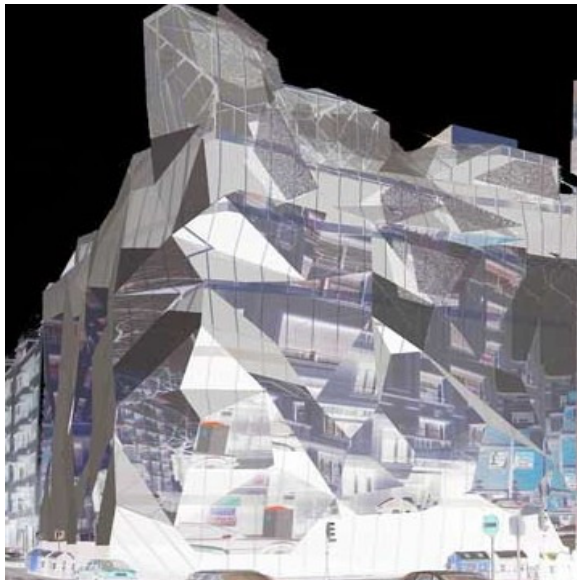


Zaintza Epidemiologikoaren Unitatea
Osasun Sailaren Bizkaiko Lurralde Zuzendaritza

Zainketaren Laburpena 2007. Urtea



Osasun Publikoko Zuzendaritzaordea
Bizkaiko Osasun Lurralde Zuzendaritza

BIZKAIKO ZAINZA EPIDEMIOLOGIKOKO UNITATEKO PERTSONALA 2007 URTEAN

Administrariak

Juan José Aranburu Rojas, Rafael Hurtado de Mendoza Elorduy, Mateo Presa Urarte,
Inmaculada Prieto López, Agustín Virumbrales Santibañez

OLT / EUD

Marta De La Cruz Ortega, Begoña Fraile Cura, Itxaso Gonzalez Sancristobal, José Luis Rodríguez
Murua, Sabino San José Rodríguez, Teresa Sarobe Santesteban

Mediku epidemiologoak

Eva Alonso Fustel, Concha Castells Carrillo, Visitación de Castro Laiz, Marilo Goiri Zabala,
Esther Hernandez Arricibita, Nerea Muniozguren Agirre.

Itzulpena: Marisa Barrena

María Díaz de Haro, 58-60, 48010 Bilbao

Teléfono 94 4031590 -Fax 94 4031568

epidebi-san@ej-gv.es

Aurkibidea

LABURPEN BETEARAZLEA.....	1
SARRERA	3
I. GAIXOTASUN TRANSMITIGARRIEN ZAINKETA ETA JOERA DATUAK	5
2007KO JOERAK	5
2007KO ZAINKETA DATUAK	6
TRANSMITIGARRIEN ZAINKETA ATIK ZRA	7
<i>Amorrua</i>	7
<i>Barizela</i>	8
<i>Botulismoa</i>	8
<i>Bruzelosia</i>	9
<i>Campylobacteriosia</i>	9
<i>Chagas-en gaixotasuna</i>	9
<i>Chikungunya</i>	10
<i>Creutzfeld-Jakob (CJG)</i>	11
<i>Dengea eta denge hemorragikoa</i>	11
<i>Difteria</i>	13
<i>Disenteria / Shigelosia</i>	13
<i>Elgorria</i>	14
<i>Elikagaiengatiko toxiinfekzioak (ETIak)</i>	14
<i>Errubeola</i>	15
<i>Eskabiosia (Hazteria, akariasia)</i>	16
<i>Estreptokoko A taldea (S.pyogenes), gaixotasun erasotzailea</i>	16
<i>Gripea (Influenza)</i>	17
<i>Gripea – hegaztien</i>	18
<i>Haemophilus influenzae b motakoa</i>	19
<i>Hepatitisa, A motakoa</i>	20
<i>Hepatitisa akutua, B motakoa</i>	20
<i>Hepatitisa, C motakoa</i>	21
<i>HIESa eta GIBa</i>	21
<i>Infekzio gonokozikoa (Gonokozia)</i>	23
<i>Izurria</i>	23
<i>Kingella kingae</i>	24
<i>Kolera</i>	25
<i>Kukutxetzula / Pertussis</i>	25
<i>Legenarra</i>	26
<i>Legionellosia</i>	27
<i>Listeriosia</i>	28
<i>Lyme gaixotasuna</i>	29
<i>Meningitis bakterianoak</i>	29
<i>Meningitis birikoak</i>	30
<i>Meningokozikoa, gaixotasun</i>	31
<i>Paludismoa / Malaria</i>	32
<i>Parotiditis birikoa (hazizurriak)</i>	34
<i>Poliomielitisa</i>	35
<i>Q Sukarra</i>	36
<i>Rotabirusa</i>	36
<i>Salmonellosia</i>	37
<i>SARM (Metizilinarekiko Erresistentea den “Staphylococcus Aureus” a)</i>	38
<i>Sexu-transmisiozko gaixotasunak (STG), beste batzuk</i>	38
<i>Sífilia</i>	38
<i>Sukar horia</i>	38
<i>Sukar tifo-paratifikoa</i>	39
<i>Tetanosa</i>	39
<i>Tuberkulosia</i>	40
<i>Tularemia</i>	42
<i>Yersiniosia</i>	42

II. IMMUNIZAZIOAK	43
III. GAIXOTASUN EZ-TRANSMITIGARRIEN ZAINKETA ETA JOERA	46
A- MINBIZIA	46
<i>Biriketako Minbizia</i>	49
<i>Bularreko Minbizia</i>	51
<i>Kolon eta Ondesteko Minbizia</i>	53
<i>Utero lepoko minbizia</i>	54
B- DIABETES <i>MELLITUS</i>	57
C.- GAIXOTASUN ZEREBROBASKULARRA (GZB)	61
D.- KARDIOPATIA ISKEMIKOA. MIOKARDIO INFARTUA.....	64
IV. OSPITALEKO ERIKORTASUNA. 2006	66
V. HILKORTASUN ERREGISTROA	72

ERANSKINAK

1. <i>ERANSKINA</i>	82
2. <i>ERANSKINA</i>	83
3. <i>ERANSKINA</i>	89
4. <i>ERANSKINA</i>	94
5. <i>ERANSKINA</i>	95

ERABILITAKO LABURDURAK:

ABG	_____	Aitortu Beharreko Gaixotasuna
Ac.	_____	Antigorpuzki
Ag.	_____	Antigenoa
AK	_____	Aldaketa Klinikoa
AMR	_____	<i>American Region</i> (WHO)
ASAL	_____	Arnas Sindrome Akutu Larria
BBZ	_____	Barizela-Zoster Birusa
BCG	_____	<i>Bacillus Calmette-Guerin</i> (tuberkulosiaren txertoa)
BH	_____	B hepatitis
BGBK	_____	Biriketako Gaixotasun Buxatzaile Kronikoa
BPDH	_____	Bide Parenteraleko Droga Hartzaila
CJG	_____	Creutzfeld-Jacob Gaixotasuna
DBH	_____	Derrigorrezko Bigarren Hezkuntza
Diag.	_____	Diagnostikoa
DM	_____	<i>Diabetes Mellitus</i>
DTP	_____	<i>Diphtheria Tetanos Pertussis</i> (txertoa)
EAE	_____	Euskal Autonomia Erkidegoa
ECRHS	_____	<i>European Community Respiratory Health Survey</i>
EI1	_____	<i>Epidemic Index 1</i>
EI2	_____	<i>Epidemic Index 2</i>
ELISA	_____	Enzyme-linked InmunoSorbent Assay
EMR	_____	<i>East Mediterranean Región</i> (WHO)
ETI	_____	Elikagaiengatiko Toxi-Infekzioa
EUR	_____	<i>European Region / Región Europea</i> (OMS)
EZN	_____	Epidemiologiako Zentro Nazionala
GBUP	_____	Galdutako Bizitza-urte Potentzialak
GIB	_____	Giza Immunoeskasiaren Birusa
GNS	_____	Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapena
GOMD	_____	Gutxieneko Oinarrizko Datu Multzoa
GPE	_____	Gaixotasun Pneumokoziko Erasotzailea
GTEE	_____	Gizakien artean Transmigarria den Entzefalopatia Espongiformea
HBV	_____	<i>Hepatitis B Virus</i>
HCV	_____	<i>Hepatitis C Virus</i>
HEA	_____	Hilkortasun Estandarizatuaren Arrazoa
Hib	_____	<i>Haemophilus influenza</i> mota b (txertoa)
HIES	_____	Hartutako Immunoeskasiaren Sindromea
HB	_____	Hirukoitz Biriko (txertoa)
HTE	_____	Hilkortasun Tasa Estandarizatu
ICD	_____	<i>International Clasification of Diseases</i>
IgG	_____	G Immunoglobulina
IgM	_____	M Immunoglobulina
IHV	_____	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IMS	_____	Informazio Mikrobiologikoko Sistema
LH	_____	Lurralde Historikoa
LZR	_____	Likido Zefalorrakideoa
MIA	_____	Miokardioko Infartu Akutua
OME	_____	Osasunaren Mundu Erakundea (WHO)
OSALAN	_____	Laneko Segurtasun eta Osasuneko Euskal Institutua
PCR	_____	<i>Polimerase Chain Reaction</i> (Polimerasaren erreakzio kateatua)
RCEME	_____	Registro de Cáncer de Euskadi – <i>Euskadiko Minbizi Erregistroa</i>
SES	_____	Sortzetiko Errubeola Sindromea
STG	_____	Sexu bidez Trasmittitutako Gaixotasuna
TE	_____	Tasa Estandarizatu
TG	_____	Tasa Gordina
VPO	_____	<i>Virus Polio</i> Orala
WHO	_____	World Health Organization
WNV	_____	<i>West Nile Virus</i>
ZEU	_____	Zainketa Epidemiologikoko Unitate
ZIU	_____	Zainketa Intentsiboen Unitate

LABURPEN BETEARAZLEA

Txosten honek, Bizkaian Osasun Publikoaren zainketapean dauden gaixotasun garrantzitsuenen azterketa zehatza izan nahi du; betiere, epidemiologia deskribatzaileari jarraiki. 2007. urtean ikusitako gertaera eta joeretan arreta jartzen du. Hona hemen gertakaririk aipagarrienak:

- Parotiditis birikoaren 681 kasu aitortu dira; agerraldi epidemikoak berean darrai. Kasuen herena konfirmatu egin da. IgM negatiboa konstatatzen jarraitzen dugu txertatutako kasu askotan, nahiz eta klinika eta epidemiologikoki konfirmaturik egon, baita birusa identifikaturik egonik ere (isolatuz edota PCR bidez).
- Aitortutako kukutxeztul kasu kopurua 19koa izan da. Azken bosturtekoan jaso den zifrarik altuena (mediana 2 kasu). Kasurik gehienak (%74) 18 hilabetetik beherako umeetan gertatu dira. Umeok lehen-txertaketa osatu gabe zeukaten.
- Sifilis kasuak gehitzen ari dira, baita *Chlamydia trachomatis* delakoak sortutako infekzioak eta sexu bidez transmititutako beste gaixotasun batzuk ere (STG).
- 2005. urtetik genekarren A hepatitisaren uhin epidemikoa amaitu da. Berriro ere intzidentzia baxura itzuli gara.
- Azken urteotan IMSk erregistratutako *Salmonella* isolatze kopuruen beheranzko joera konfirmatu egiten da. 2004tik hona %70eko murrizketa gertatu da. Horrek, *Campylobacter*-a diagnostiko mikrobiologikodun bakterio-gastroentirisa sortzen duen lehen eragilea bihurtzen du.
- A taldeko estreptokoko gaixotasun inbaditzailearen (*S. pyogenes*) kasu sekundarioak prebenitzeko protokoloa martxan jarri da. 2007an ikusi den intzidentzia tasa 1,83koa izan da 100.000 biztanleko (21 kasu).
- 2007-2008 denboraldiko gripe-gailurra 2008ko bigarren astean gertatu zen eta denboraldi honetan lortutako tasarik altuena 391 kasutako izan zen 1000.000 biztanleko. A motako birusa (H1N1 azpi-motakoa) eta B motakoak ibili dira. Lehenengo asteetan A motakoa nagusitu zen eta 3. astetik aurrera berriz, B motakoa.
- A/H5N1 birusak eragindako alerta pandemikoaren 3. fasean jarraitzen dugu gizakiengan sortzen da infekzioa gripe birus azpimota berri batek eraginda, baina pertsona batengandik beste batengana transmititzen ez dena edo, goia jota, hurbileko kontaktu bidezko transmisio arraroren bat suerta daiteke.
- Aurten legionelosiaren tasa 100.000 biztanleko 3,8koa da. Azken urteotako baxuena.
- Tuberkulosiaren tasa joan den urteko tasa bezalakoa da, 100.000 biztanleko 22. Pazienteen artean etorkinen kopurua gehitu egin da, kasuen %20a osatuz.
- 2007. urtean Europako hainbat herrialdetan egon dira elgorri agerraldiak. Estatuko zenbait Erkidegotan birusa zirkulazioan dabil. Bizkaian 3 kasu susmagarri aitortu eta protokoloa aplikatu egin da, azkenean baztertu diren arren.
- Orain arte gure inguruan intzidentzia handirik izan ez duten inportatutako zenbait gaixotasun gehitu egin daitezke etorkizunean, batez ere, bidaiengatik, etorkinengatik eta klima aldaketagatik. Laburpen honetan, lehen aldiz Chikungunya sukarra Dengea eta Chagas gaixotasuna aurkezten ditugu.
- 2007. urtean 10.454 ume jaio ziren Bizkaiko Lurralde Historikoan, eta 10.811 pertsona hil ziren. Orain dela zenbait urte hasi zen inmigrazioa gehitzen ari da.

- Bizkaian bizi itzaropena jaiotzean 76,8koa da gizonezkoentzat eta 84,3koa emakumezkoentzat. Osasun Planean 2010erako jarritako helburuak lortu egin dira.
- Hildako gizonezkoen herenak tumoreren batek eragindako heriotza izan du. Hildako emakumezkoen heren bat zirkulazio aparatuko gaixotasun baten ondorioz hil da.
- Bizkaian, urtero, kolon-ondesteko 900 bat minbizi diagnostikatzen dira, biriketako 700 bat, prostatako 700 bat eta bularreko 600 inguru.
- Gaur egungo tasen arabera, 100 gizonezkoetik 4k eta 100 emakumezkoetik 2k kolon-ondesteko minbiziren bat izango dute 75 urte bete baino lehen. Eginkarietan ezkutaturiko odola antzematea eta ondorengo kolonoskopia eraginkorrak izaten dira kolon-ondesteko minbiziaren detekzio goiztiarrerako.
- Giza Papiloma Birusa (GPB) beharrezko kausa da, nahiz eta nahikoa izan ez, utero lepoko minbizia sortzeko. 2007. urtean, GPBri aurkako txertoa EAEko txertaketa egutegian sartu zen, DBH 1. ikasturteko neskatokak (12-13 urte) txertatuz.
- 2005. urterako %4ko diabetes prebalentzia kalkulatu dugu, adinka 2000ko jagoleen ikerketako tasa espezifikoak onartuz eta 45 urtetik gorako helduei Lehen Mailako Arreta zerbitzuetan %20 bahetzea eginez.
- 70 urtetik beherakoen artean 25.000 bizitza urte potentzial (GBUP) galdu ziren 2005. urtean Bizkaian. Biriketako neoplasia gaiztoa da hilkortasun goiztiarraren lehenengo kausa, 3.000 GBUPekin.

SARRERA

Zainketa epidemiologikoak biztanleen osasun baldintzei buruzko datu esanguratsuak eta beharrezkoak era sistematiko, etengabe, egoki eta fidagarrian biltzea hartu du bere gain. Datu hauen azterketak eta interpretazioak erabakiak hartzeko oinarriak ezarri beharko lituzke, eta halaber zabalkundea eman

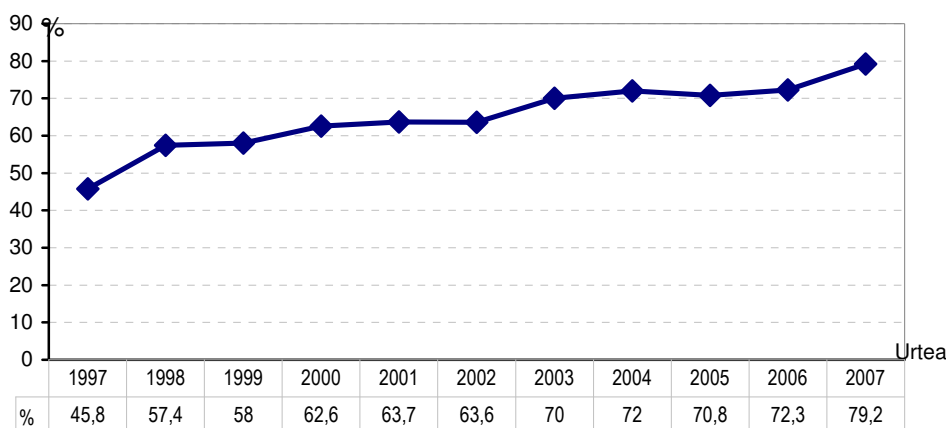
Txosten honetan Bizkaiko Lurralde Historikoan Osasun Publikoarentzat aipagarriak diren gaixotasun transmitigarrien eta ez-transmitigarrien banaketa eta ezaugarriak deskribatzen dira, 2007. urteko datuak kontuan hartuz eta gaixotasun horien joeraren datu historikoak erabiliz.

Txosten hau, aurreko urteetan bezala, gaixotasun transmitigarrien egoera deskribatzen hasten da –alfabetoaren arabera ordenaturik— horien amaieran immunizazioei buruzko kapitulu bat erantsiz; ondoren, gaixotasun ez-transmitigarrien zainketarekin jarraitzen da; gero ospitaleko alden azterketa eta hilkortasun-kausen kapituluak datoz eta, amaitzeko, eranskinak gehitzen dira.

Txosten hau egiteko erabili diren datuak iturri hauetatik lortu ditugu: Aitortu Beharreko Gaixotasunen (ABG) erregistro sistematik, Mediku Jagoleen Zainketa-sistematik, Informazio Mikrobiologikoko Sistematik (IMS), Hilkortasun Erregistrotik, Ospitaleratze Alten Erregistrotik (GODM) eta Minbiziaren Erregistrotik (RCEME).

Txosten hau argitaratzen bada, ondorengo partaidetzari esker da: osasun-zentroen etengabeko lana, laborategi klinikoena, ospitaleena eta, oro har, adierazpena egiten duten mediku guztiena. Horien guztien lana funtsezkoa da zainketa hobetzeko. Hemen deskribatzen diren datuetariko batzuk kasuen diagnostikoa egiten duten medikuek bidalitakoak direnez, ondoren adierazpenen estaldurak aurkezten ditugu:

Derrigorrez aitortu beharreko gaixotasunen aitortpenaren eboluzioa. ABG. Bizkaia. 1997*- 2007



Grafikoak aitortpenaren azken hamarkadako eboluzioa deskribatzen du. 1997tik aurrera nahitaez aitortu beharreko gaixotasun gehienak indibidualki aitortzen dira, kasu bakoitzari dagozkion gutxieneko datu-multzoarekin. Harrezkero aitortpena hobetuz joan da eta 2007an Bizkaian %79,2ko estaldura izan du, aurreko urteetakoa baino altuagoa. Osabide programaren erabilerak Osasun Zentro bakoitzaren aitortpen numerikoa egiterakoan aipatutako estaldura lortzeari lagundu egin dio.

Aitorpenaren hobekuntza eskualde guztietan gertatu da baina oraindik alde nabarmenak daude batetik bestera: Ezkerraldea-Enkarterri eskualdean %63, Uriben %80, Barneko eskualdean %80 eta Bilbaon %91.

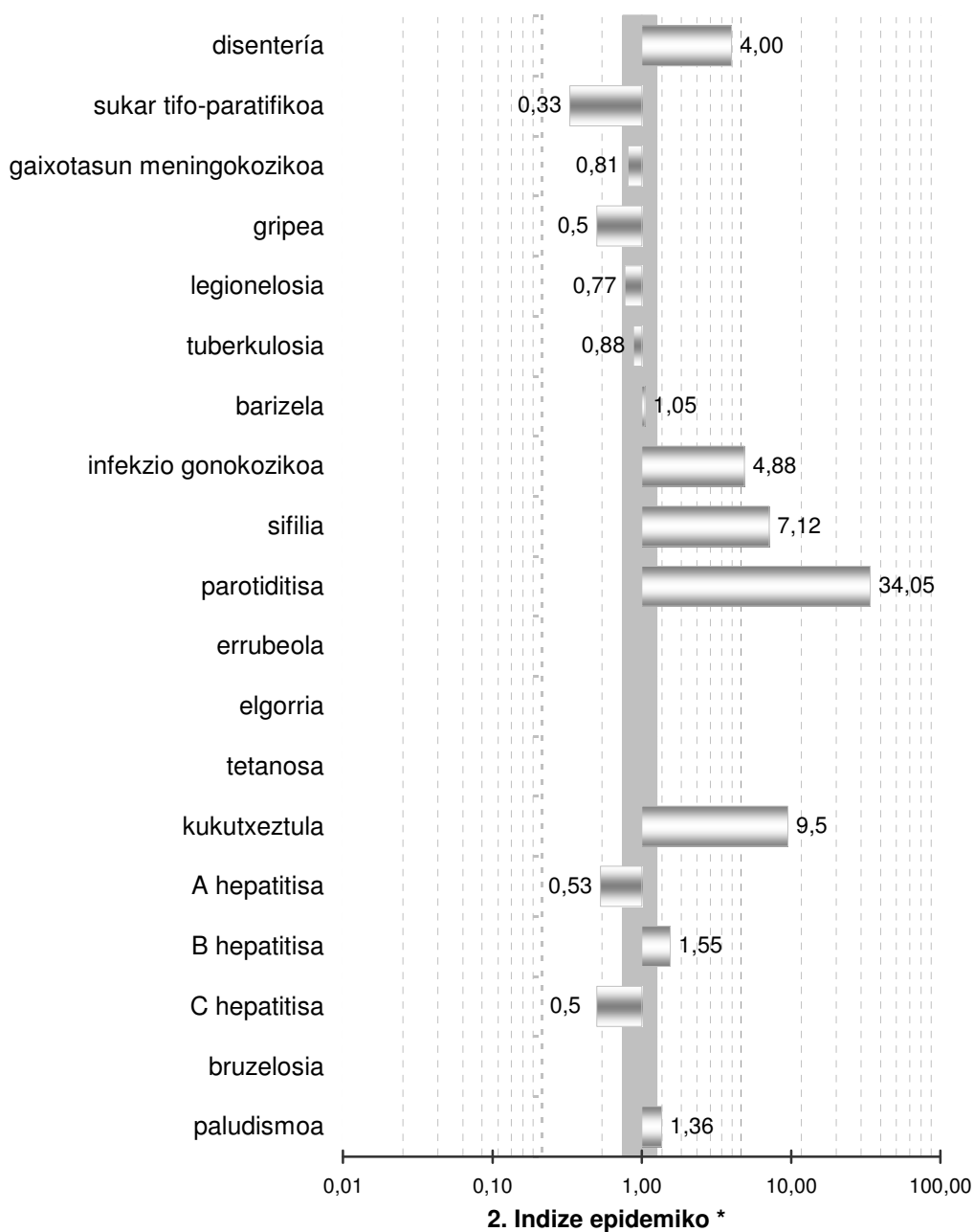
Esplizituki beste izendatzaile bat adierazten denean izan ezik, txosten hau egiteko erabili diren biztanleriaren izendatzaileak 2001eko erroldari dagozkionak izan dira, bertan zenbait doitze eginez zainketa epidemiologikoarekin bat datorren adin taldeak izateko: 2001eko urte amaierarako extrapolatu egin da biztanleriaren adina eta 2001ean jaiotako datuak gehitu dira urtebetetik beherakoentzat (1 eranskina).

Erabili den osasun eskualdekatzea Euskal Autonomia Erkidegoan indarrean dagoena da, eta Bizkaian lau eskualde daude: Barnekoa (Arabako Lurralde Historikoari dagozkion honako udalerrri hauek kontuan izan gabe: Laudio, Amurrio eta Aiara Bailara), Ezkerraldea-Enkarterria, Uribe eta Bilbao. Arabako Osasun Arloan sartuta dauden Ubidea eta Otxandio edota Gipuzkoako Mendebaldean dauden Ermua eta Mallabia, baina izatez Bizkaiko Lurralde Historikokoak diren udalerrietan aitortutako gaixotasunak, Bizkaiko datu orokorretan daude kontabilizaturik, baina ez dira Bizkaiko eskualdeetan agertzen.

I. GAIXOTASUN TRANSMITIGARRIEN ZAINKETA ETA JOERA DATUAK

2007ko joerak

Hainbat dira 2007an intzidentzia altua duten gaixotasunak azken bosturtekoarekin alderatuz. 2006an hasi zen parotiditis agerraldiak jarraitu egin du 2007an zehar, hamarkadako tasarik handienera helduz, bai EAEn bai beste Erkidegoetan. Kukurtxeztul kasuak hirukoiztu egin dira, nahiz eta kasu isolatu bezala agertu diren. Gonokozioa eta sifilia azken urteotako goranzko joerari eusten diote.



* 2. indize epidemikoa kalkulatzeko, honako zatiketa hau egin behar da: aztertutako urteko kasuen kopurua zati aurreko bost urteetako kasuen mediana.

- Alde ilunetik kanpoko aldean agertzen den aldaketa esanguratsutzat hartzen da; indizea 0,75 baino txikiagoa denean, gutxiagotze esanguratsutzat hartzen da, eta 1,25 baino handiagoa denean, gehikuntza esanguratsutzat hartzen da.

2007ko zainketa datuak

Ondorengo taulan, 2007. urtean zehar, derrigorrez aitortu beharreko gaixotasunen zainketa epidemiologikoko datuen laburpena ageri da. Euretariako bakoitzaren zainketa, baita aipatutako sisteman sartu ez diren beste gaixotasun transmitigarri batzuen ere, banan-banan garatzen da txosten honen hurrengo orrialdeetan.

Derrigorrez Aitortu Beharreko Gaixotasunen kasuak, tasak eta 1. eta 2. indize epidemikoak (ABG) Banakakoa eta Numerikoa. Bizkaia. 2007.

Gaixotasuna	Kasu-kop.	Tasa/ 100.000	1. indize epidemikoa ¹	2. indize epidemikoa ²
Botulismoa	0	-	-	-
Kolera	0	-	-	-
Disenteria	12	1,07	1,71	4
Sukar tifo-paratifikoa	1	0,09	0,25	0,33
Trikinosia	0	-	-	-
Gaixotasun meningokozikoa	54	4,81	1,12	0,81
Gripea	17.508	1.559,54	1,21	0,50
Legionelosia	43	3,83	0,68	0,77
Tuberkulosia	242	21,6	0,99	0,88
Barizela	5.911	526,53	1,62	1,05
Infekzio gonokozikoa	83	7,39	1,38	4,88
Sifilia	57	5,08	1,54	7,12
Difteria	0	-	-	-
Parotiditisa	681	60,66	5,36	34,05
Poliomielitisa	0	-	-	-
Errubeola	0	-	-	-
Elgorria	0	-	-	-
Tetanosa	0	-	-	-
Kukutxeztula	19	1,69	3,17	9,50
A hepatitisa	20	1,78	0,25	0,53
B hepatitisa	17	1,51	1,89	1,55
C hepatitisa	2	0,81	-	0,50
Beste hepatitis biriko batzuk	0	-	-	-
Bruzelosia	0	-	-	-
Amorrua	0	-	-	-
Sukar horia				
Paludismoa	15	1,34	0,79	1,36
Izurria				
Tifus exantematikoa				
Legenarra	1	0,09	-	-
Sortzetiko errubeola				
Sortzetiko sifilia				
Jaioberritako tetanosa				

¹ 1. indize epidemikoa kalkulatzeko, gaixotasun baten urteko kasuen kopurua aurreko urteko kasuen kopuruz zatitzen da.

² 2. indize epidemikoa kalkulatzeko, gaixotasun baten urteko kasuen kopurua aurreko bost urteetan (2001-2005) erregistratutako kasuen medianagatik zatitzen da.

TRANSMITIGARRIEN ZAINKETA ATIK ZRA

Jarraian gaixotasun transmitigarri bakoitzari buruzko datuak azaltzen dira, 2007an zainketari loturik egon direnena.

Amorrua

CIE-9: 071; CIE-10: A82

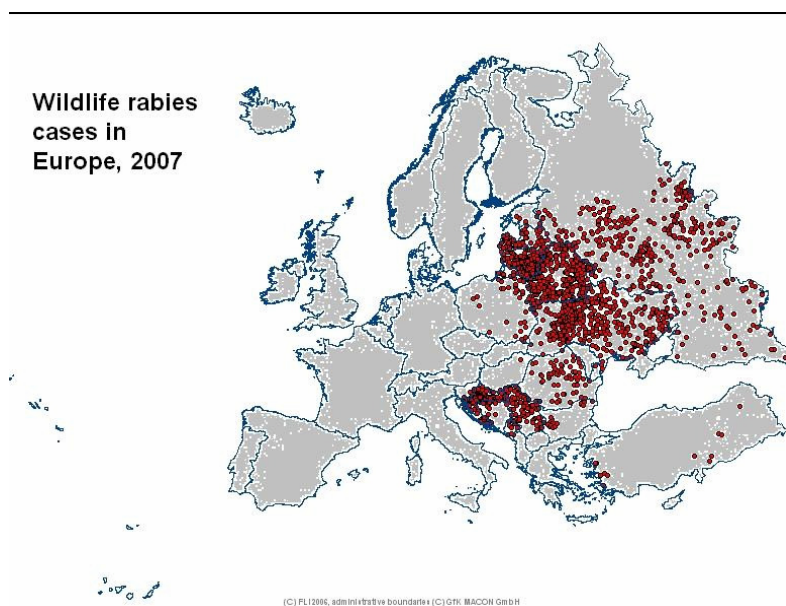
Amorrua gaixotasun zoonotiko bat da, estimazioen arabera urtean munduan 50.000tik 60.000ra pertsonaren heriotza sortzen duena, batez ere umeena. OME erakundeak amorrua zorigaiztoko gertakaririk gehien sortzen duen gaixotasun infekziosotzat jotzen du. Gizakiak amorrua hartzeko biderik arruntena txakurren haginkada izaten da; gizakien heriotzen %99 arrazoi horregatik izaten dira.

Amorruaren gordailu diren animaliek aldea daukate munduko herrialde batetik bestera. Ipar hemisferioan, animalia basatien amorruak jarraitzen du arazorik larriena izaten. Etxeko txakurren amorrua gaur egun arraroa da Mendebaldeko Europan. Ekialdeko Europan azeri gorria da gaixotasunaren gordailu garrantzitsuena eta azeri-amorruak kasuen %50 sortzen du. 2005ean, herrialde honetan, 3 amorru kasutik 1ean etxe-abereren bat zegoen tarteko. Europar Batasunak aurrera pauso handia eman du basa-faunatik amorrua baztertzeko, ahozko txertaketa bidez (ikus irudia).

2007an 2 amorru kasu aitortu dira, saguzar erasotzaile bitan, EBL-1era positiboak izan direnak, bata Sevilla eta bestea Granadan.

Bizkaian amorruaren kontrako txertoa 34 pertsonari eman zaie, 8 kasutan arriskuaren ondorengoa eta gainontzekoei aldeztuetatik, kasurik gehienetan, osasun zerbitzu eskasak dituzten ingurune endemikoetara egindako bidaiengatik.

Txakurrak edukitzeari buruzko 101/2004 Dekretuak diotenari jarraiki, udalek eraso-gertaeren jakinarazpena Zainketa Epidemiologikoko Unitatera bidali behar dute. Unitate horretan, Bizkaiko 2 udalerriri dagozkien eraso 39 jakinarazpen jaso dira.



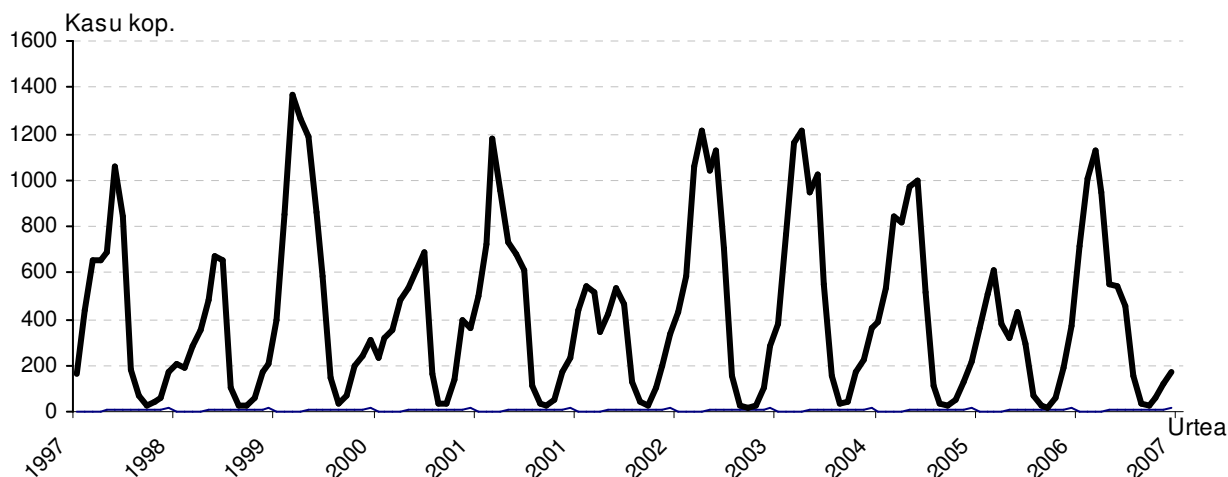
Barizela

CIE-9: 052; CIE-10: B01

5.911 kasu aitortu dira Bizkaian; horrek, 100.000 biztanleko 526,53 kasuko tasa adierazten du, aurreko urtekoa baino zifra altuagoa (324 kasu 100.000ko), baina bost urteko batezbestekoaren antzekoa (2. indize epidemikoa= 1,05). Aurreko urteetan bezala, kasu-kopururik handiena udaberrian gertatzen da eta transmisioa Aste Santu inguruan murriztu egiten da.

Barizela kasuen kopurua lau astero.

ABG. Bizkaia 1997-2007



Alten erregistroan, barizelaren kodea duten 49 ospitaleratze agertzen dira. Horietako %47k 15 urte edo gehiago zeuzkan. 18 kasuk konplikaziorik gabeko barizela aurkeztu zuten, 17 pneumonitis hemorragiko gisa agertu ziren, beste bi entzefalitis gisa, eta 12 zehaztu ez zen beste konplikazio-mota batekin. 78 urteko gizonezko immunodeprimitu bat barizela gaixotasuna hartu ostean hil egin zen.

Zoster herpesa, barizelaren birusa indarberritzean sortzen den gaixotasuna da eta 145 alta-txostenetan aurkitzen da. Paziente horietatik, %74k 64 urte baino gehiago dauzka. Konplikazio desberdinen artean, meningitis herpetikoa izan zuten 3 paziente nabarmendu ziren.

2005eko urrian, Osasun Sailak barizelaren kontrako txertoa sartu zuen EAEko umeen txertaketa-egutegian. Txerto hori sartu izanak gaixotasunaren banaketan eta larritasunean eduki dezakeen inpaktua ebaluatzeko, 2007an erabaki da mediku jagole sare bat sortzea barizela eta zoster herpesaren zaintza egin dezaten. Aipatutako sarea 2008ko lehen hiruhilekoan jarriko da martxan.

Botulismoa

CIE-9: 005.1; CIE-10: A05.1

Ez da bolutismo kasu bat bera ere aitortu. Derrigorrez aitortu beharreko gaixotasuna da, baina bere intzidentzia oso baxua da eta esterilizazio- edo higienizazio-prozesu egokirik gabeko kontserbak edo hestebeteak kontsumitzearekin dauka zerikusia.

Abuztuan hasita, EZNk umeen kontsumorako infusio batekin zerikusia zuen hainbat bolutismo kasu aitortu zituen. Guztira 1etik 6 hilabetera bitarteko 8 bularreko haur identifikatu ziren botulismo sintomekin eta síntoma hasierekin 07/06/22tik 07/10/01era. Kasu bitan baino ez zen detektatu toxina botulinikoa eginkarietan. Jakiaren emaitzak negatiboak izan ziren kasu guztietan. Umeetariko bat ere ez zen EAEan bizi.

Bruzelosia

CIE-9: 023; CIE-10: A23

Ez zaio bruzelosia kasu bat ere aitortu, ez ABG sistemari, ez Bizkaiko IMS sistemari. Espainian aurton 254 kasu jakinarazi dira, horrek 100.000 biztanleko 0,57ko tasa suposatzen du.

Campylobacteriosia

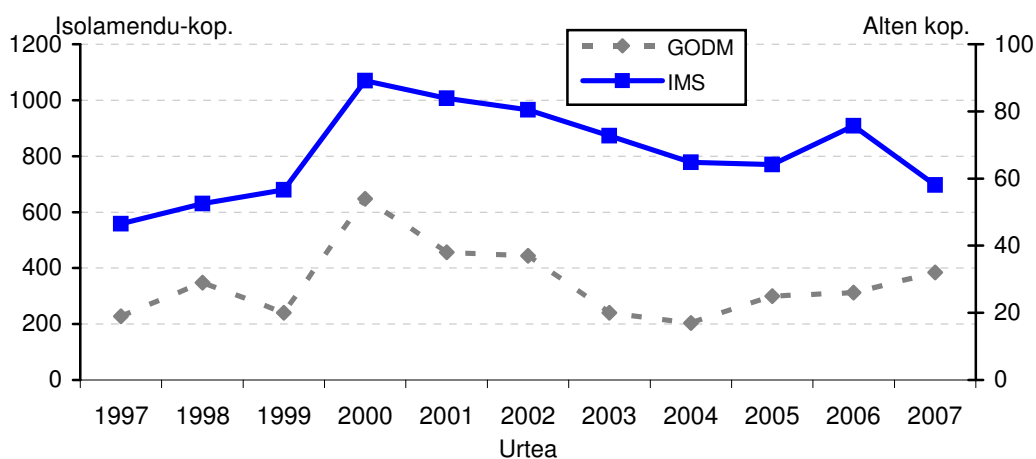
CIE-9: 008.4; CIE-10: A04.5

IMSari *Campylobacter* delakoaren 697 isolamendu jakinarazi zaizkio. Horrek, 2006ko datuekiko, %23ko jaitsiera egon dela adierazten digu, 1999an izandako mailara hurbilduz. 10 urtetik beherako umeak izan ziren kasuen %69 eta urtebetetik beherakoak %14. *Campylobacter Jejuni* delakoak isolamendu guztien %92 da. El campylobacter ha pasado a ser el microorganismo responsable de gastroenteritis mas frecuente de entre los declarados al SIM.

Osakidetza sareko ospitaleko alden erregistroan diagnostiko hori duten 32 kasu ageri dira.

Campylobacter delakoaren isolamenduak eta ospitaleko altak.

IMS eta GODM Osakidetza. Bizkaia 1997-2007



Chagas-en gaixotasuna

CIE-9: 086.0-086.2

Chagas-en gaixotasuna edo tripanosomiasia gaixotasun endemikoa da amerikar kontinentean, eta Latinoamerikatik datorkigun migrazio-lekualdatzearen eraginez gaixotasun gainerakor bihur daiteke gure erkidegoan.

Osakidetzako ospitaletako mikrobiologia laborategien eta Transfusio eta Hemoderibatuen Euskal Zentroaren bidez Chagas gaixotasundun 18 kasu identifikatu ditugu 2007an. Gaixotasun hau zutenak fase kronikoan edo zehaztugabeen zeuden, horregatik diagnostikoa serologia bidez egin da (IFI edota EIA edo ELISA) eta kasu batzuetan PCR bidez.

Gaixotasun honen eragilea protozoo flagelatu bat da, *Trypanosoma cruzi* izenekoa, odolean erreparatu daitekeena gaixotasunaren fase akutuan, baina fase hau igaro ondoren, portaera intrazelularra hartzen duenez, oso zaila suertatzen da antzematea. Inguru endemikoetan gaixotasun hau, batez ere, bide bektorialetik hartzen da. Garrantzian bigarren bidea transfusioena da, eta hirugarren tokian ama-fetu bidezkoa aurkitzen da. Noizbehinka amagandiko edoskitzearen, kutsatutako jakien, laborategiko manipulatzeko edo organo transplanteen bidez ere transmiti daiteke.

Inguru endemikoetan gaixotasunaren kontrola bektoreari aurre egitean datza, eta transfusio bidezko infekzioaren zaintzan. Herrialde ez endemikoetan kontrolaren helburua haurdun dauden

emakumeak eta odol edo ehun emaile potentzialak izaten dira. Jaiotzetiko gaixotasuna duten kasuak detektatzeak eta tratamendu goiztiarra jartzeak osatze kopurua %100era heltzea dakar. Gainera, kontrolatu egin behar dira gaixotasunaren balizko agerraldi kronikoak, zeren eta %10etik 30era bitarteko gaixo kopuruak alterazio larriak izango ditu, esate baterako, kardiopatia (miokardiopatia, erritmo nahasteak eta bat-bateko heriotzerainokoak) edo digestio gorabeherak (megaesofagoa, megakolona). 2005eko 1088. Errege Dekretuak ezartzen du gaixotasun hau endemikoa izan den inguruetan transfusioa egin zaien pertsonak odol emaileen zerrendatik kanpo uzteko premia eta, era berean, aholkatzen du inguruabar epidemiologikoez horrela ikusten dutenean, odola eman baino lehen, emaileak gaixotasun hau ez duela ziurtatu behar dela.

Chikungunya

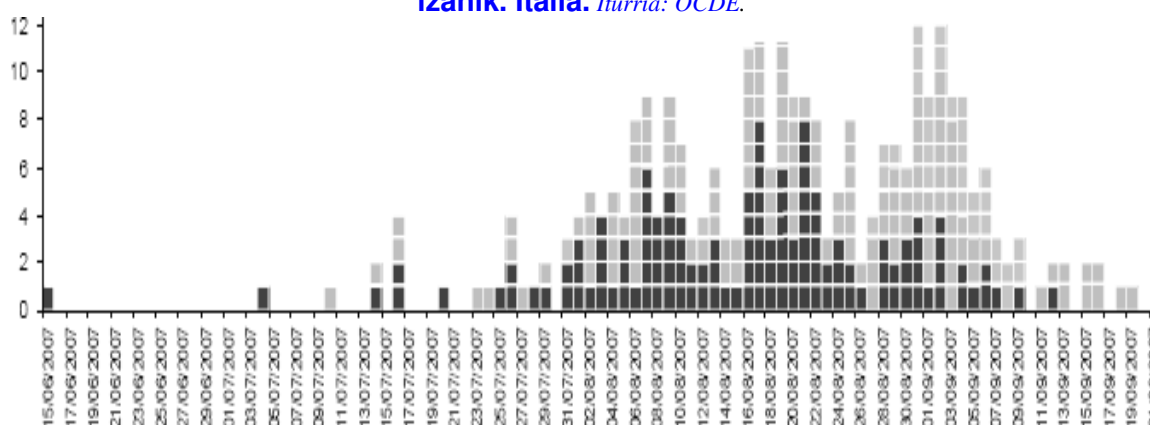
CIE-9: 066.3; CIE-10: A92.0

Aurton ZEUk kanpotik ekarritako Chikungunya sukarraren lehen aitorpena jaso da. Turismo bidaiari Indian (Channa, Delhi, Himalaya) izandako 29 urteko emakumezkoa da. Sintomek hiru hilabete iraun zuten, sukarra, artralgia, exantema, epistaxia, gingiborragiak eta adenopatia zerbikalak izan zituen. Diagnostikoa serologia bidez konfirmatu zen Ig M (+) eta IgG (+) Majadahonda-ko Laborategian.

Chikungunya izeneko birusa 1950etik ezagutzen da eta epidemiak sortu ditu Asian, Afrikan eta Indiako ozeanoan. 2005 eta 2006 urteetan zehar, birusaren zirkulazioa bereziki handia izan zen. Epidemia *Reunión* Irlan, 2005eko apiriletik 2006ko abuztura arte, hedatu zen eta 266.000 pertsonatik gora erasan zituen. Beste irla batzuek ere kaltetuak izan dira, hala nola: Komoreak, Madagaskar, Maurizio Irla eta Seychelleak. Indian 1,4 milioi pertsonatik gora izan dira kaltetuak, eta Pakistan, Sri Lanka, Malasia eta Maldivetara ere heldu da.

Europaraz egutu den, bertoko transmisioaren bidezko lehen Chikungunya agerraldia, 2007ko ekainaren 15etik irailaren 21era bitartean gertatu zen Italian. Emilia-Romagna eskualdeko 292 pertsonari eragin zion. Eragilea Indiara bidaiatu eta sukarra ekarri zuen pertsona bat izan zen, Transmisio bektorea *Aedes albopictus* eltxoa izan zen, urte batzuk lehenago inguru haietan antzeman zena (1990). Kurba epidemikoak hiru erpin ditu, bektore bidezko transmisioaren perfil tipikoa.

Chikungunya sukarraren kasu susmagarrien banaketa, sintomen hasiera-data kontuan izanik. Italia. Iturria: OCDE.



Europaraz dugun arazoa zera da, batetik, endemia altuko inguruetatik infektatuta datozen bidaiariaren bitartez gerta daitekeen birusaren inportazioa, eta bestetik, zenbait ingurutan Belgika, Bosnia-Herzegovina, Kroazia, Frantzia, Grezia, Holanda, Serbia eta Montenegro, Eslovenia, Espainia (Katalunia eta Valentzia) Italia eta Suitzan *Aedes albopictus* izeneko eltxo bektorearen agerpena. Europa hegoaldeko herrialde gehienek eltxoa finkatzeko klima eta baldintza ekologiko aproposak dituzte.

Azaldutako guztiagatik, ezin da baztertu, gaixotasun honen inportatutako kasuak agertzeko posibilitatea eta horregatik egin zen Chikungunya sukarraren protokoloa, urrian lehen mailako arretan banatu zena, hain zuzen, gaixotasun hau endemikoa den tokietan oporretan egon diren pertsonak itzultzen diren garaia.

Creutzfeld-Jakob (CJG)

CIE-9: 046.1; CIE-10: A810

CJ gaixotasundun 8 kasu susmagarri aitortu dira eta horietatik 4 hil egin dira. Autopsietako hiruk berretsi egin dute diagnostikoa eta bestea ez da CJG kasua. Ondorengo taulan 1993-2007 Giza Enzefalopatia Transmitigarrien erregistroan aitortutako kasuak agertzen dira.

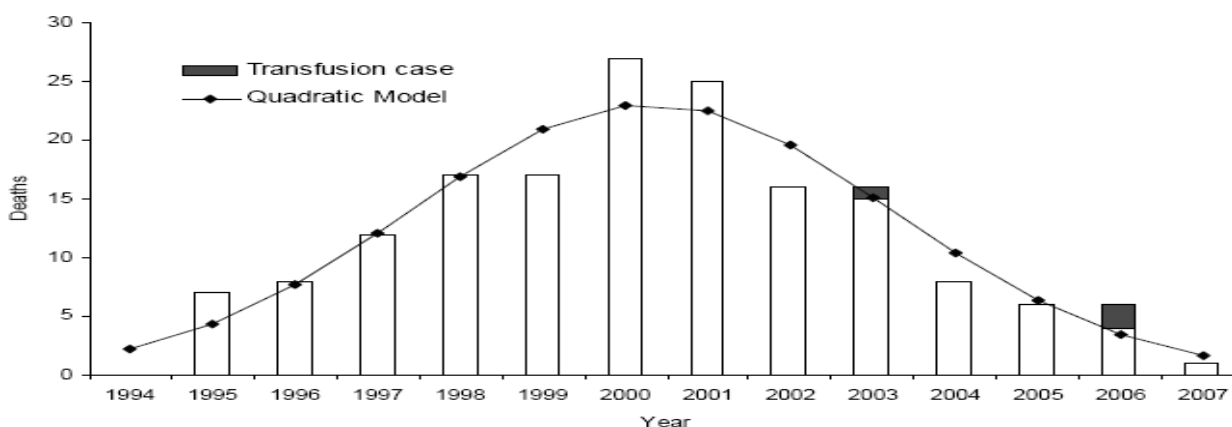
Giza Enzefalopatia Transmitigarrien erregistroan aitortutako kasuak
Euskadi 1993-2007

	ARABA	GIPUZKOA	BIZKAIA	EAE
CJG Posiblea	1	1	8	10
CJG Probablea	2	1	16	19
CJG Behin betikoa	3	14	23	40
Noizbehinkakoak guztira	6	16	47	69
Noizbehinkakoen tasa	1,4	1,6	2,8	2,2
CJG Familiarra	1	2	-	3
I.Familiar Larria	9	2	5	16
S.Gerstmann-SS	-	1	-	1

Erresuma Batuan 2007an CJGaren aldagai berri baten kasu bat diagnostikatu da. 2007. urtera arte 166 kasu gertatu dira, horietatik 163 hil dira (5 aurton). CJG aldagai berriaren gainontzeko kasuak honela banatzen dira. Frantzia (23), Irlanda (4), Estatu Batuak (3), Espainia (3), Holanda (2), Portugal (2), eta kasu bana ondorengo herrialdeetan: Kanada, Italia, Japonia, Saudi Arabian.

