



G
P
N
K
A
2
1
4

**ZAINZA
EPIDEMIOLOGIKOA**



**MEMORIA
DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA**

Indice

	<u>Página</u>
1 Introducción	3
2 Enfermedades infecciosas	4
- Situación general de las EDO	4
- Enfermedades vacunables	8
- Enfermedades de transmisión respiratoria	16
- Zoonosis	26
- Enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica	28
- Enfermedades de transmisión sexual	33
- Enfermedades importadas (transm. vectorial)	35
- Otras enfermedades	40
- Vigilancia sindrómica	42
- Encefalopatías espongiiformes	43
3 Brotes	44
4 Vacunaciones	53
5 Enfermedades no transmisibles	56
- Cáncer	56
- Cardiopatía isquémica	64
- Enfermedad cerebrovascular (ECV)	67
6 Morbilidad Hospitalaria	71
7 Mortalidad	76
8 Nacimientos en Gipuzkoa	85
9 Estudios y proyectos	87

1.- Introducción

La vigilancia epidemiológica consiste fundamentalmente en la observación sistematizada y continuada de la distribución y tendencias de la morbilidad, mortalidad y determinantes de salud, junto con la difusión regular y rápida a las autoridades e instituciones implicadas en la atención a la salud. El fin último de la vigilancia es la prevención y control de los problemas de salud.

En esta memoria se recopilan los datos epidemiológicos más relevantes de Gipuzkoa durante el año 2014 que son objeto de seguimiento por la Unidad de Epidemiología de la subdirección de Salud Pública. Se presenta, como en años anteriores, la descripción epidemiológica de la situación de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, inmunizaciones y de la mortalidad.

Los datos utilizados para la realización de esta memoria son los obtenidos mediante sistemas de información de la Subdirección de Salud Pública y del Departamento de Sanidad: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), Red de Vigilancia de Médicos Vigías, Sistema de Información Microbiológica (SIM), Registro de Mortalidad, Registro de Altas Hospitalarias (CMBD), Registro de Cáncer (RCEME), Registro de vacunas, Estudios de brotes y otras intervenciones específicas. Asimismo, se presenta la actividad investigadora en la que participa el equipo, a través de la Fundación BIODONOSTIA.

La comarcalización sanitaria utilizada corresponde a la sectorización de la gestión sanitaria de Osakidetza en Gipuzkoa, con una comarca de atención primaria y cuatro OSIs.

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

(Versión electrónica en Osanet: <http://www.osanet.euskadi.net>)

Epidemiologia Unitatea:

Jone M Altzibar, Lorea Alvarez, Pilar Amiano, Larraitz Arriola, Juncal Artieda, Mikel Basterretxea, Visitación de Castro, Mercedes Laviñeta, Irune Lopez, Nerea Larrañaga, Eva Pulido, Rosa Sancho, M^a Carmen San Sebastian

2.- Enfermedades infecciosas

La vigilancia de las enfermedades infecciosas en la CAPV se realiza a través de diferentes sistemas de información que, en su conjunto, permiten identificar tendencias y cambios en el patrón epidemiológico de las enfermedades transmisibles, así como establecer las medidas de control.

Entre estos sistemas, destaca el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) y el Sistema de Información Microbiológica (SIM) que aporta información específica para la vigilancia de las enfermedades transmisibles. Estos sistemas de información se complementan con los datos aportados por el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) y el Registro de Mortalidad, que complementan la visión y el conocimiento de las enfermedades infecciosas en nuestro medio.

Situación general de las EDO y SIM

El sistema de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) está regulado, en nuestra Comunidad, por el Decreto 312/1996 de 24 de diciembre, por el que se crea el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Su objetivo es la detección y monitorización de las enfermedades infecciosas de mayor impacto sobre la salud pública. Las enfermedades que forman parte de este sistema de vigilancia son 31, en 4 se recoge información exclusivamente numérica y en las otras 27 se recogen, además, datos de carácter individual. El Sistema afecta a todos los médicos en ejercicio, independientemente de su lugar de trabajo: atención primaria, especializada u hospitalaria, sector público o privado.

