ha sido de 3.513 (Gráfico 10.1) de los cuales 3.328 se corresponden a casos de cáncer invasivos que serán los que se presenten en el análisis. Además se han registrado cerca de 200 tumores en residentes de comunidades limítrofes que han acudido a un centro hospitalario de Gipuzkoa para su diagnóstico y/o tratamiento.

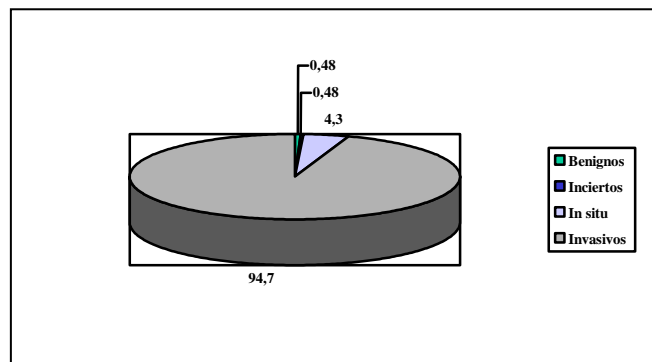
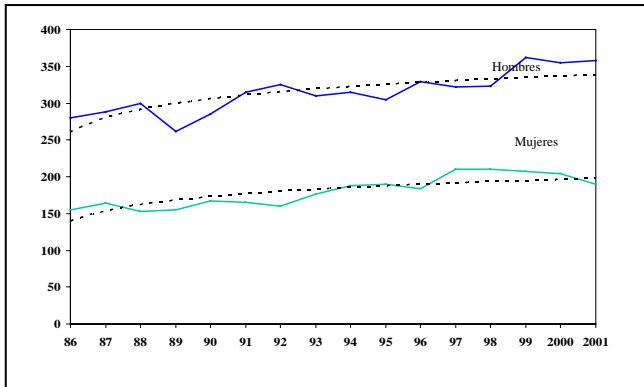


Tabla 10.1: Distribución de los casos según fuente y aporte. Gipuzkoa 2001.

FUENTES DE INFORMACIÓN	Aporte	%
Hospital Ntra Sra De Aranzazu	1.581	29,3
Hospital De Gipuzkoa	337	6,2
Hospital Comarcal Del Bidasoa	229	4,2
Hospital De Mendaro	261	4,8
Hospital Comarcal Del Alto Deba	124	2,3
Hospital Ntra. Sra De La Antigua	204	3,8
Total centros públicos	2.736	50,6
Hospital Cruz Roja De S S	1	0,0
Instituto Oncológico	1.357	25,1
Policlinica Gipuzkoa	109	2,0
Centro Sanitario Virgen Del Pilar	9	0,2
Clínica Quirón Donostia	12	0,2
Clínica Santa Maria De La Asunción	81	1,5
Total centros privados	1.569	29,0
Boletín estadístico de defunción	1.098	20,3
TOTAL	5.403	100,0

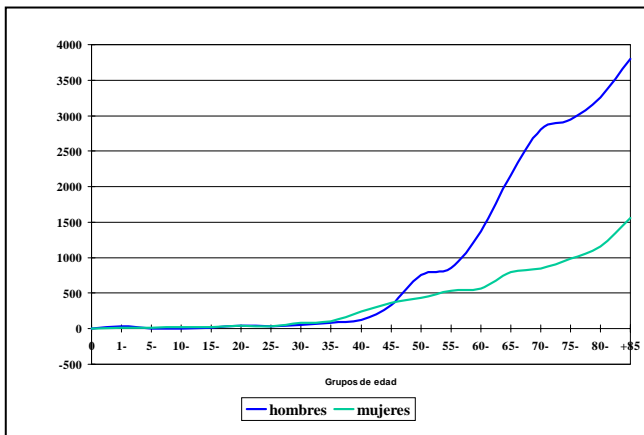
En la tabla 10.1 se puede observar la relación de fuentes que aportan información al registro de cáncer de Gipuzkoa. Cada paciente puede acudir, durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, a más de un centro por lo que la información llega al registro desde distintas fuentes. Así, para obtener la información de los 3.328 casos (tumores malignos invasivos en residentes de Gipuzkoa) se obtuvo un total de 5.403 fichas o registros, lo que supone un promedio de 1,62 fuentes consultadas por caso.

Gráfico 10.2: Tasas de incidencia de Cáncer por 100.000, (ajustadas a la población mundial) por sexo. Gipuzkoa, 1986-2001



En 2001 se registraron 3.328 tumores nuevos de casos de cáncer invasivos lo que representa unas tasas de incidencia bruta de 631,8 por 100.000 en hombres, y de 361,4 por 100.000 en mujeres. El gráfico 10.2 representa las tasas ajustadas a la población mundial, tanto para hombres como para mujeres, así como su evolución desde 1986.

Gráfico 10.3: Tasas de incidencia de cáncer (por 100.000) específicas por grupos de edad y sexo. Gipuzkoa 2001



Con respecto a la distribución por edad y sexo para todas las localizaciones, el gráfico 10.3 muestra que la incidencia es mayor en varones que en mujeres. Sin embargo, entre los 35 y los 45 años dicha incidencia es mayor en mujeres, a los 45 se iguala en los dos sexos y a partir de esa edad es cuando el aumento en varones es mayor, siendo este ascenso más acusado a partir de los 55 años.

La media de edad de presentación de los tumores durante el periodo fue de 66,1 años, algo superior en los hombres (66,8) que en las mujeres (65,1).