Epidemiak bere gailurra 2000. urtean izan zuen, 27 diagnostiko (ikusitako irudia) eta 28 heriotzekin. Nahiz eta erpina gainditu, etorkizunean beste batzuk sor daitezke, agian talde genetiko ezberdinetan. Litekeena da odolaren bidez transmititzea ere, kasu goiztiarretako odol-transfusio baten bidez gertatu diren 4 kasuetan bezala.

Figure 1: Quadratic-exponential model for vCJD diagnoses incidence trend



Dengea eta denge hemorragikoa

CIE-9:061-061.4

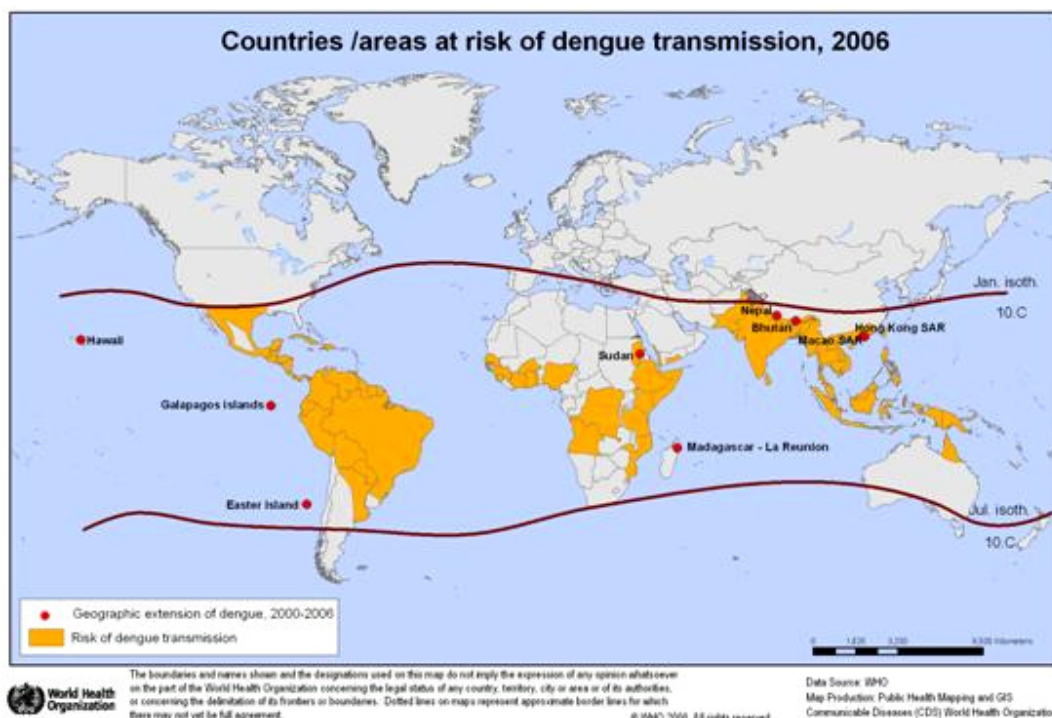
Bizkaiko mikrobiologia laborategietan bilaketa aktibo bat egin ostean, 2005etik 2007ra bitartean diagnostikatutako denge kasuei buruzko informazioa bildu dugu. 2 (2005), 3 (2006) eta 5 (2007) kasu izan dira. Kaltetuek gune endemikoetara egin zuten bidaia: Hego eta Ertamerikara (9) eta

Asiako hego-mendebaldera (1). GODMn azken 5 urteak ikuskatu ondoren, 2005, 2006 eta 2007an denge klasikoak eragindako 3 ingresu egon direla konfirmatzen da, urtean bat. Hirurei alta eman zitzaizen ingresatu eta handik 2tik 9 egunera.

Dengea gaixotasun akutu bat da izen bereko birusak eragina, Flavovirus batek hain zuen, lau serotipo ezagun dituena. *Aedes aegypti* edo *albopictus* eltxoa, gaixoa ziztatu ondoren infektatu egiten da, eta ostean eltxo honek bere ziztadaren bidez birusa transmititzen du. Gaixotasun klasikoak, 3tik 15 egunera bitarteko inkubazio aldia duenak, ondorengo ezaugarriak izaten ditu; hirutik bost egunera irauten duen sukarra (gutxitan zazpi egunetik gora) eta bifasikoa izaten dena, zefalea gogorra, mialgiak, artralgiak, min retroorbitala, anorexia, aparatu gastrointestinallean nahasteak eta erupzioa. Sukarraldiaren edozein unetan intentsitate gutxiko fenomeno hemorragikoak ager daitezke, petekiak, epitaxiak edo gingiborragiak. Bigarren mailako infekzioa, lehen mailakoa sortzen duen serotipoak ez bezalakoak sortua, era kliniko larri edo denge hemorragikoaren arrisku faktore garrantzitsuenetarikoa da; bere ezaugarriak, berriz, iragazkor baskularraren gehitzea, odoljarioak, hemokonzentrazioa eta tronbozitopenia izaten dira.

Serotipo batek sortutako infekzioak iraupen luzeko inmunitate homologoa sortzen du, beste serotipoetatik babesten ez duena. Horrela bada dengearen kontrako antigorputz heterologoen zirkulazioak, era pasiboan jasoak bularreko umeen kasuan edo, era aktiboan aurreko infekzio batengatik, fagozito mononuklearren infekzioa suspertzen du konplexu immunitarioen bidez. Beste arrisku faktore garrantzitsu batzuk honako hauek lirateke: dengearen birusaren anduiaren jatorri geografikoa, adina, generoa eta gizakien gaitzikortasun genetikoa.

OME erakundearen informazioaren arabera 100 herrialde baino gehiagotan dago dengea, eta herrialde hauetan 2,500 milioi pertsonatik gora bizi dira. Hemorragikoak dira Herrialde hauetako 500.000 denge, eta urtean 25.000 pertsona hiltzen dira.



Bidaiariengan infekzioa ekiditeko prebentzio neurrien artean garrantzitsua, batez ere, eltxoaren ziztada baztertzeta da, bai uxatzeko produktuak erabiliz bai arropa egokia jantziz. Dengea izan duten pertsonen denge hemorragikoaren koadro larria izateko arriskua dute infekzioa berriro izanez gero, hortaz, arrisku gunetara beste bidaiarik egiteko asmoa izanez gero, kontu handiz ibili beharko lukete.

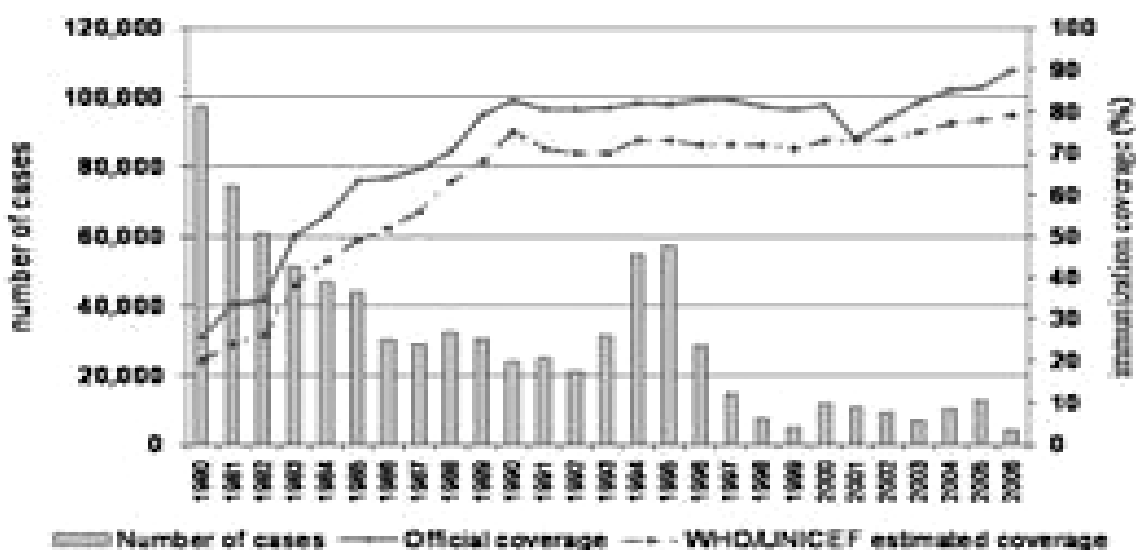
Difteria

CIE-9: 032; CIE-10: A36

Difteria, derrigorrez berehala aitortu beharreko gaixotasuna da, eta OMEk bere helburuen artean gaixotasun horren zainketa egitea du. Ez dago 2007rako OMEk emandako kasu berririk, ez eta, OME-Europak emandakorik ere.

Irudiak kasuen gora beherak erakusten dizkigu eta txerto-estalduraren alderantzizko erlazioa. Aitortutako kasuen kopuruak behera egin du eta txerto-estaldurak berriz, gora egin du 1980tik 1990era. 1993tik hasita kasuen gorakada bat hasten da eta horrela jarraitzen du 1996ra arte, ondoren behera egin du eta horrela mantendu da 2006ra arte.

Diphtheria global annual reported incidence and DTP3 coverage, 1980-2006



Source: WHO/UNICEF, London, 2007

WHO/UNICEF, Geneva, October 2007

Date of table: 04/October/2007



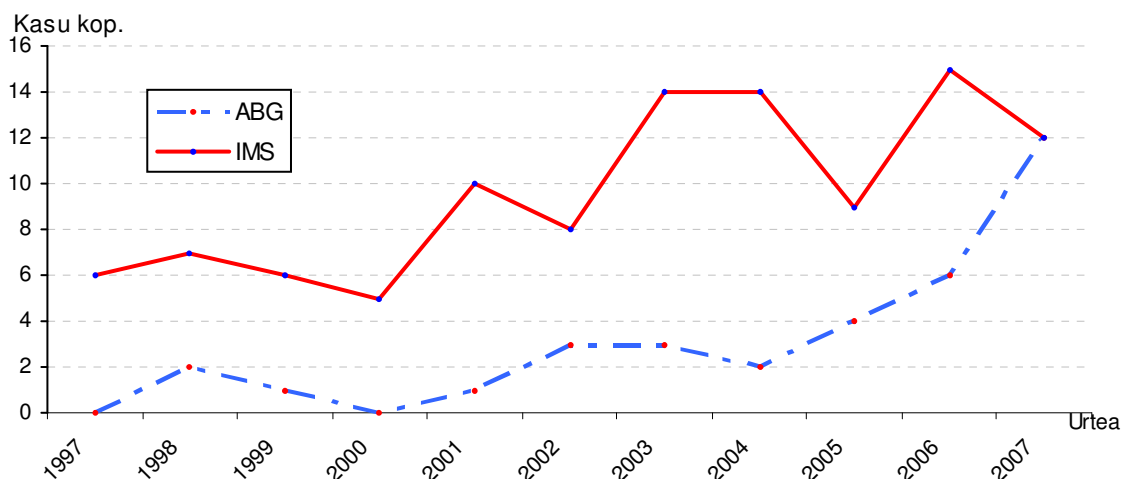
Difteriaren aurkako txertoak gaixotasun honetatik babes ona eta iraunkorra eragiten du, beraz, OMEk gomendaturik dago herrialde guztietarako eta tetanosaren txertoarekin batera ematen da.

Disenteria / Shigelosia

CIE-9: 004; CIE-10: A03

Shigelosiaren 12 kasu aitortu dira. Serotipoak honakoak izan dira *S. Flexneri* (4) eta *S. Sonnei* (8). Identifikaturiko arrisku faktoreak 6 kasutan inguru endemikora bidaiari egitea eta kasuetariko batean lana (laborategi batean lan egitea).

Aitortutako shigelosi kasuen eboluzioa ABG eta IMS Bizkaia 1997-2007



Elgorria

CIE-9: 055; CIE-10: B05

Gaixotasunaren 3 susmo jakinarazi ziren, halere azkenean baztertuak izan ziren. Kasuetariko batean parotiditis birusa identifikatu zen, eta beste batean parvovirus B19.

Gaur egun, OMEko hiru eskualdek elgorria kanporatzea erabaki dute, hala nola: Amerikar Eskualdeak, Mediterraneo Ekialdeko Eskualdeak eta Europako Eskualdeak. OMEk Espainiako estatuan ezarritako gomendioei jarraiki, helburu gisa 2005. urterako elgorriagatiko erikortasuna eta hilkortasuna kanporatzea proposatu zen. EAEn, 2001. urteaz geroztik, kasu susmagarri bat azaltzea “agerraldizat” jotzen da eta ezarritako jarduketa-protokoloa martxan jarri behar da.

Aurton elgorri agerraldiak Europako hainbat herrialdetan gertatu dira. Halaber, Estatuko zenbait Autonomia Erkidegotan birusak zirkulazioan jarraitzen du, Katalunia izanik nabarmenena, konfirmatutako 200 kasurekin.

Egoera horretan, txertaketak garrantzi berezia hartzen du gure inguruan elgorriaren kanporatzea lortzeko. OME eta EZN erakundeek gomendioei jarraiki, 2006ko urrian, HB (hirukoitz birikoa) txertoa bereziki kutsatzeko gai diren biztanleei edo transmititzeko arrisku berezia dutenei eskaintzeko erabakia hartu zen, hala:

- Osasun langileei.
- 1976 eta 1981 artean, eta 1997 eta 1999 artean jaiotako kohorteak, seroprebalentziari buruzko inkestetan kutsatzeko gai direnen kopurua altuagoa dela ikusi delako.
- Kalteberak diren beste talde batzuk: kolektibo marjinalak, txerto hirukoitz birikoa jartzeko ohiturarik ez duten herrialdeetakoak diren helduak, gazteak eta umeak, etab.

Gainera, HBrekin txertaketa-estaldurak altu mantendu behar dira, 12 hilabete eta 4 urteko adinetan, baita zainketa eta esku-hartzea ere susmopeko kasu guztien aurrean.

Elikagaiengatiko toxiinfekzioak (ETIak)

Guztira 73 pertsonari erasan dien elikagaiengatiko toxiinfekzioen 11 agerraldi ikertu dira. 2006. urteko datuekin alderatuz, agerraldien eta kaltetuen kopuruak behera egin du. 3 ingresu gertatu dira eta guztiek salmonellak eragindako infekzioa izan dute.

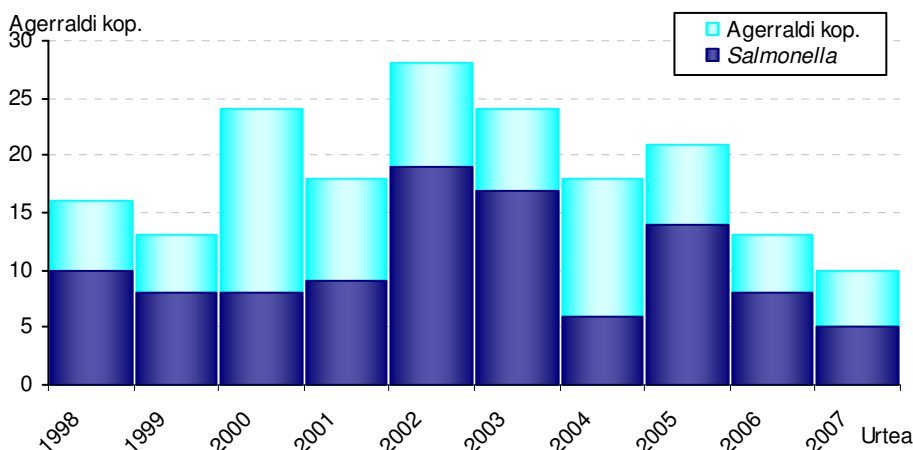
8 agerralditan, elikagaia saltegi publiko batean prestatuta egon da. Inplikaturako elikagaia 8 agerralditan identifikatu zen: arrautza/arrautzakia (5), itsaskia/itsaski-entsalada (2) eta arto-irina (1).

Inplikaturako germen edo toxina 5 agerralditan *Salmonella Enteritidis* (8) izan zen eta agerraldi batean *datura estramonioa* identifikatu zen arto-irinean.

Kaltetuta suertatu zirenen *Salmonella* bost agerralditan lagin biologikoetan *Salmonella* isolatu zen, baita agerraldi batean inplikaturako jakian ere (tortilla bat egiteko erabilitako arrautzak).

Beheko grafikoak agerraldien kopurua adierazten du, bereziki salmonellak sortutakoak. 2007. urtean kaltetutako guztietatik, 28k (%38) salmonellarekin daukate zerikusia

Elikagaiengatiko toxiinfekzio globalak eta *Salmonellak* eragindakoak.
Bizkaia. 1998-2007 urtea



Aipamen berezia merezi du agerraldietariko batek. Agerraldi hau familia batean gertatu zen eta bertako 4 kideek síndrome antikolinergikoa izan zuten (zorabioak, gonbitoak eta gernua egiteko zailtasunak) euren etxean arto-irinaz egindako taloa jan eta handik ordu bira. Agerraldia ikertu zen bitartean irinaren laginak jaso ziren eta jatorri bereko artoarenak, eta ikusi zen irina egiteko erabili zen arto aleen artean *Datura estramonio* landarearen antzeko hazi batzuk zeudela.

Landare honek arto soroak kutsatzen ditu maiz, eta zenbait alkaloide toxiko ditu, batez ere: atropina, escopolamina eta hiosciamina, hain zuen, síndrome antikolinergikoa sortzen dutenak, afektatuek zuten sindromearen antzekoa. Toxiko sortzailea laborategian konfirmatu zen, aipaturako hazietan escopolamina eta hiosciamina alkaloideak identifikatzean. Kaltetuak 24 eta 48 ordu bitartean sendatu ziren, tratamendu barik.

Errubeola

CIE-9: 056, 771.0; CIE-10: B06, P35.0

2007an errubeolaren kasu susmagarri bi aitortu dira, azkenean baztertu egin direnak

Errubeolaren kontrako txertoa, EAEko umeen txertaketa-egutegiaren barruan sartuta dago eta Hirukoitz Biriko gisa ematen zaie era sistematikoan 12 hilabete eta 4 urte duten umei. Gure txertaketa-erregistroan ditugun datuak kontuan izanik, esan dezakegu, Bizkaian, 1975. urtetik aurrera jaiotako kohorteetako emakumezko gehienak (32 urtetik beherakoak) eta 1981etik aurrera jaiotako kohorteetako gizonezko gehienak (26 urtetik beherakoak) errubeolaren kontrako txertoaren dosi bat edo birekin txertatuta daudela. Horrek guztiak, infektaberaren kopuruaren gutxitze itzela ekarri du; horrek, batetik gaur egungo egoera epidemiologikoa azaltzen du, eta bestetik susmopean dauden diagnostiko guztiak dagokien serologiarekin egiaztatu beharra dakar.

2006an, OMEk emandako gomendioei jarraiki, errubeola eta Sortzetiko Errubeola Sindromea (SES) zaintzeko protokoloa eguneratu egin da. Beste jarduketa batzuen artean, errubeola susmoen aitorten urtegia eta birusa genotipatzeko laginen bilketa aipatzen dira.

Sortzetiko Errubeola Sindromea (SES) dagokionez, azken 20 urteetan behintzat, ez da kasurik aitortu Bizkaian.

Eskabiosia (Hazteria, akariasia)

CIE-9: 133.0; CIE-10: B86

Hazteria edo eskabiosia ez da derrigorrez aitortu beharreko gaixotasuna, nahiz eta komenigarria den bere aitortpena erakundeetan gaixotasunaren agerraldiak daudenean. Urrian adimen urriko pertsonak dauden zentro batean gertatutako agerraldi baten berri eman ziguten. Arazoa konpontzeko ospitaleko dermatologian espezialista den batekin, Lehen Mailako arretako pertsonalarekin eta OSALANekin elkarlanean aritu ginen. Erabiltzaileen artean 14 kasu antzeman ziren (eraso tasa %9,8) eta langileen artean 10 kasu (eraso tasa %19,6). Kasu batzuetan ahotiko tratamendua aholkatu zen Ivermectina izeneko sendagaiarekin. Botika hau atzerriko medikazioaren bidez lortu da.

Estreptokoko A taldea (S.pyogenes), gaixotasun erasotzailea

CIE-9: 48231, 04101, 0380, 3202

2007. urtean IMSaren aitortpenean Estreptokoko A (EA)k sortutako gaixotasun erasotzailea gehitu da, zainketa berezia egiten zaiona. 2006. urtean, Castroko haurtzaindegi batean gertatutako Shock septikoaren 3 kasuren agerraldiari, Bizkaian gertatu zen beste kasu batek jarraitu zion, eta horrek, gaixotasun honen aurrean jarraitu beharreko ildo errebisatzea ekarri zuen, aurtengo urtean zehar aurrera eramane den Protokolo bat onartuz.

Aipatutako protokoloaren arabera kimioprofilaxia eskaini behar zaie larritasun kliniko edo pneumonia agertzen duten gaixotasun erasotzaile kasuen hurbileko kontaktuei, baldin eta kasuarengatik arriskuan egon badira, babesik gabeko agerpenetan, sintomak hasi baino 7 egun lehenago eta antibiotiko tratamendua ezarri ondorengo 24 ordu geroago arte. Kasu guztien hurbileko kontaktuei, larritasuna alde batera utzita, gaixotasun estreptokozikoaren agerpen klinikoen berri eman behar zaie eta berehala mediku zerbitzura joan behar dutela adierazi, honako sintomak izanez gero: sukarra, eztarriko mina edo giharretako min lokalizatua.

Neurri hau hilabete zehar zaindu edo bete beharko litzateke. Antibiotiko bidezko tratamendua eskaini beharko zaie zorrotasun klinikoaren ezaugarri gabeko gaixotasun erasotzaile kasuen hurbileko kontaktuei, aipatutako hilabeteko epean sintoma horiek garatuz gero.

EAK sortutako gaixotasun erasotzailearen 21 kasu aitortu dira (tasa 100.000 biztanleko 1,83). Diagnostikoa kasu guztietan hemokultibo bidez izan da. Bost kasu 5 urtetik beherako umeetan gertatu dira, era arinean bideratu direnak.

Estreptokoko A taldea Gaixotasun Erasotzailea

Adin taldeka. Bizkaia. 2007. urtea

Adin taldea	Kop.
Urte 1 baino gutxiago	2
1-4 urte	3
5-9 urte	1
10-14 urte	-
15-24 urte	1
25-64 urte	7
64 urte baino gehiago	7
GUZTIRA	21

21 kasuetatik 7 larriak izan dira: 2 sepsi, miositis bat, 2 faszitis nekrotizatzaile eta 2 pneumonia. Bi heriotza gertatu dira, bieran era klinikoa sepsia izan da, bata 19 urteko mutil bat, bere andua Castroko agerraldikoaren berdina izan da, eta beste kasuan 48 urteko emakume bat izan da, andui ezberdina izan duena.

4 ikastetxetan esku hartu zen. Bertan egon ziren erak ez ziren larriak izan; ume guztien familiakoei eta pediatriei informazioa eman zitzaion. Ez zen kasu sekundariorik erregistratu.

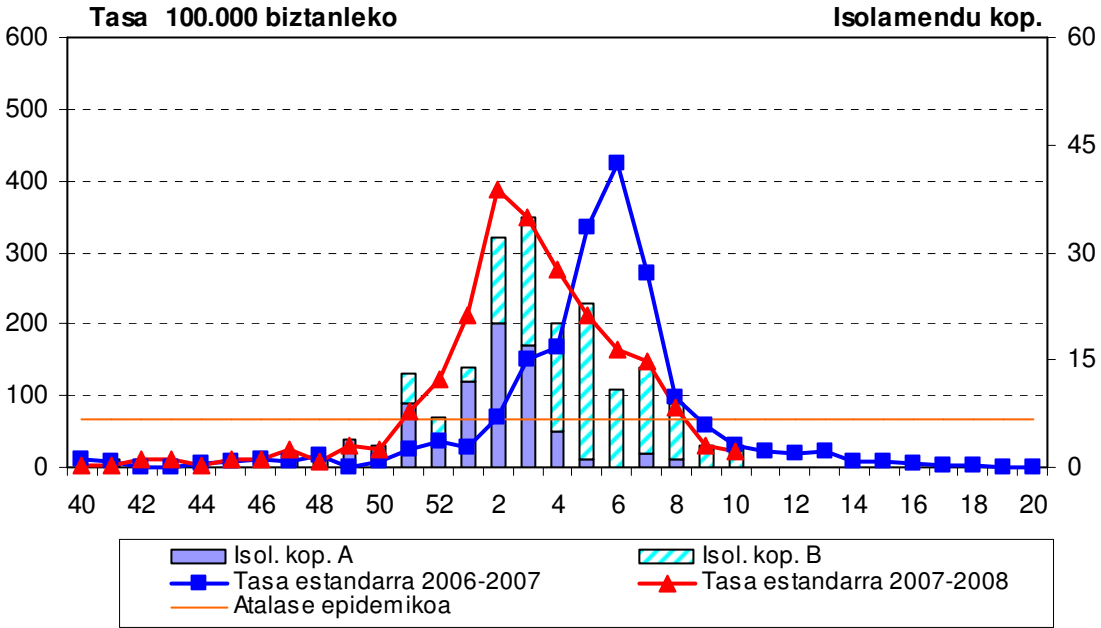
Gripea (Influenza)

CIE-9: 487; CIE-10: J10-11

EAEko Mediku Jagoleen gripearen zaintzako sistemak, datuak azkar ezagutzeko aukera ematen du; gainera, gure inguruan dabilzan birusen berri ematen du, baita kasuen banaketa ere, honako aldagai hauek kontuan hartuz: sexua, adina, sintomak eta txertaketa-egoera.

Guztira, 51.000 biztanle (EAEko %2,4) zaintzen dituzten 34 jagolek parte hartzen dute; horietako 24 mediku orokorrak dira eta 10 pediatriak. Horrez gain, zaharren hiru egoitzatan gertatutako kasuen eta ospitaleetako urgentzia pediatriko zerbitzuetan arnas patologiaz arreta jaso dutenen informazioa dakar.

Gripearen eboluzioa EAEn 2006-2007 eta 2007-2008 denboraldietan zehar.
EAEko mediku jagoleak.

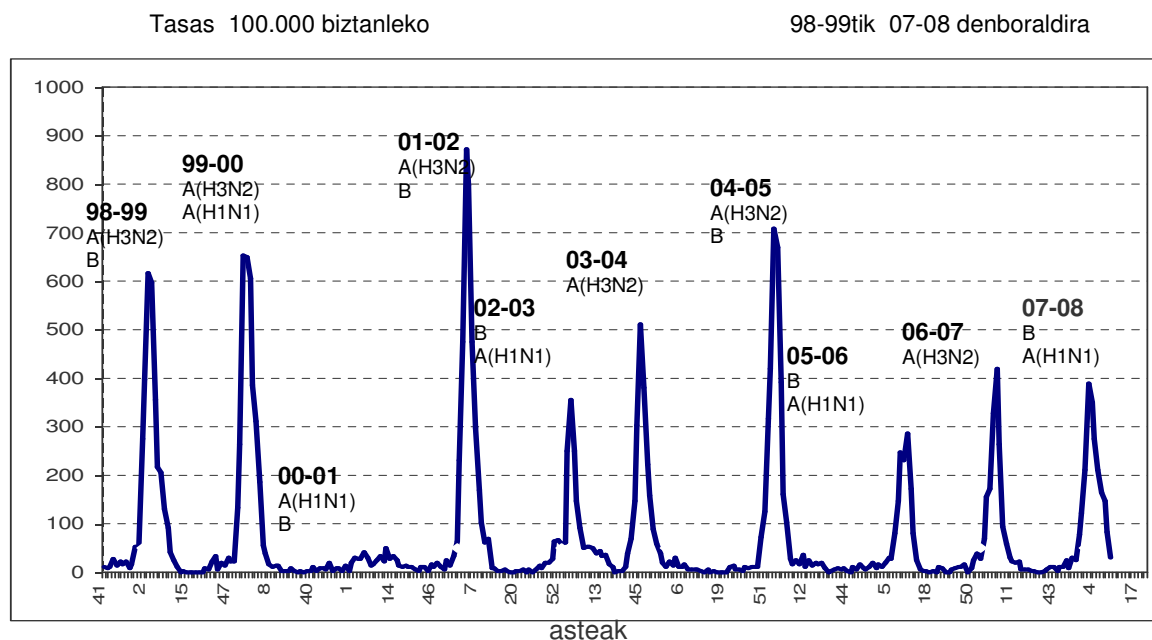


Grafikoan, 2007-2008ko gripe-aldiaren kurba ikus daiteke. 2007ko 51. astean epidemia brinbela gairatu egin zuen eta goiago mailara 2008ko bigarren astean heldu zen, 9. astean oinarriko egoerara itzuliz. Epidemia uhina intentsitate moderatukoa izan zen; bere iraupena ordea, ohikoa baino luzeagoa (epidemia brinbela baino 9 aste gehiagokoa). Birus zirkulatzaileari dagokionez, A birusa (H3N2) gailendu da kurbaren hasieran, 3. astetik aurrera B birusaren zirkulazio ia erabatekora igaroz.

Denboraldian zehar Autonomia Erkidego ezberdinetako birus isolamenduak bereiztu dira genetikoki. %51 A (H1) anduari dagozkie, 2007-2008 txertoetan sartutako anduien antzekoak. %29 eta %16 ordea, A (H1) eta B anduiak izan dira hurrenez hurren, aipatutako txertoan atxikitakoekin bat ez datozenak.

Europako zaintza sistemak A (H1N1) birusaren oseltamivir delakoari erresistentzia antzeman du hainbat herrialdetan, bereziki Noruega eta Frantzia. Espainian aztertutako 52 anduitan, orain arte, ez da erresistentziarik antzeman.

Gripe kasuak eta birus-isolamenduak. EAE. 98-99tik 07-08ra arteko gripe-denboraldiak. EAE. Mediku jagoleak



Ohikoa denez, denboraldi honetan ere, gripeak tasa altuagoak izan ditu umeengan eta nerabeengan. Tasek behera egiten dute adinak gora egin ahala, hortaz, tasarik baxuena 64 urtetik gorako adin-taldean agertzen da.

OMEk, Ipar hemisferiorako gomendatutako urte-sasoiko gripearen txertoaren osaketa, 2008-2009 denboraldian, ondorengoa izango da.

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

Gripea – hegaztiena

“Hegazti-gripea” A motako gripearen birusak sortzen duen gaixotasun infekzioso bat da. Normalean, hegaztiengan baino ez du eragina, eta kasu gutxiagotan, txerriengan. Birus honek, oso gutxitan, izan du eragina gaixo dauden animaliekin kontaktuan egon diren pertsonengan.

Munduan gaur egun ematen ari den hegazti-gripearen agerraldia, 2003. urtearen erdialderantz Asiako Hego-ekialdean hasi zen, eta erregistratu diren agerraldi guztiak kontuan hartzen badira, honako hau handiena eta larriena da. Birus eragilea, A/H5N1, endemikoa da une honetan herrialde askotan, milioika hegaztiren heriotza edo suntsipena eragin du, eta dagoeneko 371 pertsonari erasan die. Horietako 235 hil egin dira (2008ko martxoaren 5ean OMEk emandako datuak). Honako hauek dira hegazti-gripearen eraginpean dauden herrialdeak:

A/(H5N1) hegazti-gripearen giza kasuen pilatutako kop. OME 2008ko martxoaren 5a

Herrialdea	2003		2004		2005		2006		2007		2008		Guztira	
	k	h	k	h	k	h	k	h	k	h	k	h	kasuak	hildakoak
Azerbaijan	0	0	0	0	0	0	8	5	0	0	0	0	8	5
Kanbodia	0	0	0	0	4	4	2	2	1	1	0	0	7	7
Txina	1	1	0	0	8	5	13	8	5	3	3	3	30	20
Dibouti	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Egipto	0	0	0	0	0	0	18	10	25	9	3	1	46	20
Indonesia	0	0	0	0	20	13	55	45	42	37	12	10	129	105
Irak	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	3	2
Laos	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
Myanmar	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Nigeria	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Pakistan	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
Tailandia	0	0	17	12	5	2	3	3	0	0	0	0	25	17
Turkia	0	0	0	0	0	0	12	4	0	0	0	0	12	4
Vietnam	3	3	29	20	61	19	0	0	8	5	4	4	104	50
Guztira	4	4	46	32	98	43	115	79	86	59	22	18	371	235

Hauxe da arazo nagusia: *Influenza A/H5N1* hegaztien birusa gizakiei egokitu, euren artean transmititu eta pandemia eragitea. Momentu honetan, OMEren arabera, alerta pandemikoaren 3. fasean gaude (infekzioa gizakiengan ematen ari da gripearen birusaren azpi-mota berri batekin, baina pertsonatik pertsonara kutsatu gabe edo asko jota kontaktu hurbil bati kutsatutako kasu arraroak). Ez da gomendatzen inolako bidaia murrizketarik A/H5N1k eragindako lekuetara, gizakien arteko kasuak aitortu dituzten herrialdeak barne. Halaber, ez da gomendatzen inolako *screening*-nik egiterik gaixotasuna dagoen inguruetatik datozen bidaiariei.

Animalien egoerari dagokionez, agerraldiaren hasieratik hona 61 herrialdek jasan dute A/H5N1 birusaren eragina; Asia, Europa eta Afrikan. Herrialde hauetariko 30ek 2007an izan dituzte agerraldiak, gehienek etxeko animalietan. Orokorrean, mundu mailan, hegaztien egoeraren kontrola hobetu egin da, baina infekzioak 3 kontinentetan dirau (Asia, Afrika eta Europa) eta gaixotasuna enzootikoa bihurtzen ari da zenbait eskualdetan. 2008ko urtarrilean agerraldiak aitortu dira hegaztietan. Egoera bereziki kezagarria da Indonesia, Bangladesh eta Egipton.

Gogoratu behar da, 3. fase honetan, honakoa jotzen dela kasu susmagarritzat: klinika bateragarria duen pertsona eta arrisku herrialdean, sintomen aurretiko 7 egunetan, egonaldia egin duena, etxe hegaztiekin edo basatiekin kontaktu hurbila izan duena (metro leko distantzia baino txikiagoa), edota H5N1 gripedun gizaki batekin kontaktua izan duena. Kasu honetan, Osasun Sailak argitaratutako “Hegazti-gripearen (H5N1) kasu baten edo bere kontaktuen aurrean jarduteko protokoloa. Jarduketa Alerta Pandemikoaren 3. Fasean” delako dokumentuan, isolamendurako eta laginak hartzeko neurriak zehazten dira.

http://www.osanet.euskadi.net/r85-13813/eu/contenidos/informacion/gripe_aviar_prof/eu_11145/adjuntos/Jarduketa-Protokoloa_Hegazti_Gripe-2006ko-Mai-18.pdf

Haemophilus influenzae b motakoa

CIE-9: 320.0, 038.41, 041.5; CIE-10: G00.0, A41.3, A49.2

2007. urtean zehar, IMSak *H. influenzae* b motako gaixotasun erasokordun kasu bakarra erregistratu da 5 urtetik beherakoetan, Basurtuko ospitaleak aitortutakoa. 10 hilabeteko ume bat da, behar bezala txertatutakoa, hiru txerto dosirekin, eta pneumonia garatu zuena bakteriemiarekin.

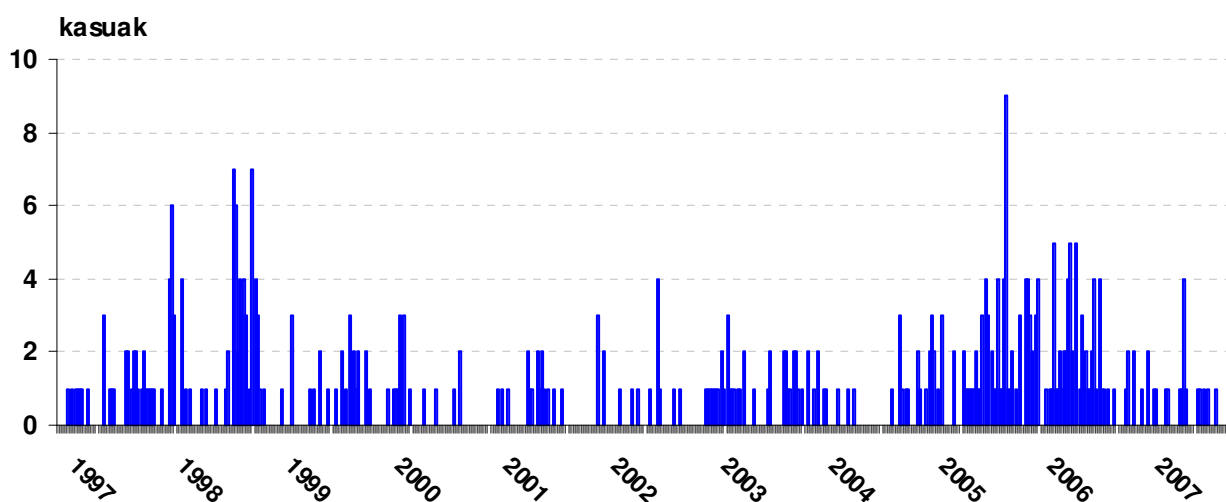
Hepatitis, A motakoa

CIE-9: 070.0, 070.1; CIE-10: B15

Ondorengo grafikoan Bizkaian azken hamarkadan sortu diren A motako Hepatitis kasuen banaketa agertzen da. Gailur bat ikusten da 1998an agerraldi lokalizatu batek sortua, jatorri komunekoa eta iraupen laburrekoa, eta 2005. urtearen amaieran hasi eta 2006ko hirugarren hiruhilabetekora luzatzen den uhin epidemiko bat. Urte bi hauetan hainbat udalerritan gertatu ziren kasu pilaketak eta kasuen heren batek A hepatitisdun kasuren batekin kontatua izandako aurrekaria agertzen zuen. Era berean 20 urtetik beherakoetan intzidentzia handiagoa izan zen. Guzti honetatik ondorioztatzen da pertsonatik pertsonara gertatu zela kutsatzerik ohikoena. Gure inguruan arraroa da janari edo edari bidezko kutsatze aurrekaria.

A Hepatitisaren eboluzioa. Aitortutako kasu kopurua

ABG - Bizkaia 1997 -2007



2007. urtean 20 kasu aitortu dira (1,68ko tasa 100.000ko), horrek 0,56ko 2. Indize epidemikoa suposatzen du, eta intzidentzia baxuko egoerara itzultzen garela adierazten du.

2. eranskinean kasuen banaketa denboraldika azaltzen da, baita adin taldea eta eskualde sanitarioa ere. Kasuen adina haurtzarotik helduarora aldatzen da.

13 kasu isolatu gisa agertu dira eta ez da jatorri komuneko agerraldi bat ere gertatu. Aipatutako arrisku faktoreak inguru endemikora egindako bidaiak izan dira, inkubazio garaian (5) eta familia inguruan beste kasuren bat egotea (3). Gainontzeko 12 kasuetan ez da antzeman kutsatzea egozteko moduko faktore argirik.

11 alditan kontaktuen estudioak egin dira; 5 kasutan ez da behar izan profilaxi interbentziorik eta 4 kasutan ez da egin aitorten berantiarraigatik.

Hepatitis akutua, B motakoa

CIE-9: 070.2, 070.3; CIE-10: B16

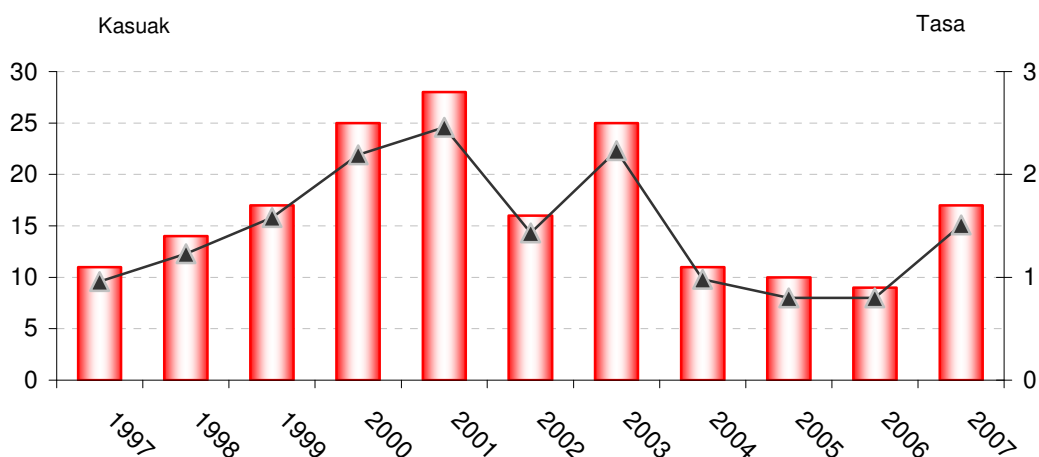
B motako hepatitisdun 17 kasu erregistratu dira, akutu izateko ezaugarriak betetzen dituztenak, horrek 100.000ko 1,8 kasuko tasa adierazten du eta 2. indize epidemiko 1,55ekoa. Datu hauen arabera, intzidentzia aurreko urteetan baino handiagoa izan da. Kasurik gehienak Mikrobiologia laborategiek aitortu dituzte, IgM+ detektatu baitute, hau da, HBVaren AntiHBc. Nolanahi ere, kasu akutu edo berri gisa sailkatzeko beharrezkoa da beste irizpide batzuk izatea, proba

hepatikoen emaitzak edota sintoma bateragarriak, edota inkubazio garaian aurrekari epidemiologiko arriskutsuak.

Kasu guztiak gizonezkoak dira, 21etik 64 urtera bitartekoak, mediana 41ekoa delarik. 25 urtetik beherako biak ez zeuden txertaturik. Kasu guztiak era isolatuan agertu dira; halere, aitopenen erdiak 2007ko urritik abendura bitartean egin dira. Identifikatutako arrisku-faktoreei dagokienez, zortzi kasutan kutsatzeko mekanismoa sexua izan daiteke, eta gainerako sei kasuetan ez dakigu zein den arrisku-faktorea.

B Hepatitisaren eboluzioa. Kasuak eta tasa

ABG - Bizkaia 1997 -2007



B Hepatitisaren kasuan inkubazio aldia luzea denez gero eta, gainera, sintomen hasiera eta agertzeko era, batzuetan, igartzen zaila, kasurik gehienetan ezin da jakin kutsatze unea eta gaixotasuna transmititzeko mekanismoa. Aspektu hauek hobeto ezagutzeko eta kasu berriak ekiditen laguntzeko, B Hepatitis akutua edo berriaren susmorik izanez gero, garrantzitsua da inkesta zehatz bat egitea odol edo sexu bidezko transmisio arrisku faktoreei buruz, inkubatze aldian egindako edozein puntziori buruzko datuak azpimarratuz (*piercing* edo tatuaiak zentroak, estetika, edota osasun zentroetan edo odontologiako kabinetetan). Positiboa izanez gero, lekua eta data espezifikatu. Horrek kutsatze jatorri bereko kasuak detektatzea erraztuko luke.

Hepatitis, C motakoa

CIE-9: 070.41, 070.51; CIE-10: B17.1

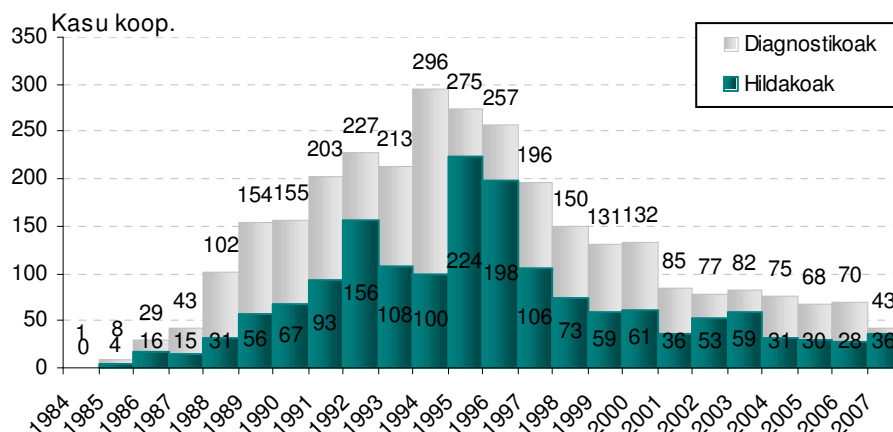
C Hepatitis, era asintomatikoan gertatzen da, B Hepatitis baino sarriago. Serokonbersioa ez da maiz antzematen eta ez daukagu infekzio gertatu berrien adierazgaririk. 2007an aitortutako C Hepatitis kasurik gehienak laborategiko aurkikuntzak izan dira, kasu asintomatikoetan eta arrisku faktorea ezezaguna eta denboran ez-hurbila. Bi kasuk serokonbertsioa agertu dute CHBrako. Haietako batek aho garbiketa aipatzen du aurreko asteetan. Bigarrenak ez du arrisku faktorerik adierazten.

HIESa eta GIBa

CIE-9: 042; CIE-10: B20

Jarraian aurkezten diren datuak, HIESaren Prebentzio eta Kontrolerako Planak emandakoak dira. 2007. urtean zehar, 43 HIES kasu diagnostikatu dira, aurreko urtean baino %39 gutxiago. 1984tik 2007ra arte metaturiko kasuen kopurua 3.072koa da; horietatik 1.640 hil egin dira.

Diagnostikaturiko HIES kasuak eta hildako HIES kasuak. Bizkaia. 1984-2007. HIESaren Prebentzio eta Kontrolerako Plana.



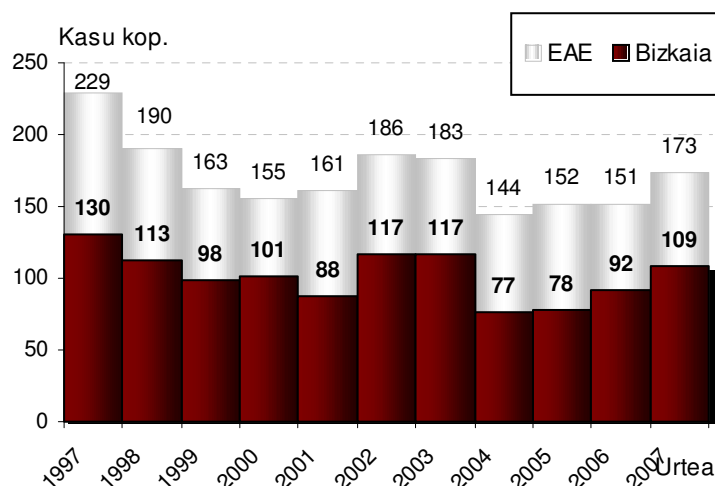
Bizkaiko Lurralde Historikoan urteetan zehar izan den eboluzioa, bai diagnostikatutako kasuen kopuruari eta bai hilgarritasun kopuruari dagokienez, Euskal Autonomia Erkidegokoaren eta Estatuako gainontzeko tokietakoaren oso antzekoa da. Intzidentzia handieneko gailurra 1994an gertatu zen.

2007. urtean diagnostikatu ziren 43 HIES kasuetako 32 gizonezkoak ziren eta 11 emakumezkoak. Kasuen %37an identifikaturiko transmisio mekanismoa bide parenteraleko droga-hartzea izan da (BPDH); %28an transmisioa heterosexuala izan da eta %19an transmisio homo/bisexualak.

“HIES kasuen erregistroa” 1987an jarri zen martxan eta 2002ko urtarriletik “GIBagatiko Infekzio Berrien Zaintza Sistema” dago. Sistema horren helburua, batetik, birus horrek eragindako infekzioen diagnostiko berriak jasotzea zen eta, bestetik, era fidagarri batean gaur egun GIB birusa gure erkidegoan nola ari den hedatzen ezagutzea.

Diagnostikatutako GIB kasuak.