Durante el año 2014, se recibió el 82,15% de declaraciones de los médicos de Atención Primaria de Osakidetza.

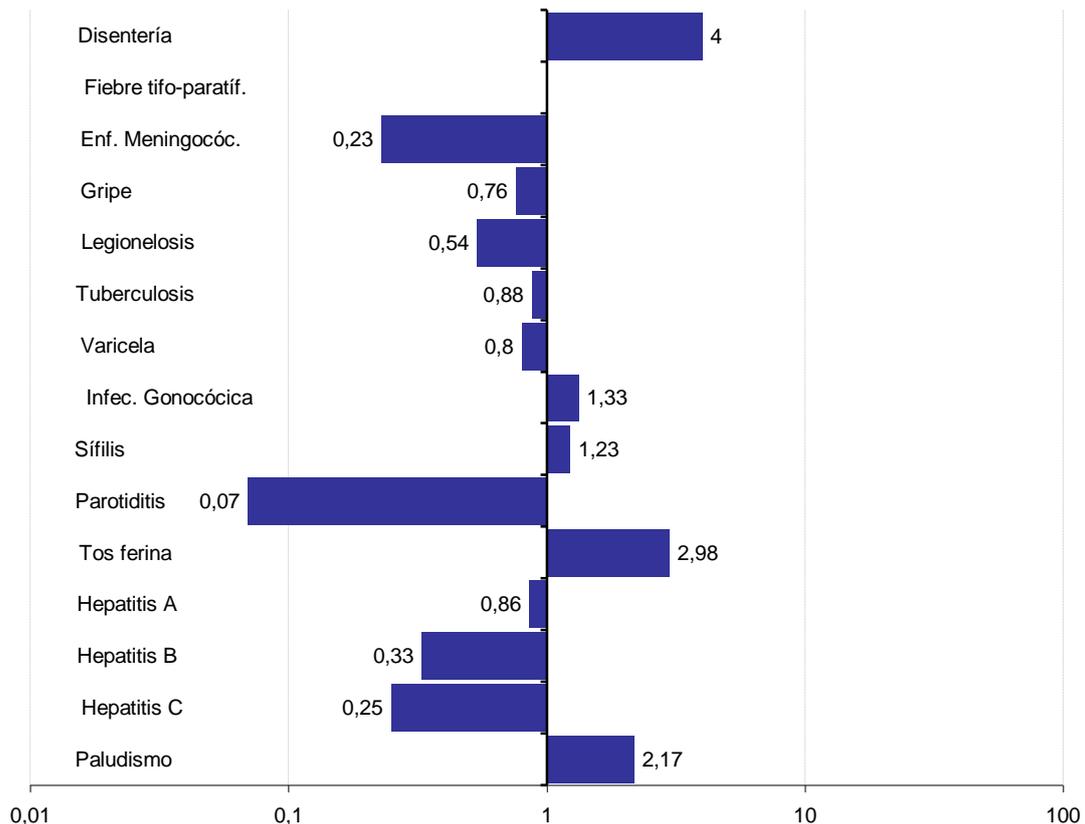
En el gráfico 2.1 se presenta el índice epidémico 2 (IE-2) que se calcula dividiendo el número de casos notificados en el año 2014 entre la mediana de los casos registrados el quinquenio anterior (2009-2013). En la tabla 2.1 además del IE-2, se presenta el índice epidémico 1 (IE-1) y el número de casos notificados de cada una de las enfermedades sujetas a declaración, tanto del año 2014 como en los cinco años anteriores. El IE-1 es el resultado de dividir el número de casos de una enfermedad notificados en 2014 entre el número de casos del año anterior.