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

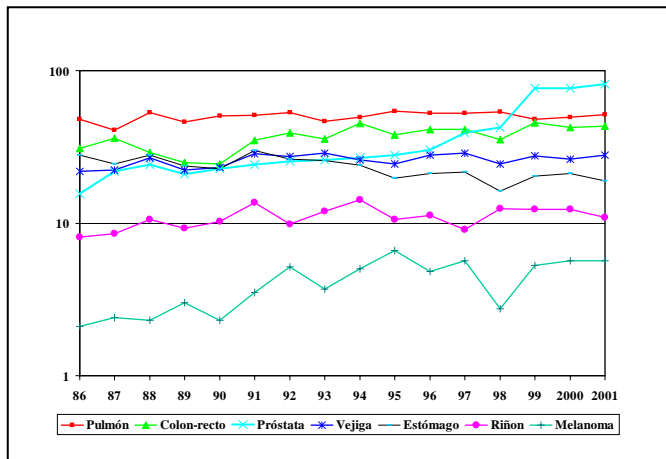
Las 10 localizaciones más frecuentes aparecen reflejadas en la tabla 10.2. Existen pocas variaciones en la frecuencia relativa entre el año 2001 y el bienio 99-2000, presentado en la memoria precedente. En este último año, la próstata fue la localización más frecuentemente afectada en hombres con un ligero aumento respecto al bienio anterior. Entre las mujeres, la mama sigue siendo la localización más frecuente aunque el porcentaje disminuye con respecto a años anteriores. Los tumores malignos de pulmón en varones siguen ocupando el segundo lugar. En mujeres el segundo lugar lo sigue registrando el colon-recto mientras que el melanoma pasa del noveno al sexto lugar debido al incremento que ha experimentado el último año.

Por otra parte cabe señalar que en varones aparece por primera vez la localización hígado-vías biliares intrahepáticas en décimo lugar de la tabla. Dicha aparición ocurre a expensas del sistema hematopoyético que deja de estar entre las diez localizaciones más frecuentes.

Tabla 10.2: Diez tumores más frecuentes. Gipuzkoa 2001

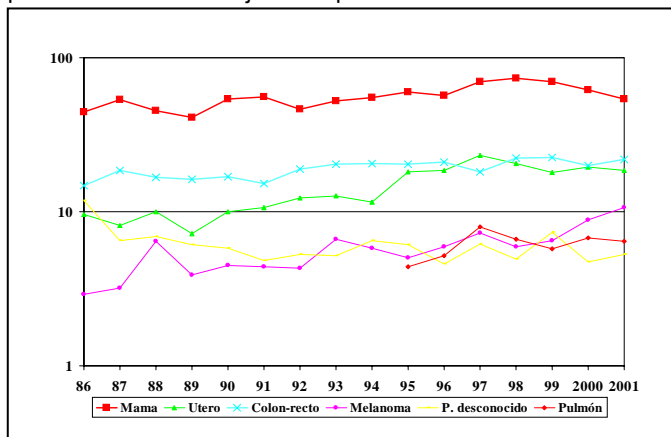
HOMBRES	%	Nº DE ORDEN	%	MUJERES
Próstata	24,8	1º	25,4	Mama
Bronquio-Pulmón	14,1	2º	13,7	Colon y recto
Colon y recto	12,4	3º	9,1	Utero
Vejiga	7,9	4º	5,2	Estómago
Labio, cav.oral y faringe estómago	5,6	5º	4,3	Ovario
Loc. primaria desconocida	5,5	6º	4,1	Piel, melanoma
Riñón, pelvis renal y uréter	3,9	7º	4,1	Loc. primaria desconocida
Laringe	3,3	8º	3,6	Bronquio-pulmón
Hígado, vías biliares intrahep.	2,4	10º	3,4	Sistema hematopoyético
			3,0	Páncreas

Gráfico 10.4: Tasas de incidencia de cáncer por 100.000 (ajustadas a la población mundial) específicas por localización en varones, Gipuzkoa 86-2001.



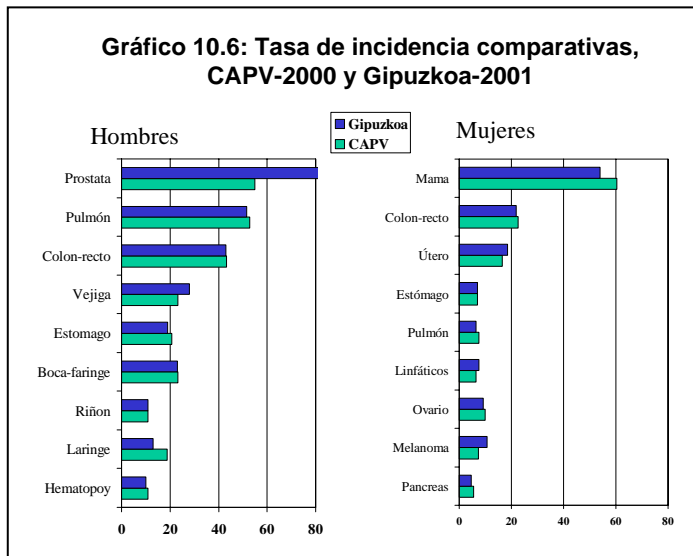
En el gráfico 10.4, observamos que se mantiene elevadas las tasas de localización prostática que en años anteriores había registrado un incremento reseñable. La localización en pulmón que ocupa el segundo lugar aumenta ligeramente.

Gráfico 10.5. Tasas de incidencia de cáncer por 100.000 (ajustadas a la población mundial) específicas por localización en mujeres. Gipuzkoa 1986-2001



La mama sigue siendo la localización más frecuente en mujeres, confirmándose la tendencia al descenso iniciada en el bienio 99-2000 y, que tuvo lugar tras la primera vuelta del screening. La segunda posición, tal y como se ha señalado anteriormente, la sigue ocupando el colon y recto, con un aumento de la tasa de incidencia. Por otra parte, podemos observar que, por primera vez, el melanoma supera la tasa del 10 por 100.000 en la tabla debido al aumento de la incidencia.

Situación de Gipuzkoa con respecto a la CAPV



Se presenta la comparación de la incidencia de cáncer en la CAPV del año 2000 (último año disponible al cierre de esta memoria) y la incidencia de Gipuzkoa del 2001. En el total de tumores registrados para todas las localizaciones no se constatan grandes diferencias en las tasas ajustadas entre Gipuzkoa y la CAPV, aunque éstas son ligeramente más elevadas en Gipuzkoa sobre todo en hombres.