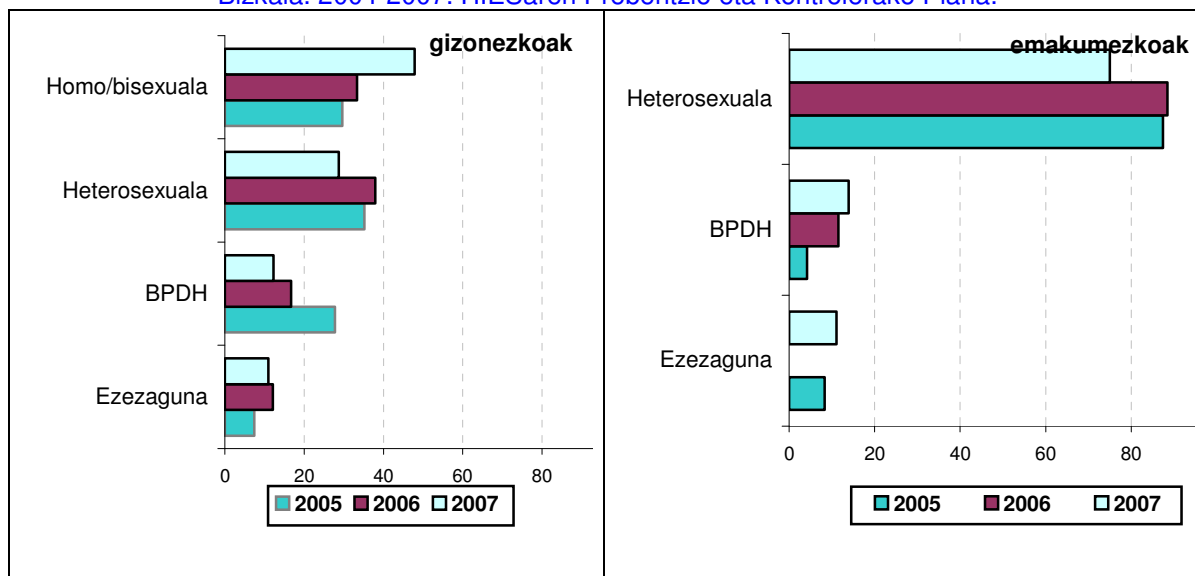
EAE eta Bizkaia. 1997-2007. HIESaren Prebentzio eta Kontrolerako Plana.



2007an zehar, Bizkaian, GIBek eragindako 109 infekzio berri diagnostikatu dira. %67 gizonezkoak dira; kasu berrien batez besteko adina 39 urtekoa da gizonezkoetan, eta 30ekoa emakumezkoetan.

GIB. Transmisio-mekanismoak.

Bizkaia. 2004-2007. HIESaren Prebentzio eta Kontrolerako Plana.



Infektatu berrien %76k infekzioa harreman homosexualen edo heterosexualen bidez eskuratu du eta %13k bide parenteralez; kasuen %11n, aldiz, transmisio-mekanismoa ezezaguna izan da. Sexuaren araberako ezberdintasunak aurreko grafikoan ikus daitezke.

Infekzio berrien atzerritarren arteko portzentaia %23ra jaitsi da (2006an %37).

Infekzio gonokozikoa (Gonokozia)

CIE-9: 098; CIE-10: A54

Gonokozia derrigorrez aitortu beharreko zenbakizko gaixotasuna da. ABG sistemaren bitartez Lehen Mailako Atentzioan aitortutakoak jasotzen dira eta, 2005ean hasita, Sexu-transmisiozko Gaixotasunen (STG) Zentroak ere jasotzen ditu. 2007an 83 infekzio gonokoziko kasu erregistratu dira. Aurreko urtean baino 23 kasu gehiago, horietariko 72 STG zentroak jaso ditu eta 11 Lehen Mailako Atentzio zentroetan jaso dira.

Bizkaiko Mikrobiologia laborategiek aitortutako *Neisseria gonorrhoeae* kasuak jaitsi egin dira. 167 kasu izan dira aurtun; aurreko urtean aldiz, 221. Horrela, bada, informazio hau bildu zen urtetik, 2004.etik, antzematen zen goranzko joera aldatu egiten da. Kasuen %79 gizonezkoak izan dira, eta %75 berriz, 20 urtetik 39ra bitartekoak.

Izurria

CIE-9: 020; CIE-10: A20

Izurria, batez ere, animalia txikiengan eta euren arkakusoengan eragina duen zoonosi bat da, baina sorrarazten duen bakterioak (*Yersinia pestis*) gizakia ere kutsa dezake. Animalien eta gizakiaren arteko transmisioa, honako hauek eragin dezakete: kutsatutako arkakusoan ziztadek, zuzeneko harremanek edo, gutxiagotan, kutsatutako materialak irensteak. Giza izurria oso larria izan daiteke, tratatzen ez bada %30-60ko hilgarritasuna izan dezakeelako.

Izurria endemikoa da Afrikako herrialde askotan, Sobietar Batasun zaharrean, Ameriketara eta Asian, baina Afrika da mende honetan agerraldiak jasaten dituen herrialdea. 2007. urtean ez zaio OMERi gaixotasun honek eragindako agerraldirik jakinarazi. Izurri agerraldiak pobrezia, gatazka zibilak eta gerrarekin izaten dute zerikusia, horrelakoetan osasun azpiegiturak kaltetuak izaten direlako. Gaixotasuna hedatzea ekiditeko giltza, agerraldiak albat arinen moztea da.

Kingella kingae

2007ko apirilean, arazo osteo-artikularrak zituen ume talde bat ikertu genuen Bilboko haurtzaindegi batean. Izan ere, 10 eguneko tartean, 11tik 15 hilabetera bitarteko, gela bereko lau umek artikulazio arazoak izan zituzten eta horrek ospitaleratzea ekarri zuen. Gela 16 ume zeuden, beraz erasoaren tasa altua izan zen (%25). Egoera klinikoa honelakoa izan zen: arina herrentasunarekin, artikulazioetako hantura eta sukar-puntua. Denei amoxicilina eman zitzaien eta eboluzioa ona izan zen aztarna barik sendatu arte. Denei hezur-gammagrafia edo erresonantzia egin zitzaien eta egindako azterketa mikrobiologikoak negatiboak izan ziren.

Ikerketa epidemiologikoan zehar, adin bereko beste hiru umeren kasuen berri izan zen, osteomielitis-ak jota zeudenak, bata gorago aipatutako haurtzaindegikoa, eta beste biak Bilboko beste haurtzaindegi batekoak. Bi hauetako batean, emaitza mikrobiologiak positiboak izan ziren, *Kingella Kingae* hemokultiboan isolatuz.

Kingella kingae koko-bazilo bat da, Gram negatiboa, *Neisseriaceae* familiakoa eta 1960an Elizabeth King doktoreak aurkitu zuena. Transmisioa arnasketa bidetik gertatzen da, pertsonatik pertsonara edota fomiteen bidez. Germenak arnas mukosa kolonizatzen du, tasarik altuenak 6 hilabetetik 4 urtera bitarteko umeek izaten dituztelarik. Agerpen klinikorik ohikoenak hezurretako infekzioak, endokarditisa eta bakteriemia izaten dira. Hezurretako infekziorik ohikoena artritis septizemikoa da, pisua jasaten duten artikulazio handiei eragiten diena, belaunari edo orkatilari adibidez. Osteomielitisak sarriago beheko gorputz-adarrak erasotzen ditu. Diagnostikoa odolean edota isurkari susmagarrian egiten den germenaren isolamenduz burutzen da, nahiz eta gehienetan hainbat eragozpen izan isolatzeko.

Umeak zeuden haurtzaindegiek ez zuten hezitzailearik konpartitzen, nahiz eta adin berekoak izan, eta, ez zen gela artean ume aldaketa edo trukerik suertatu. Euren arteko lotura zeharkakoa izan zen, aurreko hilabeteetan bileraren bat izan zutelako hezitzaileek.

Agerraldia eragin zuen germen sortzailearen ezjakitearen aurrean, baina pentsatuz *Kingella kingae* izan zitekeela, haurtzaindegietako arduradunei gomendatu zitzaien guneen eta jostailuen garbitasun arloan neurri estuak hartzea, gauza bera eskuak garbitzeari zegokionean. Gainera gelak ondo aireztatzea ere gomendatu zitzaien.

Egoeraren berri emateko gurasoei hitzordua jarri zitzaien eta bertan umeak behatzea gomendatu zitzaien eta edozein zalantza izanez gero pediatriari kontsultatzea, haurtzaindegian gertatutako aurrekariaren berri emanez. Era berean umeen pediatriei informazioa igorri zitzaien, susmo diagnostikoa arreta handiz egiten zezaten, eta beharrezkotzat joz gero, umeak ospitalera bidal zitzaizen.

Kasuak gertatu ziren gelako 12 umei eta 3 hezitzaileei frotsa hartu zitzaien, emaitza positiboak lortuz gero, kimioprofilaxia agintzeko. Erabiliko zatekeen jarraibidea Israel-en gertatutako *Kingella kingae* agerraldi batean erabilitakoa izango zen: rifampicina (egunean 20 mg/kg 2 hartualditan 2 egunez) eta amoxicilina (egunean 80 mg/kg 2 hartualditan 4 egunez). Emaitza guztiak *Kingella Kingaera* negatiboak izan zirenez gero, ez zen beharrezkoa izan kimioprofilaxirik egitea.

Germen honek sortutako hainbat kasu isolaturen literatura dugu, nahiz eta bi elkartzeko baino ez ditugun aurkitu publikaturik, bata 2003an Minnesotan eta bestea Israelen 2005ean.

Kolera

CIE-9: 001; CIE-10: A00

2005ean hasita munduan kolera gertakariak agertu dira, eta osasun aldetiko baldintza eskaseta bizi den biztanleria kalteberaren gehikuntzarekin batera agertu ere. OME erakundeak aitortutako kasu kopuruak izugarritzko gehikuntza izan zuen 2006an, hain zuzen 90eko hamarkadaren amaierako mailara helduz. Berrogeita bi herrialderen artean 236.896 kasu jakinarazi zituzten eta horrek 2005eko kopuruarekin alderatuz, %79ko gehikuntza adierazten du. Hilgarritasun tasa %2,66koa izan zen; aurreko urtean ordea, 2005ean, %1,72koa.

Kasuen %87 Afrikako 33 herrialdetan jakinarazi ziren. Kontinente horretan, 2005eko datuekin alderatuz, gehikuntza %87koa izan da. Asian aitortutako kasuen kopurua, 2004an aitortutakoa baino 4 bider altuagoa izan zen; kasu hauen %78 indiar azpi-kontinentean jakinarazi dira. Europan 10 herrialdek 62 kasu aitortu zituzten, horrek 2005eko kopurua 6 aldiz biderkatu dela esan nahi du.

2007. urtean Angola, Kongo eta Djibutik kolera kasuen berri ematen jarraitu dute, hain zuzen 2006. urteko agerraldiaren jarraipena. 2007ko abuztuan agerraldi garrantzitsu bat antzeman zen Irak-en, 30.000 pertsonengan eragina izan zuena eta 24 heriotza ekarri zituen.

Espainiako Estatuan, 2007. urtean 2 kasu aitortu dira, bata Indiatik ekarria eta Andaluziak jakinarazia, eta bestea Turkiatik ekarria eta Nafarroak jakinarazia.

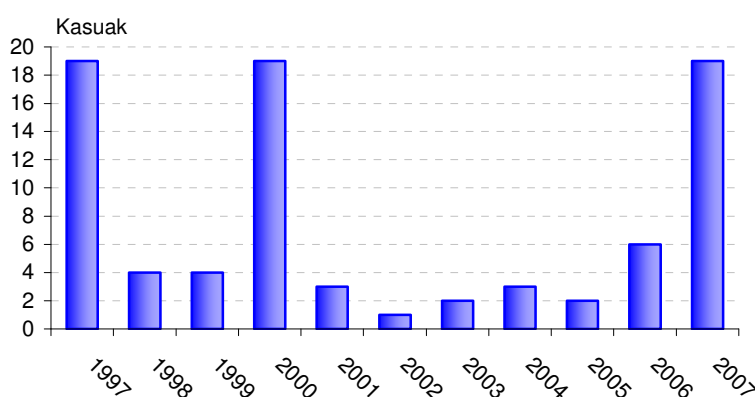
Kukutxeztula / Pertussis

CIE-9: 033.0; CIE-10: A37.0

Kukutxeztularen 19 kasu aitortu dira (100.000ko tasa 1,69) eta azken bosturteko tasarik altuena da, 2. indize epidemikoa 9,5ekoa izanik.

Kasu guztiak laborategian konfirmatu dira; 5 kasu isolamenduaren eta eztarriko frodis hazkuntzaren bidez. Gainontzekoak, PCR bidez konfirmatu dira.

Aitortutako Kukutxeztul kasuak, urteka
ABG. Bizkaia 1997-2007



Zazpi kasu, txertaketari ekin ez dioten bi hilabetetik beherako bularreko haurrak izan dira eta gainontzekoak, 2 hilabetetik 13 urte bitartekoak, euren adinerako behar zuten txerto dosi egokia zutenak (Dosi bat falta zuen batek izan ezik).

Kasuetariko lau ikastetxe berean agertu dira elkarturik, 5etik 13 urte bitarteko umeetan. Umeek ikasgela ezberdinetan ikasten zuten, baina sintomen hasiera, kasu guztietan, apirilean gertatu zen. Ikaskideen txertaketa egutegia berraztertuta, ikusi zen denek zeukatela euren adinerako behar zuten dosi kopurua.

Gainontzeko kasuak isolaturik agertu dira, nahiz eta 2007ko laugarren hiruhilekoan aldibereko elkartzeko bat sortu den (7 kasu), 2008ko lehen asteetan hortxe jarraitzen duena. Osasun eskualdeka gertatu den kasuen banaketa ezberdina izan da: 11 kasu Ezkerraldea-Enkarterrian, 5 kasu Barneko eskualdean, Bilbon kasu 1 eta Urriben kasu 2.

Legenarra

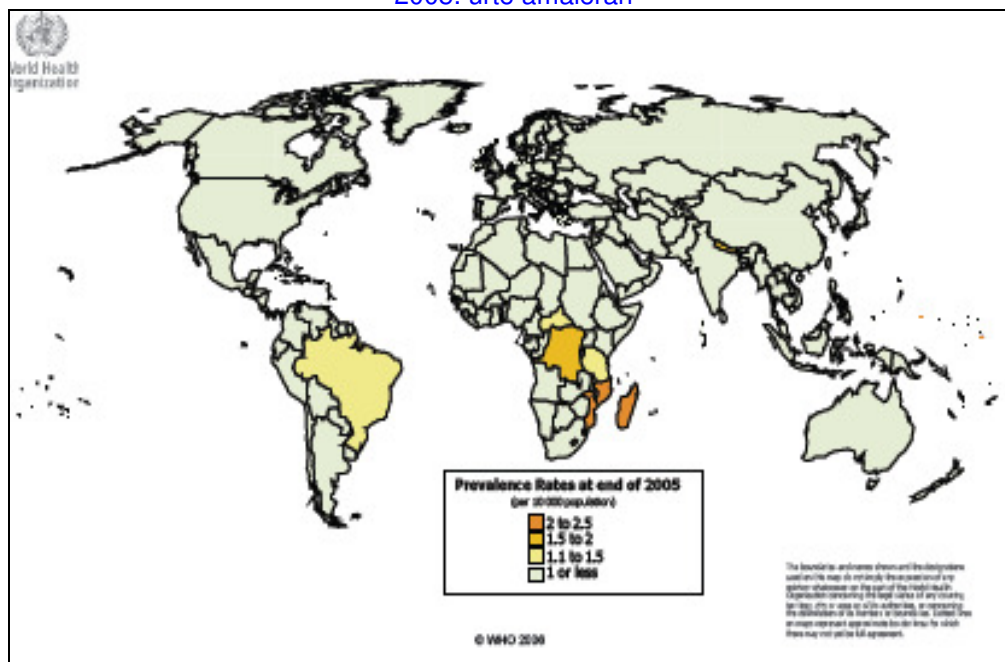
CIE-9: 030; CIE-10: A30

Legenarra, derrigorrez aitortu beharreko gaixotasuna da, eta dituen ezaugarri bereziengatik, batez ere bere tratamenduaren iraupenagatik, kasuak erregistratu egiten dira, diagnostikoa egiten denetik, harik eta sendatu direlako alta ematen zaien momentura arte.

Legenarraren Estatuko Erregistroko datuen arabera, 2007. urtean legenarraren 19 kasuren berri eman zen; horietako 14 berriak izan dira eta 3 berrerritzeak. Bat Brasildik heldu berria da eta kasu baten informazioa falta da. 14 kasu berriak 14 urtetik gorakoak dira, 8 gizonetako eta 6 emakumetako; berrien 9 kasutan Espainia ez den jatorriko herrialdea agertzen da: Bolivia (1), Brasil (1), Kolonia (1), Ekuador (1), Paraguay (2) eta Senegal (3). Bestalde, 2008ko urtarrilean, aipatutako erregistroan autonomia-erkidego desberdinetan 63 kasu prebalente ageri dira; eta horrek, 100.000 biztanleko 0,14ko kasuen prebalentzia adierazten du.

Bizkaian bi kasu prebalente daude, eta 2007an kasu bat gertatu da, gaur egun gure herrialdean bizi den etorkin bati diagnostikatutakoa. Gaixotasun hori transmititzeko aukera oso baxua da, baina intzidentziak zertxobait igotzea aurreikus daiteke, gune endemikoetatik datozen pertsonen immigrazioak gora egin baitu. Tratamendua zorrozki betetzea zaindu behar da, gaixoa sendatzea lortzeko.

Legenarraren prebalentzia (Kasu kopurua/10.000) 2005. urte amaieran



Mundu mailan legenar kasuen kopurua etengabe eta sendo doa beherantz. 2007. urte hasieran lau herrialdetan lortu gabe zuten legenarraren desagertzearen helburu orokorra osasun publikoko arazo gisa (10.000 biztanleko 1eko prebalentziaren tasatik beherakoa lorpen gisa definitua). Herrialde hauek Brasil, Kongoko Errepublika Demokratikoa, Mozambique eta Nepal ziren.

Gaixotasunaren diagnostiko goiztiarra eta multiterapia bidezko tratamendua dira etorkizunean gaixotasunaren zama gutxitzeko estrategiaren ardatza. Enfasia kalitatezko asistentzia lortzean jarri behar da, era egokian banatua eta kaltetu guztientzat eskuragarri egongo dena.

Legionelosia

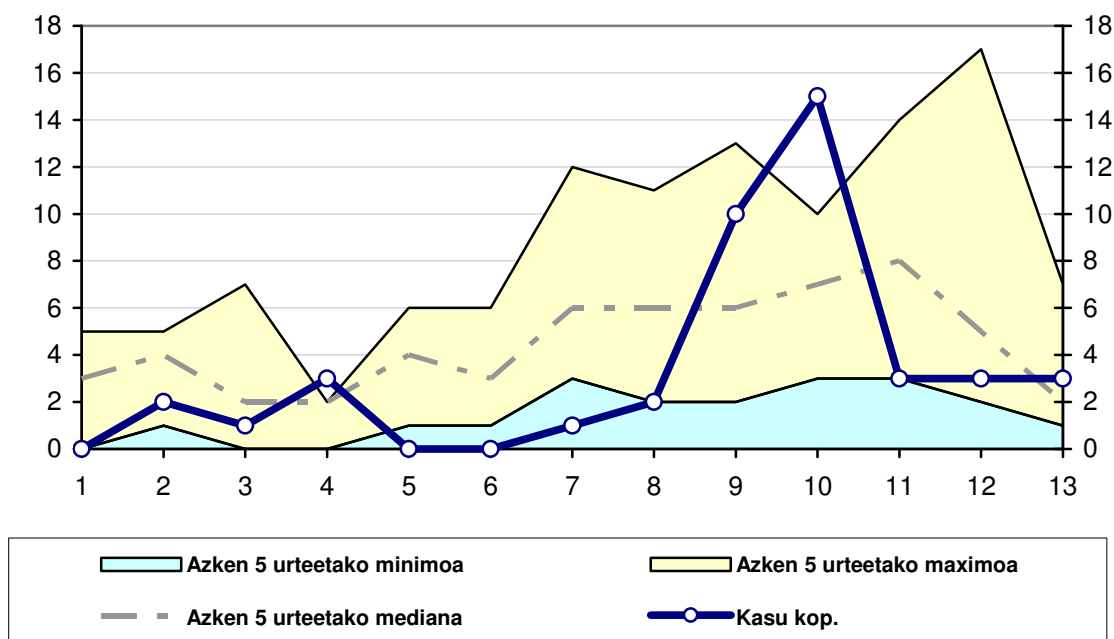
CIE-9: 482.8; CIE-10: A48.1 – A48.2

43 legionelosi kasu aitortu dira, horrek 100.000 biztanleko 3,8ko intzidentzia-tasa adierazten du; azken urteetako tasarik baxuena da. Kasu guztiak gernuan Antigenoa konfirmatu ondoren aitortu dira. Haietariko 3 kasutan gainera, *Legionella* isolatu da karkaxa-hazkuntzan. Afektatu guztien inkesta epidemiologikoa egin da, bai haiei zuzenean, edota, hurbileko senitarteko baten bidez.

Urte hasierako hilabeteetan suertatu den kasu kopurua oso baxua izan da. Gehienak irailtik aurrera erregistratu dira. Urrian 6 kasutako elkartzeko bat antzeman zen Ezkerraldea-Enkarterri eskualdeko udalerrri batean. 42 hozte-dorre ikuskatu ziren eta beste zenbait arrisku elementu, baina ez zen elkartzeko honen kausarik aurkitu. Eskuartze honen ondoren ez zen kasu berririk sortu.

Legionelosiaren Kanal endemoepidemikoa Bizkaian

ABG Bizkaia 2007 (2002-2006)



Osasun eskualdeak kontuan hartzen baditugu, Bilbok baino ez dio aurreko bi urteetako tasari eusten, gainontzekoetan behera egin du. Azpimarragarria da Barneko eta Uribe eskualdeetako beherakada.

Aitortutako kasuen adinaren mediana 53 urtekoa izan da (30-94 urte). 50-64 urte taldeko kasu kopuruak behera egin du (tasa 100.000ko 4 kasu), eta tasarik altuena 64 urtetik gorakoetan aurkitzen dugu. Sexuari dagokionez (gizonezkoa/emakumezkoa), arrazoa 6,2koa izan da azken urteotan

2 paziente hil dira; gainontzeko pazienteetako batek ez du ospitaleratzetik behar izan.

Kasuen artean eman den arrisku-faktore pertsonal ohikoena tabakoaren kontsumoa izan da, %46ak, egunean 10 zigarro baino gehiago erretzen du. Hurrengo, alkohola dator, kasuen %40an. Kasuetariko seik (%14) immunosupresioa aurkezten dute, 7k (%16,3) kardiopatia eta 5ek (%11,6) diabetesa.

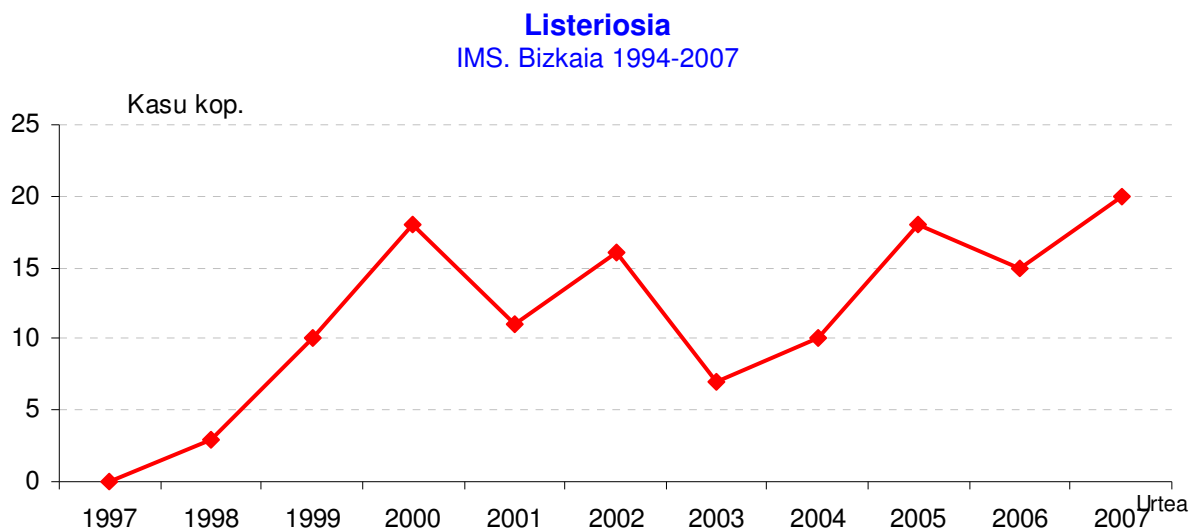
Urrian antzemandako kasuen elkartzeen inguruan egindako ingurumen eskuartzeaz gain, beste zenbait ikerketa egin dira ingurumen alorrean. OSALANen ardurapeko enpresa batean, paziente bizi zeneko eraikuntzako ur bero sanitarioan, eta, bi aldiz, beste erkidego autonomo batzuetako osasun-arloko agintariei bi hoteletan ikuskatzeak egitea eskatu zaie, izan ere, pazienteek

inkubazio-aldiko tarte batean hotel horietan egon baitziren. Inguruabar batean ere ez da gaixotasunaren bakterio sortzailea antzeman, ez eta irregulartasun esanguratsurik ere.

Listeriosia

CIE-9: 027.0; CIE-10: A32

Bizkaiko mikrobiologiako laborategiek, 2007. urtean aitortutako listeriosi kasuen kopurua 20koa izan zen; horrek, 100.000 biztanleko 1,78 kasuko tasa adierazten du. Azken hamarkadako gehieneko kopurua (18), 2000. urtean erregistratutakoa, gainditu egiten da agerraldi epidemiko baten inguruan.



Kasuetariko bat haurdun dagoen emakume batengan suertatzen da. Haurdunaldiko azken asteetan zegoen emakumea. Umearengan ez du eraginik izan, amaren tratamenduaren ostean, osasun oneko jaio baita. Lau kasu 2 urtetik beherako umeetan gertatzen dira, haietako 3 jaio berriak izan direlarik, agerraldi nosokomial baten inguruan infektaturikoak.

Gainerako kasuetatik 6 gizonezkoak dira eta 10 emakumezkoak, 31 eta 91 urte bitartekoak (mediana 71 urte). 15 hemokultibotan *Listeria monocytogenes* delakoa isolatu da. Era klinikoari dagokionez, 7 kasutan meningitisa agertu da, 2 kasutan sepsia eta gainontzekoetan bakteriemia. Listeriosirako arrisku-faktore ezagunen batekin agertzen diren 10 kasuetatik, ohikoenak minbizia, kortikosteroideak hartzea eta immunosupresioa dira. Hiru kasu hil egin dira (hilgarritasuna: %30).

Jaio berrietan antzemandako listeriosi agerraldia osasun zentro pribatu batean sortu da, litekeena da 1. trasmisio kasua amarengandik-umekiarenganako izatea, eta bi sekundario jaioberri garaiko meningitis berantiarrekin, litekeena trasmisio nosokimialez gertatzea. Trasmisio bidea eta berau gertatu den unea ezin dira zehaztasunez ezarri, baina baliteke JB hauen eta pertsonalaren edota materialen arteko higieune unibertsalaren hesirik eza izatea sortzailea.

Lyme gaixotasuna

CIE-9: 104.8, 088.81; CIE-10: A69.2

Lyme gaixotasuna ez da derrigorrez aitortu beharrekoa. Informazio Mikrobiologikoko Sistemaren *Borrelia burgdorferi* delakoaren serologia positiboa duten 14 kasu aitortu dira, azken urteetako kopururik altuena. 14 serologietatik 8 ikertu ditugu: bi kasutan ez da Lyme gaixotasuntzat jo, zeren eta pazienteek beste patologia bat zuten analitiken emaitzetan eragin zezakeena.

Gure inguruan, *Borrelia burgdorferi* delakoaz kutsatutako akainak daude, batez ere pinuak dauden tokietan, 800 metrotik beherako altueran, atlantikoko klimarekin eta txilarra, belarra edota iratzea dagoen lekuan. Akainekiko agerpena murrizteko, goiko eta beheko gorputz-adarrak arropaz estaliak eduki behar dira akainez betetako lekuetan gabiltzanean.

Meningitis bakterianoak

CIE-9: 320.0-320.9, 0360, 0270

2007an, 65 alta erregistratu dira Osakidetzako ospitaletan 'meningitis bakterianoa' ospitaleratzearen arrazoia (diagnostiko nagusia) edo bigarren mailako diagnostikoa zutenak; horrek, 100.000 biztanleko 5,8ko ospitaleratze-maiztasuna adierazten du. Tasa hori, aurreko urteetan (1996-2006) aurkeztutakoaren antzekoa da. Hilgarritasuna %12,3koa izan da, listeriak eragindako meningitisaren %43aren eta *N meningitidis*ak sortutako %4,5aren artean ibili baita.

Meningitis bakterianoak eragindako kasu-kopurua, maiztasunaren tasa eta ospitaleko hilgarritasuna.

Bizkaia. Osakidetza. GODM. 2007

	kasuak	Tasa	hildakoak	hilgarritasuna
<i>Haemophilus</i> (GNS-9:3200)	2	0,18	-	-
<i>Pneumokokoa</i> (GNS-9:0360)	13	1,16	1	%7,7
<i>A estreptokokoa</i> (GNS-9:3202)	6	0,53	2	%33,3
<i>Estafilokokoa</i> (GNS-9:3203)	4	0,36	0	-
Bestelako bakterioak (GNS-9:3209)	11	0,98	1	%9,1
Meningokokoa (GNS-9: 0360)	22	1,96	1	%4,5
<i>Listeria</i> (CIE-9: 0270)	7	0,62	3	%43
Kasuak Guztira	65	5,8	8	%12,3

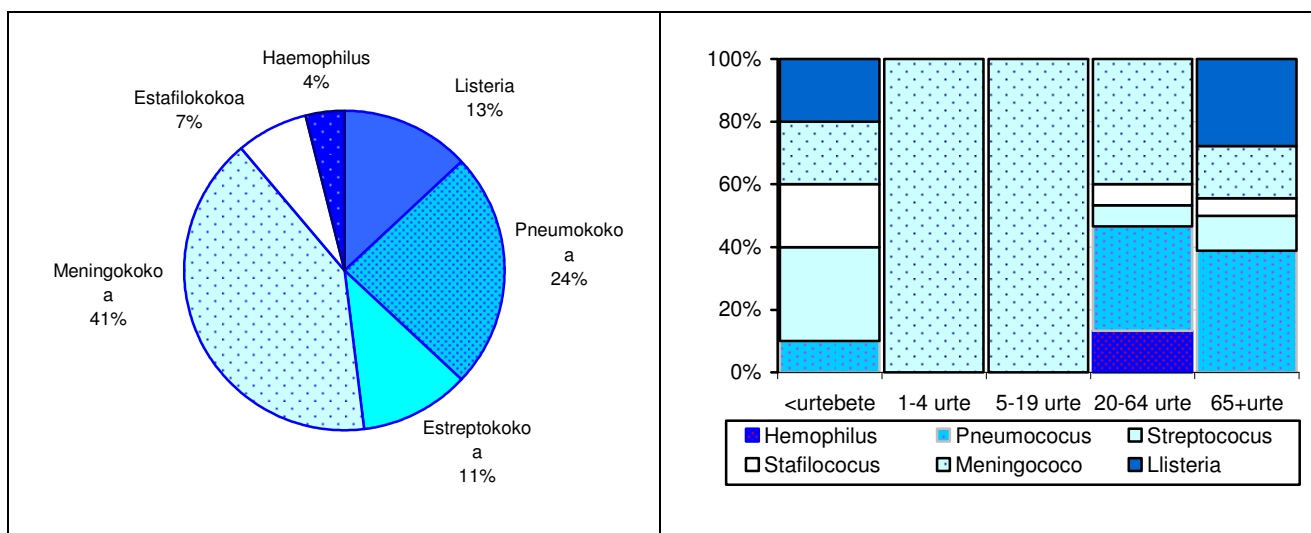
100.000 biztanleko intzidentzia-tasak

Meningitis kasuen %17an ez da eragiten duen bakterio-mota zehazten; hori horrela gerta daiteke tratamendu antibiotikoagatik bakterioen hazkunderik ez dagoelako, alta laborategiak egiaztatu baino lehen eman delako, edo kodeketa ez delako zuzena izan.

Taulan ikus dezakegunez, portzentaia hau gutxitu egin da 2006ko (%39) datuekin alderatzen badugu. Beste aldaketa deigarri bat, iazko datuekin erkatuz, listeriak eragindako meningitis kopurua da, 2007an aurreko urtekoaren bikoitza izan delako. Bakterio eragilea identifikatzen den kasuetan, %41ean eragilea meningokoko bat izan da, %24an pneumokoko bat, eta %13an listeria. Hilgarritasuna azken urteotako altuena izan da, batez ere listeriak eragindako hilgarritasuna oso altua izan delako aurretik.

E Meningitis bakterianoen etiologia, bakterioaren eta adin-taldearen arabera.

Osakidetzako Ospitaleak. GOMD Bizkaia. 2007



Goian agertzen diren grafikoek, meningitisaren etiologia eta gaixoen adinaren araberako portzentaje erlatiboa adierazten dute. Urtebete baino gutxiago dutenen artean A estreptokokoak eragindako meningitisa dugu (%30), meningokokoak eragindakoa (%20), estafilokokoak sortutakoa (%20) eta listeriagatikoa (%20). Urtebete eta 19 urte bitarteko gazteetan, identifikaturiko germe bakarra meningokokoak izan da. 20 urtetik 64ra, meningokokoak eta pneumokokoak dira garrantzitsuak, eta 64 urtetik gorakoetan berriz, germe ohikoenak pneumokokoak eta listeria izan dira.

Meningitis birikoak

CIE-9:047;0490; CIE-10: A87

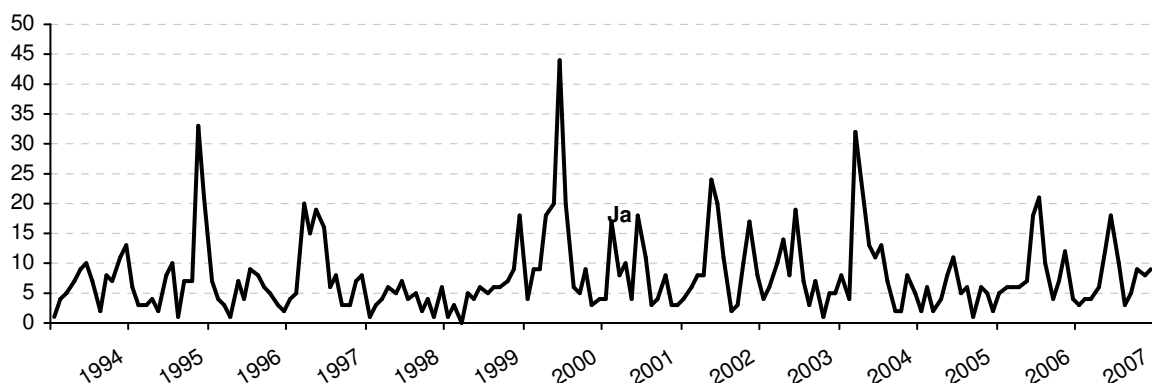
Meningitis aseptikoko koadroaren kausa nagusia birusak dira, eta gaur egun enterobirusena da talderik ohikoena. Talde horren barruan poliobirusak (3 serotipo), *Coxsackie* birusak, *ECHO* birusak eta 68-71 enterobirusak sartzen dira. Honako hauek dira koadro hori sor dezaketen beste birus batzuk: adenobirusa, herpes sinplearen birusa, zoster herpesa eta parotiditis epidemikoaren birusa.

2004. urteaz geroztik, IMSak LZRRan enterobirusaren isolamenduei buruzko informazioa ematen du. 2007an 39 isolamendu aitortu ziren, (2006an 55), haien artean 19 ECHO birus eta 2 Coxsackie birus zirela. Isolamenduen %64 maiatza eta ekaina bitartean gertatu zen, ekainean gertatu zirelarik isolamendu gehien, 13 hain zuzen. Kaltetutakoen %82k 10 urte baino gutxiago zituen.

2007an, ospitaleko Alten Erregistroak meningitis birikoak eragindako 92 ospitaleratze jaso zituen. Horietatik 43 koriomeningitis linfotarioak dira (GNS-9:049.0) eta gainerakoak meningitis enterobirikoak (GNS-9:047-047.9). %21ek 10 urte baino gutxiago zituen. Ingresuen %43 maiatza eta uztaila bitartean gertatu ziren, gailurra berriz ekainean izan zen (18 ingresu).

Grafikoak erakusten duen moduan, 1994. urtetik aurrera intzidentzia handiagoko gailurrak 4-5 urteroko gertatzen dira. Mailarik altuena 2000. urtean lortu zen, kausa hori dela-eta 155 ospitaleratze gertatu baitziren.

Enterobirusak eragindako meningitis birikoa GODM Osakidetza. Bizkaia. 1997-2007.



2007an, beste meningitis biriko batzuen taldean honako hauek erregistratu dira: zoster herpesak (CIE-9:0530) eragindako 3 meningitis kasu, 25, 58 eta 93 urteko pertsonetan, haietako bik immunosupresioa agertzen zuten eta herpes sinpleak eragindako meningitis bat (CIE-9:05472) gaixotasun sistematiko bat zeukan 26 urteko gizon bati eragin ziona. 3 ingresu gertatu dira meningitis urlianoagatik (CIE-9:0721); afektatuek 15, 17 eta 28 urtekoak izan dira. Ez da polibirusengatiko, ez-eta adenobirusak eragindako meningitis kasurik identifikatu.

Meningokozikoa, gaixotasun

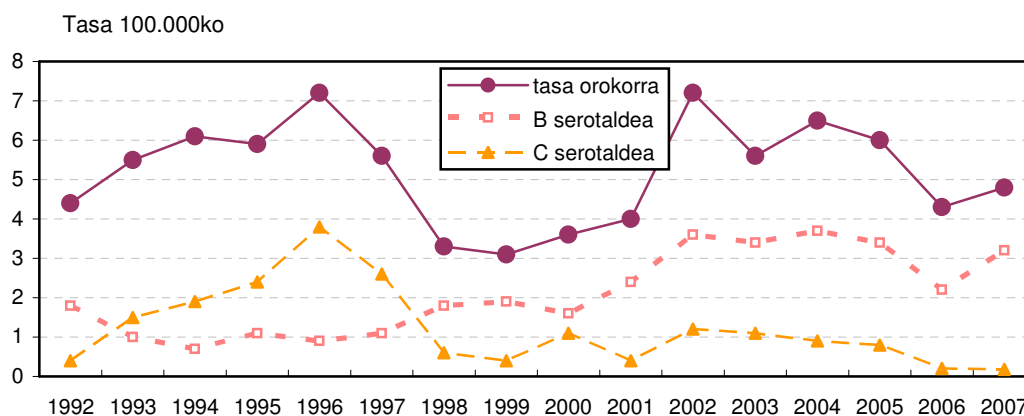
CIE-9: 036; CIE-10: A39

2007. urtean, Bizkaian, gaixotasun meningokozikodun 54 kasu aitortu dira; eta horrek, 100.000 biztanleko 4,8 kasuen intzidentzia-tasa adierazten du. 2006. urtean, berriz, erregistratutako tasa 4,3koa (48 kasu) izan zen; beraz, gaixotasunaren gorakada arina gertatu da.

Aitortutako 54 kasuetatik (%74) 40 mikrobiologikoki egiaztatu dira. 36 pazientetan B serotaldeko meningokokoa isolatu da, eta C serotaldea 2tan. B serotaldeko meningokoko tipatuetako nabarmenena B NT:P1.9 da. Horietakoak dira tipatuak izan diren B meningokokoetako 23tik 4 (%18).

Aitortutako 54 gaixoetatik 5 hil egin dira; eta horrek, %9,25eko hilgarritasuna adierazten du, ohikoa baino altuagoa.

Urtez urteko gaixotasun meningokozikoaren kasuak ABG- Bizkaia 1992-2007



Aurten, C meningokokoak eragindako gaixotasun meningokozikodun 2 kasu baino ez dira gertatu; eta horrek, 100.000 biztanleko 0,18ko tasa adierazten du, hamarkadako baxuena. Kasu 2ak helduetan gertatu ziren, 30 eta 36 urtekoak ziren eta txertatu gabeak.

Eskualdeen artean ez da intzidentzia-tasetan alde nabarmenik antzematen: berdin samarrak dira, Barrualdeko 4,32tik Ezkerraldea-Enkarterriko 5,47ra.

Gaixotasun meningokozikoaren kasuak, adin-taldeen eta serotaldearen arabera.

ABG. Bizkaia. 2007

Adin taldea	Mikrobiologikoki egiaztatutako kasuak			Balizko kasuak (mikrobiologia neg.)	Guztira	Tasa 100.000ko	Hildako-kop./% hilgarritasuna	
	Serotaldea							
	B	C	Beste					
<10 urte	22	-	1	9	32	38,98	1	3,13
10-19 urte	5	-	-	4	9	8,77	-	0,0
20-39 urte	4	2	-	1	7	1,95	1	14,29
>39 urte	5	-	1	-	6	1,04	3	50,0
GUZTIRA	36	2	2	14	54	4,81	5	9,26

Epidemiologiako Zentro Nazionalak jakinarazi du, 2007. urtean gaixotasun meningokozikoaren tasa, Estatu mailan, 100.000 biztanleko 2 kasutakoa izan dela, eta hilgarritasuna %10,4koa. Autonomia-erkidego desberdinetan tasak desberdinak dira, hasi Extremadurako 0,65ko lerrunetik eta Kantabriako 7,68ko lerrunera. Euskal Autonomia Erkidegoak, bere aldetik, 3,37ko tasa dauka.

Paludismoa / Malaria

CIE-9: 084; CIE-10: B49 - B54

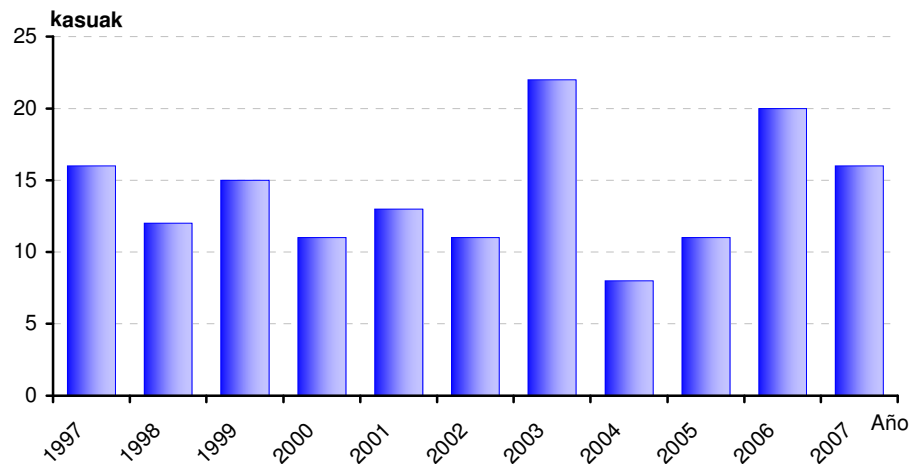
2007. urtean, 16 paludismo kasu aitortu dira ABG sisteman; 8 emakumezko eta 8 gizonezko izan dira. Adin tartea oso zabala da, 8 hilabetetik 74 urte artekoa. Zehatzago esateko, adin banaketa honakoa da: 3 afektatu 45 urtetik gorakoak, 7 pertsona 22 urtetik 44ra bitartekoak, eta deigarriena, 14 urtetik beherako 6 haur.

Plasmodium kasu guztietan identifikatu da: *Plasmodium sp* kasu batean, eta gainerako 15 kasuetan *P. Falciparuma*.

Infekzioaren jatorria kasu guztietan Afrikako herrialderen batean kokatzen da: 6 Ekuatore Ginean, 3 Malin, 1 Kamerunen, 1 Kongon, 1 Boli Kostan, 1 Gambian, 1 Ghanan, 1 Nigerian eta 1 Senegalen.

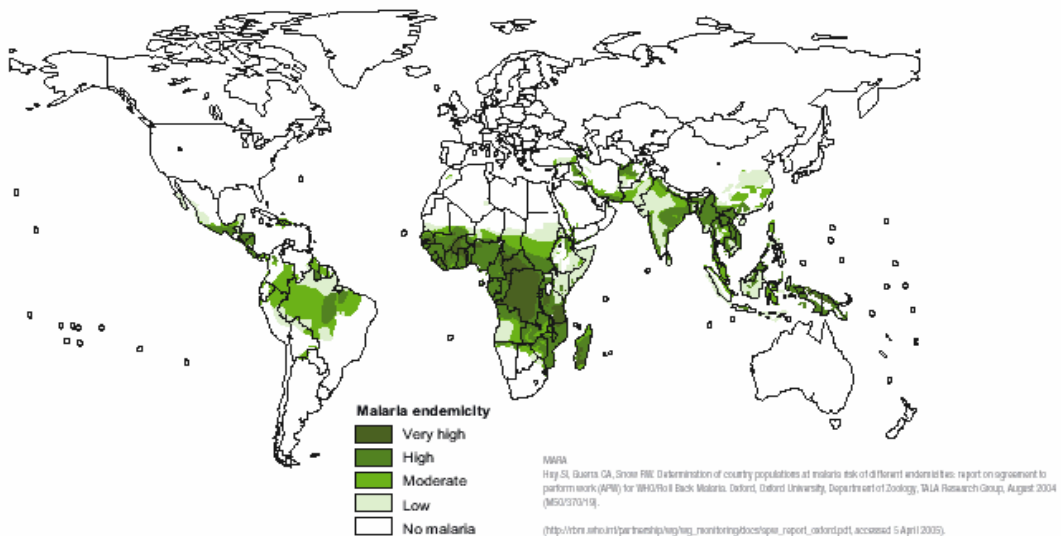
Hiru kasutan kaltetuen bidaiaren arrazoia lana edo turismoa izan da, eta gainerakoak Bizkaian bizi diren pertsonak izan dira baina, euren sorterrira, paludismoa dagoen gunen endemikoetara, kimioprofilaxia hartu gabe joan direnak (6 kasu), edo heldu berriak (7 kasu). Kasu bitan baino ez zuten afektatuek kimioprofilaxia hartu.

Paludismo kasuen kopurua.
1997-2007. ABG eta GODM. Bizkaia



2005. urtean, OMEk eta UNICEFek egindako “Munduan Paludismoari buruzko 2005eko Txostena” argitaratu zen.

Malaria Transmission



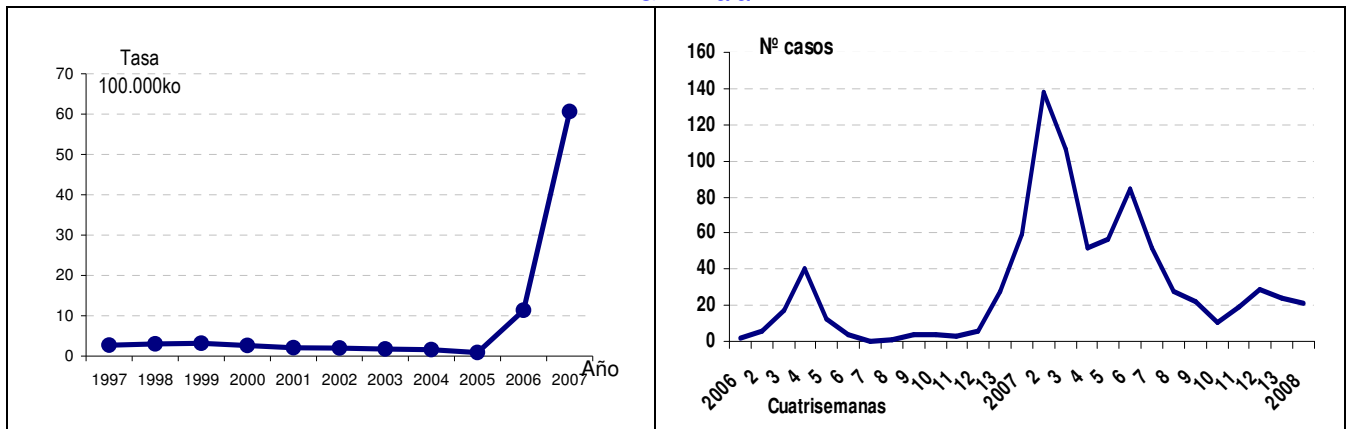
Paludismoak urtero, milioi batetik gorako heriotza kopurua eragiten du eta 3.200 milioi pertsonentzat arrisku bat da. Hauxe da, txosten horretan aurkeztzen den planaren mundu mailako helburua: 2010erako eta berriki 2015erako paludismoak eragindako hilkortasuna erdira murriztea. Honako hauek dira eraginkorrek izan diren neurriak: intsektizidekin tratatutako eltxo-sareak erabiltzea, haurdun dauden emakumeen prebentziozko aldizkako tratamendua eta eraginkorrek diren paludismoaren aurkako botikekin tratamenduak jartzea.