Cuando el índice epidémico 2 tiene valores entre 0,76 y 1,24 se considera que la incidencia de la enfermedad es normal; se considera que es baja si el índice es menor o igual a 0,75 y alta cuando es mayor o igual a 1,25.

En 2014 han presentado un IE-2 elevado ($\geq 1,25$) las siguientes patologías: tos ferina, infección gonocócica, disentería y paludismo. Un IE-2 inferior ($\leq 0,75$): infección meningocócica, legionelosis, sífilis y hepatitis A, B y C. Las restantes rúbricas han presentado un índice normal.

En la tabla 2.2 se presentan los microorganismos declarados al SIM durante los años 2010-2014.

Gráfico 2.1. Índice Epidémico 2. EDO. Gipuzkoa, 2014.



Ampliación de EDOs y nuevos protocolos:

En base a las nuevas normativas europeas para la vigilancia epidemiológica coordinada por el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), en julio de 2013, el Pleno del Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud informó que los protocolos de las EDO de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica se amplían a 60. Durante 2014 se ha trabajado en los nuevos protocolos y se espera, para su implantación, la orden que modifique los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995 por el que se crea la red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de EDOs, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional.

Tabla 2.1. Número de casos y tasas por 100.000 habitantes. EDO. Gipuzkoa, 2009-2014.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014			
	casos	casos	casos	casos	casos	Nº casos	Tasa	IE 1	IE 2
Enfermedades vacunables									
- Difteria						3	0,42	0,50	0,23
- Enf. Meningocóc.	20	13	12	16	6	19	2,69	0,03	0,07
- Parotiditis	56	22	288	1.438	626				
- Poliomieltitis									
- Rubéola	0	0	0	1	0	0	--		
- Rubéola congén.	1	0	0	0	0	0	--		
- Sarampión	0	0	22	2	0	0	--		
- Tétanos	0	0	2	0	0	0	--		
- Tos ferina	10	2	134	229	177	399	56,58	2,25	2,98
- Varicela	3.840	3.225	2.950	4.091	2.420	2.574	365,00	1,06	0,80
- Hepatitis B	8	10	9	5	9	3	0,43	0,33	0,33
Enf. transmisión respiratoria:									
- Gripe	24.160	4.342	9.715	11.088	13.062	8.483	1.202,90	0,65	0,76
- Legionelosis	54	46	52	34	33	25	3,55	0,76	0,54
- Lepra	1	0	0	1	0	0	--		
- Tuberculosis	174	145	148	121	116	129	18,30	1,10	0,89
Zoonosis:									
- Brucelosis	1	1	0	0	0	0	--		
- Peste									
- Rabia									
Enf. transmisión aliment. e hídrica:									
- Botulismo									
- Cólera									
- Fiebre tifo-parat	2	1	2	2	2	0			
- Hepatitis A	34	5	7	2	9	6	0,85	0,67	0,86
- Shigelosis	9	8	13	131	12	52	7,37	4,00	4,00
- Triquinosis	0	0	0	0	0	0			
Enf. de transmisión sexual:									
- Infec. gonocócica	11	5	12	9	5	12	1,70	2,40	1,33
- Sífilis	30	22	30	22	19	27	3,83	1,42	1,23
- Sífilis congénita									
Enfermedades importadas:									
- Fiebre amarilla									
- Paludismo	13	3	6	6	7	14	1,84	1,86	2,17
- Tifus exantemát.									
Otras enfermedades infecciosas:									
- Hepatitis C	2	5	3	2	7	1	0,14	0,14	0,25
- Otras hepatitis									

Tabla 2.2. Microorganismos declarados al SIM. Gipuzkoa, 2010-2014.