Entre las localizaciones más frecuentemente afectadas en hombres, en el año 2001, cabe

señalar que en Gipuzkoa el cáncer de próstata continúa presentando tasas notablemente superiores respecto a las de la CAPV del 2000. En hombres esta localización es la causante del incremento de la tasa global de Gipuzkoa en relación a la CAPV. Existen en hombres diferencias menores en otras localizaciones. Así, en vejiga las tasas de incidencia ajustadas son ligeramente superiores en Gipuzkoa, mientras que en las localizaciones de pulmón y laringe son superiores en la CAPV.

Respecto a las mujeres la diferencia más notable se da en los tumores de mama cuya tasa es más baja en Gipuzkoa. Por el contrario, el melanoma registra tasas más altas en Gipuzkoa que en la CAPV.

Indicadores de calidad de la información

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

- No hay ningún caso con edad desconocida.
- El porcentaje de casos incidentes cuya única fuente de información es el Certificado de Defunción para cada localización, se mantiene por debajo del 4% tanto en hombres como en mujeres.
- El porcentaje de casos totales con verificación citológica y/o verificación histológica entre los varones fue del 89,1% y entre las mujeres el porcentaje es del 87,1%.
- La frecuencia de casos con localización "sitio primario desconocido" entre los varones es del 3,9% entre todas las localizaciones, mientras que entre las mujeres es del 4,1%.

Tabla 10.3: Distribución porcentual de los tumores invasivos según indicadores de calidad.
Gipuzkoa 2001

VARONES	
Nº casos	2.088
% Verificación citología y/o histología	89,1
% Sitio 1º desconocido	3,9
% Notificados por certificado de defunción	2,4
% Solo certificado de defunción	1,7
MUJERES	
Nº casos	1.240
% Verificación citología y/o histología	87,1
% Sitio 1º desconocido	4,1
% Notificados por certificado de defunción	5,2
% Solo certificado de defunción	3,6

*Cierre provisional (mayo de 2005)

Evolución del Cáncer en el Territorio Histórico de Gipuzkoa

Se presentan la incidencia anual para cada sexo, con sus tasas brutas y estandarizadas por edad utilizando el método directo y como referencia la población mundial. En hombres se observa un incremento paulatino tanto en el número de casos como en las tasas bruta y ajustada. En cambio, en mujeres los tres indicadores descienden ligeramente. Por otra parte, el indicador de calidad utilizado (porcentaje de casos cuya única fuente ha sido el boletín estadístico de defunción-SCD) ha mejorado en los años de vida del registro.

Tabla 10.4: Evolución de la incidencia de tumores invasivos e indicadores de calidad más relevantes.
Gipuzkoa 1992-2001

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
VARONES										
nº casos	1.524	1.492	1.625	1.570	1.658	1.759	1.738	1.994	2.032	2.088
Tasa bruta	460,3	451,7	489,2	473,1	499,9	530,5	524,5	602,1	613,8	631,8
Tasa ajustada	325,6	309,9	314,8	304,5	320,0	322,5	323,2	361,9	355,3	358,2
solo certificado de defunción	4,8	3,9	3,8	2,8	3,1	2,5	2,5	2,4	1,7	1,7
MUJERES										
nº casos	948	1.062	1.108	1.131	1.116	1.286	1.294	1.294	1.304	1.240
Tasa bruta	276,5	310,1	322,0	328,5	324,0	373,2	375,3	375,1	377,7	361,4
Tasa ajustada	160,0	176,0	188,1	189,8	182,8	210,1	209,9	207,0	203,8	189,5
solo certificado de defunción	5,7	4,3	3,8	5,1	3,9	4,4	2,8	3,2	3,1,	3,6

Anexo 1

Sistema de Información Microbiológica. Gipuzkoa 2004

Mycobacterias

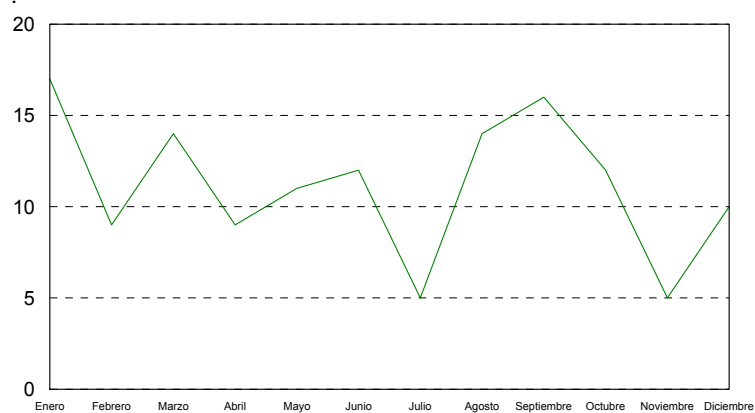
1. Según centro declarante

Centro	M.tuberculosis
L.U.D.	81
H. Bidasoa	5
H.Mendaro	12
H. Zumarraga	22
H. Alto Deba	13
Total	133

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
< de 1 año	0	1	1
de 1 a 9 años	1	0	1
de 10 a 19 años	4	2	6
de 20 a 29 años	15	16	31
de 30 a 39 años	23	9	32
de 40 a 49 años	8	7	15
de 50 a 59 años	5	2	7
de 60 a 69 años	6	1	7
de 70 a 79 años	7	2	9
más de 80 años	8	3	11
No consta	7	6	13
Total	84	49	133

4. Según mes de declaración



Neisseria Meningitidis

1. Según centro declarante y serogrupo

Centro	N.men B	N.men C	Sp	Total
L.U.D.	7	2	-	9
Bidasoa	-	-	1	1
H.Mendaro	1	-	1	2
Total	8	2	2	12