Parotiditis birikoa (hazizurriak)

CIE-9: 072; CIE-10: B26

2007. urtean zehar, parotiditis birikoaren 681 kasu aitortu dira ABG sistemaren bidez (tasa 100.000ko 60,66). Grafikoan ikusten den bezala, 2006an agerraldi lokalizatu bat egon zen udaberrian, Ezkerraldea-Enkarterri eskualdean, eta abendutik aurrera kasuak gehitu egin ziren, Bizkaian ez ezik, baita EAEn ere. Bizkaian 2. indize epidemikoa 6,35etik 34,05era pasatu da. Sexuari dagokionez (gizonezkoa/emakumezkoa), arrazoaia 1,5ekoa izan da. 2. eranskinean adinka eta eskualdeka kontsulta daitezke jasotako datuak.

Parotiditis birikoaren urtekako tasa 1997-2007 Kasu kop. 2006-2007
ABG Bizkaia

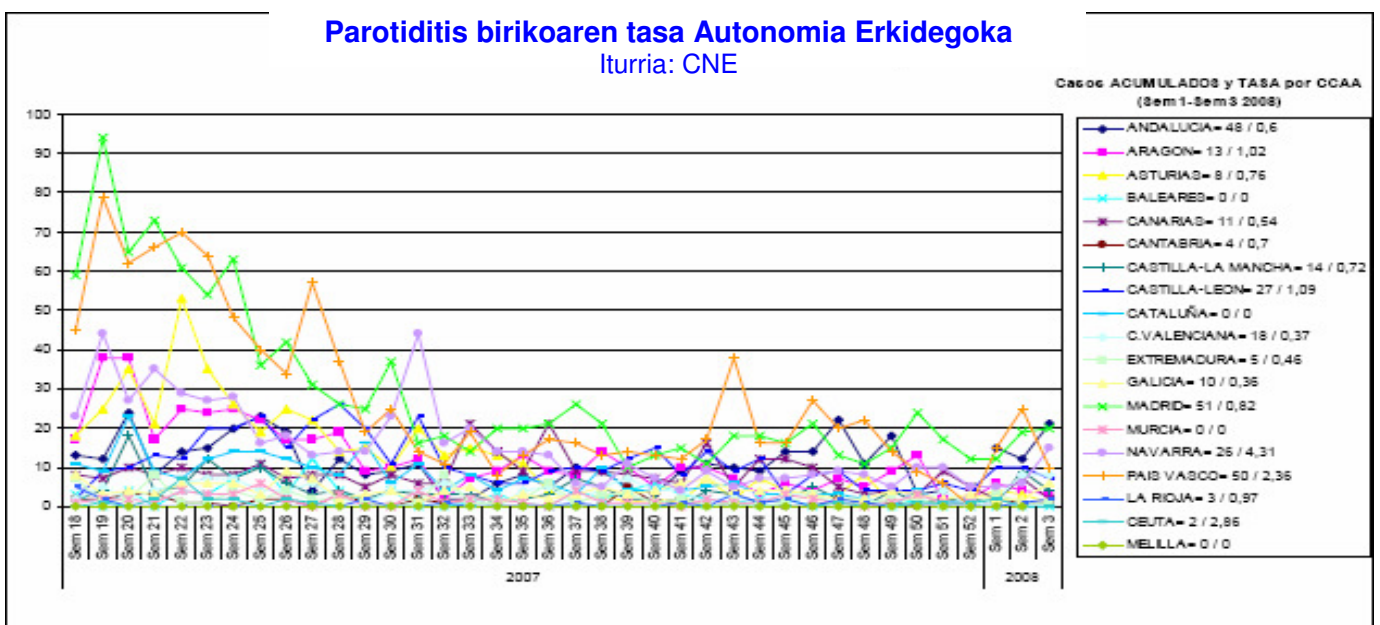


Kasurik gehienak (513 kasu, %75,3) 25 urtetik beherako adin taldeetan gertatu dira. Gure txertaketa estaldura estimazioaren arabera, 20 urtetik beherako gazteen %98k HB (Hirukoitz birikoa) txertoaren 2 dosi jaso dituzte, eta 21-25 urtera bitarteko taldekoen %78k berriz, gutxienez, dosi bat jaso du.

Laborategiek egiaztatutakoari buruz, kasuetariko 111 konfirmatu egin dira IgM+ bidez, 64tan birusa identifikatu da (hazkuntza edo PCR) eta 22tan teknika bien bidez. IgM negatiboa izan da txertatutako kasu askotan, halere kasuok epidemilogikoki konfirmatu egin dira eta baita birusaren identifikazioaren bidez ere.

IMS sistemaren bidez 105 parotiditis kasu jakinarazi dira, ABG sistemaren bidez aitortu gabekoak.

Parotiditis birikoaren tasa Autonomia Erkidegoka
Iturria: CNE



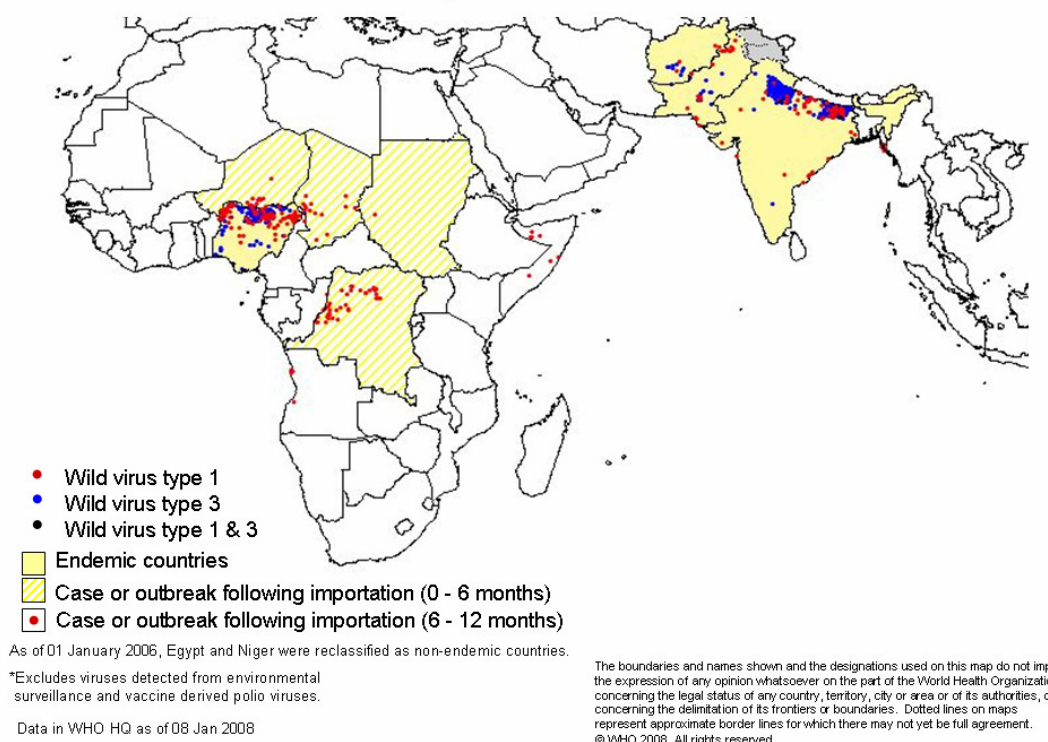
Bizkaian gertatu den intzidentzia hau bat dator gainontzeko Autonomia Erkidegoetan sortu den parotiditis birusaren zirkulazioarekin, nahiz eta intzidentzia ezberdinak izan. 2008. urte hasieran kasuen aitortpenen kopurua espero baino altuagoa da

Poliomielitisa

CIE-9: 045; CIE-10: A80

2007. urtean OMERi 1.083 poliomieltis kasu aitortu zaizkio, poliobirus basatiak eragindakoak. %91 endemiadun 4 herrialdetan (Pakistan, Afganistan, India eta Nigeria) eta gainontzekoak endemikoak ez diren 8 herrialdetan banaturik (Nepal, Kongoko Errepublika Demokratikoa, Txad, Niger, Sudan, Angola, Myanmar eta Somalia). 2006. urtearekin alderatuz, 1 motako poliobirus basatiek sortutako kasuen gutxitze garrantzitsua gertatu da, 1.622tik 304ra, eta aldiz, 3 motako poliobirus basatiak sortutakoen gehitzea, 290etik 779ra. Egoera honen azalpena polioa errotik ateratzeko programan, oldarkortasun handiagoa duela-eta, 1 motako poliobirusaren kontrako txertaketari eman zaion lehentasunean egon daiteke.

Wild Poliovirus*, 09 Jan 2007 – 08 Jan 2008



Poliotik libre egongo den mundua lortzeko jarraitu beharreko pausuak hauek dira: 4 herrialde endemikoen zonaldean bizirik dirauten arazo operatiboak albat arinen gaintzea, finantzako baliabideak lehenbailehen mugitzea polioa errotik ateratzeko estrategiak ezartzeko, agerraldiei erantzuten dieten jarduerekin jarraitzea, eta berriro ere polioa barreiatzeko balizko arriskua gutxiagotzea; halaber, paralisi flazidoen zaintza kalitatea mantentzea herrialde guztietan.

Munduan gaixotasuna errotik ateratzea lortu arte, gaixotasuna hartzeko arriskua hortxe dago, eta herrialde endemikoetara doazen bidaiariak babestu egin beharko lukete txertaketaren bidez. Beraz, gomendagarria da inguru endemikoetara doazenei eta iraganean VPO hiru dosi edo gehiago jaso dituztenei, polio txertoaren dosi bat eskaintzea.

2007an zehar paralisi flazidoen zainketa egiten jarraitu izan da. Ez da 15 urtetik beherako kasu bat ere jakinarazi.

Q Sukarra

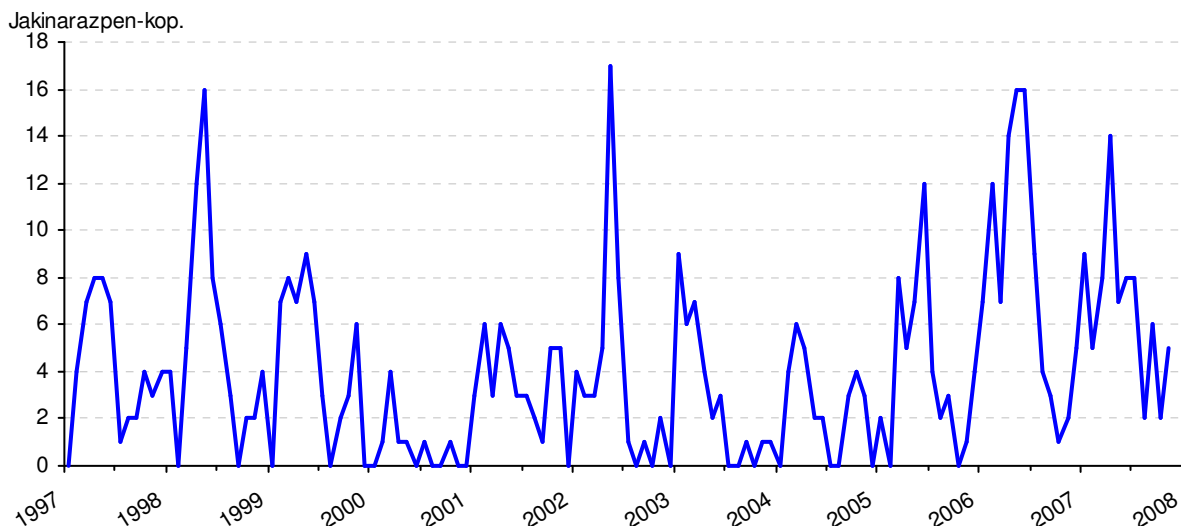
CIE-9: 0830; CIE-10: A78

Q Sukarra ez da derrigorrez aitortu beharreko gaixotasuna, beraz Informazio Mikrobiologikoko Sistemak jasotako datuak baino ez ditugu.

2007. urtean, Q sukarraren serologia positiboen kopurua 2006koa baino pixka bat txikiagoa izan da, baina balore altuetan mantentzen da. Urte sasoiari dagokionez berriz, neguaren amaieran eta udaberrian kasuek gora egiten dute, animaliek umeak egiten dituzten aldi hain zuzen.

Q Sukarraren kasuen eboluzioa

IMS - Bizkaia 1997-2007.



2007. urtean 10 kasuko talde bat ikertu dugu, urtarriletik martxora bitartean, Barneko eskualdean. Nekazaritza ingurunean bizi zirela izan ezik, ez zuten komunean beste bereizgarririk. Kontrolik gabeko esne saltze bat antzeman zen, eta bi artalde (439 buru) aztertu ziren. Ez zen gaixotasunik aurkitu. Kontuan hartzekoa da azterketa gaixotasuna hain ohikoa ez den garaian egin izana.

Apirilean 4 pertsonen jasandako agerraldia aitortu zen (3 familia berekoak); Bizkaian bizi ziren eta asteburuetan Kantabriara joateko ohitura zuten. Paziente hauen etxebizitzak nekazaritzako ustiategi batetik hurbil zeuden eta Kantabriako Gobernu Abeltzaintza, Nekazaritza eta Arrantza Kontseilaritzak egin zuen ikerketan ez zuten gaixotasun sintomadun animaliarik aurkitu. Aldiz, emaitza serologikoetan infekzioa agertzen zen eta, kasu batzuetan *Coxiella Burnettire* ADNa detektatu zen PCRren bidez. Aipatutakoa maizen ardietan gertatu zen, baina behi batzuetan ere jazo zen. Esplotazioaren instalakuntzetan garbiketa, desinfekzioa, desintsektazioa eta desratizazioa egiteko neurriak luzatu zitzaizkien.

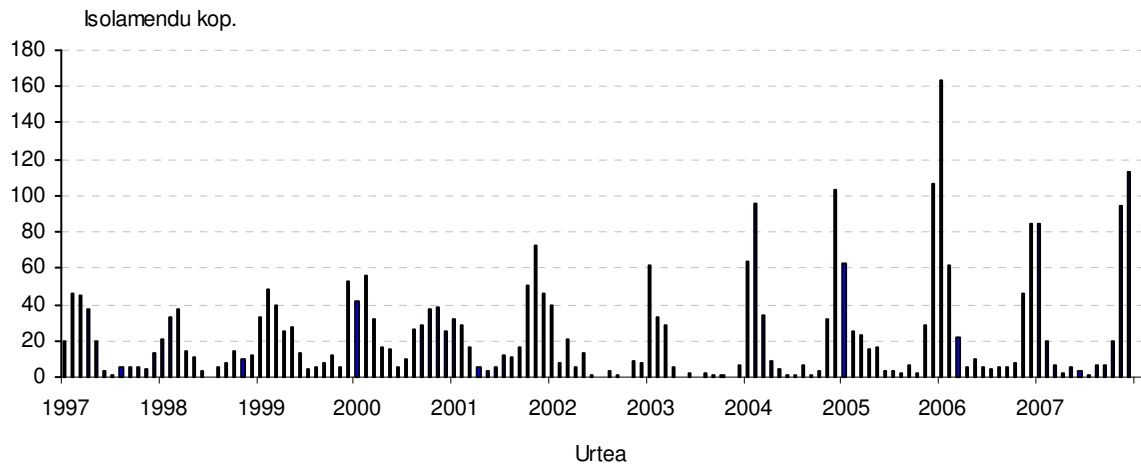
Rotavirusa

CIE-9: 008.61; CIE-10: A08.0

2007. urtean zehar, Informazio Mikrobiologikoko Sistemaren bidez 365 isolamendu aitortu ziren, aurreko urtean baino 56 gutxiago. Kasuen %80 azaroa, abendua eta urtarrilean erregistratu dira, horrek urtaroak duen eragina agertzen digu eta urteko hilabeterik hotzenek duten zerikusia.

Aurton, 2006an bezala, aitortutako kasuen %98 bederatzi urtetik beherakoak izan dira eta %43 urtebete baino gutxiagokoak.

Jakinarazitako rotavirus isolamenduak hilabeteka banatuta IMS - Bizkaia 1997-2007



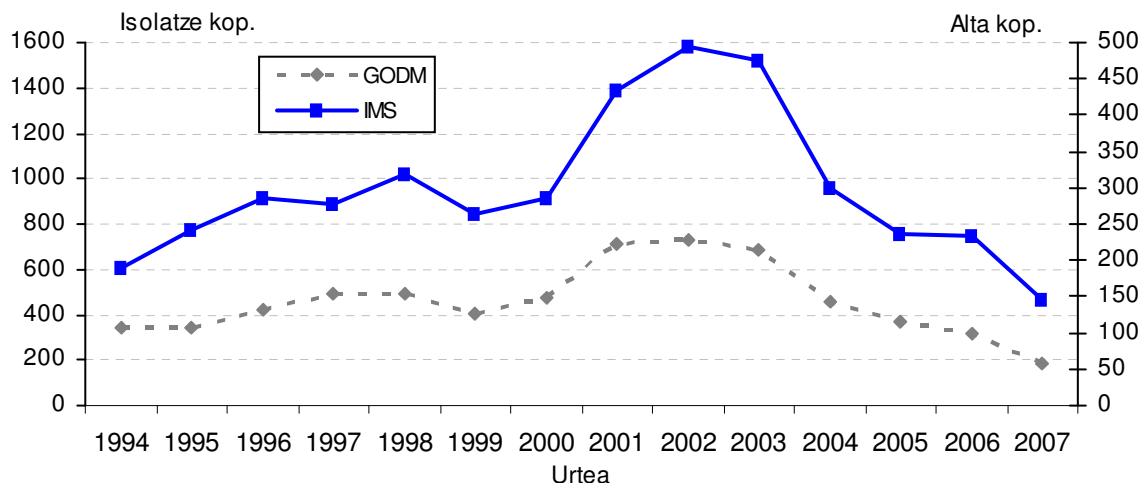
Ospitaleko alden erregistroan 49 ingresu bildu dira rotavirus isolamenduarekin, haietako 49 pertsona 2 urtetik beherakoak izan dira.

Salmonellosia

CIE-9: 003; CIE-10: A02

IMSari aitortutako isolamendu kopurua 467koa izan da. Beraz, azken urteetan erregistratutako beheranzko joera berresten da, %70 eta %38 beherakada, 2002 eta 2006 urteekin alderatuz, hurrenez hurren. Joera hau ezberdina da serotipoen arabera, eta batez ere S. Enteritidisari eragiten dio. Halere, 2007an serotipo honek kasu guztien %55 baino ez du suposatuz, 2002an %67 zen bitartean. Isolamenduen banaketa, urtean zehar, berdintsua da. Biztanlerik erasandakoenak 10 urtetik beherakoak izan dira (%46), eta hurrengo, 60 urtetik gorakoak (%15).

Salmonella kopurua IMS y GODM Bizkaia 1994-2007.



Ospitaleko erikortasun-tasari dagokionez, horrek erakusten baitu gaitzaren larritasun-maila, beherakada oso garrantzitsua ageri da, ingresuak, 2006koekin alderatuz, ia erdia jaitsi direlarik. Salmonellosiagatik ingresaturikoen %14 hamabost urtetik beherakoak dira eta %32 hirurogeita bost urtetik gorakoak.

SARM (Metizilinarekiko Erresistentea den “Staphylococcus Aureus”a)

CIE-9: 998; CIE-10: T81.4

2007. urtean zehar, metizilinarekiko erresistentea den *Staphylococcus aureus*aren elkartzeak aitortu dira Bizkaiko hiru zahar-etxetan, protokoloa aplikatu ondoren arazo barik konpondu direnak.

Aurten, IMSan 893 isolamendu jakinarazi dira. Aurreko urteetakoekin alderatuz oso igoera garrantzitsua gertatu da. 2006an 817 izan ziren eta 2005ean 552 kasu.

Sexu-transmisiozko gaixotasunak (STG), beste batzuk

Informazio mikrobiologikoko sistema kudeatzailearen datuetan, 2006an *Chlamydia trachomatis* kasuen detekzioan gorakada bat sortu zen: 266 kasu. Diagnostikoak egiteko erabiltzen diren tekniken hobekuntzaren ondorio izan da, zelula-hazkuntzari PCRa gaineratu zaiolako Basurtoko ospitalean. 2007an, 194 kasu aitortu dira sistema honen bidez.

2. tipoko Herpes birusdun 96 identifikazio aitortu zaizkio IMSri, aurreko urtekoa baino zifra altuagoa.

Sífilia

CIE-9: 090 - 097; CIE-10: A50 – A53

Sifilia, gonokozia bezala, derrigorrez aitortu beharreko gaixotasun numerikoa da. ABG sistemak Lehen Mailako Atentziotik aitortutako sifili kopurua eta Sexu-transmisiozko Gaixotasunen Zentroak sortzen duen informazioa erregistratzen du. 57 sifili kasu aitortu dira; horietako 35 aipatutako zentroak bidalitakoak izan dira.

Bizkaiko Mikrobiologiako laborategiek 91 serologia positibo aitortu zituzten *Treponema pallidum* delakorako; iaz, oster, 76 kasu aitortu ziren. Pazienteen %77 gizonezkoak izan ziren. Kasuen %81 berriz, 20 eta 50 urte bitarteko adin taldekoei dagokie.

Bi informazio iturriek luzatutako datuek gaixotasun honek azken urteotan izan duen goranzko joera islatzen dute.

Sukar horia

CIE-9: 060; CIE-10: A95

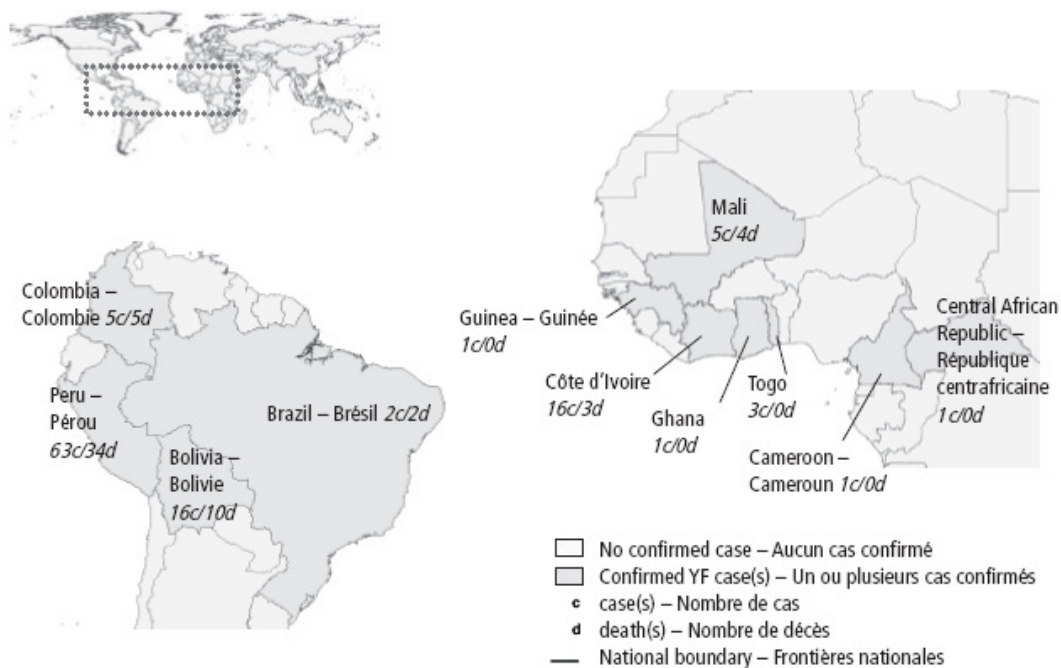
2006. urtean OME erakundeari sukar horiaren 114 kasuren berri eman zitzaion, haietarik 58 kasu heriotza eragin zuten, Afrika eta Hego Amerikako (ikus mapa) 11 herrialdetan. Kasu hauek laborategi nazional konpetenteek edota erreferentzia laborategiek konfirmatutako kasuak baino ez dira. Gaixotasun honen aitortpen urria egiten dela uste da.

2006an OMERi aitortutako Togoko agerraldia txertaketa kanpaina baten bidez amaitu zen, 2007. urtean; bertan 1,5 milioi dosi banatu ziren.

2008ko otsailean Brasilgo 48 kasu jakinarazi zaizkio OMERi, horietatik 13 hil direlarik. Agerraldi hau, 2007ko apirilean aitortutako tximinoen epizootia baten jarraipena da. Gainera 22 kasu aitortu dira Paraguayn, eta haietatik 6 hil dira.

Nazioarteko Araudi Sanitaria (2005) sartu da indarrean, 2007ko ekainean hain zuzen. Nazioarteko osasun publikoak urgentziako gaitzat jotzen du sukar horia, hori dela eta inguru endemikoetara doazen bidaiari guztiei txertatzea eskatu dakieke, edota gaixotasuna kutsatzeko arriskua dagoela uste den inguru batetik irteten direnean. Sukar horiaren bektorea dagoen herrialde batek berrogeialdia exijitu ahal dio transmisio arriskua dagoen herri batetik datorren bidaiariari baldin eta txertaketa agiria edo txertaketaren kontraindikazio justifikatua erakusten ez badu. “Berrogeialdiaren “gehieneko iraupena 6 egunekoa da, gaixotasunaren inkubazio-aldiari dagokiona.

Sukar horia , Afrika eta Hego-Amerikako 2006ko kasuen banaketa geografikoa OME



Sukar tifo-paratifikoa

IE-9: 002; CIE-10: A01

*S. Tiph*y kasu bakarra aitortu da. Ez da ezagutzen, ez kutsaduraren jatorria, ez eta kutsatze era ere.

Osakidetzako ospitaleratze alden erregistroan kausa honengatiko 3 ingresu bildu dira; haietako bati baino ez zaio konfirmatu ordea, IMSren bidez.

Tetanosa

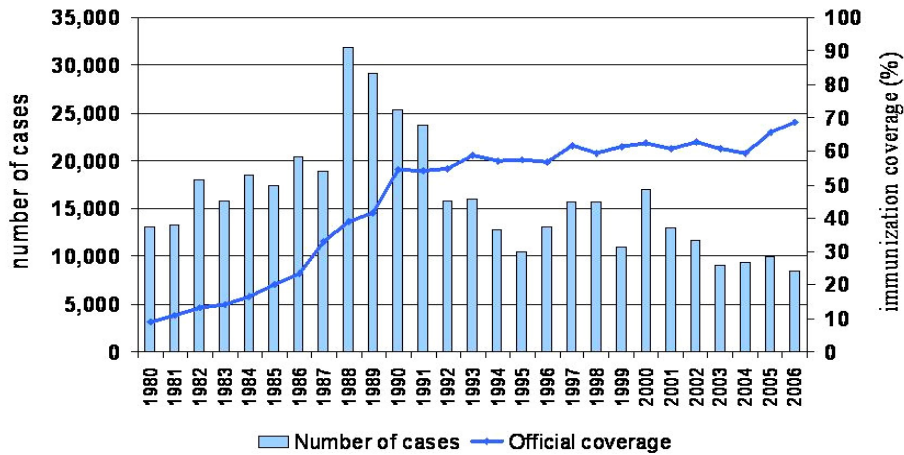
CIE-9:037, CIE-10: A35

Ez da kasu bat ere aitortu. Ez da kausa honengatiko ingresurik agertzen ospitaleko alden erregistroan.

1996. urteaz geroztik, Bizkaian ABG sistemari tetanosaren 11 kasu aitortu zaizkio, haietako 9 pertsona 64 urtetik gorakoak izan dira.

Gaixotasun honi buruz OME erakundearen helburua jaioberrien tetanosa mundutik ezabatzea izan da. Gaixotasun honek eragindako heriotza kopurua 80. hamarkadan 800.000 izan zen eta 2002an ostera, 180.000ra jaitsi zen. Halere, nahiz eta aurrerapauso handiak eman diren, ez da 1995erako jarritako helburua bete, hots, tetanosa ezabatzea. Halaber, 2005erako jarritako helburua ere ez da bete, gaixotasun honek sortutako hilkortasuna baztertzea, zeren eta, 2007ko abenduan, 47 herrialdek oraindik baztertu barik zeukaten tetanosak eragindako jaioberrien hilkortasuna.

Neonatal tetanus global annual reported incidence and TT2+ coverage, 1980-2006



Source: WHO/IVB database, 2007
193 WHO Member States. Data as of September 2007

Date of slide: 10 September 2007



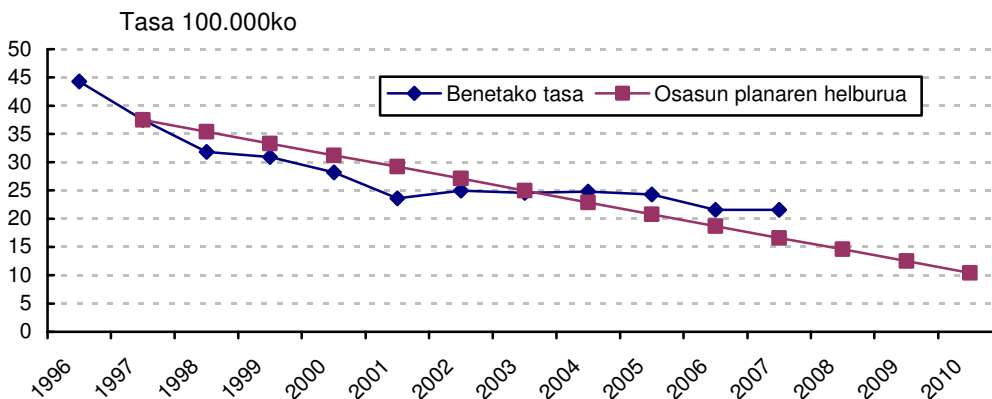
Tetanosaren aurkako txertoak gaixotasunaren kontrako babes on eta iraunkorra eragiten du. Gaur egun, OMEko adituak txerto horren orotzapeneko dosi-kopurua murriztearen egokitasuna baloratzen ari dira, beharrezkoak ez direla eta onura erantsirik eskaintzen ez dutela uste dutelako. Posible da, beraz, hurbileko etorkizunean txertaketa-egutegian aldatetak gertatzea. Azken urteetan Bizkaian gertatutako kasuen adina ikusita, garrantzitsua da inoiz txertorik jaso ez duen biztanleria osoa txertatzea (lehen txertaketa), batez ere helduak.

Tuberkulosia

CIE-9: 010 - 018; CIE-10: A15 - A19

2007. urtean, 242 tuberkulosi kasu erregistratu dira; eta horrek, 100.000 biztanleko 21,6 kasuko urteko tasa adierazten du, ia aurreko urtekoaren berdina. EAEko Osasun Planak 2010. urterako duen helburua 10eko tasara heltzea da. Grafikoak aipatutako helburua lortzeko hurrengo urteetan gertatu beharko litzatekeen egoera simulatzen du, eta ikus daiteke helburutik gero eta urrunago gaudela.

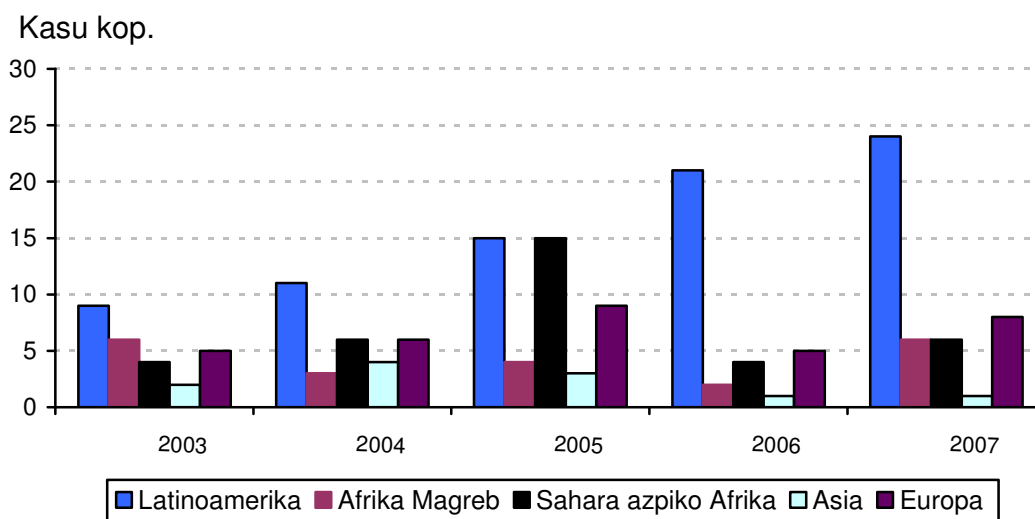
Tuberkulosia. Benetako tasak eta Osasun Planaren eta helburu-tasak. ABG. Bizkaia. 1996-2010.



Erregistratutako kasuen sexuen (gizonezkoak/emakumezkoak) arteko arrazoaia 2koa izan da. Aurten ere adin-taldeen arabera gehienezko intzidentzia 64 urtetik gorakoetan izan da (30,73), endemia tuberkuloso ertaina duen herrialde batean espero daitekeen moduan.

Paziente atzerritarren kopuruak gora egin du. Aurten guztira 47 atzerritar izan dira tuberkulosia izan dutenak (33 kasu 2006an) eta guztizkoaren %20a adierazten dute. Hauxe izan da kasuen jatorria: 24 Latinoamerika, 12 Afrika (6 Magreb, 6 Sahara azpiko Afrika) 1 Asia, eta 10 Europa (1 Portugal, 8 Errumania eta 1 Moldavia). Estatistikako Institutu Nazionalak argitaratutako 2005eko udal-eroldaren berrikuspenaren atzerriko biztanleria izendatzaile gisa erabiliz, atzerritarrengan tuberkulosiaren tasak Bizkaian, 100.000 biztanleko 98,6 kasu adieraziko lituzke.

Tuberkulosia. Atzerritarren kasuak jatorriaren arabera. ABG. Bizkaia 2003-2007.



Gaixotasunaren kokapena biriketakoa da, beste kokapen batzuekin edo gabe, kasuen %65,6an. Meningeetako 6 tuberkulosi detektatu ziren adineko pertsonetan. Bizkaian ez dugu erregistratu meningitis tuberkulosodun kasu bakar bat ere umetan 1996. urteaz geroztik, hau da, ondoz ondoko 11 urtetan.

Aitortutako kasuen %74,8k diagnostiko bakteriologikoa izan zuen, lagin biologiko bat edo gehiagotan hazkuntza positiboa eman zutelarik. Baziliferoen tasa aurreko urtekoaren antzekoa da: 100.000 biztanleko 7,3 (7,4koa 2006an).

HIESa eta alkoholismoa dira sarrien deskribatu ziren arrisku-faktoreak, 24 eta 17 kasu aitortu baitziren, hurrenez hurren.

Tuberkulosia. Tasa eta guztizko kasu-kop. eta atzerritarrena osasun-eskualdeka. ABG. Bizkaia 2007

ESKUALDEA	Tasa/ 100.000	Kasu-kop. guztira	Kasu-kop. atzerritarrengan	Atzerritarren %a
Bilbo	22,68	80	24	30,00
Ezkerraldea-Enkarterria	27,03	79	7	8,86
Barneko	16,12	47	7	14,89
Uribe	14,02	28	9	32,14

Tuberkulosi kasuen eskualdekako banaketari dagokionez, aurreko koadroan jasota dagoen bezala, Ezkerraldea-Enkarterria da tasarik altuena duena (100.000 biztanleko 27 kasu).

Tuberkulosia duten paziente atzerritarren erdiak baino gehiagok Bilboko eskualdean du bizilekua.

Tularemia

Tularemia lagomorfo eta karraskarien zoonosi bat da. Eragile etiologikoa *Francisella tularensis* Gram(-) koko-baziloa da, hotzari eta soluzio alkalinoei aurre egiten diena. Animalien arteko transmisioa zuzeneko ukipenaren bidez, edo txiza, gorozkiak edo jariakinak ukituz, edota bektore antopodoen bidez (arkakusoak, kaparrak) gertatzen da. Erbi eta karraskarien artean hilgarritasuna altua da, immunitatea zenbait urtetarako utziz. Etxe-abereetan gaixotasunak ez du sintomarik ematen.

Gaixotasun hau gizakiari animalia gaixo edo hildakoarekin izandako kontaktu zuzenaren bidez transmititzen zaio, edota kutsatutako uraren bidez, arnaste bidez, gaixorik egon den animalien okela gordina edo gutxi egositakoa jateagatik edota artropodoen ziztadengatik. Inkubazio aldia 1etik 21 egunera bitartekoa da. Hainbat era kliniko ager daitezke: ultzeroglandularra, glandularra, okuloglandularra, orofaringeo, hesteetako, pneumonikoa eta tifusezkoa.

1997. urte amaiera arte, harik eta Gaztela-Leongo zenbait herrialdetan agerraldia gertatu zen arte, ez zegoen Espainian gaixotasun honen konstantziarik.

2007ko ekainean Palentzia eta Leongo inguru batean gertatu zen agerraldi baten lehenengo kasuak jakinarazi ziren. Ondorioz, zainketa sare guztia erne jarri zen. 2008ko otsailaren 12ra arte Gaztela-Leonen 492 kasu antzeman izan ziren, haietatik 273 Palentzian. Kaltetutako %81 gizonezkoak izan ziren, gehienak 50 eta 54 urte bitartekoak. Kasuetariko erdiak uztailean agertu ziren. Era klinikorik ohienak tifusezkoa eta pneumonikoa izan ziren (pazienteen %67), badirudi sarbidea arnasketa bitartez izan dela. Faktoreen artean baserri giroko jardueretan aritzea azpimarragarria da, nekazaritza lanetan (belarra mozten eta galtzua paketatzen), lorezaintzan, areka garbiketean, baita marraskari eta ibai-karramarroekin kontaktua ere.

2007. urtean Bizkaiko Zainketa Unitateari 13 tularemia kasu jakinarazi zaizkio. Batez besteko adina 49 urtekoa da (7tik 73 urtera). Emakume bakarra dago. 10 kasutan Gaztela-Leonen egon izana aipatzen da aurrekarietan, batek baino ez du gure Lurralde Historikoa aipatzen arrisku gune bezala.

Yersiniosia

CIE-9: 00844; CIE-10: A04.6, A28.2

2007. urtean, IMSari aitortu zitzaion *Yersinia* delakoaren isolamendu-kopurua 60koa izan zen. Denak enterokolitiko serotipokoak ziren.

Kasuen ia erdia, 27 kasu (%45a), 9 urtetik beherakoetan gertatzen da, eta 7 kasuk (%25a) urtebete baino gutxiago du. Beste 8 kasu (%12a) 80 urtetik gorako pertsonak dira.

II. IMMUNIZAZIOAK

Umeen txertaketa. Txerto-estaldurak.

Taulan aurkeztutako estaldurak era honetan kalkulatu dira: zenbakitzailatzat Bizkaiko txertaketa-zentroek 2007. urtean, txertaketa-egutegiaren arabera, adin bakoitzarentzat erregistratutako dosiak hartzen dira; eta izendatzailetzat, Bizkaian hilero jaiotako umeei, metabolopatien erregistroko datuen arabera (txertatu beharreko biztanleria teorikoa) legezkiekeen txerto-dosien kopurua.

Txertoen estimatutako estaldurak. Bizkaia. 2007

TXERTOIA	ERREGISTRATUTAKO DOSI-KOPURUA	TXERTATU BEHARREKO BIZTANLERIA TEORIKOA	ESTIMATUTAKO ESTALDURA (%)
BCG	9.780	10.454	93,5
DTPa, Hib, Polioa, BH (I,II,III)	28.447	30.677	92,7
C Meningokokoa (I, II, III)	29.100	30.600	95,1
HB-1 (12 hilabete)	9.829	10.055	97,7
DTPa, Hib, Polioa (IV) (18 hilabete)	9.629	10.112	95,2
HB-2 (4 urte)	9.994	9.783	102,1
DTPa (6 urte)	8.766	8.996	97,4
B hepatitis (13 urte, 3 dosi)	8.862*	9.166**	97,2

* Aurretik txertatutako ikasleak barne hartzen ditu.

** DBH 1. ikasturteko ikasleen zentsua.

Nahiz eta estaldurak apur bat hobetu diren, 2006koekin erkatuz, oraindik baxuak dira adin goiztiarretan.

Hurrengo taulan txerto-estaldurak agertzen dira, osasun-eskualdeka.

Txerto-estalduren estimazioa (%) osasun-eskualdeka. Bizkaia. 2007

	BARNEKO*	EZKERRALDEA-ENKARTERRIA	URIBE	BILBAO
BCG	89,8	90,1	94,3	97,5
DTPa, Hib, Polioa, BH (I,II,III)	93,4	88,9	92,6	95,3
C Meningokokoa (I, II, III)	94,5	90,9	96,2	98,5
HB-1 (12 hilabete)	95,2	95	99,2	101,4
DTPa, Hib, Polioa (IV) (18 hilabete)	95,4	91,2	95,7	97,9
HB-2 (4 urte)	100,9	94,3	105,4	107,8
DTPa (6 urte)	96,1	91,6	104,1	99,7
B hepatitis (13 urte, 3 dosi)	97,3	98,5	97,9	95,2

* Bizkaiko Lurralde Historikoko udalerrietako datuak baino ez ditu barne hartzen.

** Aldez aurretik txertatutakoak barne hartzen ditu.

Azken urteetan ikusi dugun bezala, batzuetan estimatutako estaldurak %100a gainditzen du. Uste dugu, hori biztanleria etorkinaren eraginez gertatu ahal izan dela, etorkinek zenbakitzailea (emandako txertoak) handiagotzen dutelako, baina ez direlako izendatzailean agertzen (dagokion denboraldian eskualdean jaiotako biztanleria). Erregistro nominal bat ez egoteak estaldura errealak lortzea eragozten digu.

Ezkerraldea-Enkarterri eskualdean estaldura batek ere ez du %95a gainditzen, 13 urteko umeei eskolan ematen zaien B hepatitis txertoaren kasuan salbu. Egoera honi larria deritzogu, Bizkaian

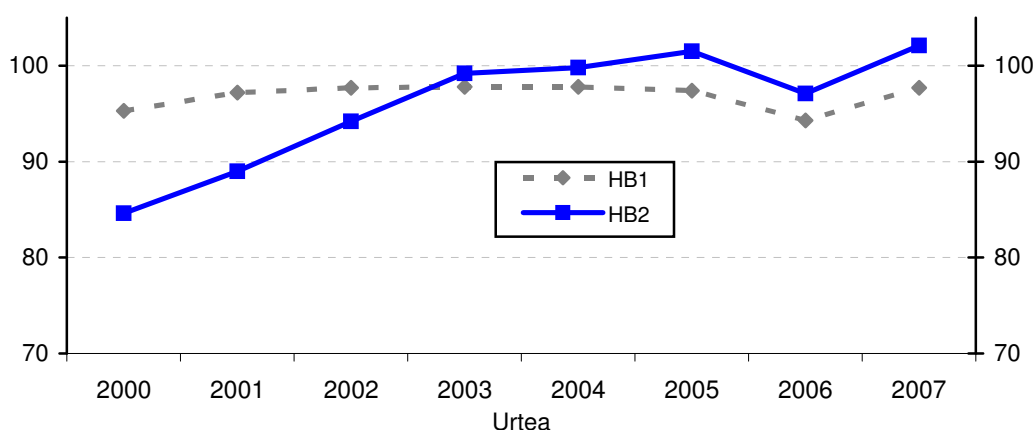
eta Euskal Herri osoan txertaketak duen maila kontuan hartuz. Zifra hain baxu hauen jatorria txertaketa erregistroan egon daitekeen susmoa dugun arren, ezin dugu konfirmatu.

Aurreko urteetan bezala, 2006-2007 ikasturtean, Euskal Autonomia Erkidegoko ikastetxeetan, Lehenengo DBHko ikasleei (13 urtekoei) B hepatitisaren birusaren kontrako txertoa jarri zaie. Txertaketa 177 ikastetxetan egin da, eta ikasturte horretan guztira 9.166 ikasle zeuden matrikulatuta. Estaldura orokorra %75,5koa izan da; aldeztatik txertatutako ikasleak gehituz (1.990), behar bezala txertatutako ikasle-kopuru osoa %97,2koa da.

Gure egutegiaren arabera gaixotasuna izan ez duten eta aldeztatik txertoa jarri ez zaien 10 urteko neska-mutilei eman beharreko barizelaren kontrako txertaketari dagokionez, ezin dugu estaldura kalkulatu, ez daukagulako benetako izendatzailerik. 2007. urtean, barizelaren kontrako txertoaren 1.517 dosi banatu dira Bizkaiko osasun-zentroetan, eta 909 dosi eman egin dira.

Ondorengo grafikoan txerto hirukoitz birikoaren (HB) estalduraren eboluzioa agertzen da, 12 hilabetekoengan (HB1) eta 4 urtekoengan (HB2). Atentzioa ematen du HB2ren estaldura baxuak 2000. urtean eta ondorengoetan, egutegian pautu aldaketarekin bat etorritz (11 urtetik 4ra pasatu zen). Gaur egun, HB2ren estaldura, gure inguruko estalduretaraino heldu da eta zenbait kasutan gainditu ere egin du.

Txertaketa estaldurak HB1 eta HB2. Bizkaia 2000-2007



Pneumokokoaren kontrako txertaketa.

2006. urtean, Osasun Sailak 65 urte edo gehiagoko EAEko biztanleriarentzako pneumokokoaren kontrako txertoa jartzen hasia erabaki zuen. Lehenengo fasean, txertoa instituzioetan bizi ziren biztanle nagusiei eman zitzaizkien. 2007an txertaketa gainerako xede-populaziora hedatu da:

- Euskal Autonomia Erkidegoan bizi diren 65 urte edo gehiago duten pertsonak.
- Pertsona immunokonpetenteak, gaixotasun pneumokozikoa edo bere konplikazioak izateko arrisku berezia dutenak, gaixotasun kroniko bat dutelako (gaix. kardiobaskularrak, BGBK, diabetes mellitus, likido zefalorrakideoko fistulak, alkoholismoa edo zirrosia).
- Pertsona immunokonprometituak (asplenia anatomikoa edo funtzionala edo zelula faltziformeen gaix., Hodgkin-en gaixotasuna, linfoma, mieloma anizkoitza, giltzurruneko gutxiegitasun kronikoa, sindrome nefrotikoa edo immunodepresioarekin zerikusia duten organoen transplanteak, GIB), gaixotasun pneumokozikoa hartzeko edo bere konplikazioak izateko arrisku handiagoa dutenak.

Emandako txertoa, *S. pneumoniae* delakoaren 23 serotipoak barne hartzen dituen polisakaridoa da.

Estalduren kalkulua ezinezkoa izan zaigu ez dugulako xede-populaziorik izan. Gainera, uste dugu zailtasunak egon direla erregistroa egitean, txertatzera aldi berean joan zen biztanleria kopuruaren eraginez. 2007an 149.590 txerto dosi banatu dira Bizkaiko osasun zentroetara eta 104.166 dosi ipini egin dira.

Giza papiloma birusaren (GPB) aurkako txertoa

Giza papiloma birusa (GPB) beharrezko kausa da, nahiz eta nahikoa izan ez, utero lepoko minbizia sortzeko. Uteroaren lepoko minbizien %70ean dauden 16 eta 18 motako GPBren aurkako txertoak izateak, minbizi hauek agertzea prebenitzeko aukera ematen du, neskato guztiei txertoa jarriz, sexu harremanak hasi aurretik eta 16 eta 18 Giza Papiloma Birusak infekzioa sortu aurretik.

2007ko ekainean, Osasuneko Lurralde arteko Kontseiluaren Osasun Publikoko Batzordeak, Autonomia Erkidego guztien izenean, 11tik 14 urtera bitarteko neskatoen kohorte bat sistematikoki txertatzea erabaki zuen. Txertaketan Euskadiko Aholku Batzordeak 2007-2008 ikasturtean Derrigorrezko Bigarren Hezkuntzako 1. ikasturteko neskatoei txertoa jartzen hastea gomendatu zion Osasun Sailari.

Nahiz eta ikasturtea amaitu arte ez ditugun estalduraren datuak izango, jakin badakigu 2007an txerto honen 5.411 dosi banatu direla eta lehenengo bi dosiak eman egin direla.

Erabilitako txertoaren immunogenizitateak %99tik gorako erantzunak erakusten ditu. Txerto segurua da eta ez da erreaktogenoa; erreakzio lokalen gehikuntza baino ez da sumatu, min eta hanturekin. GPB txertoa, adin berean ematen den B hepatitisaren aurkako txertoarekin batera jar daiteke; kasu horretan, bi txertoak leku anatomiko ezberdinetan jarri behar dira.