	2010	2011	2012	2013	2014
1- ENF. TRANSMISIÓN SEXUAL	152	246	345	389	446
• Chlamydia trachomatis	76	130	212	279	313
• Herpes simple tipo 2	30	42	55	45	52
• Neisseria gonorrhoeae	46	68	70	61	68
• Treponema pallidum	NV	6	8	4	13
2- INFECC. GASTROINTESTINALES	1.908	1.915	1.884	2.005	2.722
• Adenovirus	13	59	54	30	14
• Campylobacter	854	873	896	944	1010
• Norovirus	-	-	-	-	664*
• Cryptosporidium	-	-	-	-	100*
• E coli enterohemorrágico	15	2	8	0	8
• Rotavirus	440	379	400	441	540
• Salmonella typhi y paratyphi	3	3	1	2	0
• Salmonella, otra especie	487	528	351	507	307
• Shigella	9	12	104	13	49
• Taenia	28	14	14	12	7
• Yersinia enterocolitica	59	45	56	57	23
3- INFECC. RESPIRATORIAS	526	515	551	641	708
• Legionella pneumophila	44	41	32	30	24
• Mycoplasma pneumoniae	24	38	6	3	5
• Streptococcus pneumoniae	83	85	91	63	78
• Virus respiratorio sincitial	365	344	417	413	422
• Virus influenza	153	67	166	129	176
• Coxiella Burnetti	10	7	5	3	3
4- MICOBACTERIAS	125	127	103	86	113
• Micobacterias tuberculosas	104	115	94	82	112
• Otras micobacterias	21	12	9	4	1
5- INFECC. del S.N.C.	52	134	139	54	64
• Enterovirus	28	111	114	43	57
• Neisseria meningitidis	13	14	17	8	3
• Streptococcus pneumoniae	11	9	8	3	4
6- ENF. INMUNOPREVENIBLES	5	78	1147	490	334
• Bordetella pertussis	2	NV	131	145	332
• Haemophilus influenzae b	3	1	0	1	2
• Virus de la parotiditis	-	59	1.013	344	-
• Sarampión	0	9	3	0	0
7- HEPATITIS VÍRICAS	31	16	14	14	11
• Hepatitis A	26	5	5	7	6
• Hepatitis B	5	11	9	6	4
• Hepatitis C	0	0	0	1	1
8- CUADROS INVASIVOS	17	32	30	39	46
• Listeria monocytogenes	7	11	11	21	14
• Streptococcus agalactiae	2	6	3	3	2
• Streptococcus pyogenes	8	15	16	14	30
9- OTROS	316	237	267	263	166
• Plasmodium spp	2	10	13	10	17
• SARM**	314	227	254	253	149
TOTAL	3.117	3.298	4.475	3.987	4.610

* La declaración de *Norovirus* y *Cryptosporidium* se inició a partir de la semana 6 y 27 respectivamente.

**Estas declaraciones corresponden a los hospitales: Bidasoa, Alto Deba, Zumárraga, Mendaro y Clínica Ntra. Sra. de la Asunción.

Enfermedades vacunables

Enfermedad meningocócica

En 2014 se comunicaron 3 casos confirmados de enfermedad meningocócica que corresponden a una tasa bruta de 0,42/100.000 hab. Los 3 se presentaron de forma aislada en los meses de agosto, octubre y diciembre; dos fueron hombres de 13 y 58 años y otro una mujer de 82. La presentación clínica fue de sepsis y en los 3 se aisló en sangre *Neisseria meningitidis* serogrupo B. En coordinación con la red asistencial se identificaron los contactos y se aplicó la quimioprofilaxis (protocolo de profilaxis de la infección meningocócica). No se presentaron casos secundarios.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN GIPUZKOA. TEMPORADAS 1996-97 a 2013-2014

La temporada 2013-2014 es la tercera consecutiva que no hay casos de enfermedad meningocócica (EM) por *N. meningitidis* serogrupo C. Aunque la incidencia de la EM es variable, como resultado de la introducción de la vacunación frente a *N. meningitidis* serogrupo C el patrón de la enfermedad por serogrupo C ha cambiado.