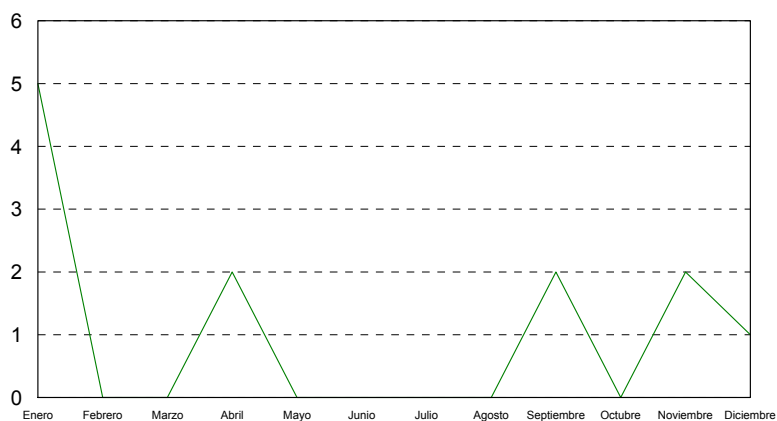
2. Según grupo de edad y serogrupo

Grupo de edad	N.men B	N.men C	Sp	Total
menos de 1 año	1	-	-	1
de 1 a 9 años	5	1	-	6
de 10 a 19 años	-	1	1	2
de 20 a 29 años	-	-	-	-
de 30 a 39 años	-	-	-	-
de 40 a 49 años	-	-	1	1
de 50 y más	2	-	-	2
TOTAL	8	2	2	12

3. Muestra según serogrupo

Muestra	N.meninB	N.meninC	Sp	Total
Sangre	4	1	-	5
L.C.R.	4	1	2	7
Total	8	2	2	12

4. Según mes de declaración



Streptococcus Pneumoniae

1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	62
H.Bidasoa	8
H.Mendaro	30
H.Zumarraga	8
H. Alto Deba	7
Total	115

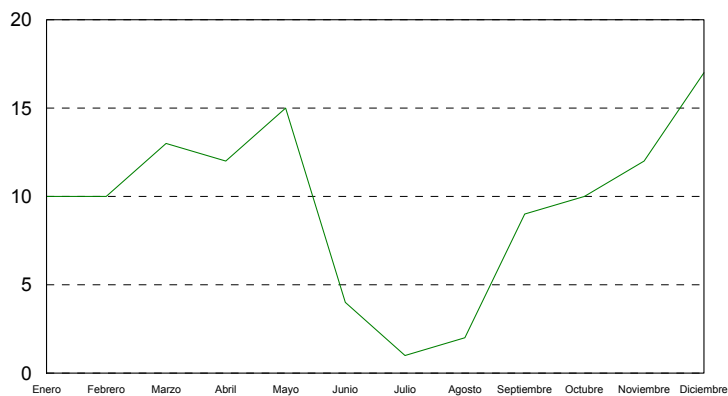
2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	3	1	4
de 1 a 9 años	5	9	14
de 10 a 19 años	1	1	2
de 20 a 29 años	3	1	4
de 30 a 39 años	3	1	4
de 40 a 49 años	12	2	14
de 50 a 59 años	6	1	7
de 60 a 69 años	11	5	16
de 70 a 79 años	11	10	21
más de 80 años	10	11	21
No consta	5	3	8
Total	70	45	115

3. Según muestra

Muestra	Nº
L.C.R	4
Sangre	111
Total	115

4. Según mes de declaración



Legionella

1. Según centro declarante

Centro	N1
L.U.D.	30
H.Zumarraga	2
H. Mendaro	4
Total	36

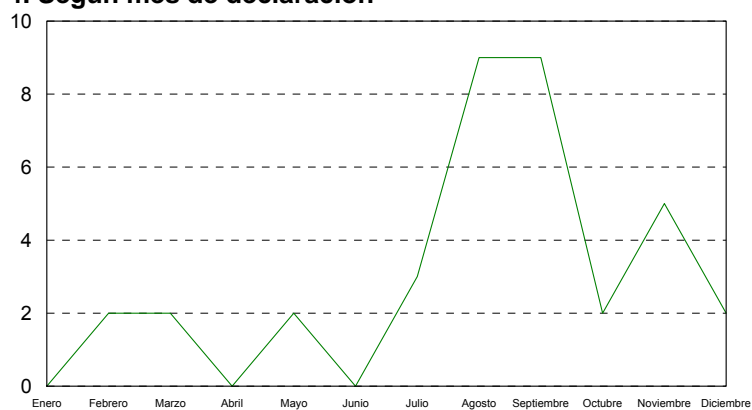
2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
de 30 a 39 años	1	-	1
de 40 a 49 años	7	1	8
de 50 a 59 años	9	2	11
de 60 a 69 años	8	-	8
de 70 a 79 años	4	3	7
más de 80 años	-	1	1
Total	29	7	36

3. Según tipo de muestra

Muestra	Nº
Suero	3
Orina	33
Total	36

4. Según mes de declaración



Coxiella Burnetti

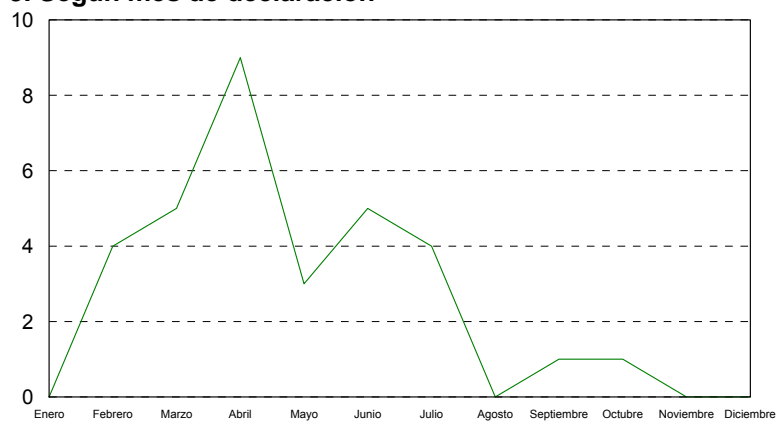
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D:	31
H. Alto Deba	1
Total	32