Txertaketa-egutegia egokitzea

Ondorengo taula lagungarria izan daiteke, norbaiten txertaketa egoera EAEko txertaketa egutegira egokitu nahi denetan:

TXERTO-PAUTA E.A.E.ko TXERTAKETA-EGUTEGIRA EGOKITZEA								
Kaptazio-unean ipinita eduki behar den edo ipi behar den dosia								
	6 hilabete	7-12 hilabete	13-17 hilabete	18 hilabete-3 urte	4-6 urte	7-18 urte	> 18 urte	
DTP a		3 Dosi gub. eneko bitartec: 4 sate	3 Dosi gub. eneko bitartec: 4 sate	4 Dosi gub. eneko bitartec: 4 sate Agn. dosiac gub. eneko bitartec: 6 sate	4 Dosi gub. eneko bitartec: 4 sate Agn. dosiac gub. eneko bitartec: 6 sate			
PIT	E G U T E G I A	3 Dosi gub. eneko bitartec: 4 sate	3 Dosi gub. eneko bitartec: 4 sate	4 Dosi gub. eneko bitartec: 4 sate Agn. dosiac gub. eneko bitartec: 6 sate	4 Dosi gub. eneko bitartec: 4 sate Agn. dosiac gub. eneko bitartec: 6 sate	3 Dosi (6-1-6 hilabete / 12 hil.)		
BHI		2 Dosi gub. eneko bitartec: 4 sate	Dosi 1	Dosi 1	Dosi 1			
C Men Konjunktiboa		2 Dosi gub. eneko bitartec: 6 sate Agn. dosiac gub. eneko bitartec: 6 sate	Dosi 1	Dosi 1	Dosi 1	Dosi 1	Dosi 1 (19048. sumera jartzekoak)	
B Hep.		3 Dosi 2gn. dosiac gub. eneko bitartec: 4 sate 3gn. dosiac gub. eneko bitartec: 6 sate	3 Dosi 2gn. dosiac gub. eneko bitartec: 4 sate 3gn. dosiac gub. eneko bitartec: 6 sate	3 Dosi 2gn. dosiac gub. eneko bitartec: 4 sate 3gn. dosiac gub. eneko bitartec: 6 sate	3 Dosi 2gn. dosiac gub. eneko bitartec: 4 sate 3gn. dosiac gub. eneko bitartec: 6 sate	3 Dosi (6-1-6 hilabete) (20008. sumera jartzekoak)	3 Dosi (6-1-6 hilabete) (20008. sumera jartzekoak, 13116. iguzkoak)	3 Dosi (6-1-6 hilabete) (19016tik sumera jartzekoak)
HB		Dosi 1 (12 hilabeteko unean)	Dosi 1	Dosi 1	Dosi 1	2 Dosi gub. eneko bitartec: 4 sate	2 Dosi gub. eneko bitartec: 4 sate	2 Dosi 19016tik sumera jartzekoak Gub. enekoak dosi 1
Td							3 Dosi (6-1-6 hil. / 12 hil.)	3 Dosi (6-1-6 hil. / 12 hil.)
Bartula							Dosi 1. ko immunoz. (19056tik sumera jartzekoak)	
Papiloma						3 Dosi (6-1-6 hilabete) (13116ko 1. mailako nekekoentzat)		

2008ko urtarrila

III. GAIXOTASUN EZ-TRANSMITIGARRIEN ZAINKETA ETA JOERA

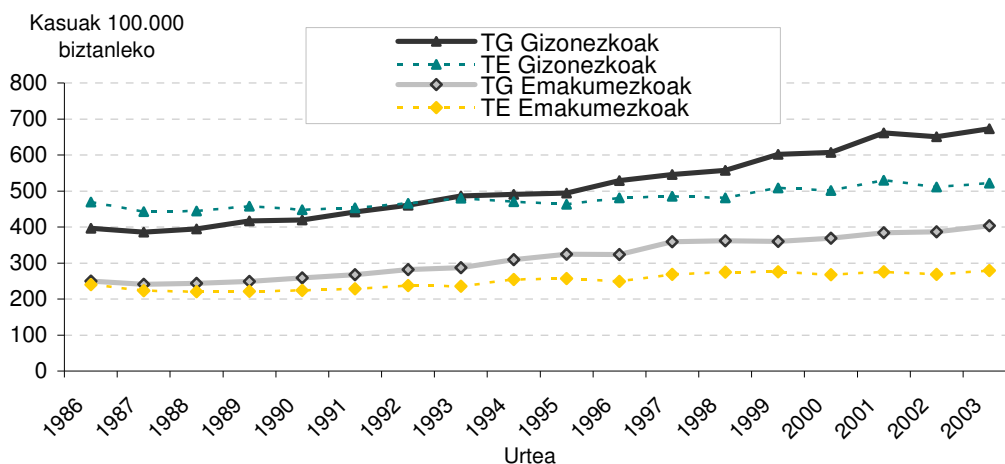
A- Minbizia

Kokapen guztiak³

CIE-9: 140-208; CIE-10: C00-C96

Populazioaren erregistroa martxan jarri zenetik, minbiziaren erregistratutako urteko kasuek zein intzidentzia-tasa gordinek goranzko joera islatu dute, sexu bietan, erregistratutako denboraldian: 1986-2003. Adinaren arabera intzidentzia-tasetan joera berdindu egiten da, eta horrek adierazten du biztanleriaren zahartzea tasa gordinetan ikusten den gorakada azaltzen duten faktoreetako bat dela.

Tumore gaiztoen intzidentzia-tasen urteko eboluzioa
RCEME-Bizkaia 1986-2003



TG= Tasa Gordina; TE= Europako populazioaren adinarekiko Tasa Estandariztua

1986tik 2003. urtera bitartean, urtero Bizkaian gutxienez neoplasia gaizto bat diagnostikatu da 200 gizonen bakoitzeko eta beste bat 320 emakumeen bakoitzeko. Tarte horretan aztertutako tasen arabera, Bizkaiko 3 gizonen bakoitzeko bati baino gehiagori, 75 urte bete baino lehen, minbiziren bat diagnostikatuko zaio; emakumeen kasuan 5etik bati, gutxi gorabehera.

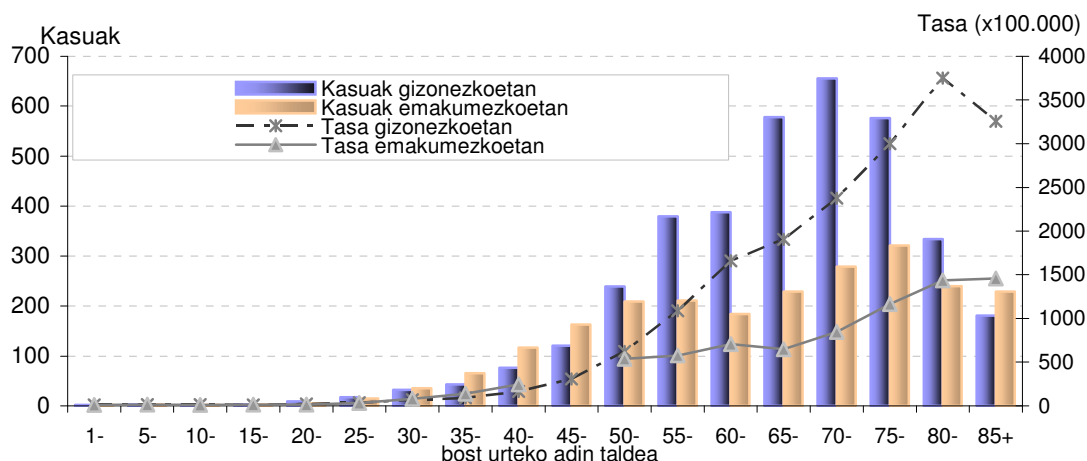
Tumore gaiztoen intzidentzia-tasak RCEME-Bizkaia 1986-2003

	Tasa gordina	Tasa estandariztua Europako populazioarekiko	Tasa estandariztua munduko populazioarekiko	Tasa estandariztua trunkatutako populazioarekiko (35-64 urte)	Tasa metatua (0-74 urte)
Gizonen	508,97	479,44	331,23	493,22	38.583,89
Emakumeen	312,82	249,97	181,35	331,25	19.400,43
Bi sexuak	408,59	347,72	246,66	410,17	28.206,91

Tasak 100.000 biztanleko

Populazio minbizia erregistroak, 2003. urtean, guztira 5.962 kasu erregistratu zituen Bizkaian, 3.646 (%61) gizonen eta 2.316 (%39) emakumeen. Kasu-kopururik handiena 65 urtetik 79 urtera arteko adin-taldeetan diagnostikatu zen, eta beste adin-talde batzuekiko desberdintasuna gizonen eta emakumeen bakoitzeko bati baino handiagoa izan zen.

Tumore gaiztoen kasu berrien kopurua eta intzidentzia-tasa gordinak, adin taldearen arabera, gizonezkoetan eta emakumezkoetan. RCEME - Bizkaia: 2003

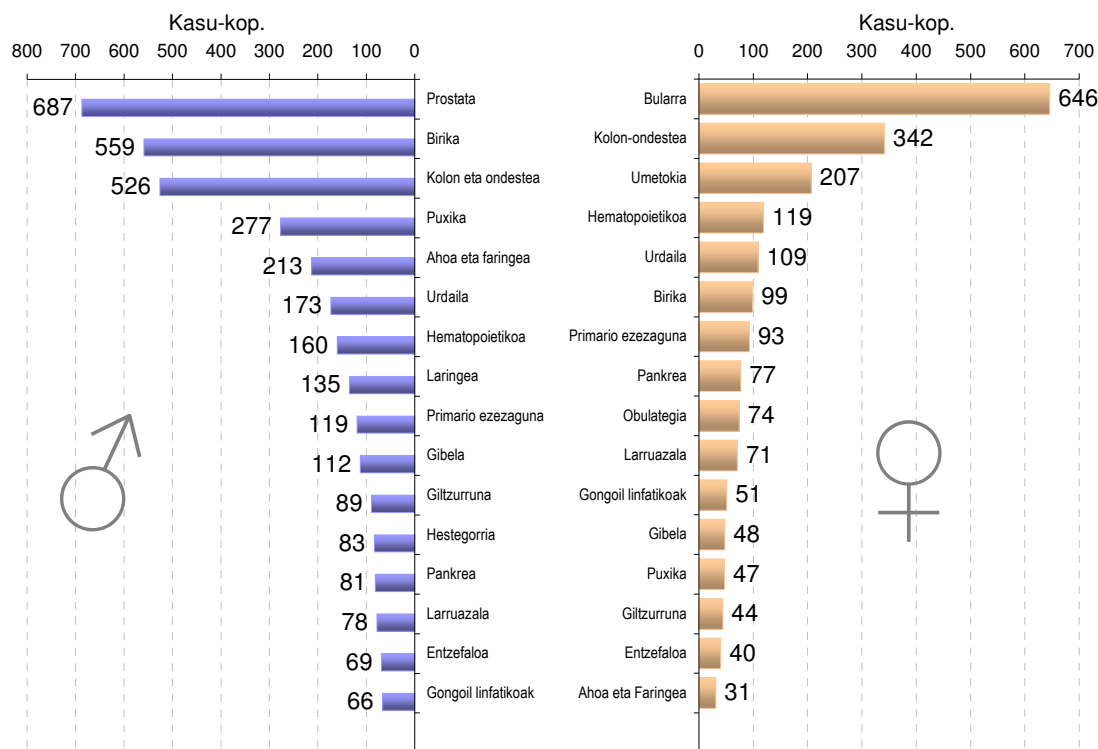


Adin-taldearen araberako intzidentziaren datuetan ikus daiteke, intzidentzia-tasak handiagoak izan direla gizonezkoetan emakumezkoetan baino 50 urtetik aurrera. Adin-lerrun gazteagoetan, berriz, desberdintasuna ez da handia edo emakumezkoen tasak altuagoak dira.

Tumore gaiztoen kasu berriak, 2003. urtean sarrien azaltzen diren kokapenetan.* RCEME - Bizkaia 2003

GIZONEZKOAK

EMAKUMEZKOAK



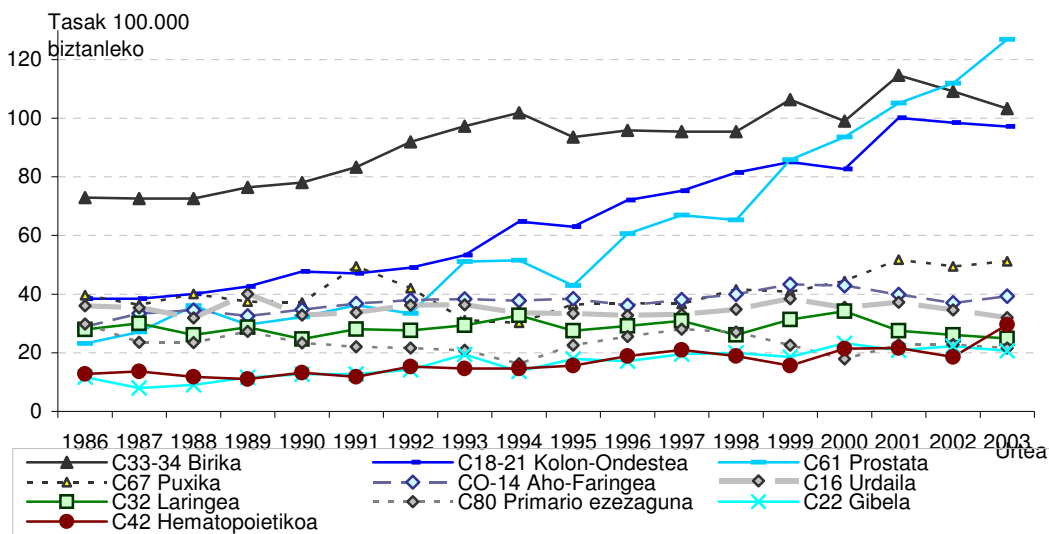
* GNS-10 araberako kokapena. Ahoa eta Faringea: C00tik C14ra; Hestegorria: C15; Urdaila: C16; Kolon-Ondestea: C18tik C20ra; Gibela: C22; Pankrea: C25; Laringea: C32; Birika: C33 eta C34; Larruazala: C44; Hematopoietikoa: C42; Bularra: C50; Umetokia: C53tik C55era; Obulategia: C56; Prostata: C61; Giltzurruna: C64; Puxika: C67; Entzefaltoa: C71; Gongoil linfatikoak: C77; Primario ezezaguna: C80.

2003. urtean gizonezkoetan kokapenik ohikoena prostata izan zen, biriketako minbizia dago bigarren tokian eta aurreko urteko datuekin erkatuz bien arteko aldea gehitu egin da. hirugarren tokia kolon-ondesteko minbiziek hartu zuten. Emakumezkoetan, aldiz, kokapenik ohikoena bularrak

izaten jarraitzen du, %28, eta kolon eta ondeste kasuak bigarren tokian agertzen dira. Laburpen honen 5. eranskinean kokapen guztiei dagozkien tasak eskaintzen dira.

Tumore gaiztoen kokapenik ohikoenak gizonezkoetan

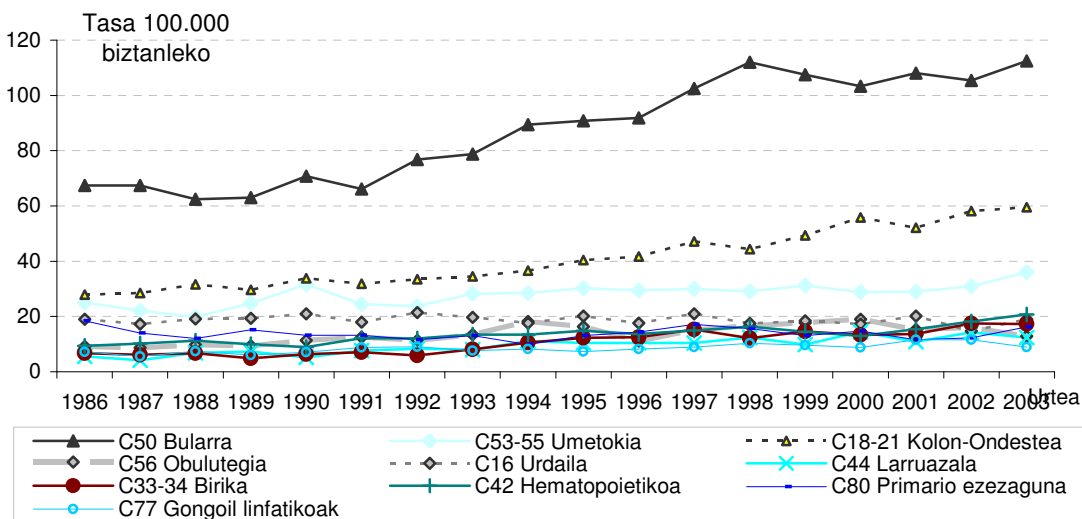
RCEME - Bizkaia: 1986-2003



Tumore gaiztoen kokapenik ohikoenetan tasen eboluzioak, erregistro-urteen artean gertatutako aldaketak islatzen ditu. Gizonezkoen kasuan prostatari dagozkion datuek goranzko joeran jarraitzen dute, hain zuzen, 2002tik aurrera biriketako minbiziaren kasuak baino gehiago izanik. Hurrengo kokapenik ohikoenak biriketako minbiziari eta kolon-ondestekoari dagozkie. Minbiziok 2003ra arte goranzko joera izan ondoren, estabilizatu edota beheranzko joera dute erregistroko azken bi urteetan.

Tumore gaiztoen kokapenik ohikoenak emakumezkoetan

RCEME - Bizkaia: 1986-2003

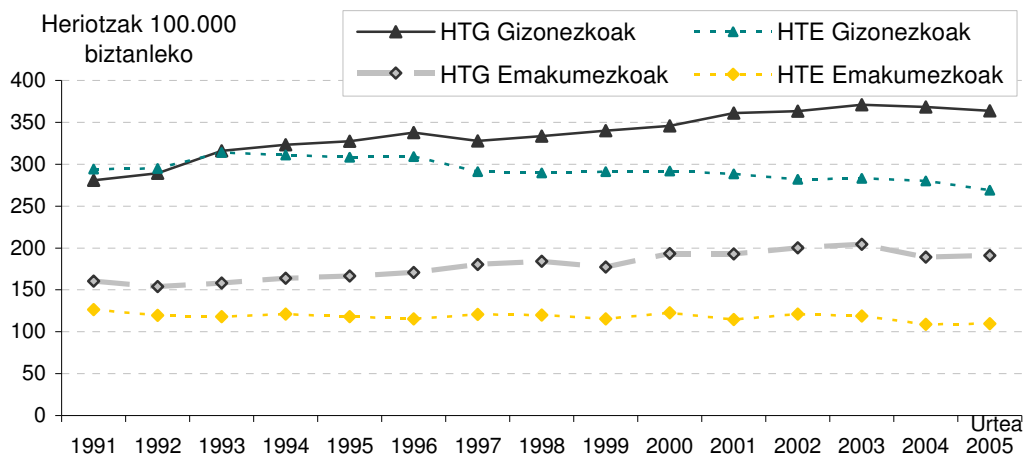


Emakumezkoen kasuan, denboraldi guzti horretan, kokapenik ohikoena bularra izan da, 1998ra arte mantendu den goranzko joerarekin, geroago berdintzen dena. Esandakoaz gain, kolon-ondestean eta birikan goranzko joera nabaria dagoela antzematen da.

2005ean, datuak ditugun azken urtean, minbiziak eragindako hilkortasun-tasa gordinak 100.000 biztanleko 363,62koak dira (1.955 heriotza) gizonezkoen kasuan eta 100.000 biztanleko 191,03koak

(1.091 heriotza) emakumezkoen kasuan. 2005. urtean, tumoreek eragindako heriotzek, heriotza guztien %34 adierazi zuten gizonezkoetan (1. kausa); emakumezkoetan, berriz, %21ekoa izan zen (2. kausa).

Tumore gaiztoengatik hilkortasun-tasen urteroko eboluzioa. Registro de Mortalidad - Bizkaia 1991-2005



HTG= Hilkortasun Tasa Gordina; HTE= Hilkortasun Tasa Estandarizatua, Europako biztanleriari egokitua.

Neoplasia gaiztoek eragindako hilkortasunaren tasa gordina, 2003ra arte goranzko joera zuena, bai gizonezkoetan, bai emakumezkoetan, egonkortu egin da azken bi urteotan. Tasa estandarizatuak ere egonkortzera jo dute, beraz, badirudi tumorengatik hilkortasun gordinaren gehikuntza, populazioaren zahartzeari zor zaiola funtsean.

Kokapen guztiengatik minbiziak eragindako hilkortasun estandarizatuaren arrazoia (HEA), nabarmenki altuagoa izan da Ezkerraldea-Enkarterri eskualdeko biztanleria osoan, EAEko gainontzeko tokiekin alderatzen badugu, aztertu den denboraldiko (1991-2005) ia urte guztietan, baita 2005ean ere, eta Bilboko eskualdean urte horietako batzuetan. 2005. urtean zehar, Bizkaian tumore gaiztoak zirela eta galdutako bizitza-urte potentzialak (GBUP) 13.919 izan ziren; eta horrek, Europako biztanleriari doiturik, milako 13,38ko GBUPko tasa suposatzen du.

Biriketako Minbizia

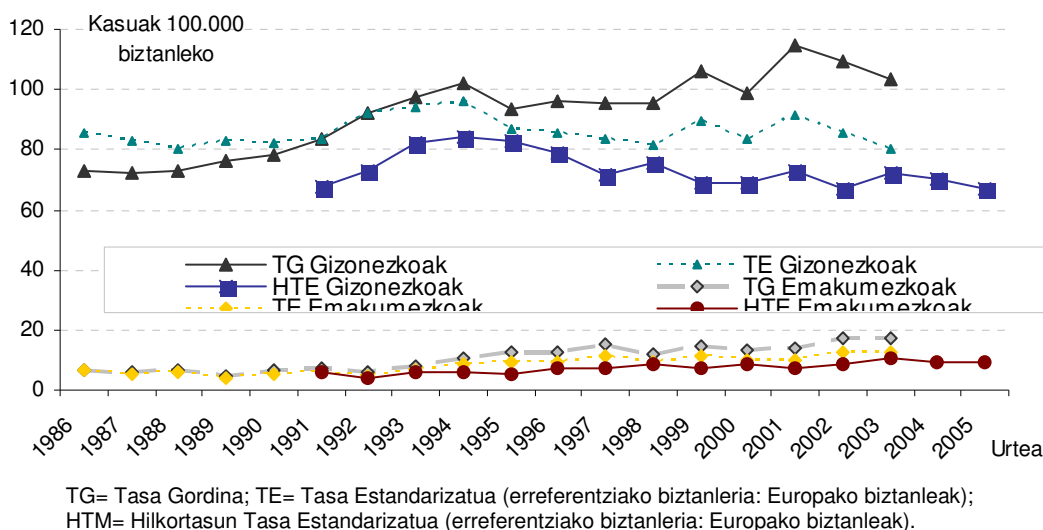
CIE-9: 162; CIE-10: C33 y C34

1986. urtetik 2003. urtera bitartean, Bizkaian urtero, 9.255 biriketako minbizi kasu diagnostikatu ziren gizonezkoetan, hauxe izanik gizonezkoen tumore gaiztoen kokapenik ohikoena. Emakumezkoetan, ostera, zifra hori 1.117 kasutakoa izan zen.

Minbizi-mota horretako hilkortasun- eta intzidentzia-tasen eboluzioa modu paraleloan joan izan dira, jarraian datorren grafikoan ikus daitekeen bezala. Hori horrela gertatzen da, kokapen horietako tumoreek duten hilgarritasun altuagatik.

Biriketako tumore gaiztoen hilkortasun- eta intzidentzia-tasen urteroko eboluzioa.

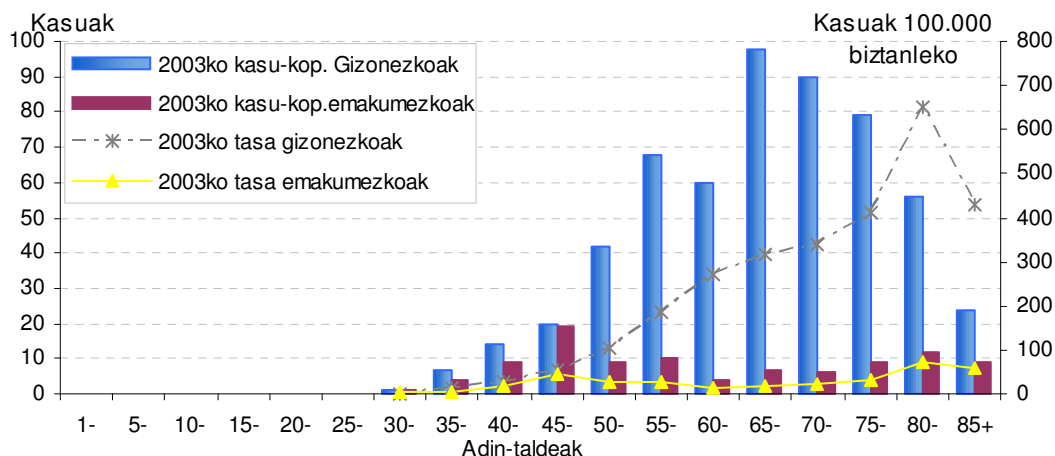
RCEME. Bizkaia. 1986-2003. Hilkortasun Erregistroa 1991-2005



Adin-taldeak kontuan hartuta, tasek etengabe egin dute gora gizonen artean 80 urtera arte. Emakumeen artean gora-beherak agertzen dira.

Bronkio eta biriketako tumoreen kasu berrien kopurua eta intzidentzia-tasak, adin-taldearen arabera, gizonen artean eta emakumeen artean.

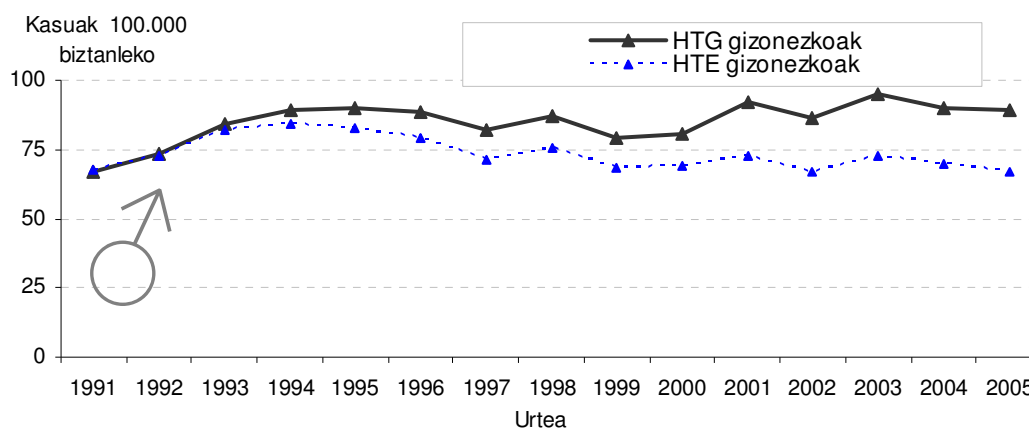
RCEME - Bizkaia: 2003



2003. urtean bronkioetan eta biriketetan diagnostikatutako 658 tumoreetatik, %85 gizonen artean diagnostikatu ziren. 2003an gertatutako kasuen informazio anatomopatologikoa aztertu ondoren, gizonen artean sarrien eman den mota histologikoa kartzinoma epidermoidea izan zela (157 kasu) ikus daiteke; bigarren tokian, berriz, adenokartzinoma daude (128 kasu); ondoren, zelula txikien kartzinoma (42 kasu), zelula handietako kartzinoma (36 kasu) eta olo-ale zeluletakoak (27 kasu) datoz. Emakumeen artean, gehien diagnostikatu den mota histologikoa adenokartzinoma izan da (33 kasu). Hurrengo zelula txikien kartzinoma aurkitzen dira (12 kasu) eta kartzinoma epidermoidea (10 kasu). Kasuak adinaren hirugarren hamarkadan agertzen hasten dira, eta dagozkien tasek pixkanaka-pixkanaka gora egiten dute 80-85 urtera arte.

Biriketako tumorengatiko hilkortasun-tasen urteroko eboluzioa gizonezkoetan.

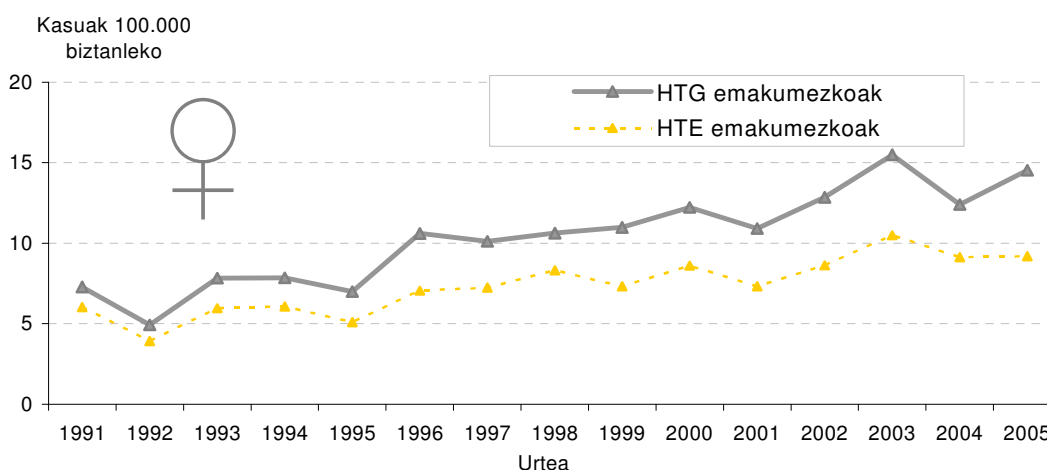
Hilkortasun Erregistroa – Bizkaia. 1991-2005



2005. urtean, biriketako minbiziak Bizkaiko gizonezkoen hilkortasunaren bigarren kausa izaten jarraitzen du, Europako biztanleriarekiko tasa estandarizatuia 100.000 biztanleko 67,20koa (478 heriotza) delarik. Emakumezkoen dagokienez, 100.000 biztanleko 9,19ko tasa (83 heriotza) du, eta ez da hilkortasunaren hamar lehenengo kausen artean aurkitzen.

Biriketako tumorengatiko hilkortasun-tasen urteroko eboluzioa emakumezkoetan

Hilkortasun Erregistroa – Bizkaia. 1991-2005



Hilkortasun Estandarizatuaren Arrazoiak (HEA) aditzera ematen du, Bizkaiko gizonezkoen biriketako minbiziak eragindako hilkortasuna, sistematikoki, EAEko gainontzeko gizonezkoena baino altuagoa dela aztertutako denboraldi guztian zehar (1991-2005), nabarmenki altuagoa izanik aztertutako 15 urtetatik 4an. Biriketako minbiziagatiko gehiegizko hilkortasun hori, Ezkerraldea-Enkarterri eskualdearen kontura gertatzen da batez ere, eta neurri txikiago batean Bilbao eskualdearen kontura.

Biriketako minbiziak Bizkaiko gizonezkoetan garaiz aurreko lehenengo hilkortasun-kausa da eta seigarrena emakumezkoetan. Lurreko Historiko horretan, 2005. urtean, guztira 2.459 galdutako bizitza-urte potentzial eragin zituen gizonezkoen artean eta 526 emakumezkoen artean.

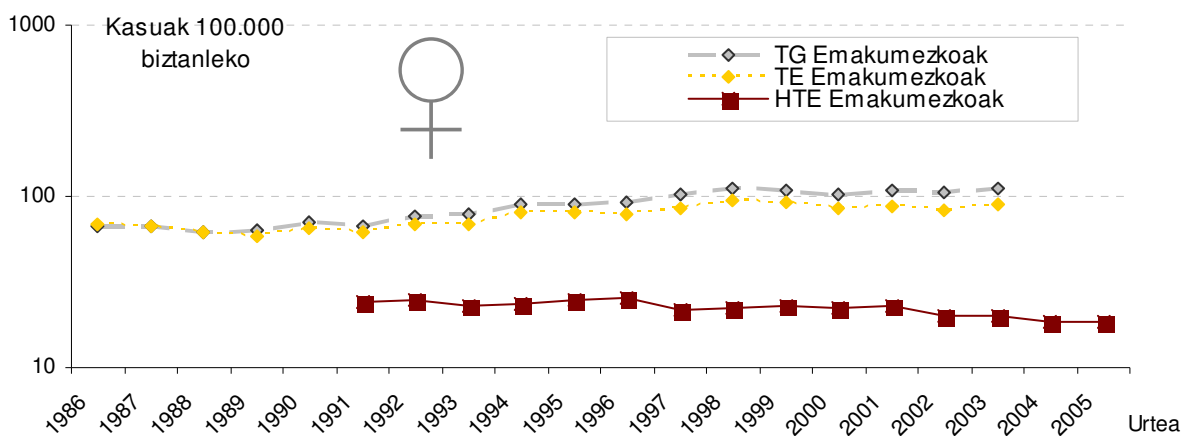
Bularreko Minbiziak

CIE-9: 174,175; CIE-10: C50

Minbiziaren erregistroko datuen arabera, aztertutako urteetan (1986-2003) bularreko tumore gaiztoak emakumezkoetan sarrien gertatu ziren tumoreak izan ziren; gizonezkoetan tumore horien maiztasuna, emakumezkoenarenaren %1a izan zen. Eboluzioak, 90eko hamarkadatik aurrera, nolabaiteko goranzko joera adierazten du; hala ere, hamarkada horren bukaeran badirudi

egonkortzen dela. Tasen azken eboluzio hori, segur aski, 1997tik aurrera bularreko minbiziaren *screening*-programa martxan jarri zelako gertatu zen.

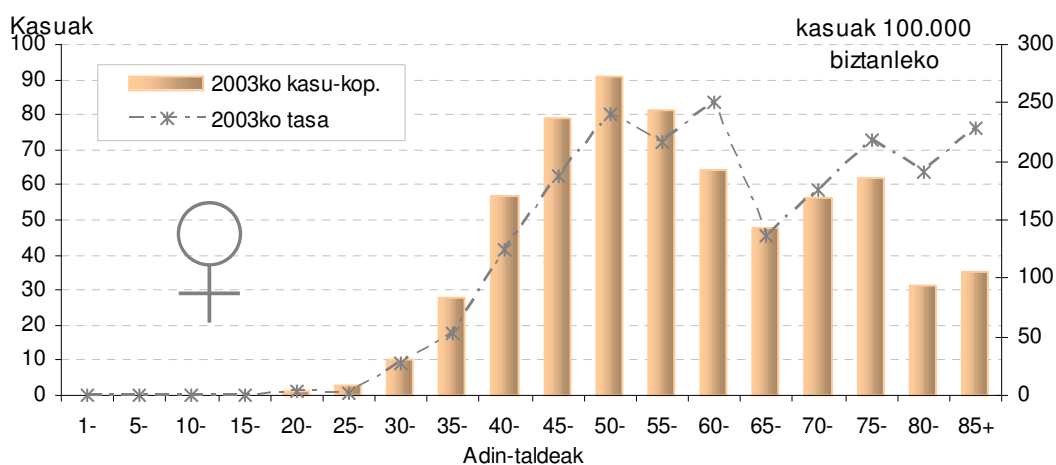
Bularreko tumorengatiko (C50) intzidentzia- eta hilkortasun-tasen urteroko eboluzioa.
 RCEME -Bizkaia 1986-2003 eta Hilkortasun Erregistroa. Bizkaia 1991-2005



TG= Tasa Gordina; TE= Tasa Estandarizatu (erreferenziako biztanleria: Europako biztanleak);
 HTE= Hilkortasun Tasa Estandarizatu (erreferenziako biztanleria: Europako biztanleak).

Adin-taldeak kontuan hartuta, 30 urtetik aurrera tasen gehikuntzak goranzko inflexio bat jasan duela ikus daiteke; 60-65 urteko adin taldeak hartzen duelarik gailurra, hurrengo adin taldeak behera egiten du eta, 70 urtetik gora, berriro ere, goranzko joera berreskuratzen da.

Bularreko tumoreen (C50) kasu berrien kopurua eta intzidentzia-tasak, adin-taldearen arabera, emakumezkoetan.
 RCEME - Bizkaia: 2003



1991tik 2005era bitarteko urteetan, bularreko minbiziagatiko hilkortasun estandarizatuaren arrazoiak (HEA) ez du alde aipagarriarik aurkeztu Bizkaiko emakumezkoetan, EAEko gainerako emakumezkoekin alderatuta; Bizkaiko eskualdeen artean Uribe eskualdea da alderik handiena duena 2005. urtean. Bularreko minbizia emakumezkoen garaiz aurreko bigarren hilkortasun-kausa nagusia da, eta 2005. urtean emakumezkoek galdutako bizitza-urte potentzialak 1.200 izan dira.

Kolon eta Ondesteko Minbizia

CIE-9: 153-4; CIE-10: C18-21

Kolon eta ondesteko minbizia, maiztasunari dagokionez, tumore gaiztoen lehenengo kokapena da, hala izan da behintzat azken urteotan. Bizkaian, 1986an patologia horren 390 kasu berri erregistratu ziren eta 2003. urtean 868 kasu erregistratu dira.

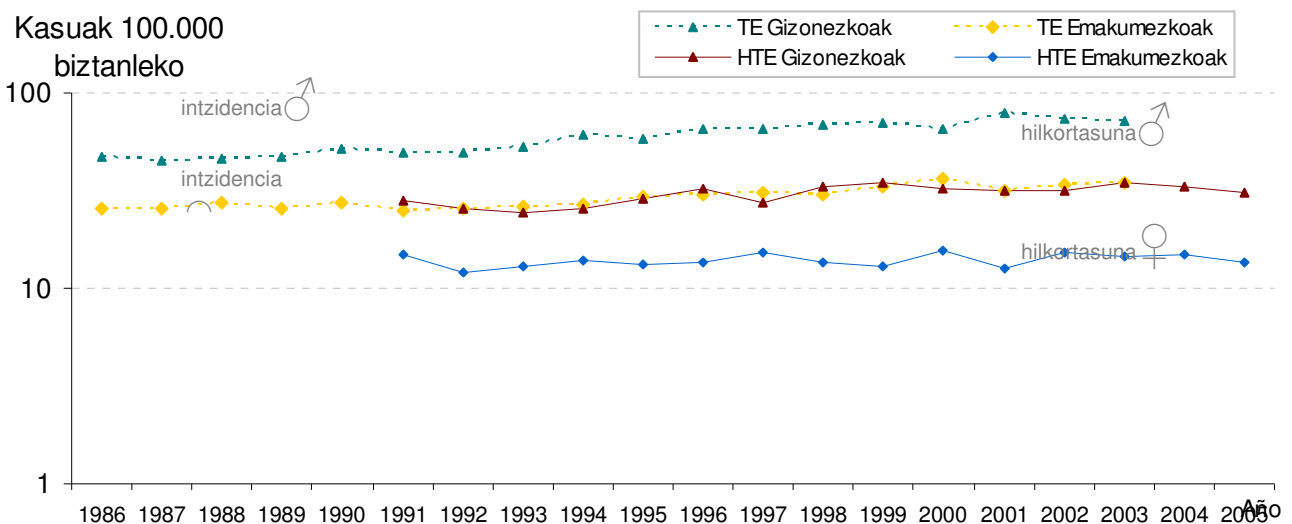
Emakumezkoetan sarrien ematen den bigarren kokapena da (bularreko minbiziaren ondoren) eta hirugarrena gizonezkoetan (prostatakoa eta biriketakoaren ondoren). 2003. urterako erregistratutako tasa gordinek aditzera ematen dutenez, urte horretan gizonezkoetan 100.000 biztanleko 97,14 kasu izan ziren; eta emakumezkoetan, berriz, 100.000 biztanleko 59,56.

Europako biztanleriaren adinera doitutako kolon eta ondesteko minbiziaren intzidentziak ere gora egin du, 1986-1988 hirurtekoan 100.000 biztanleko 35 kasu inguruko tasa orokorrak 2001-2003 hirurtekoan 100.000 biztanleko 50 kasu izatera igaro direlako. Gehikuntza hori, funtsean, gizonezkoengan intzidentziak jasandako igoeraren ondorio izan daiteke, azken urteetan tasa estandarizatuak emakumezkoengan egonkor mantendu direlako.

2005. urtean, kolon eta ondesteko minbiziak eragindako hilkortasuna 43,52 eta 25,56 kasutakoak izan zen 100.000 gizonezko eta emakumezko bakoitzeko, hurrenez hurren. Kasu erasotzaileetan gertatzen den bezala, gaixotasun horrek eragindako heriotzen kopuruak gora egin du azken urteetan; horrela, 1991n kausa horrek eragindako 270 heriotza erregistratu ziren Bizkaian, 2003an heriotzak 417ra igo ziren, hurrengo bi urteetan beheranzko joera hartuz (2005ean 380).

Kolon eta ondesteko tumoreen 1991-2004 urteetako hilkortsunaren eta 1986-2002 urteetako intzidentziaren tasa estandarizatuaren urteroko eboluzioa.

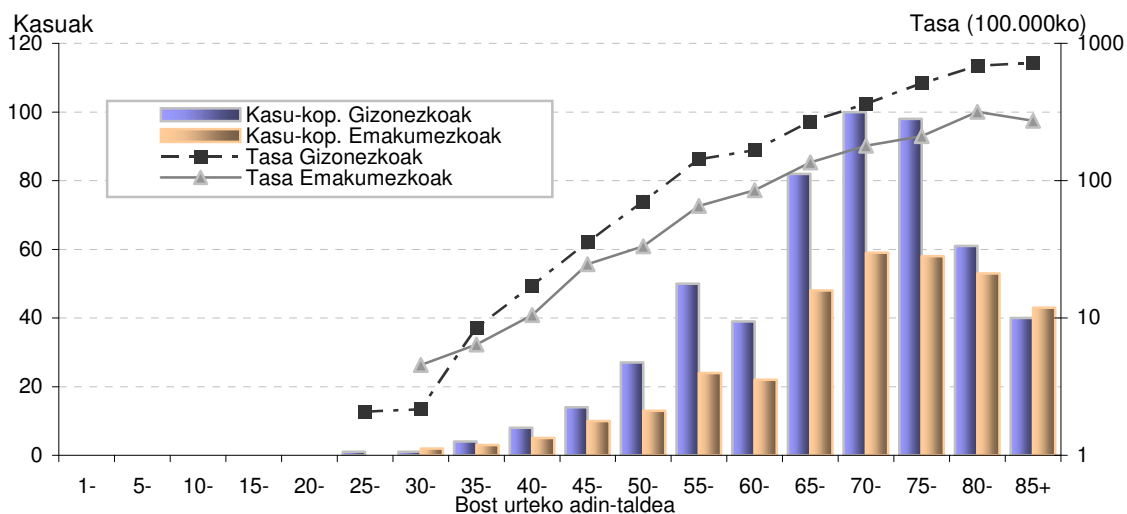
RCEME-Bizkaia - 1986-2003. Hilkortasun Erregistroa - Bizkaia 1991-2005



Adinak gora egin ahala, intzidentzia-tasek gora egiten dute gizonezkoetan nahiz emakumezkoetan; baina, 50 urtetik gorako emakumezkoetan tasak adin-talde bakoitzean gizonezkoenaren erdia baino baxuagoak dira (ikus grafikoan tasak eskala logaritmikoan adierazten direla). Kasu-kopuru handiena 65 eta 85 urte bitartean pilatzen da.

Kolon eta ondesteko (C18-C21) tumoreen kasu berrien kopurua eta intzidentzia-tasa gordinak, adin-taldearen arabera, gizonezkoetan eta emakumezkoetan.

RCEME - Bizkaia: 2003



Bizkaian erreparaturako kolon eta ondesteko minbiziak eragindako hilkortasuna ez da, esanguratsuki, EAERI dagokionaren desberdina, ez gizonezkoengan ezta emakumezkoengan ere. Kolon eta ondesteko minbizia ez da garaiz aurreko hilkortasunaren kausa oso garrantzitsua. 2005. urtean, galdutako 1.119 bizitza-urte potentzial (GBUP) eragin zituen; eta horrek esan nahi du, GBUPren tasa estandarizatu 1.000 biztanleko 1,04koa izan zela.

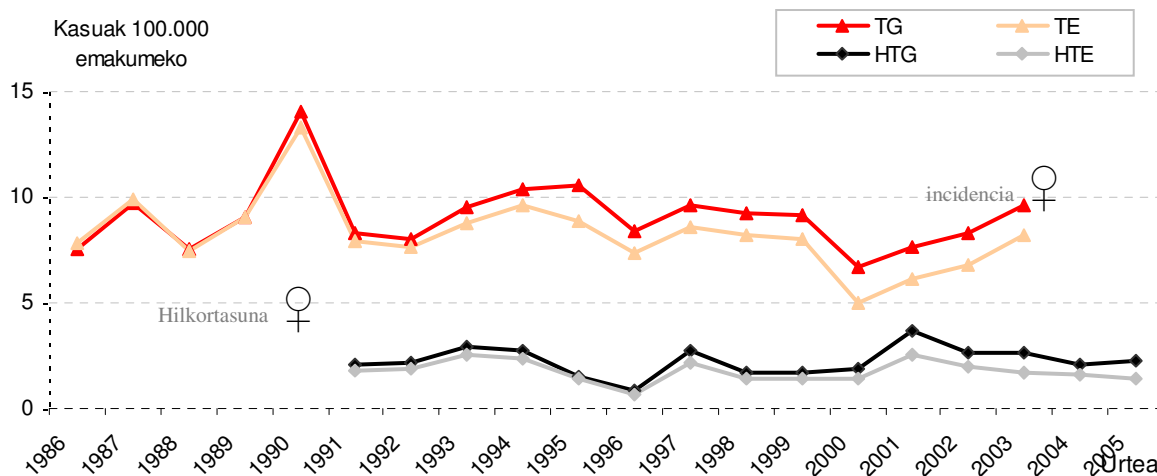
Utero lepoko minbizia

CIE-9: 180; CIE-10: C53

Utero lepoko minbizi erasotzailearen maiztasuna bederatzigarren tokian aurkitzen da eta neoplasia gaiztoen %2 da Bizkaiko emakumezkoen artean. Utero lepoko minbiziengatik hilkortasun proportzionala, mota guztietako minbiziak eragindako heriotzen %1 da Bizkaiko emakumezkoen artean.

Intzidentzia tasa estandarizatu eta gordinen eboluzioa uteroko tumoengatik hilkortasuneari

RCEME 1986-2003 eta Hilkortasun Erregistroa 1991-2005. Bizkaia



TG : Intzidentzia tasa gordin 100.000 emakumeko TE: Intzidentzia tasa estandarizatu 100.000 emakumeko eta europako biztanleak erreferentziat hartuta HTG Hilkortasun Tasa Gordina 100.000 emakumeko. HTE= Hilkortasun Tasa Estandarizatu 100.000 emakumeko (erreferentziako biztanleria: Europako biztanleak).

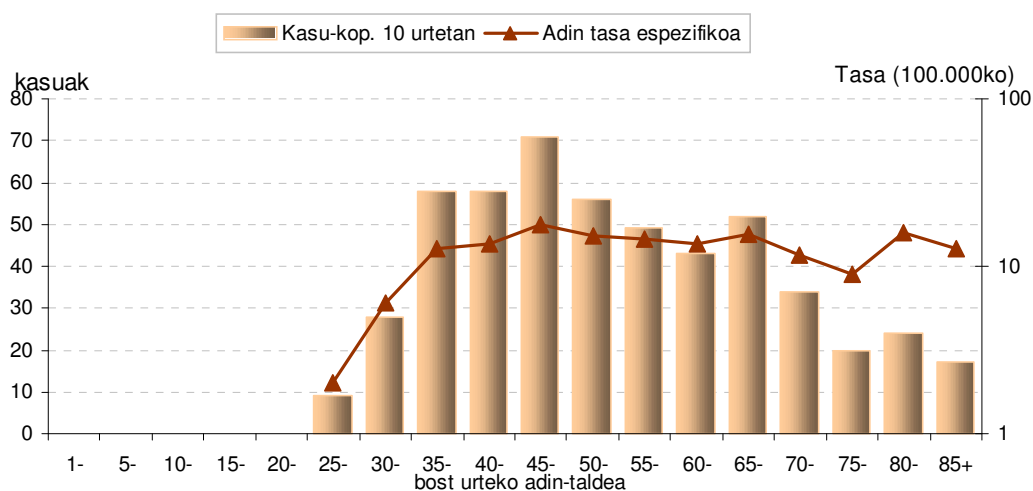
Intzidentzia tasak, bai Gordinak (2003an 100.000 biztanleko 9,58), bai Europako biztanleriaren adinera doiturikoak (2003an 100.000 biztanleko 8,20) egonkor samar mantentzen dira, nahiz eta 1996tik 2000ra behera egin, berriro ere, 2003an goranzko joera hartzeko.

Hilkortasun tasek egonkor diraute, 100.000ko 2 inguruan (Gordina) eta 100.000ko 1,5 (Doitua). Utero lepoko minbiziak eragindako hilkortasunaren azterketak gabezi bat agertzen du, izan ere, kausa honengatik hiltzen diren zenbait emakume zehaztu gabeko utero minbizietan kodifikatzen dira Heriotzen Buletin Estatistikoan. Baliteke, datu bilketako gabezia hau zuzenduz gero, jaitsiera aurkitzea emaitzetan.