Antecedentes

El meningococo serogrupo B ha sido tradicionalmente el responsable de la mayoría de casos de EM en la CAPV hasta principios de los años noventa cuando aumentó el número de aislamientos del serogrupo C. Este aumento llevó a que en la temporada epidémica 93-94, el serogrupo C superó al B y continuó en aumento en las siguientes temporadas.

Dicho aumento, que se asoció al incremento de la incidencia y letalidad de la enfermedad, se debió a una cepa fenotipo C:2b: P1.2,5. Esta situación epidemiológica, hizo que el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco llevara a cabo en 1997 y 2000 dos campañas extraordinarias de vacunación antimeningocócica. En la primera campaña de 1997 se utilizó vacuna polisacárida y fue dirigida a la población con edades comprendidas entre 18 meses y 20 años, y la segunda en 2000, con vacuna conjugada y dirigida a la población menor de 7 años. Ese mismo año se introdujo en el calendario infantil de la CAPV la vacunación en niños con vacuna conjugada frente al serogrupo C de *N. Meningitidis*, con tres dosis a los 2, 4 y 6 meses. En marzo de 2006 se cambió la pauta y se estableció a los 2, 4 y 12 meses.

Se presenta un análisis de los resultados de la vigilancia epidemiológica de la enfermedad meningocócica de las últimas 18 temporadas (1996-97 a 2013-2014). Se han calculado las tasas de incidencia por 100.000 habitantes utilizando como denominadores las poblaciones del censo de 2006. Se presentan las tasas específicas por grupo de edad, sexo y serogrupo y se ha calculado la letalidad a partir de las defunciones notificadas.

Resultados

La incidencia de la EM en Gipuzkoa presenta una tendencia descendente a lo largo del periodo comprendido desde 1996 a 2014 (gráfico 2.2). Durante estas 18 temporadas se han notificado un total de 379 casos de EM, un 49% hombres y 51% mujeres de edades comprendidas entre 1 mes y 92 años. En 210 (55%) la manifestación clínica fue de sepsis, en 118 (31%) meningitis y en 46 (12%) ambas. En la clasificación por serogrupos: 1 caso fue serogrupo A, 228 (61%) serogrupo B, 67 (19%) serogrupo C, en 41 (11%) no se conoció el serogrupo, 24 (6%) no fueron grupables, 11 (3%) fueron serogrupo Y, 5(1%) W135 y 2 fueron otros serogrupos. En las últimas 9 temporadas, y gracias a la vacunación, se han reducido los casos por serogrupo C y la proporción ha sido del 9%, y en las 3 últimas, la notificación de EM serogrupo C ha sido de 0 casos.

Gráfico 2.2.- Enfermedad meningocócica. Evolución de las tasas de incidencia para los serogrupos B y C. Gipuzkoa. Temporadas 1996-97 a 2013-2014