2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	No consta	Hombre	Mujer	Total
de 10 a 19 años	-	1	1	2
de 20 a 29 años	-	3	-	3
de 30 a 39 años	-	3	2	5
de 40 a 49 años	-	12	2	14
de 50 a 59 años	-	1	-	1
de 60 a 69 años	-	1	1	2
>14 años	-	5	-	5
Total	-	26	6	32

3. Según mes de declaración



Mycoplasma pneumoniae

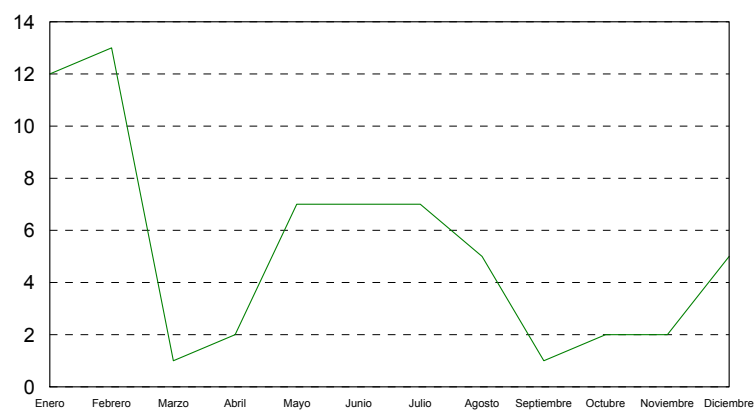
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D:	62
H. Alto Deba	2
Total	64

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
de 1 a 9 años	19	20	39
de 10 a 19 años	2	3	5
de 20 a 29 años	2	1	3
de 30 a 39 años	2	1	3
de 40 a 49 años	-	1	1
De 50 a 59 años	2	-	2
Mayor de 80 años	1	-	1
No consta	6	3	9
Total	34	29	63

3. Según mes de declaración



Virus sincitial respiratorio

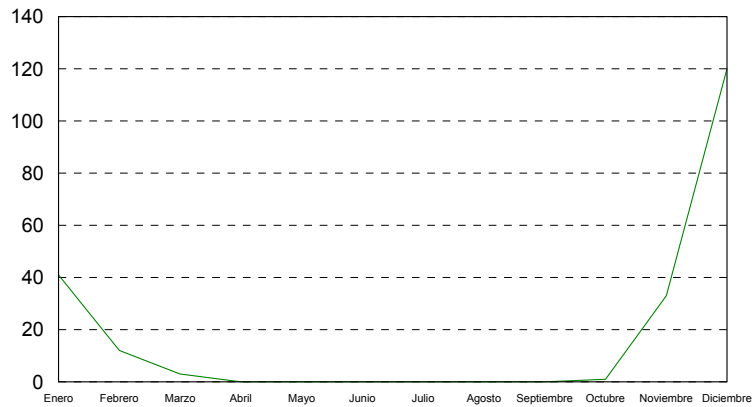
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D:	186
H. Zumarraga	24
Total	210

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
< 1 año	91	75	166
De 1 a 9 años	18	18	36
De 10 a 19 años	1	-	1
No consta	4	3	7
Total	114	96	210

3. Según mes de declaración



Hepatitis A

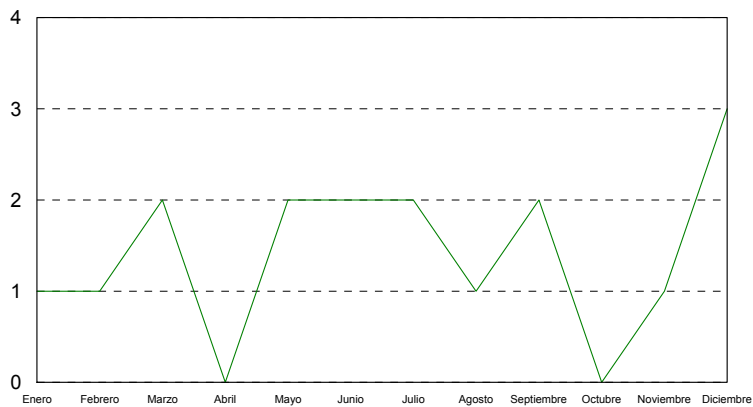
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	17
Total	17

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
de 1 a 9 años	4	0	4
de 10a 19 años	3	1	4
de 20 a 29 años	3	1	4
de 30 a 39 años	2	2	4
de 40 a 49 años	0	1	1
Total	12	5	17

3. Según mes de declaración



Otras Salmonellas

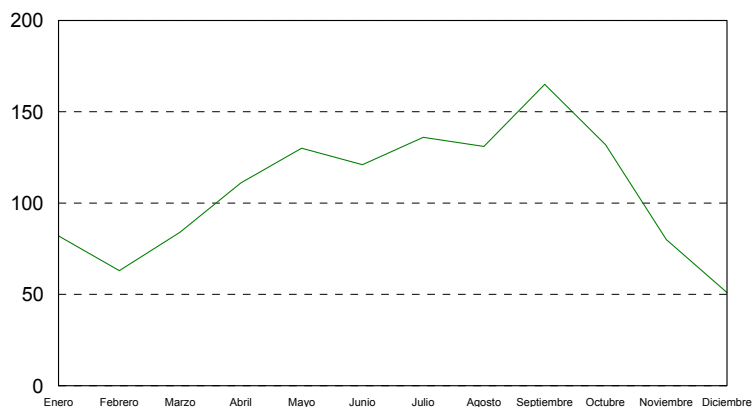
1. Según centro declarante

CENTRO	L.U.D.	H. ZUMARRAGA	H. ALTO DEBA	H.BIDASOA	H. MENDARO	TOTAL
S. typhimurium	88	6	19	24	14	151
S. braederup	1	-	-	1	-	2
S. derby	-	-	-	-	1	1
S. grupo C	-	3	1	-	-	4
S. E. london	3	-	2	-	3	8
S. hadar	7	-	-	-	-	7
S. infantis	2	-	-	1	-	3
S. montevideo	7	-	-	1	-	8
S. newport	2	-	-	-	1	3
S. grupo D	-	3	-	-	-	3
S. grupo B	-	3	-	1	-	4
S. enteritidis	607	124	90	140	88	1049
Salmonella spp	23	6	1	9	4	43
Total	740	145	113	177	111	1286