Ondorengo grafikoan adin taldeka ikusten da banaketa. Urte beteko aldia aztertuta ikusten den ezegonkortasuna dela-eta, 1994-2003 hamarkadako kasuak deskribatzen dira.

Cervixeko,(C53). minbizi inbaditzaileak eragindako kasu berrien kopurua eta intzidentzia tasa adin-taldearen arabera.

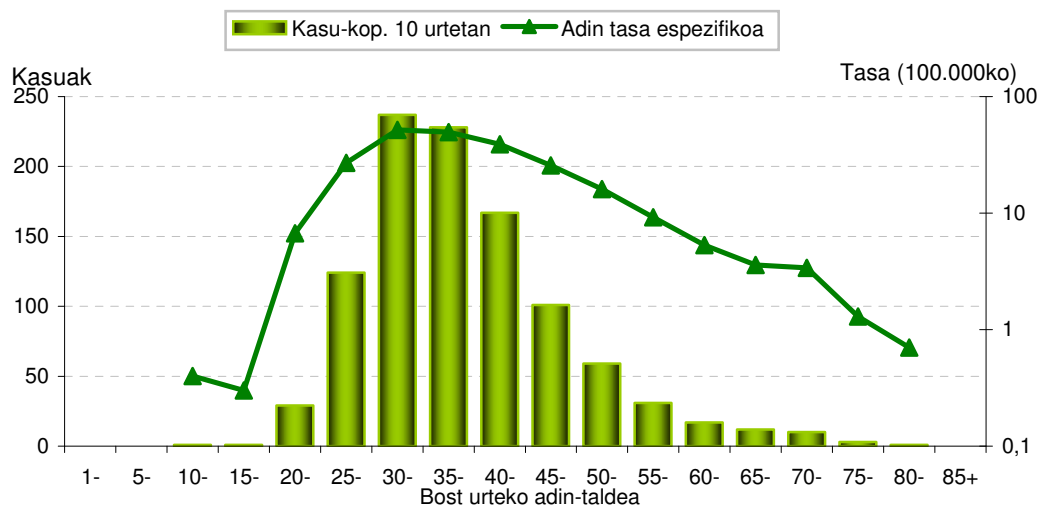
Bizkaia. RCEME- 1994-2003 Hamarkada



Utero lepoko minbizi Inbaditzailea emakumezko gazteen neoplasia da. Kasurik gehien 45 eta 49 urte bitartean sortzen dira eta lepoko minbizi inbaditzailearen kasuetatik erdiak baino gehiago (%54) 55 urtetik beherakoak izaten dira. Tasa espezifikoak gorantz doaz adin-talde bakoitzean 25-29tik 45-49 urtera arte eta egonkor daude adin honetatik aurrera 100.000ko 9tik 16ra bitartean.

Cervix (C53)eko In situ minbiziak eragindako kasu berrien kopurua eta intzidentzia tasa adin-taldearen arabera.

Bizkaia. RCEME- 1994-2003 hamarkada



Adin-taldeka In situ minbizien banaketa eta minbizi inbaditzaileen banaketa oso ezberdina da: gailurrik gorena 30-35 urte bitartean sortzen da eta beherantz egiten du, brastakoan, adin ertaineko emakumezkoetan eta nagusien artean. 50 urtetik beherakoetan gertatzen da kasuen %87.

Azken urteetan gora beherak ikusten dira ospitaletako 180 kodigodun (minbizi inbaditzailea) alta kopuruetan, eta egonkortasuna 233.1 kodigodun (in situ minbizia) diagnostikoetan, Bizkaiko bai ospitale publikoetan, bai pribatuetan.

Utero lepoko minbiziari aurre egiteko aitzin-neurriak

Frogatua da Giza Papiloma Birusa beharrezko kausa dela, nahiz eta nahikoa izan ez, utero lepoan minbizia sortzeko. GPBak sortutako infekziorik gehienak berez konpontzen dira baina batzuetan iraun egiten dute, batez ere, 16 eta 18 tipokoak eta lesio intraepitelialak eragin ditzakete, hain zuzen, minbizi inbaditzailearen aitzindariak izan daitezkeenak.

Utero lepoko minbiziaren lehen mailako prebentzioa GPB mota batzuei aurre egiteko txertaketan oinarritzen da. CIN 2/3 eta AISi aurre egiteko bi txerto daude komertzializaturik, %99ra hurbiltzen den eraginkortasunarekin, halaberrez GPB 16 eta 18 erlazionaturikoak daudenak. 2007. urtearen amaieran, Osasun Saila EAEko txertoen egutegian gehitu zuen GPBren kontrako immunizazioa; Xede populazioa 12-13 urteko neskato kohorteari dagokio (Derrigorrezko Bigarren Hezkuntzako 1. ikasturtea)

Gaur egun, bigarren mailako prebentzioa lesio pre-neoplasikoak edo goiztiarrak identifikatzean datza horretarako erabiltzen den Papanicolau deritzon test-aren bidez. 25 urteko emakumeei, bi zitologia negatibo egin ondoren, ondoz-ondoko bi urtez, edota, lehen koitotik 3 urtera test berriak egin beharko litzaizkieke, 3 urteko aldizkakotasunez (ez aldi laburragoan)

Azkenik, txertaketa unibertsalaren testuinguruan, beharrezkotzat jotzen den osasun hezkuntza egin behar da, hain zuzen, txertaketa ondorengo segurtasun hautemateak gazteen artean sexu harreman ez ziurrak gehitu ez ditzan.

B- Diabetes Mellitus

CIE-9: 250; CIE-10: E10-E14

Diabetes Mellitusa (DM) azken urteotan mendebaldeko gizarteetan gehien gehitu den patologia kronikoa dugu, batez ere biztanleriaren zahartzearen eta bizimodu estiloaren eraginez (dieta, sedentarismoa...). Osasun publikoaren lehentasunezko arazoa dugu, biztanleriaren osasunean eta bizitza kalitatean duen inpaktuagatik, osasun baliabideen kontsumo garrantzitsua sortzen duelako, eta osasun publikoaren neurrien bidez bere intzidentzia eta konplikazio maiztasuna gutxiagotzeko posibilitate errealek badaudelako.

Euskadiko Osasun Planak 2002-2010 Diabetes Mellitusa gaixotasun ez-transmitigarrien sailean lehentasunezko arlotzat jotzen du. Osasun Planean bildutako helburuak DMk sortzen dituen konplikazioak heren batera gutxitzea da: itsutasuna, giltzurruneko gutxiegitasun kronikoa eta anputazioak. Helburu hauek OME erakundeak eta Diabetesaren Nazioarteko Federakuntzak ezarritako antzekoak dira.

2007an azterketa bat egin dugu Bizkaiko Osasun Planaren Zerbitzuarekin batera. Azterketa honen helburua Bizkaian DM gaixotasunaren egoera ezagutzea izan da, biztanleriaren artean duen eragina, baita osasun zerbitzuen erabileran duena ere. Era berean prozesuaren deskribaketa egitea eta arazo honi egiten zaion arretaren emaitzak ezagutzea ere helburuen artean egon dira. Hona hemen azterketa honetan deskribatutako DMaren laburpen epidemiologikoa.

Intzidentzia, prebalentzia

Bizkaian, 2000. urtean Mediku Jagoleen Sareak kalkulaturako DMen intzidentzia tasa 2,6koa da 1000 biztanleko, eta prebalentzia berriz % 2,5-2,8koa, 2000 edo 2002ko Mediku Jagole Sarearen eta ESCAPVaren datuen arabera, hurrenez hurren. 1993an Leioan egindako ikerketa batean, 30 urtetik gorako biztanlerian, 2 motako DMaren 1000ko 8ko intzidentzia aurkitu zen eta %6,4ko prebalentzia, horretatik %3,6 DM ezezagunari zegokion.

Lehen Arreta zerbitzuan baheketak (gluzemia plasmatikoa neurtzea) gora egin du 19%tik 26% eta 34%ra 2005, 2006 eta 2007 urteetan, hurrenez hurren, eta baheketa honek diabetiko ezagunen kopuruaren igoeran eragiten du, prebalentzia errealetik gero eta hurbilago egonez. Jagole Sareak kalkulaturako prebalentzia 2000tik 2005era egonkor mantendu dela onartzen badugu, eta aipaturako urteetan lehen mailako arretan, lehentasunez eskabideak bultzaturik, %20ko baheketa egin dela 45 urtetik gorako biztanleriaren artean, 2005erako ontzat jotako prebalentzia %4koa da.

Erikortasuna eta ospitaleratzeak

2005. urtean 703 ospitaleko alta gertatu ziren DM zela-eta, eta horrek, 100.000 biztanleko 0,63ko tasa adierazten du. Gainera, edozein kausagatiko ingresuen %7 (9.525) kasutan, pazienteak diabetikoa zen.

Estimatutako diabetes prebalentziatik (%4) abiatuz, eta EUSTATen 2005eko Bizkaiko datuak erabiliz, gure lurralde historikoan 2 motako diabetiko-biztanleria 45.962koa dela kalkulatu dugu. Urte horretan pazienteak diabetikoa zen 9.524 ingresu egon ziren (CIE-9:250 ospitaleko alden txosteneko lehen sei diagnostikoetariko edozein kasutan), ondorioz, edozein kausagatiko diabetikoen ospitaleratze maiztasuna 1000ko 207,2koa dela esan dezakegu. Bestalde, diabetiko ez direnen kausa guztiengatiko ospitaleratze maiztasuna 1000ko 116,1koa da. Ingresatzeko probabilitatea beraz, 1,8 bider handiagoa da diabetikoetan, diabetiko ez diren biztanleen artean baino.

1996-2005 urteetako ospitaleko erikortasuna aztertuz gero, ikus daiteke DMren eraginez sortutako ingresuen alta kopurua 1998ko 601etik 2002ko 735era bitartean dagoela. Nahiz eta tasa gordinak gorakadaxo bat izan duen, tasa estandarizatuak ez du aldaketarik izan, eta aldea ez da esanguratsua izan aztertutako 10 urteetarik batean ere. Halere, lehen sei diagnostikoetan DMarekin zerikusia duen kodigoren bat agertzen den alta kopuruak gora egin du etengabe eta era esanguratsuan 1996tik (5.018 alta) 2005era arte (9.525 alta). Erikortasun proportzionalak ere gora egin du 1996ko %4,5etik 2005eko %6,9ra.

Ingresuetariko diabetiko guztietatik %97 44 urtetik gorakoak dira, adinak gora egin ahala maiztasuna gehituz. Ez da sexuen arteko ezberdintasunik ageri

Ospitaleko ingresuen kausa DMA izan denean, alden %9 baino ez da kodifikatzen “konplikaziorik gabeko DM” bezala, gainontzeko ingresuak diabetesaren konplikazioen batek eragindakoak izaten dira: %21 akutuak (cetoacidosis, koma hiperosmolarra, edo bestelakoak), %26 kronikoak (giltzurrunekoa, zirkulazio aparatukoa, oltalmologikoa) eta %43an zehaztu gabeko konplikazioen bat dago.

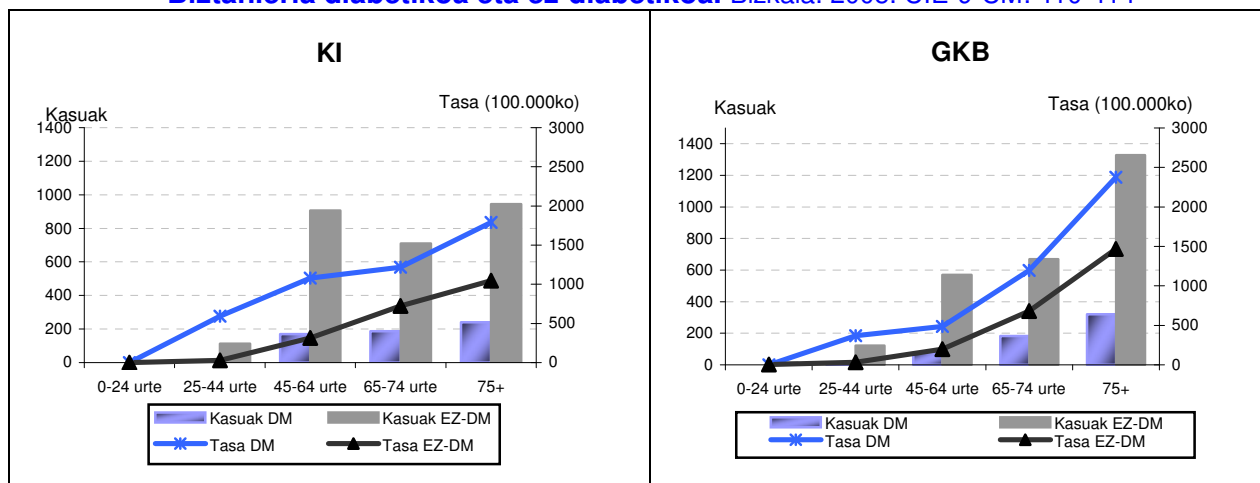
Biztanleria osoan bezala, gaixotasun kardiobaskularrak dira diabetikoen ingresuan kausarik ohikoena, baina kausa honengatiko erikortasuna proportzionala (%27,7) handiagoa da diabetikoen artean, diabetikoak ez direnen artean baino (%11,6). Arnas aparatuko gaixotasunak ingresuen bigarren kausa dira.

a) Konplikazio makrobaskularrak

EAEko Mediku Jagole Sareak diagnostikatutako diabetikoen kohortean, diagnostiko unean, konturatu ziren pazienteen %14,7 (111/755) **konplikazio kardiobaskular** bat jasana zela: %4,8 gaixotasun zerebrokasbukala (GZB), %7,5 kardiopatia iskemikoa (KI) eta gainontzeko %13,5 gaixotasun arterial periferikoa (GAP).

Jarraipena egin zen bost urteetan gaixotasun kardiobaskulardun 98 gertakari erregistratu ziren (GKB, KI, GAP barne). Biztanleria osoarekin gertatzen den bezala, kohorteko hildakoen %30 zirkulazio aparatuko gaixotasunez hil dela kontuan izanik, gaixotasun kardiobaskularraren intzidentzia akumulatuaren tasa %20ra hel daiteke.

Altak eta ospitaleratze maiztasuna Kardiopatia Iskemikoaren edo GZBaren eraginez. Biztanleria diabetikoa eta ez-diabetikoa. Bizkaia. 2005. CIE-9-CM: 410-414



Gaixotasun kardiobaskularrak dira ospitaleratzea sarrien sortzen dutenak diabetikoen artean, batez ere, GKB eta kardipatia iskemikoa. Goiko grafikoak islatzen duen bezala Kardiopatia Iskemikoagatik ingresatzeko arriskua 5,4 bider altuago da diabetikoetan, eta gaixotasun zerebrobaskularrena 5,2 bider handiagoa.

b) Konplikazio mikrobaskularrak

Retinopatia

Mediku Jagole Sareak 1998-2000 bitartean diagnostikatutako diabetikoen arteko %9,5ek **retinopatia** agertu zuten diagnostiko unean.

ONCEk luzatutako datuen arabera Euskal Herrian bizi eta erakunde honek erregistratutako DM kausagatiko itsu kopurua 267koa da.

Nefropatia

Nefropatia diabetikoaren garapena DMdun pazienteen erikortasunaren eta hilkortasun goiztiarraren gehikuntzari lotzen zaio.

EAEko Mediku Jagole Sareak 1998-2000 bitartean diagnostikatutako diabetikoen %14,9k nefropatia agertzen zuten diagnostikoaren unean. 2000-2005 jarraipen aldian 110 neuropatia konplikazio gertatu ziren.

UNIPARen arabera (EAEko giltzurrun pazienteei buruzko Informazio Unitatea) giltzurruneko gutxiegitasuna duten gaixoen azken estadia erregistratzen duena, 5. estadia (RFG: <15 ml/ min), dialisian dauden edota giltzurrun txertaketarekin, Bizkaian 2005eko paziente intzidenteen %17,7k DM du giltzurruneko gaixotasun primario gisa. Erregistratutako GIK kasuak, bai berriak bai errotuak gehitu egiten dira urteak igaro ahala. Intzidentzia bikoiztu egin da 1996tik 2005era eta prebalentziak gora egin du, beharbada, pazienteen biziraupena luzatu delako.

Oin diabetikoa

“**Oin diabetikoa**” pazienteen bizitza kalitatean eragin handiena duen DMaren konplikazioetariko bat da. 1998-2000 bitartean EAEko Mediku Jagole Sareak diagnostikatutako diabetikoen artean %13,5ek gaixotasun arterial periferikoa agertzen zuten eta %15,6k neuropatia. Oin diabetikoa, sarri askotan, aipatutako patologia bien ondorioa izaten da.

Diabetikoen beheko gorputz adarren mozketak edo anputazioei buruz GODMk dituen datuek porrot terapeutikoa islatzen dute edo gaixotasun honen estadiorik larriena, zeren eta DMak gure biztanlerian duen gogortasunaren datuak eta gaixotasunaren eboluzioa denboran zehar luzatzen baititu. 2005ean 282 ingresu kontabilizatu dira, non prozedura kirurgikoz anputazioren bat egin den. Hauen artean, guztienez 152 (%43) kasutan diabetesa dagoela jazotzen da prozesu laguntzaile gisa. Biztanleria diabetikoak duen anputazio arriskua 28 bider handiagoa da biztanleria ez diabetikoak duena baino.

Arrisku kardiobaskularraren kalkulua

EAEko Mediku Jagole Sareak 2 motako diabetesa diagnostikatutako 777 pazienteri egin die jarraipena, 1998, 1999 eta 2000 urteetan zehar, 5-7 urtez (2005era arte). Jarraipenean zehar hasierako kohorteko 35 (%4,5) galera egon ziren eta 127 (%16,3) paziente hil ziren. Gaixotasun kardiobaskular gabeko 2 motako 644 diabetikotatik, 585 kasutan, kalkuluan eragina duten aldagai guztien baloreak daude.

2000 urtean “*The United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS)*”k proposatutako ereduaren bidez arrisku koronario maila kalkulatu zen identifikatutako kohortean. Aipatutako kalkuluaren arabera **%37,9k** (%95 KT: %34,0 - %42,0ra) gertaera koronario bat jasateko arriskua agertzen zuen 10 urtez %20aren (arriskua altua edo oso altua) handiagoa edo berdina. Gizonen arrisku koronarioa emakumeena baino 10 urtez esanguratsuki handiagoa zen (%51,2 gizonezkoek, %24,1 emakumezkoek) ($p < 0.001$).

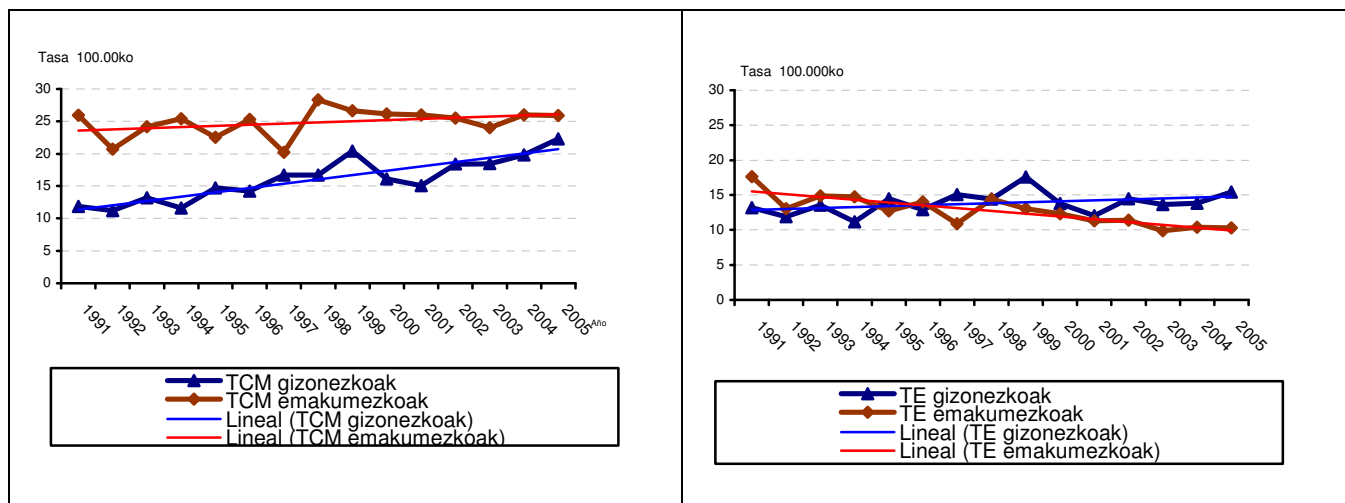
2005ean diabetikoen **%38,1ek** (%95 KT: %33,3 - %43,3ra), 10 urteren buruan gertaera koronarioren bat izateko arriskua zuen, %20aren (%53,8 gizonezkoetan eta %23,4 emakumezkoetan) ($p < 0.001$) era berean, handiagoan edo berdinean kalkulatu. Hau da, arriskua egonkor mantentzen da, 5 urteko jarraipena egin ondoren. Honen azalpena, gaixotasunaren kontrol metabolikotik sortzen duen onurak tentsio arteriala eta lipidoen hobekuntzan egon daiteke, baina gaixotasunaren iraupen luzeagoak eta hemoglobina glisilatuen gehikuntzak ahulduko lukeena. Parametro guzti hauek eragiten dute arrisku koronarioaren kalkuluan.

Hilkortasuna

2005ean, diabetesarengatiko hilkortasun-tasa 100.000 biztanleko 24,17koa (268 heriotza) izan zen, altuagoa emakumezkoetan (25,91) gizonezkoetan (22,32) baino. Irudian ikus daitekeen bezala, 1991-2005 denboraldian zehar hilkortasun-tasen eboluzioa, bi sexuetan gorabeheratsua izan den arren, badirudi goranzko joera izan dela hilkortasun-tasa gordinetan. Baliteke, joera horretan biztanleriaren zahartzeak eragitea, tasa estandarizatuetan ez baita igoera bera nabaritzen.

Diabetes mellitusak eragindako hilkortasun-tasen urteroko eboluzioa.

Hilkortasun Erregistroa. Bizkaia. 1991-2005



TM: Tasa 100.000 biztanleko. TE: Tasa estandarizatu 100.000 biztanleko. Lineal (TCM): Tendentzia lineala

C- Gaixotasun zerebrobaskularra (GZB)

CIE-9: 430-438; CIE 10: I60-I69

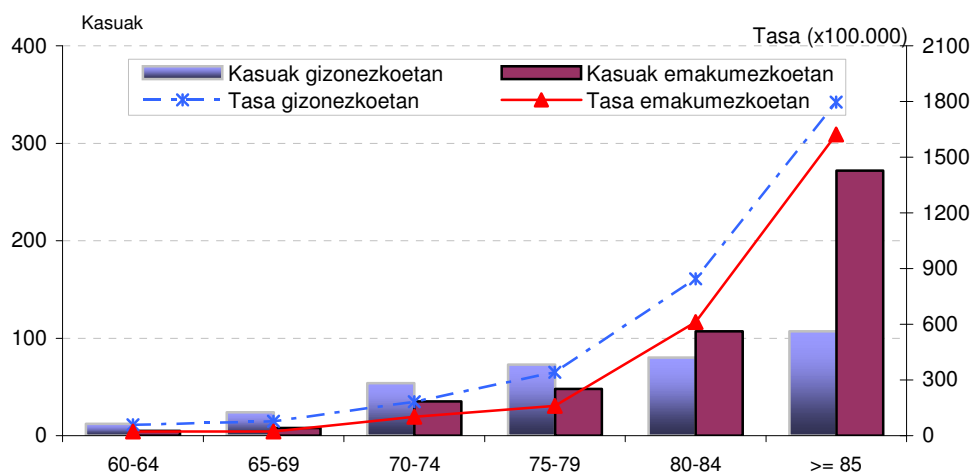
Bizkaian GZBaz ditugun azken datuak aurkeztuko ditugu, informazio-sistema bi oinarritzat hartuz: hilkortasun-erregistroa (2005) eta GODMren ospitaleko alden erregistroa (2006). Tasak kalkulatzeko, 2001eko zentsutik aurrera biztanleriaren proiektzioak erabili ditugu, eta estandarizazioa kalkulatzeko Europako biztanleria erabili dugu.

Hilkortasuna

CIE-10: I60-I69

Hilkortasun-erregistroak, 2005. urtean, 873 heriotza zenbatu ditu: 378 gizonetzko eta 495 emakumezko. Honako hauek izan ziren 100.000 biztanleko tasa gordinak: 86,67 emakumezkoen kasuan eta 70,31 gizonetzkoen kasuan. Genero-desberdintasun hori alderantziz jartzen da eta handiagotu egiten da adinaren arabera estandarizatzean, hala nola: 33,82 emakumezkoetan eta 49,3 gizonetzkoetan. Jarraian dakargun grafikoan ikus daiteke adinaren eta sexuaren araberako tasa espezifikokoak, adin-talde guztietan, altuagoak direla gizonetzkoetan, kopuru absolututan 80 urtetik aurrera emakumezko gehiago hiltzen diren arren. Memoria honen hilkortasunari buruzko kapituluaren ezagutarazten den moduan, hilkortasun-tasek etengabe behera egin dute, bi sexuetan, 1991 eta 2005 urte bitartean.

GZBak eragindako heriotza-kopurua eta hilkortasun-tasa, sexuaren eta adinaren arabera. Hilkortasun-erregistroa Bizkaia. 2005



Gaixotasun zerebrobaskularrak eragindako heriotzen erdia inguru (%49) istripu zerebrobaskular akutu txarto definituak eragindakoak dira, edota beste era bateko GZB NEOM (GNS-10:I64-I67), %28 hemorragiak dira (GNS -10:I60-62) eta %22 infartuak (GNS -10:I63).

Ospitaleko Erikortasuna

CIE-9-MC: 430-438

2006. urtean, GZB dela-eta Bizkaian bizi ziren 3.118 pertsona ospitaleratu ziren; eta horrek, 100.000 biztanleko 281,2ko ospitaleko maiztasunaren tasa gordina eta 100.000 biztanleko 173,4ko tasa estandarizatu adierazten du.

Sexua kontuan hartuta, maiztasun-tasa 316,4koa da gizonetzkoetan eta 248,1koa emakumezkoetan. Adinaren arabera estandarizatzean oster, tasek sexu bietan behera egiten duten arren, aldea esanguratsua da oraindik.

Ospitalean daudela 318 pertsona hil ziren, eta horrek, 100 ospitaleratze bakoitzeko 10 hildakoren hilgarritasuna suposatzen du.(11 hildako 100 pazienteko, berrospitaleratzeak kenduta). GZBk eragindako berrospitaleratzeen portzentajea %7koa (203) izan zen. Berrospitaleratze horiek ingresuztat identifikatu ziren ospitale berean eta urte berean, historia klinikoaren zenbakia berbera zela.

1996tik 2006. urtera arteko ospitaleko erikortasunaren eboluzioa goranzkoa izan da kopuru absolututan, ospitaleko maiztasunaren tasa gordina 1996ko 246/100.000tik 2006ean 281ra handiagotu baita. Hala ere, tasa estandarizatua konstante mantendu da eta erikortasun proportzionalak aldaketa gutxi jasan ditu %2an mantenduz.

Ospitaleratutakoen erdia baino gehiago (%55) gizonezkoak ziren. Adina kontuan hartuta, 45 urtetik beherakoen artean alden %5a gertatu zen, 45 eta 64 urte bitartekoa zen %20a eta 64 urtetik gorakoa %75 izan zen.

GZB dela-eta ospitaleratutakoen %57 istripu zerebrobaskularrak (IZB) izan dira odol-hodiren baten buxaduragatik, %15 IZB hemorragikoak izan dira, %10 GZB akutua, txarto definitua edo bestelako GZBak izan dira, eta %16 Iskemia Zerebrala. 2005. urteko datuekin alderatuz, IZB oklusiboa %11 igo da eta %3 IZB hemorragikoa, beharbada diagnostiko hobe bati esker, zeren eta “GZB akutu gaizki definitua” eta “beste era bateko GZB” taldeak %10 egin du behera.

Hilgarritasuna desberdina da IZB motaren eta sexuaren arabera; emakumezkoen artean altuagoa da GZB mota guztietan. Hori, gaixotasuna adinean aurrera doazen emakumezkoetan agertzen delako izan daiteke.

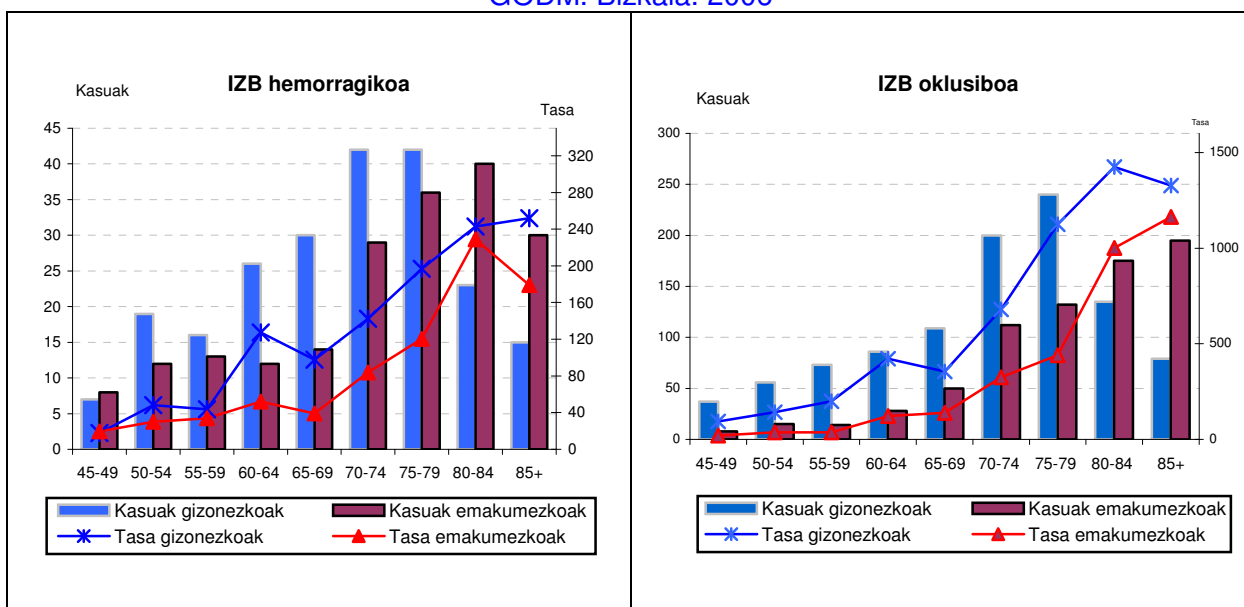
GZBak eragindako altak, heriotzak eta ospitaleko hilgarritasuna, sexuaren eta GZB motaren arabera. GODM. Bizkaia. 2006

		Gizonak			Emakumeak		
		altak	hildakoak	hilgarritasuna	altak	hildakoak	hilgarritasuna
430-432	IZB hemorragikoa	246	56	22,76	221	52	23,53
433-434	IZB iskemiko-oklusiboa	1030	81	7,86	746	95	12,73
435	Garun Iskemia iragankorra	265	7	2,64	248	4	1,61
436-437	IZB akutua, txarto definitua eta bestelakoak	133	6	4,51	178	15	8,43
438	GZBren ondorio berantiarra	27	1	3,70	24	1	4,17
Guztira		1701	151	8,88	1417	167	11,79

Logikoa denez, maiztasun-tasek adinarekin gora egin arren, ospitaleratze-kopuru handiena 70-80 urteko gizonezkoen artean gertatzen da, eta emakumezkoen artean 10 urte beranduago, 80 urtetik gorakoetan, hain zuzen ere.

Ospitaleko egonaldia, GZB motaren arabera, ezberdina izaten da: 13 egunekoa izan daiteke IZB hemorragikoaren kasuan, eta 8 egunekoa IZB oklusibo-iskemikoa bada.

Altak eta ospitaleko maiztasun-tasa, GBZ motaren eta sexuaren arabera.
GODM. Bizkaia. 2006



Bizileku-eskualdea kontuan hartuta, ospitaleko maiztasun-tasak honako zifra hauen artean dabilta: 318,5 Bilbao eta 200,7 Uriben. Estandarizatzean, eskualdeen arteko desberdintasunak txikiagotu egiten dira eta desberdintasun horiek ez dira estatistikoki esanguratsuak.

GZBak eragindako alten kopurua eta ospitaleko maiztasun-tasa, osasun-eskualdearen arabera . GODM. Bizkaia. 2006

	Alta-kop.	Tasa gordina	TE* %95eko KT
Bilbao	1092	318,51	179,79 (167,77-191,53)
Ezkerraldea- Enkarterri	799	281,73	171,18 (158,21-184,16)
Barrualdekoa	747	258,23	163,56 (150,96-176,17)
Uribe	414	200,67	146,57 (131,97-161,16)

* Tasa ehun mila biztanleko, Europako biztanleriaren adinaren arabera estandarizatua.

Komorbilitateari dagokionez, ospitaleratzeen %42an hipertentsioa dago, %19an fibrilazio aurikularra eta beste %19 batean diabetesa. Hiru gaixotasun horiek, halaber, GZBan arrisku-faktore garrantzitsuak dira. Gainera ospitaleratzearen %13ak tabako gehiegikeria agertzen du (%85 gizonezkoak).

D- Kardiopatia iskemikoa. Miokardio infartua

Erabilgarri ditugun Bizkaiko kardiopatia iskemikoaren azken datuak aurkezten ditugu. Sistema bi erabili ditugu informazio iturri gisa: hilkortasun erregistroa (2005) eta ospitaleko alena GODM (2006). Tasak kalkulatzeko 2001eko erroldako biztanleriatik abiatutako proiektzioak erabili ditugu; tasen estandarizaziorako berriz, Europako biztanleria erabili dugu.

Hilkotasuna

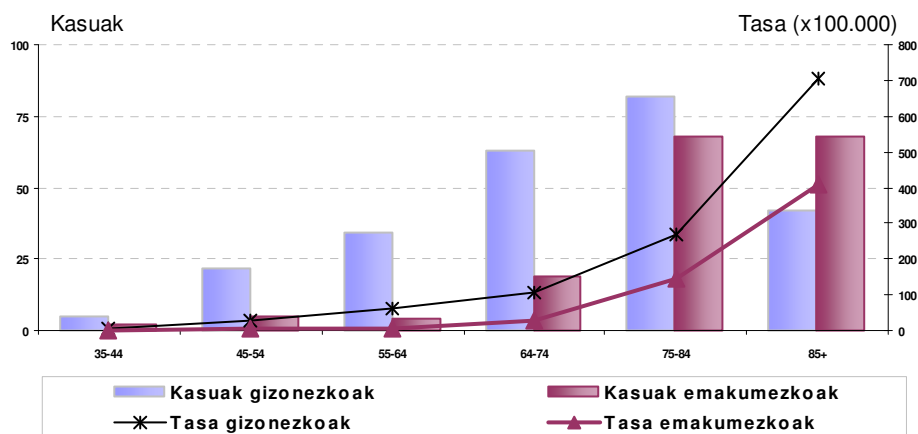
CIE 10: I21-I25

2005ean zirkulazio-aparatuko gaixotasunek eragindako 3.403 heriotza gertatu ziren. Gaixotasun hauek emakumezkoen heriotzen %35 eragin zuten (heriotzaren 1. kausa) eta gizonezkoen heriotzen %28 (2. kausa tumoreen ondoren).

Gaixotasun hauen eraginez sortutako heriotzen %27 (908) Kardiopatia Iskemikoak (KI) eragindakoak izan ziren, tasa estandarizatuak berriz, 100.000 biztanleko 75,11 gizonezko eta 24,95 emakumezko izan direla adierazten digu. Tasa hauek, memoria honetako hilkortasunari buruzko atalak islatzen duen bezala, 1991tik hona, beheranzko joera izan dute eta kopurua gutxitzen doa.

Miokardio Infartu Akutuak (MIA) KIak eragindako heriotzen %49 (440) sortzen du. Ondorengo grafikoan adin-taldeka eta sexuka ikus daiteke MIAren banaketa ezberdina. Hilkortasunak gora egiten du adinarekin batera, gizonezkoetan 100/100.000ko tasa gaintzen du 64-75 bitarteko adin taldean eta, emakumezkoetan 10 urte beranduago. Emakumezkoen artean, 75 urtetik gorakoetan izaten dira MIAk eragindako heriotzen %82 .

MIAk eragindako heriotza-kopurua eta hilkortasun-tasa, sexuaren eta adinaren Hilkortasunaren erregistroa. Bizkaia. 2005



2005ean (KI)a izan zen bizitza urteen galera sortu zuen 3. kausa, Europa biztanleriari doitutako 2,12/1000 tasarekin. Galdutako bizitza-urte potentzialen kopuruak (GBUP) hilkortasun goiztiarra neurtzen dute, 70 urtera heldu baino lehen gertatuak.

Ospitaleko Erikortasuna

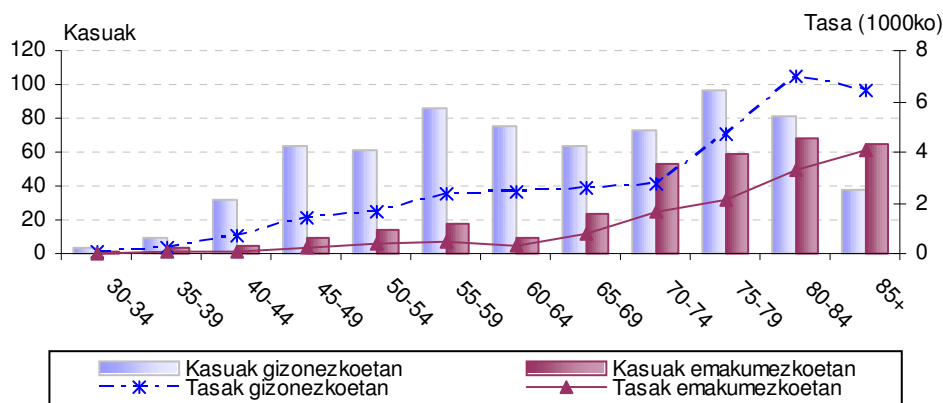
CIE-9: 410-414

2006an zirkulazio-aparatuko gaixotasunak direla-eta Bizkaian bizi ziren 18.112 pertsona ospitaleratu ziren, hain zuzen ospitaleratuen %13 gaixotasun hauengatik izan zen. Talde honen barruan Kardiopatia Iskemikoa (KI) %20 kasutan izan zen eragilea (3.425), eta zehatzago

Miokardio Infartu Akutuak gaixotasun kardiobaskularrengatik ospitaleratutakoen %6 (1.013) eragin zuen.

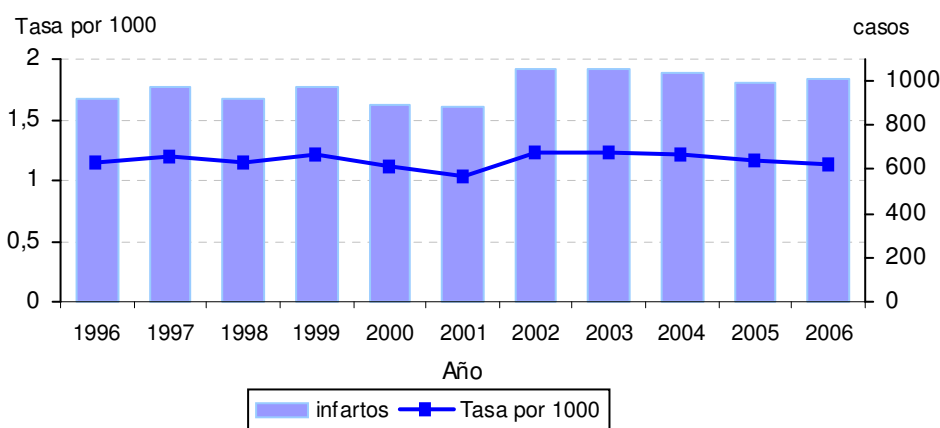
Ondorengo grafikoak adierazten duen bezala, MIAk eragindako ospitaleratzeak ohikoagoak dira gizonezkoetan (%68) eta adin-talde guztietan, 85 urtetik gorako emakumezkoen taldean salbu. Adin taldeak kontuan hartzen baditugu ezberdintasunak daude sexuaren arabera; 45-64 adin taldean gizonezkoetan MIAren %42 aurkitzen da eta emakumezkoetan berriz, %16a. 65-84 adin-taldean, %46 eta %62 aurkitzen dugu hemen gizonezkoen MIA eta emakumezkoena, hurrenez hurren. 84 urtetik gorakoetan %20 MIA sortzen da emakumezkoetan eta %6 besterik ez gizonezkoetan.

MIAk eragindako ospitaleko altak eta maiztasun tasak adin-taldean eta sexuaren arabera Bizkaia. 2006.



Ospitaleko egonaldia, batzaz beste, 9 egunekoa izan da, 0tik 82 egunera arteko heinarekin; infartuen %50 kasu 6 egunez izan dira ospitalean. Hilgarritasun tasa %9,3koa izan da 100 ingresuko eta heriotzetatik %70 lehenengo 8 egunetan gertatu dira

MIAk eragindako ospitaleko altak eta maiztasun tasak 25 urtetik gorakoetan Bizkaia 1996-2006



MIAk eragindako erikortasun proportzionalaren tasak behera egin du, ia etengabe, 1996tik (0,96 infartu 1000 ingresuko) 2006ra arte (0,76/1000). Aurreko grafikoan ikus daitekeenez oster, bai maiztasun tasa, bai MIA kopurua, egonkor samar mantendu dira azken urteotan, beheranzko joera arin batez.

Ospitaleko hilgarritasunak aldaketak izan ditu. 2001ean 13,6 heriotza gertatu ziren 100 ingresuko eta 2005ean 9,1 (2006an %9,3)

IV. OSPITALEKO ERIKORTASUNA. 2006

Atal honetan, 2006. urtean, Bizkaiko Lurralde Historikoari dagozkion Ospitaleko Alten Erregistroaren Gutxieneko Oinarrizko Datu Multzoaren (GODM) datuak aztertu ondoren lortutako emaitzak aurkeztuko ditugu, Euskal Autonomia Erkidegoko ospitale publiko zein pribatu guztiei buruz dagoen informazioa eskainiz.

Aztertuko den biztanleria, 2006an zehar Euskal Autonomia Erkidegoko edozein ospitaletan alta eman zitzaizen eta Bizkaian bizi diren pazienteek osatzen dute.

Analisi-unitatea ospitaleko alta da; horrek adierazten du, paziente berberari erregistro bat baino gehiago egokitu ahal zaiola gaixotasun beragatik eta gaixotasun ezberdin batengatik.

Analisiak diagnostiko nagusian jartzen du arreta, hori baita medikuak zehaztutako ospitalean ingresatzeko arrazoia, eta horren arabera patologia guztia GNS-9ko 17 talde nagusietan sailkatzen dugu.

Erikortasuna aztertzeko, maiztasun absolutuez gain, ospitaleko maiztasunaren tasa (1.000 biztanleko ospitaleratze-kopurua) erabiltzen dugu adina, sexua eta Osakidetzako eskualdeak kontuan hartuta. Patologia horiek adin-taldeen eta sexuaren arabera aztertzen ditugu.

Bizkaiko Ospitaleko maiztasunaren tasak kalkulatzeko izendatzaile gisa erabilitako biztanleria 2005ko errolda (EUSTAT) eguneratua izan da eta Osakidetzako Eskualdeetako maiztasun tasak kalkulatzeko berriz, 2001eko zentsukoa biztanleria.

Ospitaleko erikortasuna: kasuak eta maiztasunaren tasak

2006. urtean zehar, EAEn, 296.276 ospitaleko alta gertatu ziren; 144.728 kasutan (%48,8) pazienteak bizi zen lurralde historikoa Bizkaia izan zen. Zifra horiek, ospitaleko maiztasuna 1.000 biztanleko 126 altakoa izan dela adierazten dute (2005ean 123,6koa). 2006an baino 5.973 alta gehiago egon dira. Igoera honen %80 egun batera heltzen ez diren egonaldiak dagozkie.

Alten %77 Osakidetzako ospitale publikoetan gertatu zen (%73 akutuen ospitaleetan eta %4 egonaldi ertain eta luzeko ospitale publikoetan) eta gainerakoa (%23) ospitale pribatuetan. Alten %2,6 beste lurralde historiko bateko ospitaleetan edo kliniketan gertatu da. Alta guztiak kontuan hartuz, 33.232 kasutan (%23) egonaldia ez zen egun batera heldu.

Ospitaleko erikortasuna GNS-9ko Talde Nagusien arabera

Ospitaleko alta guztiak kontuan hartuta, %52 (74.892) emakumezkoek dagozkie. Haurdunaldiarekin, erditzearekin eta erditze ondokoarekin zerikusia dutenak guztizko horretatik kentzen baditugu (11.284), emakumezkoek dagozkie alden portzentajea %48ra arte jaitsi da. Horrek adierazten du, ospitaleko maiztasunaren tasa 1.000 gizoneko 125,5koa, eta 1.000 emakumezko 126,7koa. Haurdunaldia kenduz 107,7ra jaisten da maiztasun hau.

Honako hauek dira ospitaleko asistentzia sarrien eskatzen duten bost gaixotasun-talde nagusiak, ordena honetan: zirkulazio-aparatuko gaixotasunak, digestio-aparatuko gaixotasunak, nerbio-sistemaren eta zentzumenen gaixotasunak, arnas aparatuko gaixotasunak eta tumoreak. Seigarren tokian, haurdunaldiak alde batera utzita, traumatismoak eta pozoitzeak aurkitzen ditugu.

Jarraian aurkeztzen den taulak, aipatutako patologia-motan sexuak zehazten dituen desberdintasunak erakusten ditu.

Erikortasun proportzionala diagnostiko nagusiaren arabera, talde nagusiak (GNS-9) eta sexua kontuan hartuta. Bizkaia. 2006

CIE-9-MC	Diagnostikoak	Guztira		Gizonezkoak		Emakumezkoak	
		K	%	gizonezkoak	%	emakumezkoak	%
001-139	Infekziosoak eta parasitarioak	1.621	1,13	929	1,34	692	0,93
140-239	Tumoreak	13.643	9,48	7.305	10,51	6.338	8,52
240-279	Endokrino-metabolikoak	1.743	1,21	779	1,12	964	1,30
280-289	Odola eta organo hematopoietikokoak	1.370	0,95	649	0,93	721	0,97
290-319	Trastorno mentalak	2.535	1,76	1364	1,96	1171	1,57
320-389	Nerbio-sistema eta zentzumenak	15.596	10,84	6.498	9,35	9.098	12,22
390-459	Zirkulazio-aparatua	18.112	12,59	10.281	14,80	7.831	10,52
460-519	Arnas aparatua	13.170	9,15	8.041	11,57	5.129	6,89
520-579	Digestio-aparatua	16.792	11,67	9.828	14,15	6.964	9,36
580-629	Genito-gernu aparatua	7.810	5,43	2.950	4,25	4.860	6,53
630-676	Haurdunaldia, erditzea eta erditze ondokoa	11.286	7,84	0	0,00	11.284	15,16
680-709	Larruazala eta larruazalpeko ehuna	3.177	2,21	1.713	2,47	1.464	1,97
710-739	Sistema osteo-muskularra eta konektiboa	11.216	7,79	5.469	7,87	5.747	7,72
740-759	Sortzetiko anomaliak	1.271	0,88	716	1,03	555	0,75
760-779	Jaiotza-inguruko patologia	660	0,46	347	0,50	313	0,42
780-799	Txarto definitutako zeinuak eta sintomak	5.793	4,03	3.195	4,60	2.598	3,49
800-999	Traumatismoak eta pozoidurak	10.415	7,24	5.919	8,52	4.496	6,04
V01-V82	V kodea	7.699	5,35	3494	5,03	4.205	5,65
	GUZTIRA	143.909	100	69.477	100	74.430	100

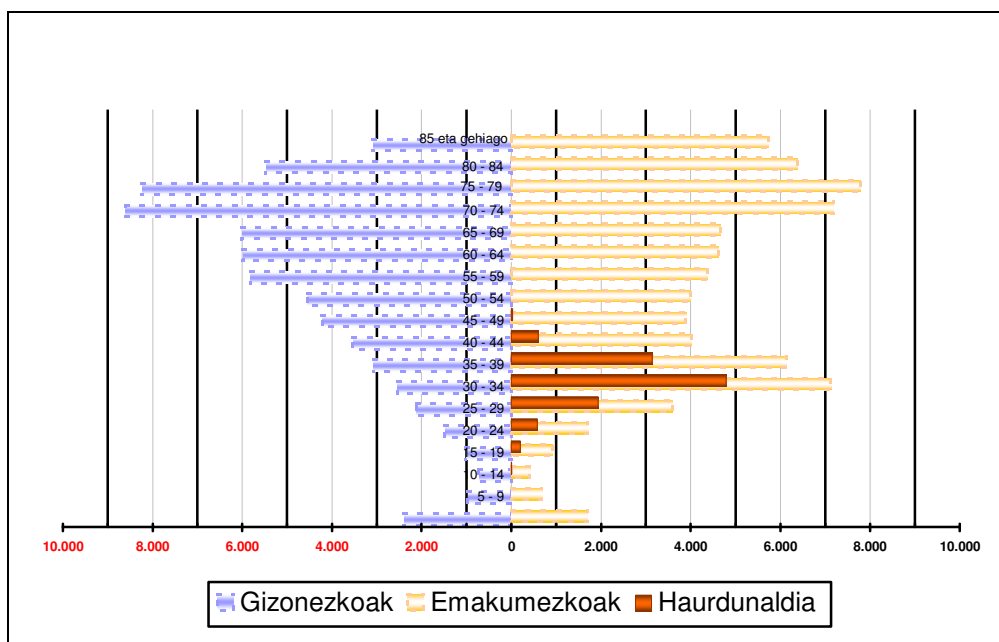
Emakumezkoen artean, ospitaleratzea eragiten duen kausarik nagusiena haurdunaldia, erditzea eta erditze ondokoa izan da; ondoren, maiztasun-ordena jarraituz, nerbio-sistemaren eta zentzumenen gaixotasunak, zirkulazio-aparatuko gaixotasunak, digestio-aparatuko gaixotasunak, eta bosgarren tokian tumoreak datoz. Gizonezkoen artean, berriz, maiztasun-ordenaren lehenengo tokia zirkulazio-sistemako gaixotasunek, digestio-aparatuko gaixotasunek, arnas sistemako gaixotasunek eta tumoreek hartzen dute. Bosgarren tokia berriz, nerbio-sistemaren eta zentzumenen organoen gaixotasunek. eta oso hurbil, seigarren lekua traumatismoek eta pozoidurek hartzen dute.