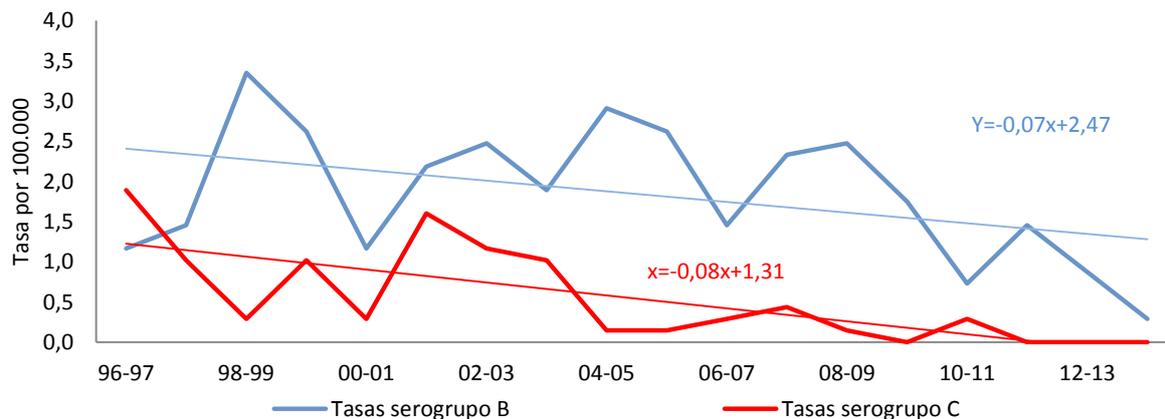


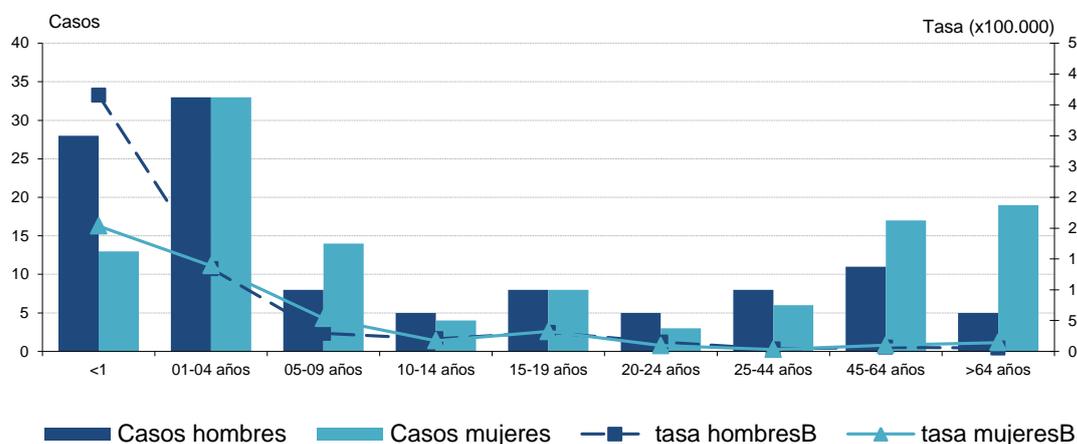
Tabla 2.3. Nº de casos y tasas por 10⁵ habitantes de EM por serogrupo B y C. Gipuzkoa 1996-2014

Serogrupo	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
B	8(1,16)	10(1,45)	23(3,35)	18(2,62)	8(1,16)	15(2,18)	17(2,47)	13(1,89)	20(2,91)
C	13(1,90)	7(1,02)	2(0,29)	7(1,02)	2(0,29)	11(1,60)	8(1,16)	7(1,02)	1(0,14)
Serogrupo	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14
B	18(2,62)	10(1,45)	16(2,33)	17(2,48)	12(1,75)	5(0,73)	10(1,45)	6(0,87)	2(0,29)
C	1(0,14)	2(0,29)	3(0,43)	1(0,14)	0(0,00)	2(0,29)	0(0,00)	0(0,00)	0(0,00)

Distribución por grupos de edad y sexo

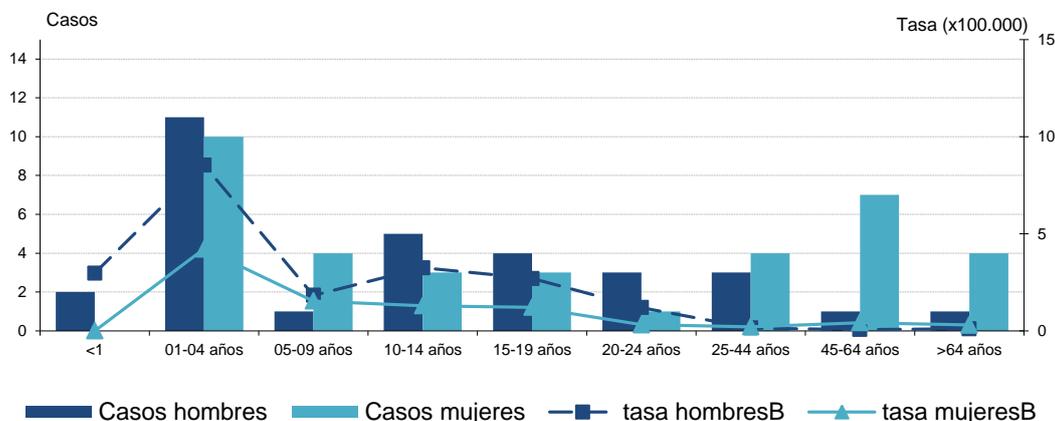
En estas 18 temporadas se diagnosticaron 228 infecciones meningocócicas por serogrupo B. La distribución por grupos de edad y sexo se presentan en el gráfico 2.3. Las tasas más elevadas se dieron en hombres menores de 1 año ($41,55 \times 10^5$) y en mujeres de ese mismo grupo de edad ($20,35 \times 10^5$). El siguiente grupo más incidente fue el de 1 a 4 años y no hubo diferencia entre hombres y mujeres.