2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	32	31	63
de 1 a 9 años	279	246	525
de 10 a 19 años	53	29	82
de 20 a 29 años	65	57	122
de 30 a 39 años	43	40	83
de 40 a 49 años	38	30	68
de 50 a 59 años	39	38	77
de 60 a 69 años	41	39	80
de 70 a 79 años	27	45	72
más de 80 años	13	19	32
no consta	38	44	82
Total	668	618	1286

3. Según mes de declaración



Campylobacter

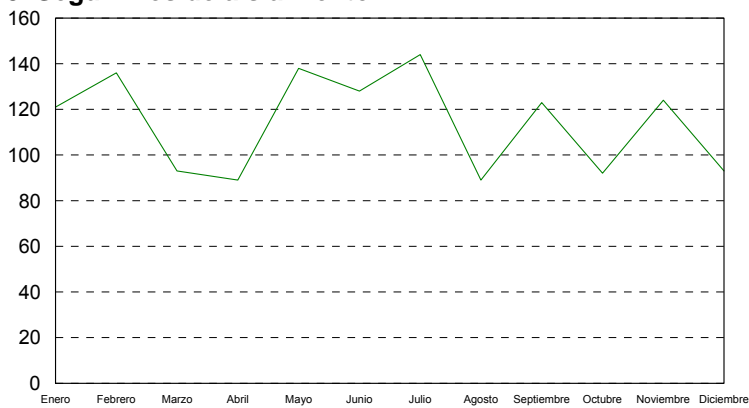
1. Según centro declarante

Centro	C. jejuni	Campyl. sp.	C. fetus	Total
L.U.D.	868	2	-	870
H. Zumarraga	108	-	-	108
H. Alto Deba	89	-	-	89
H. Bidasoa	187	-	-	187
H. Mendaro	104	10	1	115
Total	1356	12	1	1.369

2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	113	81	194
de 1 a 9 años	473	381	854
de 10 a 19 años	11	11	22
de 20 a 29 años	21	10	31
de 30 a 39 años	14	7	21
de 40 a 49 años	13	7	20
de 50 a 59 años	11	14	25
de 60 a 69 años	21	15	36
de 70 a 79 años	17	12	29
más de 80 años	10	6	16
no consta	69	52	121
Total	773	596	1369

3. Según mes de aislamiento



Rotavirus

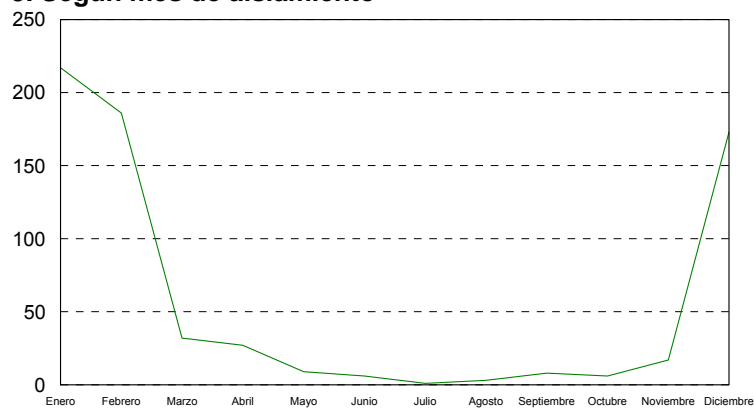
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	535
H. Zumarraga	36
H. Alto Deba	1
H. Bidasoa	59
H. Mendaro	54
TOTAL	685

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	153	104	257
de 1 a 9 años	196	166	362
de 10 a 19 años	2	3	5
de 20 a 29 años	-	1	1
de 40 a 49 años	1	-	1
de 50 a 59 años	3	-	3
de 60 a 69 años	1	1	2
no consta	29	24	53
Total	385	299	684

3. Según mes de aislamiento



Yersinia

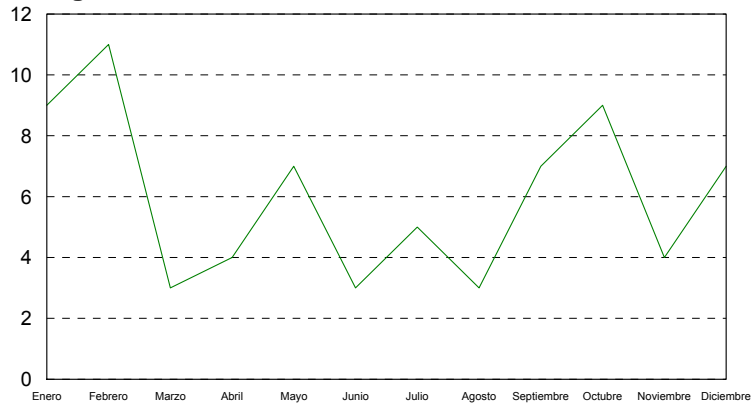
1. Según centro declarante

Centro	Nº
L.U.D.	50
H. Zumarraga	7
H. Bidasoa	13
H. Mendaro	2
TOTAL	72

2. Según grupo de edad y sexo

Grupo de edad	Hombre	Mujer	Total
menos de 1 año	1	7	8
de 1 a 9 años	19	19	38
de 10 a 19 años	2	2	4
De 20 a 29 años	2	3	5
de 30 a 39 años	2	3	5
De 50 a 59 años	-	1	1
de 60 a 69 años	1	1	2
no consta	2	7	9
Total	29	43	72

3. Según mes de aislamiento



Shigella

1. Según centro declarante y especie

Centro	S. flexneri	S. sonnei	S. sp	Total
L.U.D.	5	4	2	11
H. Zumarraga	1	-	-	1
Total	6	4	2	12