Ospitaleko erikortasuna sexuaren eta adinaren arabera

Hurrengo grafikoan, ospitaleko altetan 15-44 urte bitarteko emakumezkoengan haurdunaldiak duen eragina ikus daiteke. 20 eta 44 urte bitartean bakarrik, haurdunaldi, erditze eta erditze ondokoarekin zerikusia duten alten ondorioz, eta, 80 urtetik gorako adinetan, alten kopurua zifra absolutuetan altuagoa da emakumezkoetan gizonezkoetan baino. Deigarria da, gizonezkoek haurtzaroan eta emakumezkoek 80 urte baino gehiago dutenean agertzen duten ospitaleratze-kopurua handiagoa dela ikustea.

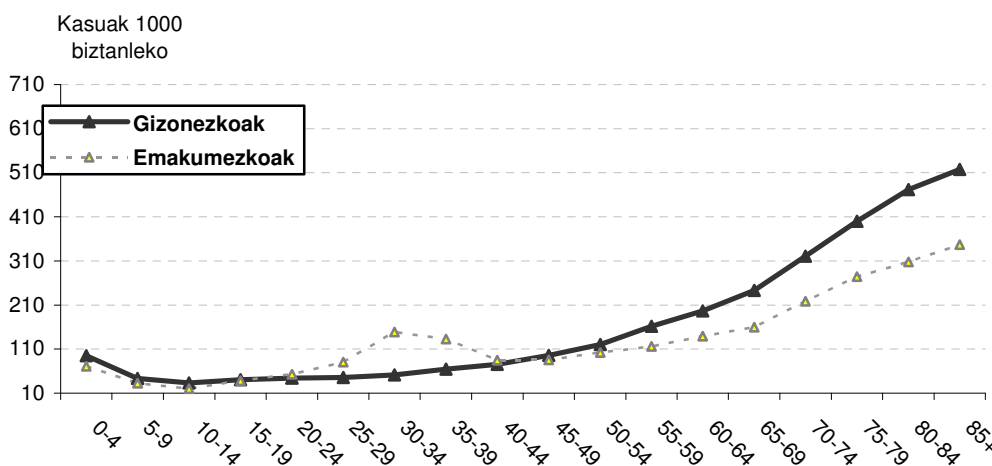
20 urtetik beherakoei dagokie alten %6, 20-44 urte bitarteko taldeari %24, 45-65 urteko taldeari %26 eta 64 urtetik gorakoei gainerako %44. Muturreko adin-taldeetan, 5 urtetik beherakoak eta 84 urtetiko gorakoak, biztanle-kopurua urria den arren maiztasunaren tasak altuak dira: 1.000 biztanleko 83 eta 392, hurrenez hurren. Maiztasunik baxuena 5-19 urte bitarteko gazteen taldekoa da, 35ekoa 1.000 biztanleko. 50 urtetik gora 100tik gora gertatzen dira 1000 biztanleko eta gorako joera etengabea da.

Ospitaleko erikortasuna adin-taldean eta sexuaren arabera.
GODM. Bizkaia. 2006



5 eta 55 urteen artean, ospitaleko maiztasunaren tasak antzekoak dira gizonezko eta emakumezkoentzat; betiere, emakumezkoen adin emankorretan haurdunaldiaren eragina kentzen badugu. 80 urtetik gorako emakumezkoetan, alden kopurua gizonezkoena baino altuagoa da, baina maiztasunaren tasak altuagoa izaten jarraitzen du gizonezkoen artean (12.018 emakumezko, 8.554 gizonezko), haien bizi-itzaropena baxuagoa delako.

Ospitaleko maiztasunaren tasa adin-taldean eta sexuaren arabera.
GODM. Bizkaia. 2006

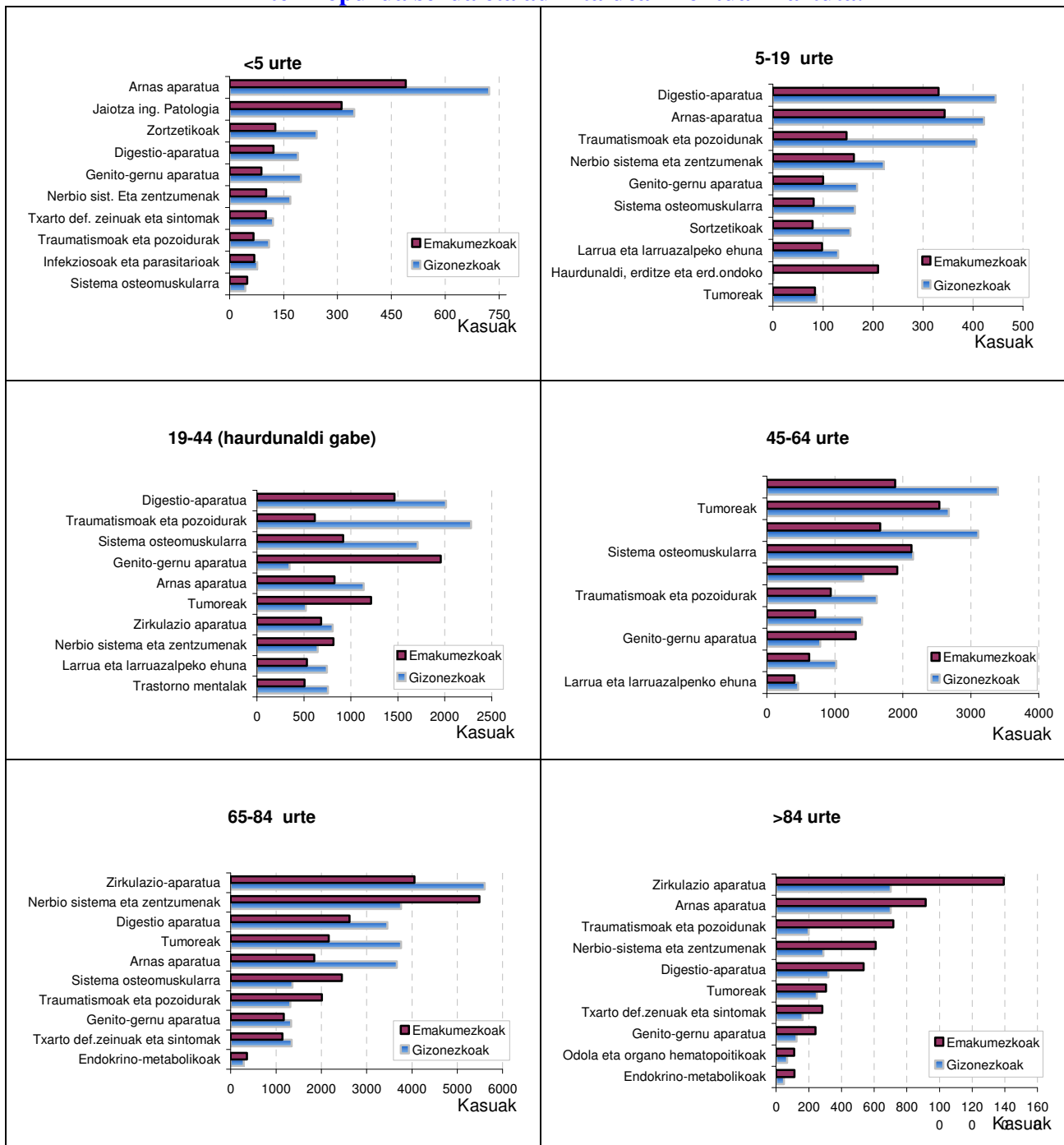


5 urtetik beherakoengan ematen den ospitaleko maiztasunaren gailurra, arnas aparatuko gaixotasunek, jaiotza-inguruko patologia eta sortzetiko anomaliak eragiten dute. 5 eta 19 urte bitartekoen artean, alden kausak honako hauek dira, maiztasun-ordenaren arabera: digestio-aparatuko gaixotasunak, arnas aparatuko gaixotasunak, eta traumatismoak eta pozoidurak

20-44 urteko taldean, altaren arrazoirik ohikoena haurdunaldi, erditze eta erditze ondokoarekin zerikusia duena da. Haurdunaldiaz aparte, adin-talde horretan sexuak zehazten dituen desberdintasun handiak daude. Emakumezkoen artean, honako hauek dira sarrien alta eragiten duten arrazoiak: genito-gernu aparatuen gaixotasunak, digestio-aparatuko gaixotasunak eta

tumoreak. Gizonezkoetan, ostera, beste hauek dira alta eragiten duten kausa ohikoenak: traumatismoak eta pozoidurak, digestio-aparatuko gaixotasunak eta sistema osteomuskularraren gaixotasunak. Deigarria da genero-desberdintasun handia egotea tumoreen kasuan (emakumezkoak) eta traumatismo eta pozoiduren kasuan (gizonezkoak).

Alten kopurua sexua eta adin-taldeak kontuan hartuta.



45-64 urte bitarteko taldean tumoreak dira emakumezkoen alden lehen kausa, batez ere bularreko tumoreak. Digestio-aparatuko umoreak eta zirkulazio-sistemako gaixotasunak askoz sarriago gertatzen dira gizonezkoen artean.

64 urtetik gorakoetan, zirkulazioarekin zerikusia duten gaixotasunak dira garrantzia gehien dutenak; ondoren, nerbio-sistemako gaixotasunak eta zentzumenen organoen gaixotasunak egongo lirateke.

84 urtetik gorakoan taldean deigarria gertatu zaigu emakumezkoen artean dagoen alden kopurua altuagoa izatea eta traumatismoek hartu duten garrantzia.

Ospitaleko erikortasuna kausa-taldean arabera

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak dira alta eragile maizenak batez ere 65 urtetik gora eta gizonezkoen artean. Gaixotasun hauen artean honako hiru talde bereizten dira, ondo bereiztuak eta maiztasun ordenaren arabera: bihotzeko gaixotasun iskemikoa (%18,9), zainetako eta gaixotasun linfatikoak (%18,1) eta gaixotasun zerebro-baskularrak (%17,2).

Tumoreek alta guztien %9,4 adierazten dute, 45 eta 64 urte bitartekoan artean altaren bigarren kausa dira, eta tumore-motaren arabera genero aldetiko desberdintasun handiak agertzen dituzte. Neoplasien taldean %19 neoplasia benignoak izan dira. Ondorengo taulan tumoreek eragindako alden %50 osotzen duten 15 tumore mota agertzen dira.

Alta kopurua 15 tumore kontuan hartuta eta sexuaren arabera.

Bizkaia. 2006

	Gizonezkoak	Emakumezkoak	G/E
Ezpain, aho-barrunbe eta faringeko neoa	231	78	3,0
Hestegorriko neo gaiztoa	147	13	11,3
Urdaileko neoplasia gaiztoa	275	133	2,1
Kolon eta ondesteko neoa	839	494	1,7
Gibeleko neoplasia primarioa	168	35	4,8
Pankreako neoplasia	152	121	1,3
laringeko neoplasia	217	21	10,3
Trakea, bronkio eta biriketako neoplasia	752	129	5,8
Bularreko neoplasia gaiztoa	-	872	-
Utero-lepoko neoplasia gaiztoa	-	96	-
Uteroko neoplasia gaiztoa	-	201	-
Obulutegi eta inguruko neoplasia gaiztoa	-	122	-
Prostatatako neoplasia gaiztoa	576	-	-
Maskuriko neoplasia	776	140	5,5
Giltzurruneko neoplasia	171	71	2,4
Guztira	4.304	2.526	

Digestio-aparatuko gaixotasunen taldea da ospitaleratze kopuru handia sortzen duen bigarren eragilea, batez ere, 19 urtetik 64 urte bitarteko gizonezkoengan. %51 hiru patologiak osatzen du; sabelaldeko barrunbeto herniek (%24,7), behazunaren eta behazun-hodien alterazioek (%19,5) eta apendizitisak (%7,3).

Nerbio-sistemako eta sentimen organoetako gaixotasunek eragindako alden %74 begiko trastornoei eta gehigarriei dagokie, %6 belarriko trastornoek eta mastoide apofisiek eragin dute, eta %13 nerbio-sistemako periferikoko trastornoak dira eta gainontzekoak (%7) nerbio sistemako hanturazko gaixotasunak, endekapenezko gaixotasun hereditarioak eta bestelakoak. Tratatu diren begiko trastornoen %80 kataratak dira, eta horrek justifikatzen du 65 eta 84 urte bitartean alden bigarren kausa izatea. Nerbio-sistema trastornoetatik, alden %82an, sarrien gertatzen den patologia, batez ere emakumezkoetan, karpoko tunelaren sindromea da

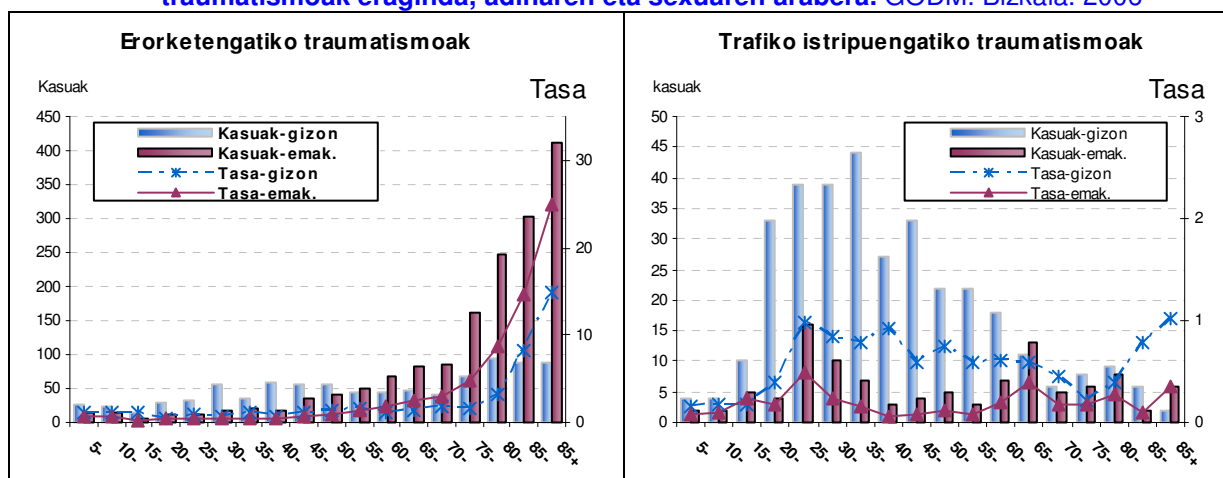
Arnas gaixotasun aparatuen taldean, %30 arnas gaixotasun infekzioso akutuak, pneumonia eta gripea dira; %29 BGBK eta elkartutako gaixotasunak dira. Patologia talde hau da 5 urtetik behar kopuru ospitaleratze gehien sortzen duena eta 84tik gorakoan ospitaleratzearen bigarren kausa.

Sistema osteomuskular eta ehun konektiboko gaixotasunak lau talde handitan sailkatzen dira: %49,5 artropatiak eta erlazionatutako trastornoak dira, %15 dorsopatiak dira, %18 erreumatismoak dira eta gainerako %17,5 osteopatiak, kondropatiak eta gorputz-adarren deformazio hartuak dira. Hona hemen sarrien ematen diren hiru trastornoak: gizonezkoengan bi bider sarriago gertatzen diren

belauneko barruko trastornoak (%21), emakumezkoengan 1,8 bider handiagoak diren artrosiak (%21) eta oineko lehen behatzaren deformazio hartuak (%10), emakumezkoengan 5 bider sarriago gertatzen direnak.

Traumatismoak eta pozoidurak izenekoa gaixotasun-taldeak alta guztien %7,5 adierazten du: %25 pozoidurak eta intoxikazioak izaten dira eta gainontzeko %75 traumatismoak eta istripuak. Traumatismoetan %79 gorputz-adarren hausturak eta gainontzekoak garezur eta lepokoak. Istripuen %48an istripua eragin zuen kausa idatziz jasota geratzen da, horrela ustekabeko erorketek, traumatismoa dela-eta ospitaleratutakoen %32ren kausa dira gutxienez, eta trafikoko istripuak %5. Hurrengo grafikoan, adinaren eta sexuaren arabera banaketa desberdina ikus daiteke. Pozoidura eta intoxikazioengatik ospitaleratutakoen %86k zainketa medikuak eta kirurgikoak behar izaten dituzte.

Alten kopurua eta maiztasunaren tasak ustekabeko erorketa edo trafikoko istripua dela-eta sortutako traumatismoak eraginda, adinaren eta sexuaren arabera. GODM. Bizkaia. 2006



Ospitaleko erikortasuna Osakidetzako osasun-eskualdeka

Osakidetzako osasun-eskualdearen arabera ospitaleko maiztasunaren tasa gordinak Uribe Eskualdeko 111/1.000 eta Bilboko 141/1.000 bitartean daude, tasak estandarizatzean, eskualdeen artean dauden desberdintasunak estuagoak egiten dira, baina estatistikoki esanguratsuak izaten jarraitzen dute. Alta txostenetan udalerrien kodifikazioaren kalitatea zalantzarikoa da, beraz, eskualdeka lortutako maiztasunak tentuz erabiltzea komeni da.

Ospitaleko erikortasuna eskualdeka. Bizkaia. 2006

Eskualdea	K	T gordina	TE (KT %95)
Bilbao	49.189	140,6	112,8 (111,2-113,9)
Ezkerraldea -Enkarterria	38.558	130,7	107,3 (106,2-108,4)
Barrualdekoa	31.294	120,9	101,7 (100,6-102,8)
Uribe	22.139	110,8	99,6 (98,3 -100,8)
Araba/ Gipuzkoa	2.537	-	-
Jatorri ezezaguna	1.003	-	-
Bizkaia	147.713	128,0	106,4(105,9-107,0)

Tasa gordina 100.000 biztanleko. TE=Tasa Estandarizatua 100.000 biztanleko (Erreferentziako bizt.: Europakoa).

V. HILKORTASUN ERREGISTROA

Kapitulu honetan Bizkaiko Lurralde Historikoko biztanlerian 2005. urtean gertatu diren heriotzak (kopurua eta kausak) deskribatzen ditugu. Heriotzei buruzko datuak Euskal Autonomia Erkidegoko Hilkortasun Erregistrotik jaso ditugu. Gaixotasunen Nazioarteko Saikapenaren hamargarren ikuskapena (GNS-10) erabili da heriotzaren oinarriko kausa kodifikatzeko.

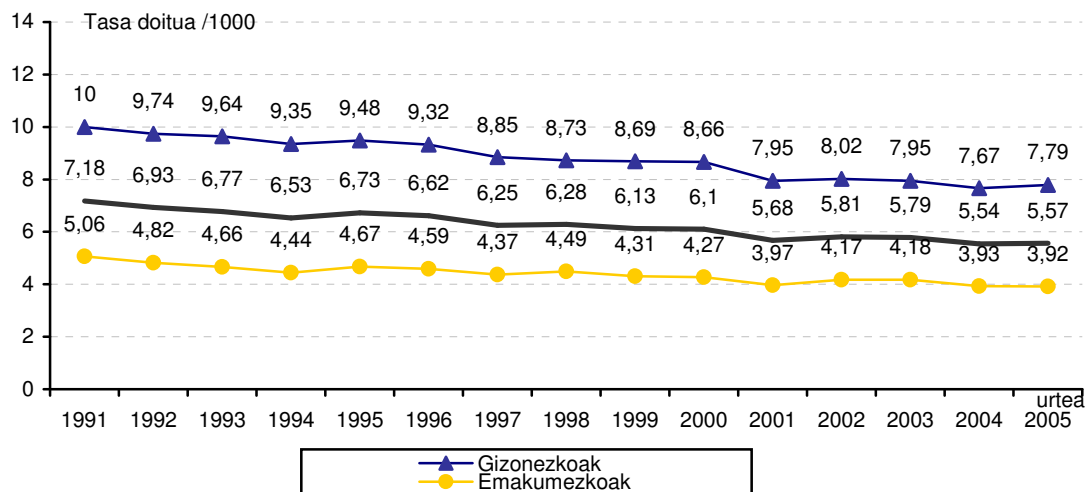
2005. urterako eta aztertutako errolda arteko gainerako urteetako biztanleria 1991ko zentsuko, 1996ko erroldako eta 2001eko zentsuko biztanleriaren interpolazio linealaren bitartez lortu da. Tasek estandarizazio zuzena egiteko, erreferentziako biztanleria gisa, Europako biztanleria hartu dugu; zeharkakoak EAE erabiltzen du estandar moduan.

Jarraian, datu gordinetan (kopuruak eta tasa gordinak) aurkezten dira hilkortasun orokorra eta kausa garrantzitsuenen zor izan zaiena, Europako biztanleriaren adinari doituriko tasak, galdutako bizitza-urte potentzialak (GBUP), hilkortasun estandarizatuaren arrazoiak (HEA) eta umeen hilkortasuna. Hilkortasuna deskribatzean honako hauek hartu dira kontuan: pertsonen ezaugarriak (genero, adina), lekua (osasun-eskualdeak) eta denbora (1991tik 2005era).

Hilkortasun orokorra

2005. urtean, Bizkaian bizi zirenen artean 10.811 pertsona hil ziren, %53 gizonezkoak eta %47 emakumezkoak. Hilkortasun orokorraren tasa mila biztanleko 9,75koa izan zen, altuagoa gizonezkoetan (10,62) emakumezkoetan baino (8,93). Europako biztanlerian adinaren arabera estandarizaturiko tasa mila biztanleko 5,57koa izan zen, hau ere altuagoa gizonezkoetan emakumezkoetan baino (mila biztanleko 7,79 eta 3,92, hurrenez hurren).

Adinari doitutako hilkortasun-tasa orokorra Bizkaia 1991-2005



Goiko grafikoan ikusten denez, tasa estandarizatuak beheranzko joera izan dute, 1991tik (7,18) 2005era arte (5,57). Tasa gordinak aldiz gehitzen jarraitzen dute, biztanleriaren zahartzearen ondorioz.

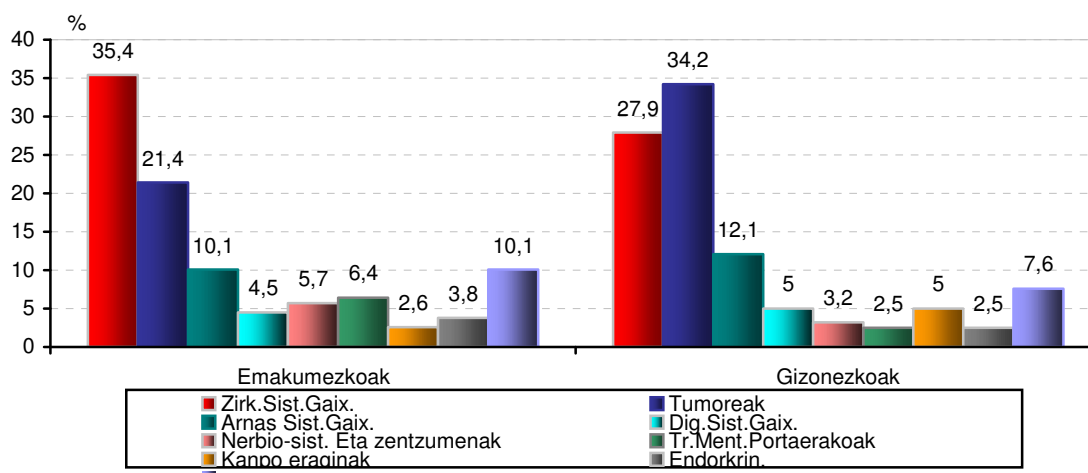
Hilkortasun proportzionala

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak izan ziren emakumezkoetan heriotza gehien eragin zituztenak (%35), eta ondoren tumoreak (%21); gizonezkoetan, berriz, alderantziz gertatu zen: heriotza-kausarik ohikoena tumoreak izan ziren (%34) eta bigarren tokian zirkulazio-aparatuko gaixotasunak (%28) zeuden. Arnas aparatuen gaixotasunek hirugarren tokia hartzen dute bi sexuetan,

biztanlerian orotara heriotzen %11 sortuz. Digestio-aparatuko gaixotasunek heriotzen laugarren tokia hartzen dute (%5) eta nerbio-sistemakoek bosgarrena (%4).

Hilkortasun proportzionala. Heriotzak sexuaren eta eragin-talde nagusien arabera.

Bizkaia 2005



Hilkortasunaren kausak

HERIOTZAREN ERAGIN-TALDE NAGUSIAK

Ondorengo taulak heriotzen banaketa eta adinaren arabera estandarizatutako tasak erakusten ditu, heriotzaren 19 eragin-talde nagusiak kontuan hartuz. Tasak nahiko altuagoak dira gizonezkoetan emakumezkoetan baino, ia eragin-talde guztietan. Gizonezkoetan hilkortasun-tasarik handiena tumoreen taldeari dagokio; emakumezkoetan, ordea, zirkulazio-aparatuko gaixotasunen taldea da tasarik altuena agertzen duena.

Hilkortasuna eragin-talde nagusien arabera

Bizkaia 2005

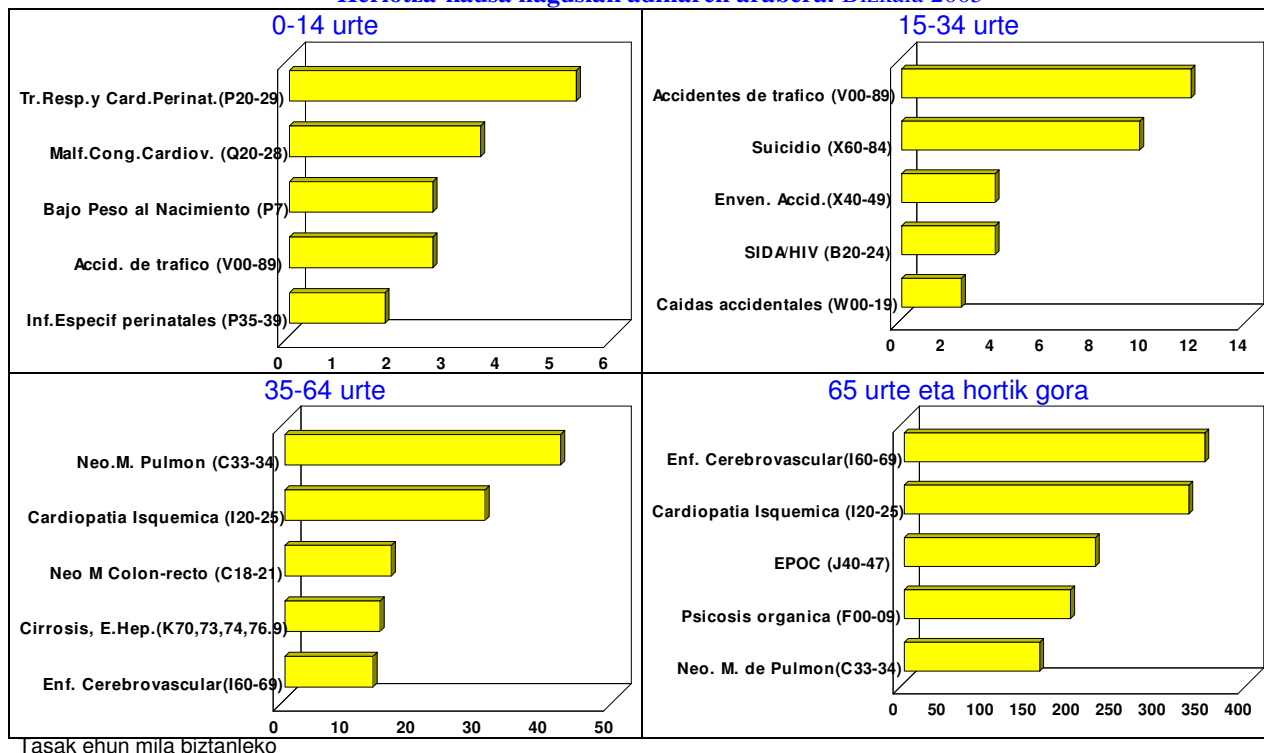
	Gizonezkoak		Emakumezkoak		Guztira	
	Heriotzak	Tasa *	Heriotzak	Tasa *	Heriotzak	Tasa *
Gaix. infektzioak eta parasitarioak (I)	136	19,81	103	8,61	239	13,73
Tumoreak (II)	1955	268,99	1091	109,57	3046	176,47
Odol eta org.hematop. gaix.;Tr. immunit. (III)	10	1,32	37	2,53	47	2,18
Gaix. endokrino, elika. eta metabolikoak (IV)	140	18,35	194	13,82	334	15,82
Tr. mentalak eta portaerakoak (V)	143	19,83	324	19,89	467	20,36
Nerbio-sist. gaix., begi eta belarri (VI,VII,VIII)	183	24,24	289	20,70	472	22,19
Zirkulazio-sistemako gaix. (IX)	1595	213,37	1808	121,90	3403	160,95
Arnas sistemako gaix. (X)	689	89,12	517	34,39	1206	54,69
Digestio-sistemako gaix. (XI)	288	39,50	230	17,13	518	27,46
Larruazal eta azalpeko ehunaren gaix. (XII)	4	0,54	7	0,62	11	0,55
S. osteomuskular eta ehun konj. gaix. (XIII)	19	2,91	65	4,19	84	3,75
Sistema genito-urinarioko gaix. (XIV)	115	14,82	105	7,24	220	10,02
Haurdunaldia, erditzea, erditze ondokoa (XV)	-	-	0	0,00	-	-
Jaiotza-inguruko gaitzak (XVI)	8	2,43	6	2,07	14	2,26
Sortzetiko malf., defor., kromosom. an. (XVII)	11	2,56	13	2,78	24	2,69
Txarto definitutako kausak (XVIII)	125	17,20	181	11,50	306	14,29
Kanpo-eraginak (XIX)	288	44,32	132	15,28	420	29,21
GUZTIRA	5709	779,32	5102	392,23	10.811	556,63

* Tasa ehun mila biztanleko. Europako biztanleriaren adinaren arabera estandarizatua.

HERIOTZA-KAUSA NAGUSIAK ADINAREN ARABERA

Heriotza-kausak ezberdinak dira adina kontuan hartzen bada. 15 urtetik beherakoetan 42 ume hil ziren (tasa: 100.000 biztanleko 36,99). Jaiotza-inguruko arnas eta bihotzeko arazoak, sortzetiko anomalia eta jaiotza-inguruko infekzio espezifikoak heriotzen lehenengo hiru kausak izan dira, 100.000 biztanleko 5,28; 3,52 eta 2,64 tasekin, hurrenez hurren.

Heriotza-kausak nagusiak adinaren arabera. Bizkaia 2005



15 urtetik 34 urtera bitarteko adin-taldean hilkortasuna 100.000 biztanleko 54,20koa da (158 heriotza) eta heriotza-kausak nagusiak trafikoko istripuak izan dira, ehun mila biztanleko 11,66ko tasarekin; ondoren, suizidioa eta halabeharrezko pozoidurak datoz. 35 urtetik 64 urtera bitarteko adin-taldean, hilkortasun globala 100.000 biztanleko 344,40koa da (1.626 heriotza) eta lehenengo kausa biriketako minbizia da (100.000 biztanleko 41,73); bigarrena, kardiopatia iskemikoa eta, hirugarren tokian kolon eta ondesteko minbizia dago. 65 urtetik gorakoetan, lehenengo kausa gaixotasun zerebrobaskularra da (tasa: 100.000 biztanleko 348,94); ondoren, kardiopatia iskemikoa eta BGBK datoz. Adin-talde horretan kausa guztiengatikoko hilkortasuna, 100.000 biztanleko 3.880,22koa da (8.985 heriotza).

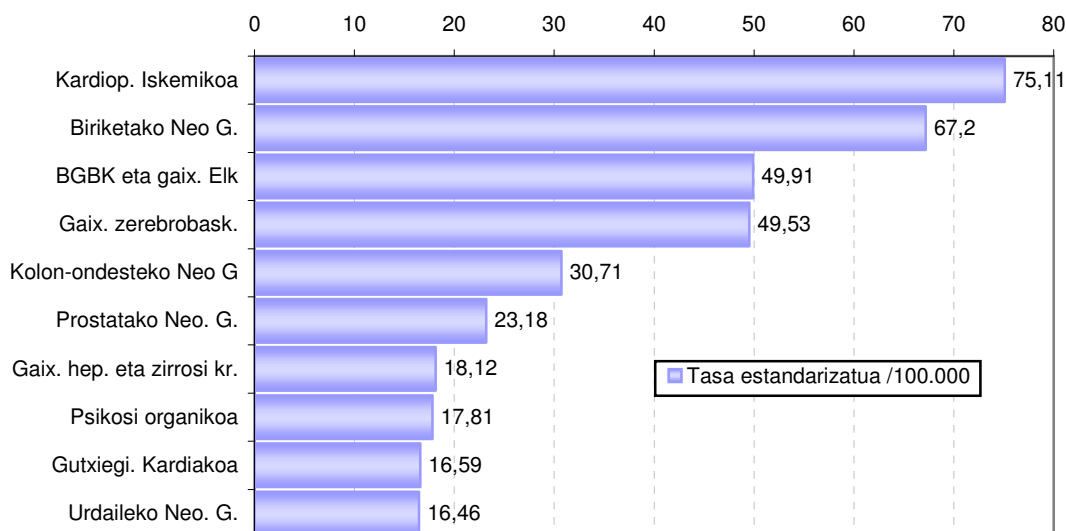
HERIOTZA-KAUSA NAGUSIAK SEXUAREN ARABERA

Jarraian datozen grafikoetan hilkortasunaren tasa estandarizatuak ageri dira, lehenengo 10 kausek eragindakoak gizonezkoetan eta emakumezkoetan, hurrenez hurren. Oro har, 10 kausa horiek bi generoetan sortutako heriotzen ia erdia eragiten dute (%48 eta %47 gizonezkoetan eta emakumezkoetan, hurrenez hurren).

Gizonezkoetan kausen lehenengo postuan kardiopatia iskemikoa jarraitzen du, 100.000 biztanleko 73,11ko tasa estandarizatuaz (552 heriotza), hurrengo biriketako minbizia da 100.000 biztanleko 67,20ko tasarekin (478 heriotza). Biriketako gaixotasun buxatzailea (BGBK) da hirugarren kausa, 100.000 biztanleko 49,91ko tasa doituarekin (393 heriotza)

Lehenengo hamar heriotza-kausak gizonezkoetan.

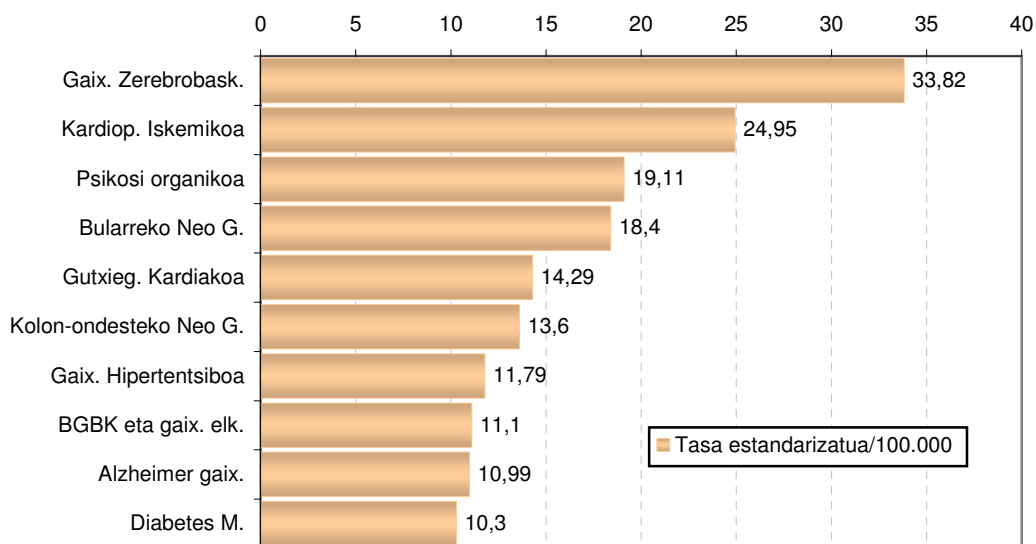
Bizkaia. 2005



Emakumezkoen artean, heriotza-kausak ohikoena honako hauek dira: gaixotasun zerebrobaskularra 100.000 biztanleko 33,82ko tasa doituarekin (495 heriotza), kardiopatia iskemikoa 100.000 biztanleko 24,95eko tasarekin (356 heriotza) eta zahartzaro eta zahartzaro aurreko psikosi organikoa 100.000 biztanleko 19,11ko tasarekin (316 heriotza).

Lehenengo hamar heriotza-kausak emakumezkoetan

Bizkaia 2005

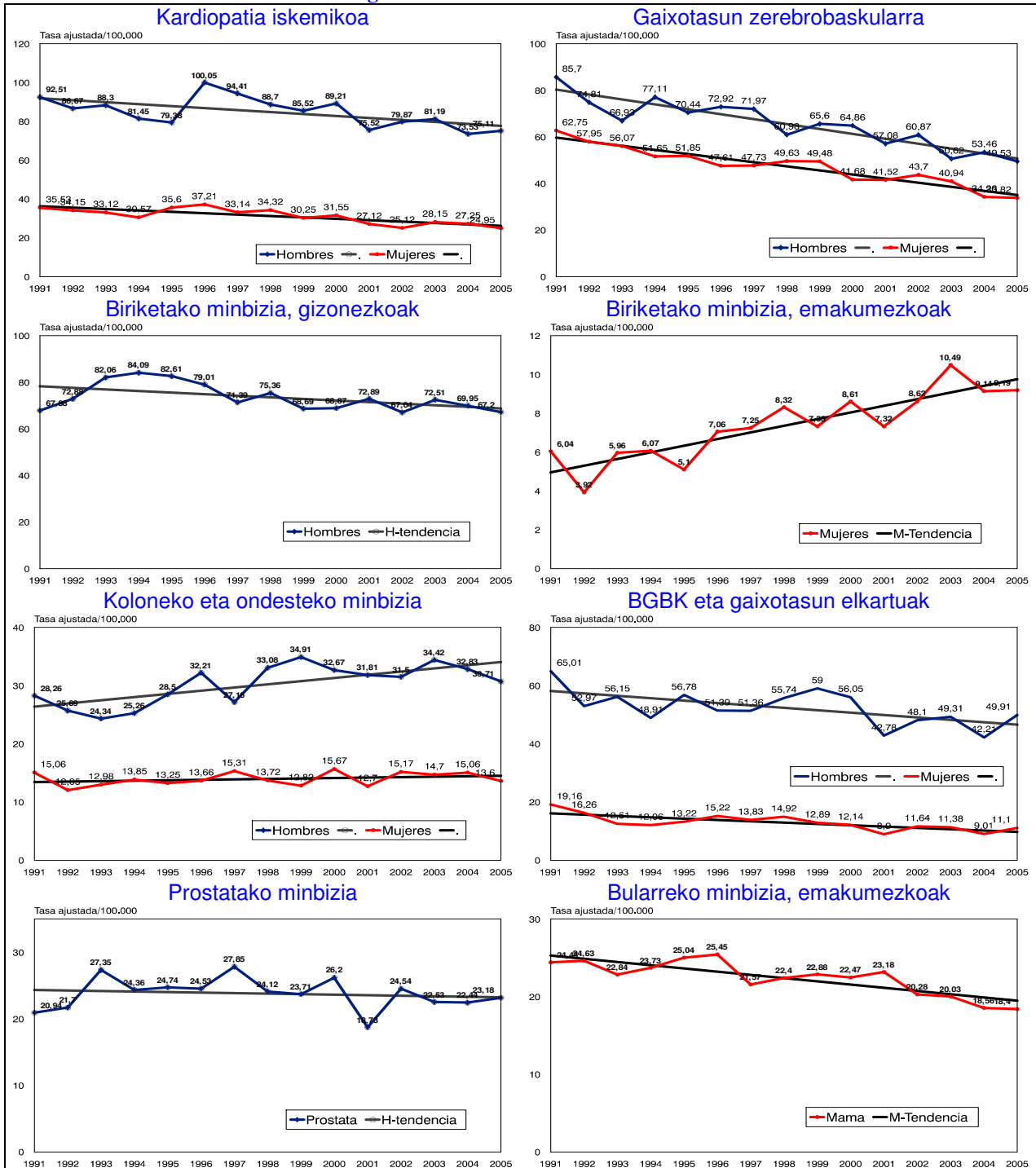


LEHENENGO HERIOTZA-KAUSAK DENBORAREN ARABERA

Azken 15 urtetan lehenengo heriotza-kausak izan duten eboluzioak, kardiopatia iskemikoak eta gaixotasun zerebrobaskularrak, batez ere azken honek, eragindako heriotzek beheranzko joera mantentzen dutela adierazten du (tasa estandarizatuak).

Biriketako minbizia behera egiten hasi da gizonezkoetan, baina emakumezkoetan goranzko joera nabaria erakusten du. Koloneko eta ondesteko minbiziak eragindako hilkortasunak gora egiten jarraitzen du, batez ere, gizonezkoen artean; prostatako minbiziarena, berriz, egonkor mantentzen da eta emakumezkoetan bularreko minbizia jaisten hasi da. BGBK delakoak eragindako hilkortasunak ere, beherazko joera hartu du urte hauetan.

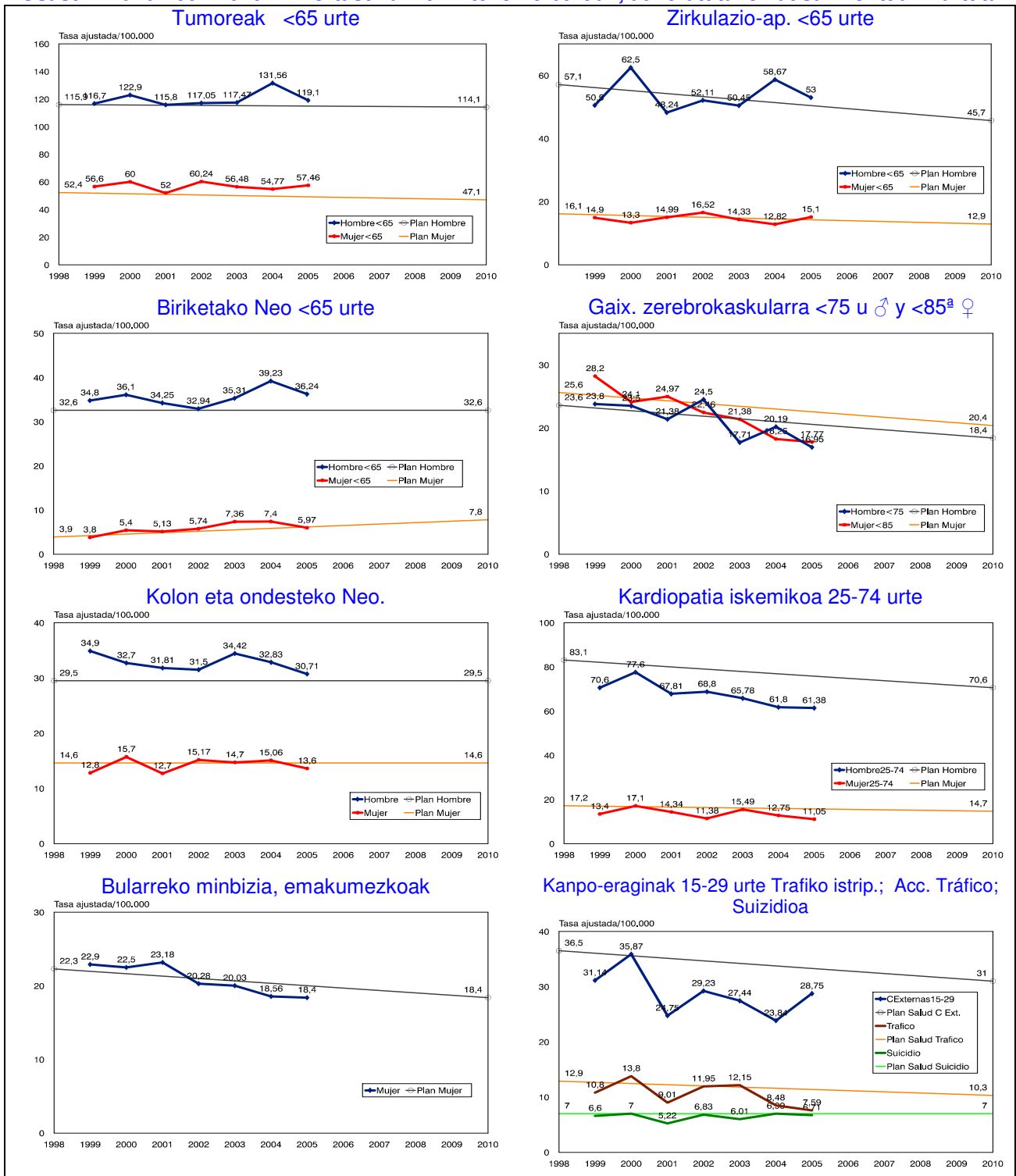
Heriotza-kausa nagusien eboluzioa sexuaren arabera. Bizkaia. 1991-2005



OSASUN EGOERAREN EBALUAZIO-ADIERAZLEAK (OSASUN PLANA)

Ondoko taulan eta grafikoan 1999tik 2005. urtera bitarteko hilkortasunaren datuak 2002-2010 Osasun Planaren helburuekin konparatzen dira.

Osasun Plana 2002-2010. Hilkortasuna murrizteko helburuak, aukeratutako kausak kontuan hartuta



Bai 65 urtetik beherakoen tumore gaizto guztiek eragindako hilkortasunak, bai Osasun Planean lehentasuna eman zaien kokapen espezifikodun tumoreek eragindakoak, oraindik urruti daude 2010erako markatuta dagoen helburutik; bularreko minbizia da markatutako lerroaren azpitik dagoen bakarra.

Gaixotasun kardiobaskularren artean, 25 eta 74 urte artean kardiopatia iskemikoaren tasa, bi sexuetan, eta gaixotasun zerebrobaskularrarena 75 urtetik beherako gizonetzkoetan eta 85 urtetik beherako emakumezkoetan 2010erako adierazitako helburuaren azpitik daude; baina, 65 urtetik beherakoetan zirkulazio-gaixotasunen multzoa helburuaren gainetik aurkitzen da. Kanpo-eraginaren hilkortasunak, halaber, 2010 adierazlea lortu du.