2. Según grupo de edad y sexo

Grupos de edad	Hombre	Mujer	Total
De 1 a 9 años	1	2	3
de 20 a 29 años	-	2	2
de 30 a 39 años	1	2	3
De 40 a 49 años	1	1	2
De 60 a 69 años	1	-	1
no consta	1	-	1
Total	5	7	12

3. Según mes de aislamiento

Mes	TOTAL
febrero	1
abril	2
septiembre	3
octubre	1
noviembre	4
diciembre	1
Total	12

Anexo 2

Tablas Registro de Cáncer

Tabla X.1.- Incidencia de tumores malignos en hombres. Gipuzkoa 2001

CIE-O-II-LOCALIZACION	CASOS	Notificado Certificado Defunción %	Verificación Histológica- Citológica %	Solo certificado defunción DCO %	Tasa Bruta	Tasa Ajustada (población mundial)
C00 LABIO	8	-	100	-	2,42	1,33
C01 BASE DE LA LENGUA	1	-	100	-	0,3	0,18
C02 OTRAS PARTES Y NO ESP. LENGUA	17	-	100	-	5,14	3,27
C03 ENCIA	4	-	100	-	1,21	0,82
C04 SUELO BOCA	9	-	100	-	2,72	1,72
C05 PALADAR	6	-	100	-	1,82	1,3
C06 OTRAS Y NO ESPEC DE BOCA	9	-	100	-	2,72	1,64
C07 GLANDULA PAROTIDA	6	-	83,4	-	1,82	1,14
C08 OTRAS GLAND SALIVALES MAY.	3	-	100	-	0,91	0,55
C09 AMIGDALA	9	-	100	-	2,72	1,83
C10 OROFARINGE	7	-	100	-	2,12	1,4
C11 NASOFARINGE	5	-	100	-	1,51	0,96
C12 SENO PIRIFORME	15	-	100	-	4,54	2,93
C13 HIPOFARINGE	9	-	100	-	2,72	1,76
C14 FARINGE Y MAL DEFINIDOS	11	-	100	-	3,33	2,22
C15 ESOFAGO	45	-	97,8	-	13,62	8,18
C16 ESTOMAGO	115	0,9	94,8	0,9	34,8	18,99
C17 INTESTINO DELGADO	2	-	100	-	0,61	0,43
C18 COLON	169	1,8	95,9	0,6	51,14	27,96
C19 UNION RECTOSIGMOIDEA	27	-	88,9	-	8,17	4,54
C20 RECTO	64	-	98,4	-	19,37	10,61
C21 ANO Y CANAL ANAL	1	-	100	-	0,3	0,1
C22 HIGADO Y VIAS BILIR. INTRAHEP.	52	7,7	40,4	5,8	15,74	8,23
C23 VESICULA BILIAR	6	-	66,7	-	1,82	0,71
C24 NO ESPECIFIC. DE VIAS BILIARES	12	-	41,7	-	3,63	1,73
C25 PANCREAS	41	2,4	48,8	2,4	12,41	7
C26 OTRAS LOC. Y MAL DEFIN. AP. DIG.	4	-	50	-	1,21	0,55
C30 FOSA NASAL Y OIDO MEDIO	-	-	-	-	-	-
C31 SENOS ACCESORIOS	3	-	100	-	0,91	0,48
C32 LARINGE	67	-	98,5	-	20,28	12,86
C33 TRAQUEA	-	-	-	-	-	-
C34 BRONQUIO Y PULMON	295	2,4	86,5	1,4	89,27	51,53
C37 TIMO	1	-	100	-	0,3	0,16
C38 CORAZON, MEDIASTINO Y PLEURA	7	-	85,7	-	2,12	1,18
C39 OT. Y MAL DEF. AP. RESP.E INTRAT.	-	-	-	-	-	-
C40 HUESO, ARTIC. Y CART. DE EXTR.	-	-	-	-	-	-
C41 O. LOC. Y MAL DEFINIDAS	1	-	100	-	0,3	0,14
C42 SIST. HEMATOPOYETICO Y RETIC.	46	6,5	89,1	2,2	13,92	10,11
C44 PIEL	40	-	100,0	-	12,10	7,51
C47 NERVIOS PERIF. Y SIS. NERV. AUT.	-	-	-	-	-	-
C48 RETROPERITONEO Y PERITONEO	2	-	100,0	-	0,61	0,37
C49 TEJ. CONJUNTIVO, SUBCUT. OTROS	15	-	93,3	-	4,54	3,3
C50 MAMA MASCULINA	5	20	80	20	1,51	0,83
C60 PENE	6	-	100	-	1,82	0,92
C61 GLANDULA PROSTATICA	519	3,3	93,7	2,5	157,06	81,26
C62 TESTICULO	13	7,7	92,3	7,7	3,93	3,21
C63 OTRAS LOC. Y NO ESPECIFICADAS	-	-	-	-	-	-
C64 RIÑON	60	1,7	88,3	1,7	18,16	10,91
C65 PELVIS RENAL	5	-	80	-	1,51	0,83
C66 URETER	5	-	100	-	1,51	1,03
C67 VEJIGA	165	0,6	95,1	0,6	49,93	27,91
C68 OTRAS LOC. Y NO ESPECIFICADAS	-	-	-	-	-	-
C69 OJOS Y ANEXOS	1	-	100	-	0,3	0,14
C70 MENINGES	2	-	100	-	0,61	0,31
C71 ENCEFALO	29	3,4	79,3	-	8,78	6,12
C72 MEDULA ESP. NERV. CRAN. Y OTR.	-	-	-	-	-	-
C73 GLANDULA TIROIDES	8	-	100	-	2,42	1,73
C74 GLANDULA SUPRARRENAL	2	-	50	-	0,61	0,24
C75 O. GLAND. ENCOCR. Y ESTR. AFIN.	1	-	100	-	0,3	0,32
C76 LOCALIZ. MAL DEFINIDAS	1	-	100,0	-	0,3	0,1
C77 GANGLIOS LINFATICOS	49	-	98	-	14,83	9,4
C80 LOC. PRIMARIA DESCONOCIDA	83	12	54,2	9,6	25,12	13,25
TODAS LAS LOCALIZACIONES	2.088	2,4	89,1	1,724	631,86	358,23