Osasun Planean lehen tasuna eman zaien kausengatik hilkortasuna. Bizkaia. 1999-2005

Kausak	Tasa 1999	Tasa 2000	Tasa 2001	Tasa 2002	Tasa 2003	Tasa 2004	Tasa 2005	Osasun Plana 2010k EAErako dituen helburua
Tumore gaiztoak gizonak <65 u.	116,7	122,9	115,8	117,05	117,47	131,56	119,10	Beherazko joera hasia
Tumore gaiztoak emakumeak <65 u.	56,6	60,0	52,0	60,24	56,48	54,77	57,46	47,1
Biriketako minbizia gizonak <65 u.	34,8	36,1	34,25	32,94	35,31	39,23	36,24	Goranzko joera alderantzikatea
Biriketako minbizia emakum. <65 u.	3,8	5,4	5,13	5,74	7,36	7,40	5,97	Goranzko joera geldiaraztea
Bularreko minbizia emakumezkoetan	22,9	22,5	23,18	20,28	20,03	18,56	18,40	18,4
Kolon-ondesteko minbizia gizonetan	34,9	32,7	31,81	31,50	34,42	32,83	30,71	Tasak egonkortzea
Kolon-ondesteko minbizia emakum.	12,8	15,7	12,70	15,17	14,70	15,06	13,60	Tasak egonkortzea
Buru eta lepoko minbizia gizonak	13,4	12,4	10,93	14,53	13,67			20,3
Zirkulazio-ap. ko gaix. gizonak <65 u.	50,5	62,5	48,24	52,11	50,45	58,67	53,00	45,7
Zirkulazio-ap. gaix. emakum. <65 u.	14,9	13,3	14,99	16,52	14,33	12,82	15,10	12,9
Gaix. zerebrobaskularra gizon <75 u.	23,8	23,5	21,38	24,50	17,71	20,19	16,95	18,4
Gaix. zerebrobaskularra emak. <85 u.	28,2	24,1	24,97	22,46	21,38	18,25	17,77	20,4
Kardiop. iskemikoa gizonak 25-74 u.	70,6	77,6	67,81	68,80	65,78	61,80	61,38	70,6
Kardiop. iskemikoa emak. 25-74 u.	13,4	17,1	14,34	11,38	15,49	12,75	11,05	14,7
Trafikoko istripuak	10,8	13,8	9,01	11,95	12,15	8,48	7,59	10,3
Suizidioa	6,6	7,0	5,22	6,83	6,01	6,99	6,71	7/100.000tik behera mantentzea
Kanpo-eraginak gazteak 15-29 u.	32,14	35,87	24,75	29,58	27,44	23,84	28,75	31,0

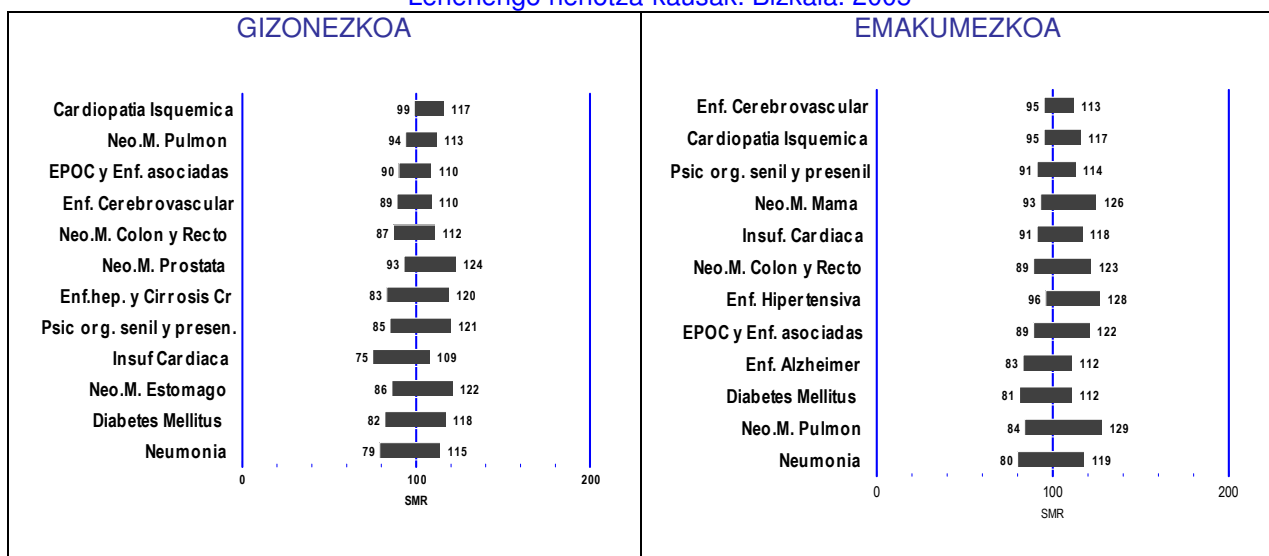
(*)Tasak ehun mila biztanleko, Europako biztanleriaren adinaren arabera estandarizatuak.

HILKORTASUN ESTANDARIZATUAREN ARRAZIOA

Hilkortasun estandarizatuaren arrazoiak (HEA), Bizkaiko Lurralde Historikoan edo Bizkaiko eskualdeetan kausa jakin batzuegatik izan den hilkortasuna Euskal Autonomia Erkidegoan kausa berberengatik izan den hilkortasunarekin konparatzen du.

Hilkortasun estandarizatuaren arrazoa sexuaren arabera.

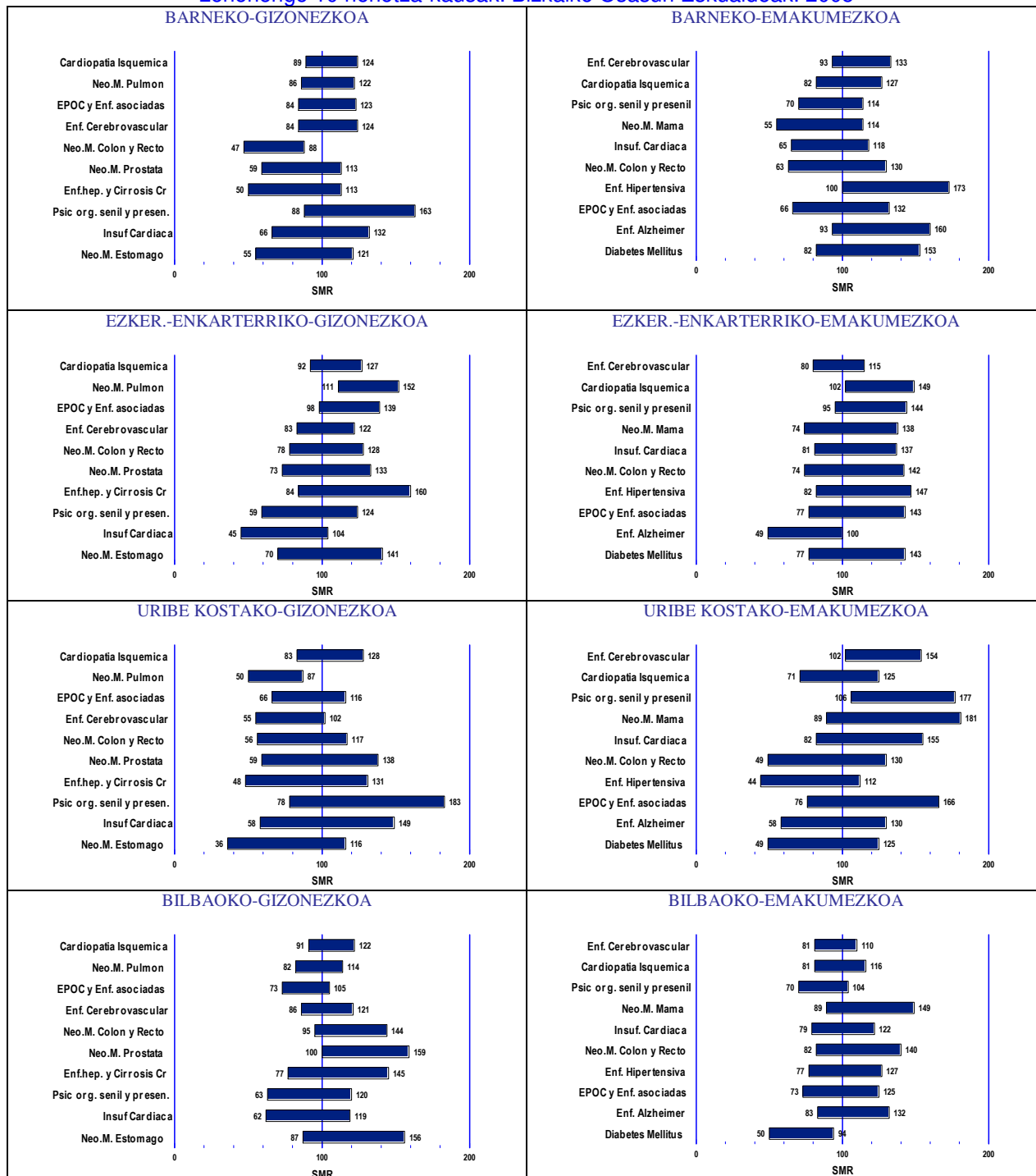
Lehenengo heriotza-kausak. Bizkaia. 2005



Kausa guztiengatik hilkortasuna Bizkaian, 2005. urtean zehar, EAEkoaren antzekoa izan zen (HEA=102, (%95 BE=100, 104)) gizonetzkoetan zein emakumezkoetan. Goian dagoen irudian ikusten den moduan, 12 kausa nagusietako bakoitzak eragindako hilkortasuna ez zen EAEkoarekiko desberdina izan, modu adierazgarri batean behintzat, ez gizonetzkoetan ezta emakumezkoetan ere.

Osasun-eskualde bakoitzeko kausa guztiengatik hilkortasun totala EAekoarekin alderatuz, ikusten da Ezkerraldea-Enkarterri eskualdean bai gizonezkoetan (HEA =107, (IC 95% 102-112) bai emakumezkoen kasuan (HEA=111, (IC 95% 105-117) espero zena baino hilkortasun handiagoa izan dela, baita Barrualdeko eskualdeko emakumezkoen artean ere (HEA=108, (%95 KT (101, 116)).

Hilkortasun estandarizatuaren arrazoa sexuaren arabera.
Lehenengo 10 heriotza-kausak. Bizkaiko Osasun Eskualdeak. 2005



Grafikoan ikusten den moduan, Barneko eskualdeko gizonezkoen hilkortasuna, EAeko gainerakoena baino esanguratsuki baxuagoa da, kolon eta ondesteko minbiziak eragindako kasuetan; emakumezkoek oster, ez dute ezberdintasunik EAeko gaintzekoekin alderatuz.

Ezkerraldea-Enkarterriko gizonezkoek, azken 15 urteotan maiz gertatzen den bezala, EAeko gainerakoek baino hilkortasun handiagoa izan dute biriketako minbiziaren eraginez; emakumezkoek ostera, kardiopatia iskemiengatik hilkortasun handiagoa izan dute EAeko gainontzekoek baino.

Uribe eskualdeko gizonezkoek, EAeko gainontzekoek baino, biriketako minbiziagatik hilkortasun baxuagoa izan dute; emakumezkoek ez dute izan ezberdintasunik, inolako kausetan, EAeko gainontzekoekin.

Bilboko gizonezkoek, ez dute kausa zehatzengatik hilkortasun altuagorik ez baxuagorik EAeko gainontzekoekin alderatuz. Emakumezkoen artean ostera, diabetes mellitus gaixotasunak eragindako hilkortasuna baxuagoa izan da EAeko emaitzekin alderatuz.

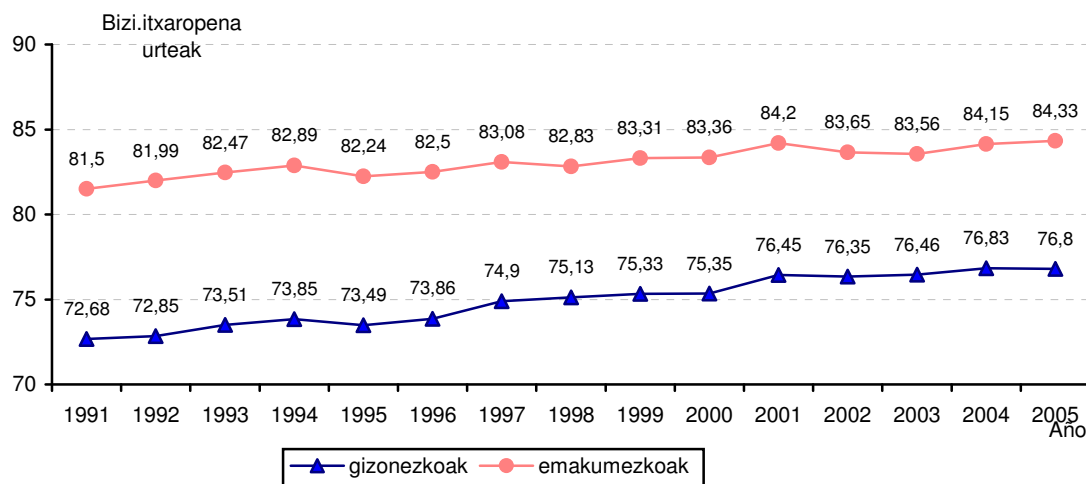
Umeen hilkortasuna

2005. urtean, 25 heriotza gertatu ziren urtebete baino gutxiago zuten Bizkaiko umeetan; horrek, bizirik jaiotako 1.000tik 2,5eko umeen heriotza-tasa adierazten du (3,3 eta 1,6 mutilengan eta neskenengan, hurrenez hurren).

Bizi-itxaropena

Bizi-itxaropena jaiotzean 1991tik 2005. urtera arte handitzen joan da, sexu bietan eta era jarraian. 2005ean 80,60an kokatu da bizi-itxaropen hau, gizonezkoetan gutxiago (76,80) emakumezkoetan (84,33) baino, hots, 2010erako Osasun Planean proposatu ziren helburuak lortu egin dira; 76,8 bizi itxaropena gizonezkoentzat eta 84,3 urtekoa emakumezkoentzat.

Bizi-itxaropena jaiotzean sexuaren arabera
Bizkaia. 1991-2005



Hilkortasun goiztiarra

70 urtera arteko Galdutako Bizitza-urte Potentzialak (GBUP), adin gazteetan sortzen den hilkortasunaren eragina neurtzeko adierazlea da; heriotzak adinaren alderantzizko erlazioa kontuan hartuz aztertzen dira, gazteenetan intzidentzia altua duten kausei garrantzi handiagoa emanez.

Heriotza-kausa guztiengatik galdutako bizitza-urte potentzialen kopurua, 2005. urtean, 70 urtetik beherakoetan 36.113koa izan zen, mila biztanleko 36,01ko tasa doitua ematen duena; galdutako bizitza-urteen kopurua handiagoa izan zen gizonezkoetan (24.855 urte) emakumezkoetan baino (11.258 urte). GBUPen lehenengo kausak ez datoz bat bi generoetan: gizonezkoetan biriketako neoplasia gaiztoa, kardiopatia iskemikoa eta trafikoko istripuak gailentzen dira; emakumezkoen artean honako hauek dira GBUPen lehenengo kausak: bularreko neoplasia gaiztoa, sortzetiko anomaliak, eta trafikoko istripuak.

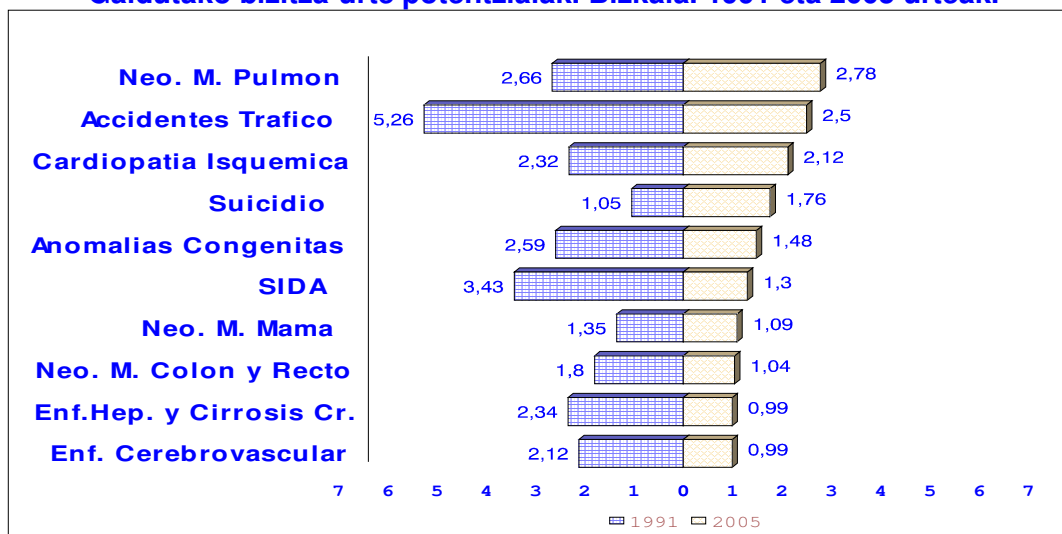
Galdutako bizitza-urte potentzialak. Bizkaia. 2005

kausak	Gizonezkoak		Emakumezkoak		Guztira	
	Urteak	T. GBUP (*)	Años	T. GBUP (*)	Urteak	T. GBUP (*)
Biriketako Neo G. (C33-34)	2459	4,69	526	0,97	2985	2,78
Trafiko istripuak(V01-89)	1732	3,59	595	1,39	2327	2,50
Kard. iskemikoa (I20-25)	1941	3,69	343	0,62	2284	2,12
Suizidio (X60-84)	1446	2,44	609	1,05	2055	1,76
Sortzetiko anomaliak (Q00-99)	496	1,49	454	1,47	950	1,48
HIESa (B20-24)	1196	1,94	337	0,68	1533	1,30
Bularreko Neo G. (C50)	7	0,02	1200	2,13	1206	1,09
Kolon-ondesteko Neo G (C18-21)	641	1,27	478	0,84	1119	1,04
Zirrosia (K70,73,74,76.9)	942	1,74	159	0,27	1101	0,99
Gaix. Zerebrovascularra (I60-69)	622	1,17	477	0,84	1099	0,99
Entzefaloiko Neo G. (C71)	337	0,64	519	1,35	856	0,98
Drog. Istrip. Pozoi. (X41,42,44,45)	891	1,61	121	0,19	1012	0,91
Aho-barrunbe, faringe, Neo.G(C00-C14)	701	1,33	61	0,11	762	0,71
Urdaileko Neo G. (C16)	399	0,77	152	0,28	551	0,52

(*) Tasak 1.000 biztanleko, Europako biztanleriaren adinaren arabera estandarizatuak.

15 urteotan zehar (1991-2004) GBUP kopuruak zein eragiten duten kausek aldaketa txikiak jasaten dituzten arren, nolabaiteko murrizketa gertatu da GBUPeko tasa doituetan 10 heriotza-kausak nagusi gehienetan, batez ere, trafikoko istripuen eta hiesaren kasuan

Galdutako bizitza-urte potentzialak. Bizkaia. 1991 eta 2005 urteak.



POPULAZIOA BIZKAIAN. ZENTSOA 2.001

JAIOTZA URTE	ADIN TALDE#	GIZON	EMAKUME	GUZTIAK
2001	< 1 urte *	3.999	3.728	7.727
1997-2000	1 - 4	17.686	16.447	34.133
1992-1996	5 - 9	20.651	19.589	40.240
1987-1991	10 - 14	22.745	21.918	44.663
1982-1986	15 - 19	29.749	28.169	57.918
1977-1981	20 - 24	41.585	39.621	81.206
1972-1976	25 - 29	48.194	46.070	94.264
1967-1971	30 - 34	46.445	44.793	91.238
1962-1966	35 - 39	46.450	46.556	93.006
1957-1961	40 - 44	44.530	45.594	90.124
1952-1956	45 - 49	39.176	40.209	79.385
1947-1951	50 - 54	37.144	37.950	75.094
1942-1946	55 - 59	33.456	35.237	68.693
1937-1941	60 - 64	26.287	28.492	54.779
1932-1936	65 - 69	30.122	34.697	64.819
1927-1931	70 - 74	25.882	31.407	57.289
1922-1926	75 - 79	17.348	25.409	42.757
1917-1921	80 - 84	8.595	16.285	24.880
1916-	≥ 85	5.351	15.071	20.422
GUZTIAK		545.395	577.242	1.122.637

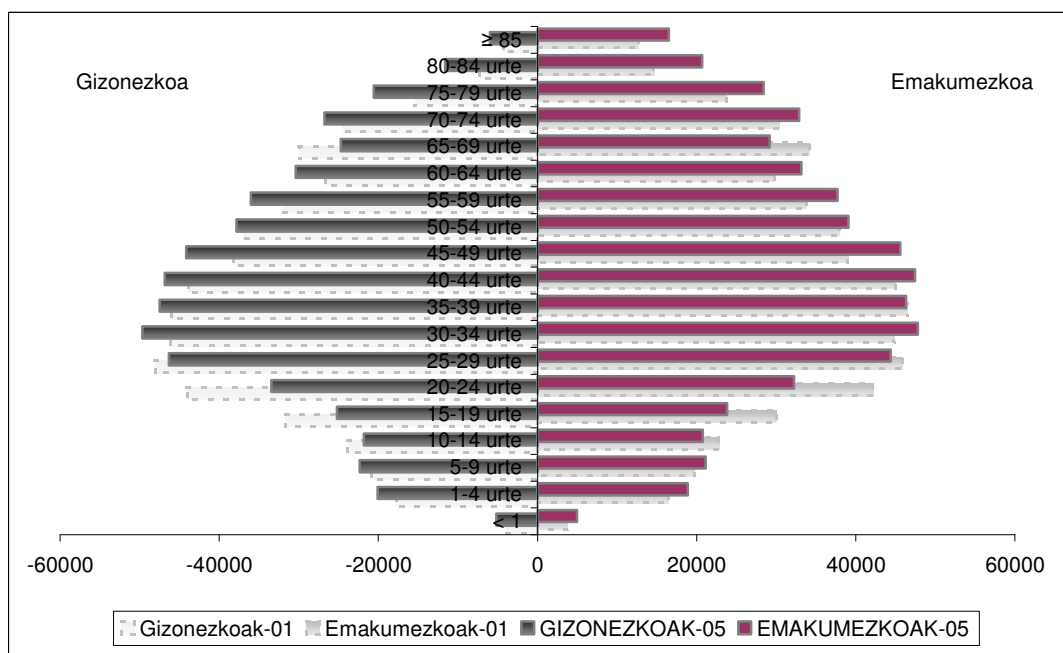
*Urtea baino gazteagokoen datuak 2001 urtean jaiotakoei dagozkie (2001/11/1 artekoak). # Adin taldeak 2001/12/31ko adinarekiko

POPULAZIOA BIZILEKU-ESKUALDE ETA SEXUAREN ARABERA. ZENTSOA 2.001

ESKUALDEAK	GIZON	EMAKUME	GUZTIAK
BARNEKO	128.499	130.394	258.893
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	142.957	149.310	292.267
URIBE	97.242	102.518	199.760
BILBAO	166.945	185.689	352.634
GIPUZKOA MENDE (Ermua eta Mallabia)	9.131	8.773	17.904
ARABA (Otxandio eta Ubidea)	621	558	1.179

Bizkaiko populazio-piramidearen bilakaera 2001-2005

EUSTAT



**KASUAK ETA TASAK 100.000 BIZTANLEKO. BANAKAKO ABG. BIZKAIA 2002-2007
BANAKETA PERTSONA, TOKI ETA DENBORAREN ARABERA**

Brucelozia

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Kasu kop.	9	1	1	0	1	0
Tasak	0,80	0,09	0,09	-	0,09	-
Sexu arrazoi (G/E)	2	-	-	-	-	-
Indize epidemikoa 2	1.12	0,11	0,17	-	1	-

Sukar tifo-paratifiko

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Kasu kop.	8	2	3	2	4	1
Tasak	0,71	0,18	0,27	0,2	0,36	0,09
Sexu arrazoi (G/E)	0,6	0	0,5	1	-	-
Indize epidemikoa 2	4	1	1,5	1	2	0,33

Gaixotasun meningokozikoa

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Kasu kop.	81	63	73	67	48	54	
Tasak	7,22	5,61	6,50	5,97	4,28	4,81	
Sexu arrazoi (G/E)	0,76	1,10	1,15	0,7	1,18	1,16	
Indize epidemikoa 2	1,98	1,54	1,59	1,1	0,72	0,81	
ADINAREKIKO BANAKETA(TASAK)						KASU KOP.	TASA
Urtetik beherako	121,68	51,97	90,59	116,5	103,53	7	90,6
1-4 urte	23,43	35,16	64,45	58,6	49,80	14	41
5-9 urte	14,91	17,40	12,45	19,9	7,45	10	24,85
10-14 urte	13,43	13,43	8,96	4,5	6,72	6	13,43
15-24 urte	11,50	10,78	8,63	3,6	2,87	4	2,87
24 urtetik gorako	3,97	2,22	2,68	2,7	1,52	13	1,52
Zehaztu gabe	-	-	-	-	-	-	-
ESKUALDEKIKO BANAKETA (TASAK)						KASU KOP.	TASA
BARNEKO	8,88	5,36	6,95	4,25	1,54	9	3,48
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	9,49	6,05	8,21	8,6	6,21	17	5,9
URIBE	3,00	5,61	7,01	3	3	9	4,5
BILBAO	6,29	5,14	4,82	7,1	5,35	17	4,8
BESTE (Ermuan 2 kasu)	-	-	-	-	-	2	-

Hepatitisa A motakoa

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Kasu kop.	16	38	15	69	80	20	
Tasak	1,43	3,38	1,3	6,15	7,13	1,78	
Sexu arrazoi (G/E)	1	1,71	2	1,1	1,58	1,86	
Indize epidemikoa 2	0,64	2,24	0,88	4,3	5	0,53	
ADINAREKIKO BANAKETA(TASAK)						KASU KOP.	TASA
Urtetik beherako	-	-	-	-	-	-	-
1-9 urte	4,03	5,38	3,53	28,2	20,17	3	4
10-19 urte	1,95	3,90	-	9,75	19,50	3	2,9
20-29 urte	0,14	6,84	3,42	6,3	6,27	6	3,42
30-39 urte	2,71	5,97	3,26	10,3	14,11	4	2,17
40-49 urte	0,59	2,95	-	4,7	4,72	1	0,6
49 urtetik gorako	0,73	0,49	-	-	-	3	0,73
ESKUALDEKIKO BANAKETA (TASAK)						KASU KOP.	TASA
BARNEKO	2,32	2,68	1,16	4,25	6,95	5	1,93
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	1,02	3,70	1,37	4,8	9	3	1,03
URIBE	0,50	2,04	0,5	4	5,50	4	2
BILBAO	1,71	4,57	1,99	10,1	6,75	8	2,25
BESTE	-	-	-	-	-	-	-

Hepatitisa B motakoa

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Kasu kop.	16	25	11	10	9	17	
Tasak	1,43	2,23	0,98	0,8	0,8	1,51	
Sexu arrazoi (G/E)	3	2,57	4,5	4	8	-	
Indize epidemikoa 2	0,64	-	0,44	0,4	0,56	1,55	
ADINAREKIKO BANAKETA(TASAK)						KASU KOP.	TASA
15 urtetik beherako	-	1,58	0,8	-	-	-	-
15-19 urte	-	1,73	-	1,7	-	-	-
20-24 urte	-	1,23	1,23	-	-	2	2,46
25-29 urte	5,30	2,12	2,12	1,1	-	2	2,12
30-64 urte	1,27	2,53	1,51	1,3	1,1	13	2,35
64 urtetik gora	1,90	2,38	-	0,5	1,4	-	-
Zehaztu gabe	-	-	-	-	-	-	-
ESKUALDEKIKO BANAKETA (TASAK)						KASU KOP.	TASA
BARNEKO	1,16	0,77	1,16	-	0,39	2	0,77
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	0,68	4,04	1,37	0,7	1,04	7	2,42
URIBE	0,50	-	-	0,6	0,50	1	0,5
BILBAO	2,86	3,14	1,13	1,7	1,26	7	1,98
BESTE	-	-	-	-	-	-	-

Hepatitisa C motakoa

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Kasu kop.	6	4	5	3	-	2	
Tasak	0,53	0,36	0,45	0,3	-	0,18	
Sexu arrazoi (G/E)	5	1	1,5	3	-	1	
Indize epidemikoa 2	-	-	-	-	-	0,50	

Legionelosisia

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Kasu kop.	58	49	56	51	63	43	
Tasak	5,17	4,36	4,98	4,54	5,61	3,83	
Sexu arrazoi (G/E)	8,67	5,12	3	2,9	2,7	6,16	
Indize epidemikoa	1,61	0,89	1,02	0,9	1,12	0,77	
ADINAREKIKO BANAKETA(TASAK)						KASU KOP.	TASA
30 urtetik beherako	-	0,56	-	0,3	-	-	-
30-49 urte	7,63	4,52	5,09	4,5	6,50	19	5,37
50-64 urte	7,05	7,05	9,06	11,1	9,01	8	4,03
64 urtetik gorako	8,09	8,09	9,52	5,7	10,47	16	7,61
Zehaztu gabe	-	-	-	-	-	-	-
ESKUALDEKIKO BANAKETA (TASAK)						KASU KOP.	TASA
BARNEKO	5,41	3,44	3,09	5,8	5,02	7	2,7
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	4,75	5,72	3,08	5,5	6,90	13	4,4
URIBE	6,01	2,55	3,50	1,5	5,50	5	2,5
BILBAO	5,14	5,14	8,79	4,8	5,35	18	5,1
BESTE	-	-	-	-	-	-	-
DIAGNOSIS METODO (%)						KASU KOP.	%
ISOLAMENDU	3,4	10,2	14,3	5,8	3,2	3	7
SEROALDAKETA	-	-	-	-	-	-	-
Ag GERNUAN	96,6	89,8	98,2	92,1	100	43	100

Tuberkulosia

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Kasu kop.	281	276	258	273	250	242	
Tasak	25,03	24,58	22,98	24,31	22,27	21,6	
Sexu arrazoi (G/E)	1,53	1,48	1,5	1,21	1,48	2,00	
Indize epidemikoa	0,80	0,86	0,92	0,98	0,91	0,88	
ADINAREKIKO BANAKETA(TASAK)						KASU KOP.	TASA
10 urtetik beherako	1,22	2,44	2,44	6,09	3,65	7	8,39
10-14 urte	2,24	2,24	4,48	-	2,24	1	2,22
15-19 urte	10,36	13,81	15,54	13,81	17,27	8	13,71
20-24 urte	28,32	20,93	22,17	12,31	25,86	15	18,29
25-29 urte	23,34	40,31	20,16	24,39	29,70	18	19,12
30-49 urte	29,40	28,83	29,96	32,79	24,59	87	24,63
50-64 urte	26,19	19,64	15,61	18,12	15,61	40	20,16
64 urtetik gorako	33,31	32,83	41,87	35,68	32,83	64	30,77
Zehaztu gabe	-	-	-	-	-	-	-
ESKUALDEKIKO BANAKETA (TASAK)						KASU KOP.	TASA
BARNEKO	21,63	20,57	23,17	20,47	17,38	47	16,12
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	29,16	25,56	21,21	24,97	30,79	78	26,68
URIBE	18,02	19,52	22,53	18,52	18,52	29	14,51
BILBAO	27,43	24,57	30,62	29,49	19,85	80	22,68
DIAGNOSIS METODO (%)						KASU KOP.	%
BK POSITIBO GORROAN	36,30	35,14	31,89	33,70	36,40	85	35,12
HAZKUNTZA (+) EDOZEIN LAGINEAN	69,75	62,0	60,5	71,43	70,40	181	74,79

Parotiditis birikoa (Hazizurriak)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Kasu kop.	23	20	18	10	127	681	
Tasak	2,02	1,78	1,6	0,9	11,31	60,66	
Sexu arrazoi (G/E)	1,87	0,81	0,80	3,5	1,49	1,5	
Indize epidemikoa 2	0,64	0,67	0,78	0,43	6,35	34,05	
ADINAREKIKO BANAKETA(TASAK)						KASU KOP.	TASA
Urtetik beherako	-	12,94	12,94	-	-	-	-
1-4 urte	14,65	11,72	5,86	5,86	32,23	30	87,9
5-9 urte	22,37	4,97	7,45	2,48	67,1	86	213,72
10-14 urte	8,96	8,96	11,19	2,24	82,84	116	259,72
15-19 urte	5,18	3,45	3,45	1,73	41,44	170	293,52
20-29 urte	0,57	2,85	2,85	1,71	9,12	183	104,3
30 urterik gorako	0,13	0,26	-	0,26	1,57	96	12,6
Zehaztu gabe	-	-	-	-	-	-	-
ESKUALDEKIKO BANAKETA (TASAK)						KASU KOP.	TASA
BARNEKO	1,96	1,91	2,32	0,8	6,95	279	107,77
EZKERRALDEA-ENKARTERRI	0,68	2,89	1,03	0,34	28,31	99	34,18
URIBE	1	2,55	2,5	1	5,51	128	64,08
BILBAO	3,71	0,57	1,13	1,4	3,94	154	43,34
BESTE	-	-	-	-	-	-	-

Erubeola

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Kasu kop.	6	0	1	10	1	0	
Tasak	0,53	-	0,9	0,9	0,1	-	
Sexu arrazoi (G/E)	2	-	-	1,5	-	-	
Indize epidemikoa	1,2	-	0,20	3,3	0,33	-	

Elgorria

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Kasu kop.	1	0	0	0	0	0	
Tasak	0,09	-	-	-	-	-	
Sexu arrazoi (G/E)	-	-	-	-	-	-	
Indize epidemikoa	0,33	-	-	-	-	-	

Kukutxeztula

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Kasu kop.	1	2	3	2	6	19	
Tasak	0,09	0,18	0,30	0,2	0,53	1,69	
Sexu arrazoi (G/E)	-	1	0,5	1	0,2	1,37	
Indize epidemikoa	0,25	0,5	1	0,66	3	9,5	

**BANAKAKO ABG. BIZKAIA 2002-2006
URTAROKO BANAKETA**

Hepatitisa A motakoa

HILEROKO BANAKETA	URTARRILA	OTSAILA	MARTXOA	APIRILA	MAIATZA	EKAINA	UZTAILA	AGORRILA	IRAILA	URRIA	AZAROA	ABENDUA
2002 urtea	4	2	1	-	-	1	1	5	-	2	-	-
2003 urtea	3	6	3	4	4	1	-	3	1	7	3	3
2004 urtea	4	-	1	1	2	1	-	-	-	3	2	1
2005 urtea	3	7	4	2	3	3	5	12	8	9	10	3
2006 urtea	11	8	3	9	14	10	7	6	6	3	1	2
2007 urtea	3	1	3	-	2	3	5	2	1	-	-	-
2002etik 2007ra	28	24	15	16	25	19	18	28	16	24	16	9

Gaixotasun meningokozikoa

HILEROKO BANAKETA	URTARRIL	OTSAIL	MARTXO	APIRIL	MAIATZ	EKAIN	UZTAIL	AGORRIL	IRAIL	URRI	AZARO	ABENDU
2002 urtea	17	14	13	9	8	3	2	3	2	2	7	1
2003 urtea	8	5	4	13	6	6	1	-	4	-	9	7
2004 urtea	9	7	10	6	7	5	6	1	3	5	9	5
2005 urtea	17	7	6	5	7	3	4	1	3	5	6	3
2006 urtea	9	5	9	3	5	4	2	1	1	3	2	4
2007 urtea	4	5	9	4	3	5	4	2	2	2	6	8
2002etik 2007ra	64	43	51	40	36	26	19	8	15	17	39	28

Legionelosisa

HILEROKO BANAKETA	URTARRIL	OTSAIL	MARTXO	APIRIL	MAIATZ	EKAIN	UZTAIL	AGORRIL	IRAIL	URRI	AZARO	ABENDU
2002 urtea	3	1	2	5	2	5	8	14	7	8	2	1
2003 urtea	1	4	1	2	1	3	3	6	6	11	5	6
2004 urtea	7	4	1	2	4	3	8	5	7	8	5	2
2005 urtea	0	5	2	2	5	1	4	4	8	3	12	5
2006 urtea	3	4	5	4	4	5	7	12	4	7	5	3
2007 urtea	1	1	3	1	-	-	2	7	12	10	3	3
2002etik 2007ra	15	19	14	16	16	17	32	48	44	47	32	20

Parotiditis birikoa (hazizurriak)

HILEROKO BANAKETA	URTARRIL	OTSAIL	MARTXO	APIRIL	MAIATZ	EKAIN	UZTAIL	AGORRIL	IRAIL	URRI	AZARO	ABENDU
2002 urtea	1	2	2	6	3	1	-	-	1	4	2	1
2003 urtea	-	3	2	1	3	3	4	1	-	1	-	2
2004 urtea	3	2	2	2	1	-	3	1	2	1	-	1
2005 urtea	2	-	-	1	-	2	3	-	-	-	1	1
2006 urtea	3	5	37	24	10	2	0	6	3	4	8	25
2007 urtea	93	128	107	39	84	71	43	21	18	24	29	24
2002etik 2007ra	102	140	150	73	101	79	53	29	24	34	40	54

INFORMAZIO MIKROBIOLOGIKOKO SISTEMA BIZKAIA 2007 URTEA - EMAITZA OROKORRAK

Laboratorio aitore

	Basurtu	Gurutzeta	San Eloy	Galdakao	Sta. Marina	L. Pribatuak*	GUZTIRA
SEXU BIDEZKO TRASMIZIOAZ							
<i>Chlamydia trachomatis</i>	83	-	-	-	-	-	83
<i>Herpes simplex 2.mota</i>	70	5	-	-	-	-	75
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	120	26	6	13	-	-	165
<i>Treponema pallidum</i>	50	38	2	1	-	-	91
INFEKZIO GASTROINTESTINAL							
<i>Campylobacter</i>	247	259	83	98	2	8	697
<i>Entamoeba histolytica</i>	1	71	1	-	-	-	9
<i>Escherichia coli</i> EH	1	-	-	-	-	-	1
<i>Fasciola hepatica</i>	4	-	-	-	-	-	4
<i>Listeria monocytogenes</i>	12	4	-	4	-	-	20
<i>Salmonella</i>	157	163	49	81	1	16	467
<i>Salmonella typhi</i>	1	-	-	-	-	-	1
<i>Shigella</i>	9	3	-	-	-	-	12
<i>Yersinia</i>	26	16	6	11	-	1	60
Adenovirus 40 eta 41	18	19	5	-	-	-	42
Rotavirus	145	170	29	17	-	4	365
INFEKZIOAK ARNASBIDETAN							
<i>Coxiella burnetii</i>	11	10	-	52	-	-	73
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	12	11	-	7	-	-	30
<i>Legionella pneumophila</i>	18	22	2	2	-	-	44
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	16	67	-	49	-	-	132
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	58	75	8	34	9	-	184
<i>Virus sincitial respiratorio</i>	100	65	-	-	-	-	165
MICOBACTERIAK							
<i>M. tuberculosis</i>	55	58	8	34	9	-	164
<i>M. kansasii</i>	6	19	2	4	-	-	31
Beste micobacteria	5	19	8	8	4	-	44
INFEKZIOAK NSZan							
Enterovirus	5	35	-	-	-	-	40
<i>Neisseria meningitidis</i>	13	23	1	2	-	-	39
<i>Streptococcus pneumoniae</i> (L.C.R.)	-	5	1	-	-	-	6
INMUNIZAZIOZ PREBENIGARRIAK							
<i>Bordetella pertussis</i>	-	20	-	-	-	-	20
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	4	4	-	1	-	-	9
Hepatitis B	11	8	8	4	-	-	31
Hepatitis A	9	9	2	4	-	-	24
Parotiditisaren virus	205	62	3	47	-	1	318
Rubella virus	-	1	-	-	-	-	1
Elgorriaren virus	-	-	-	-	-	-	-
ZOONOSIAK							
<i>Bartonella</i>	1	20	-	-	-	2	23
<i>Borrelia burgdorferi</i>	1	11	-	-	-	2	14
<i>Brucella</i>	-	-	-	-	-	-	-
<i>Echinococcus granulosus</i>	7	2	-	-	-	-	9
<i>Leptospira</i>	-	-	-	-	-	-	-
<i>Rickettsia conorii</i>	-	-	-	-	-	-	-
BESTERIK							
<i>Leishmania</i>	2	-	-	-	-	-	2
<i>Plasmodium</i>	8	2	-	-	-	-	10
<i>Taenia</i>	5	4	1	5	-	-	15
<i>Staphylococcus aureus</i> metilicilin erresistente	299	319	63	111	101	-	893

(*) Laboratorio pribatuak aitoreak: Lab. Clínica Axpe, Dra. Tánago eta G. Riego.

INFORMAZIO MIKROBIOLOGIKO SISTEMA (ISM). BIZKAIA 2002-2006

SEXU BIDEZKO TRANSMIZIOAZ
Identifikazioen kopurua

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Chlamydia trachomatis</i>	-	-	1	62	266	83
<i>Herpes simplex 2. mota</i>	-	-	7	61	72	75
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	-	-	60	102	221	165
<i>Treponema pallidum</i>	-	-	37	61	76	91
GUZTIRA	-	-	105	286	530	527

INFEKZIO GASTROINTESTINAL
Identifikazioen kopurua*Campylobacter*

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>C. coli</i>	19	6	6	7	9	6
<i>C. fetus</i>	18	11	1	1	0	0
<i>C. yeyuni</i>	862	812	746	689	829	641
<i>Campylobacter sp</i>	63	38	23	68	70	48
Beste	3	6	2	5	0	2
GUZTIRA	965	873	778	770	908	697

Listeriosis

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>L. monocytogenes</i>	16	7	12	18	15	20

Salmonella

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>S. enteritidis</i>	1064	1144	625	465	466	261
<i>S. fyris</i>	12	1	-	-	-	-
<i>S. hadar</i>	1	4	2	6	1	-
<i>S. infantis</i>	-	3	-	-	3	1
<i>S. london</i>	-	-	3	4	4	-
<i>S. montevideo</i>	-	2	-	-	-	2
<i>S. newport</i>	-	-	2	2	-	3
<i>S. ohio</i>	-	1	-	1	1	-
<i>S. tilburg</i>	7	2	-	-	-	-
<i>S. typhimurium</i>	97	87	90	103	68	67
<i>S. virchow</i>	11	2	1	2	1	-
<i>S. grupo B</i>	33	31	30	25	34	20
<i>S. grupo C</i>	26	48	21	41	31	18
<i>S. grupo D</i>	234	139	114	75	69	41
<i>S. grupo E</i>	-	-	1	-	-	-
<i>Salmonella sp.</i>	89	49	67	29	67	43
Beste	8	6	2	1	5	11
GUZTIRA	1582	1519	958	754	750	467

Sukar tifo-paratifiko

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>S. typhi</i>	5	2	2	3	5	1
<i>S. paratyphi</i>	1	-	-	-	1	-
GUZTIRA	6	2	2	3	6	1

Shigella

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>S. flexneri</i>	2	5	1	2	7	4
<i>S. sonnei</i>	3	8	11	7	4	8
<i>S. boydii</i>	2	-	1	-	-	-
Otras	-	1	1	1	2	-
GUZTIRA	7	14	14	10	13	12

Yersinia

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Y. enterocolitica</i>	58	40	55	32	56	60
<i>Yersinia sp.</i>	-	-	-	-	1	-
<i>Y. frederiksenii</i>	-	-	1	-	1	-
GUZTIRA	58	40	56	32	58	60

Adenovirus

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Adenovirus	17	8	52	31	73	42

Rotavirus

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Rotavirus	108	143	354	294	421	365

INFEKZIOAK ARNASBIDEETAN
Identifikazioen kopurua

Q sukar

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Coxiella burnetii</i>	44	34	29	48	95	73

Clamidiasis

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	1	29	87	75	31	30

Legionella pneumophila

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Legionella pneumophila</i>	61	42	57	53	77	44

Mycoplasma pneumoniae

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	35	75	63	54	84	132

Streptococcus pneumoniae

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	211	196	197	221	214	190

Virus sincitial respiratorio

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Virus sincitial respiratorio</i>	-	-	215	129	165	165

Micobacteria tuberkuloso

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>M. tuberculosis</i>	218	194	219	183	196	164
<i>M. bovis</i>	-	3	-	-	-	-
<i>M. africanum</i>	-	-	-	-	-	-
GUZTIRA	218	197	219	183	196	164

Ezohiko Micobacteria

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>M. avium</i>	11	4	10	23	17	24
<i>M. chelonae</i>	-	-	-	-	1	-
<i>M. fortuitum</i>	2	2	2	6	5	4
<i>M. gordonae</i>	6	1	3	9	14	4
<i>M. kansasii</i>	59	61	48	45	26	31
<i>M. marinum</i>	2	2	1	-	-	1
<i>M. simiae</i>	-	1	1	1	-	-
<i>M. szulgai</i>	3	-	-	-	1	-
<i>M. xenopi</i>	-	-	-	-	-	-
<i>M. sp</i>	-	1	-	2	3	7
<i>M. genavense</i>	-	1	-	-	-	-
<i>M. lentiflavum</i>	-	1	-	-	2	1
<i>M. malmoense</i>	-	1	-	1	-	-
Beste micobacteriak	-	-	-	-	-	3
GUZTIRA	83	75	65	87	69	75

INFEKZIOAK NSZan
Identifikazioen kopurua

Neisseria meningitidis

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>N. meningitidis</i> B taldeko	41	40	49	36	30	35
<i>N. meningitidis</i> C taldeko	13	10	6	10	3	2
<i>N. meningitidis</i> A taldeko	-	-	-	-	-	-
<i>N. meningitidis</i> Y taldeko	-	-	2	-	-	-
<i>N. meningitidis</i> ez taldekatua	5	7	5	1	3	2
GUZTIRA	59	57	62	47	36	39

Enterovirus

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Virus Coxackie</i>			16	-	6	3
<i>Echovirus</i>			3	8	42	19
<i>Enterovirus</i> ez taldekatua			1	7	7	18
GUZTIRA			20	15	55	40

INMUNIZAZIOZ PREBENIGARRIAK
Identifikazioen kopurua

Bordetella pertussis

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Bordetella pertussis</i>	-	-	4	2	5	20

Haemophilus influenzae

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	11	9	10	8	3	9

Hepatitis B

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hepatitis B	23	35	15	11	25	31

Hepatitis A

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Hepatitis A	10	26	11	63	83	24

Parotiditis'aren virus

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Parotiditis'aren virus	4	2	4	0	32	318

Rubella virus

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Rubella virus	7	1	6	8	8	1

Elgorriaren virus

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Elgorriaren virus	1	-	-	-	-	-

ZONOSIAK

Identifikazioen kopurua

Bartonella

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Bartonella</i>	-	-	22	20	20	23

Borrelia burgdorferi

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Borrelia burgdorferi</i>	6	3	4	9	4	14

Brucella

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>B. melitensis</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Brucella sp.</i>	4	1	5	-	1	-
<i>B. abortus</i>	1	-	-	-	-	-
<i>Jaso gabe</i>	3	-	-	-	-	-
GUZTIRA	8	1	5	-	1	-

Equinococcus granulosus

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Equinococcus granulosus</i>	15	3	9	5	3	9

Leptospira

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Leptospira</i>	-	2	1	-	1	-

Rickettsia conorii

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Rickettsia conorii</i>	18	9	-	-	-	-

BESTELAKO GAIXOTASUNAK

Identifikazioen kopurua

Metizilinarekiko Erresistentea den “Staphylococcus Aureus”a

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Staphylococcus Aureus MR</i>	-	-	465	552	817	893

2007KO JAKIENGATIKO TOXIINFEKZIOEN ZERRENDA

Zk	DATA	UDALA	TOKIA	INKESTA		AGERIKOEN KOPURUA	KALTETU KOPURUA	EROALE	ISOLAMENDUAK						AGENTE ERAGILE	
				Bai	Ez				Kaltetu		Prestatzaille		Jaki			
									Bai	Ez	Bai	Ez	Bai	Ez		
1	Urtarrila	Berriatua	Zeastu gabekoa	X		25	15	Arrautzak/Arrautz-prod.	X		X				X	<i>Salmonella enteritidis</i>
2	Otsaila	Bilbao	Jantokia/Hotel	X		8	5	Itsaski/krustazeo/molus.		X		X			X	<i>Ezetzagun</i>
3	Martxoa	Ispaster	Jantokia/Hotel	X		15	12	Arrain Entsalada	X		X				X	<i>Ezetzagun</i>
4	Apirila	Getxo	Jantokia/Hotel	X		Ezetzagun	7	Ezetzagun		X		X			X	<i>Ezetzagun</i>
5	Maiatza	Bilbao	Jantokia/Hotel	X		Ezetzagun	2	Arrautzak/ Arrautz-prod.	X			X	X			<i>Salmonella spp</i>
6	Maiatza	Dima	Jantokia/Hotel	X		24	6	Arrautzak/ Arrautz-prod.	X		X				X	<i>Salmonella enteritidis</i>
7	Uztaila	Getxo	Beste leku. Kolekt.		X	41	17	Ezetzagun		X		X			X	<i>Ezetzagun</i>
8	Iraila	Bilbao	Jantokia/Hotel	X		3	3	Arrautzak/ Arrautz-prod.	X			X			X	<i>Salmonella enteritidis</i>
9	Iraila	Bilbao	Jantokia/Hotel		X	2	2	Arrautzak/ Arrautz-prod.	X			X			X	<i>Salmonella enteritidis</i>
10	Abendua	Bilbao	Bizileku	X		4	4	Arto irin		X		X	X			<i>Datura estramonio</i>