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

Tabla X.2.- Casos y tasas de tumores malignos en mujeres. Gipuzkoa 2001

CIE-O-II-LOCALIZACION	CASOS	Notificado Certificado Defunción %	Verificación Histológica + Citológica %	Solo certificado defunción DCO %	Tasa Bruta	Tasa Ajustada (población mundial)
C00 LABIO	1	-	100	-	0,29	0,05
C01 BASE DE LA LENGUA	1	-	100	-	0,29	0,25
C02 OTRAS PARTES Y NO ESP. LENGUA	9	-	100	-	2,62	1,79
C03 ENCIA	4	-	100	-	1,17	0,52
C04 SUELO BOCA	2	-	100	-	0,58	0,41
C05 PALADAR	-	-	-	-	-	-
C06 OTRAS Y NO ESPEC DE BOCA	1	-	100	-	0,29	0,11
C07 GLANDULA PAROTIDA	2	-	100	-	0,58	0,42
C08 OTRAS GLAND SALIVALES MAY.	-	-	-	-	-	-
C09 AMIGDALA	-	-	-	-	-	-
C10 OROFARINGE	-	-	-	-	-	-
C11 NASOFARINGE	1	-	100	-	0,29	0,22
C12 SENO PIRIFORME	1	-	100	-	0,29	0,22
C13 HIPOFARINGE	-	-	-	-	-	-
C14 FARINGE Y MAL DEFINIDOS	3	-	100	-	0,87	0,59
C15 ESOFAGO	13	7,7	92,3	7,7	3,79	1,35
C16 ESTOMAGO	65	13,8	78,5	10,8	18,94	7,03
C17 INTESTINO DELGADO	-	-	-	-	-	-
C18 COLON	126	4	88,1	4	36,72	16
C19 UNION RECTOSIGMOIDEA	12	-	100	-	3,5	1,65
C20 RECTO	32	3,1	93,8	3,1	9,33	4,17
C21 ANO Y CANAL ANAL	5	-	100	-	1,46	0,87
C22 HIGADO Y VIAS BILIR. INTRAHEP.	19	42,1	36,9	36,8	5,54	1,64
C23 VESICULA BILIAR	17	-	58,8	-	4,95	1,52
C24 NO ESPECIFIC. DE VIAS BILIARES	10	10	40	-	2,91	1,06
C25 PANCREAS	38	13,2	42,1	7,9	11,08	4,62
C26 OTRAS LOC. Y MAL DEFIN. AP. DIG.	1	-	-	-	0,29	0,05
C30 CAVIDAD NASAL, ETC	1	-	100	-	0,29	0,22
C31 SENOS ACCESORIOS	-	-	-	-	-	-
C32 LARINGE	5	-	100	-	1,46	1,03
C33 TRAQUEA	-	-	-	-	-	-
C34 BRONQUIO Y PULMON	45	8,9	84,5	6,7	13,12	6,44
C37 TIMO	-	-	-	-	-	-
C38 CORAZON, MEDIASTINO Y PLEURA	1	-	100	-	0,29	0,15
C39 OT. Y MAL DEF. AP. RESP.E INTRAT.	-	-	-	-	-	-
C40 HUESO, ARTIC. Y CART. DE EXTR.	-	-	-	-	-	-
C41 O. LOC. Y MAL DEFINIDAS	3	33,3	66,7	-	0,87	0,38
C42 SIST. HEMATOPOYETICO Y RETIC.	43	7	76,7	2,3	12,53	6,36
C44 PIEL	64	-	100,0	-	18,65	12,87
C47 NERVIOS PERIF. Y SIS. NERV. AUT.	-	-	-	-	-	-
C48 RETROPERITONEO Y PERITONEO	5	-	100,0	-	1,46	0,66
C49 TEJ. CONJUNTIVO, SUBCUT. OTROS	9	11,1	88,9	-	2,62	2,01
C50 MAMA FEMENINA	316	3,2	95,9	2,8	92,1	53,99
C51 VULVA	11	-	100	-	3,21	1,35
C52 VAGINA	1	-	100	-	0,29	0,22
C53 CUELLO DEL UTERO	21	-	100	-	6,12	3,85
C54 CUERPO DEL UTERO	90	-	98,9	-	26,23	14,43
C55 UTERO, SAI	3	33,3	33,3	33,3	0,87	0,34
C56 OVARIO	54	3,7	92,6	-	15,74	9,24
C57 O. LOC. Y NO ESPECIFICADAS	2	-	100	-	0,58	0,37
C58 PLACENTA	-	-	-	-	-	-
C64 RIÑON	21	-	90,5	-	6,12	3,03
C65 PELVIS RENAL	-	-	-	-	-	-
C66 URETER	1	-	100	-	0,29	0,11
C67 VEJIGA	31	3,2	90,3	-	9,04	3,71
C68 OTRAS LOC. Y NO ESPECIFICADAS	-	-	-	-	-	-
C69 OJOS Y ANEXOS	2	-	100	-	0,58	0,1
C70 MENINGES	-	-	-	-	-	-
C71 ENCEFALO	31	3,2	74,2	-	9,04	4,76
C72 MEDULA ESP. NERV. CRAN. Y OTRO	2	-	100	-	0,58	0,42
C73 GLANDULA TIROIDES	25	-	100	-	7,29	4,99
C74 GLANDULA SUPRARRENAL	4	25	75	25	1,17	1,12
C75 O. GLAND. ENCOCR. Y ESTR. AFIN.	-	-	-	-	-	-
C76 LOCALIZ. MAL DEFINIDAS	2	-	100	-	0,58	0,1
C77 GANGLIOS LINFATICOS	33	-	96,9	-	9,62	7,44
C80 LOC. PRIMARIA DESCONOCIDA	51	17,6	49,1	11,8	14,86	5,31
TODAS LAS LOCALIZACIONES	1.240	5,2	87,1	3,6	361,40	189,54

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.