Gráfico 2.3. Enfermedad meningocócica por serogrupo B. Casos y tasas de incidencia por grupos de edad y sexo. Gipuzkoa. Temporadas 1996-97 a 2013-2014.



Durante las 18 temporadas analizadas se notificaron 67 casos de enfermedad meningocócica serogrupo C. Las tasas más altas se dieron en hombres de 1 a 4 años de edad ($8,5 \times 10^5$). A partir de la temporada 2003-2004 se ha producido una disminución de casos. En el gráfico 2.4 se presentan los casos y tasas por grupo de edad y sexo.

Gráfica 2.4. Enfermedad meningocócica por serogrupo C. Casos y tasas de incidencia por grupos de edad y sexo. Gipuzkoa. Temporadas 1996-97 a 2013-2014.



Del total de casos de EM se produjeron 31 defunciones que se presentan por serogrupo y temporada en la tabla 2.4. La letalidad más alta (17%) fue en la temporada 2001/2002 y 2003/2004 (16%); en la última tres defunciones (75%) fueron EM por *Neisseria* serogrupo C.

Tabla 2.4. Enfermedad meningocócica. Defunciones según el resultado microbiológico y letalidad. Temporadas 1996-97 a 2013-2014

Serogrupo	1996/97	1997/98	1998/99	1999/00	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
B	1			1		1	1	1	
C	1	1	1	1		3	1	3	
W135									
Y							1		
No conc. y otros	2	1	1			1			
Defunciones	4	2	2	2	0	5	3	4	0
Casos	29	24	32	34	21	30	34	25	27
Letalidad	14%	8%	6%	6%	0%	17%	9%	16%	0%
Serogrupo	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14
B	2		1	1					
C			1						
W135							1		
Y									
No conc. y otros	1				2				
Defunciones	3	0	2	1	2	0	1	0	0
Casos	20	12	20	20	16	10	14	9	2
Letalidad	15%	0%	10%	5%	12%	0%	7%	0%	0%

Desde la introducción de la vacuna para el serogrupo C hasta el final de la temporada 2013-14 se han notificado 18 fallos vacunales en pacientes en los que se confirmó EM por serogrupo C. 14 se dieron en personas vacunadas en las campañas 1997 y 2000 (10 con vacuna polisacárida y 4 con 1 dosis de conjugada) y 4 fueron vacunados según el calendario de vacunación infantil con 3 dosis de vacuna conjugada establecido a partir del año 2000. Estos 4 casos se presentaron en 2007, 2008 y 2011 y los afectados fueron 3 hombres y 1 mujer de 2, 3 y 4 años de edad.

La incidencia de EM presenta una tendencia descendente. En la temporada 2013-2014 se han registrado las tasas más bajas de los últimos años. El descenso se debe sobre todo a la disminución de los casos por serogrupo C. En Gipuzkoa, al igual que se ha descrito en España, hay una tendencia descendente de la EM debida fundamentalmente a los programas de vacunación frente a meningococo C.

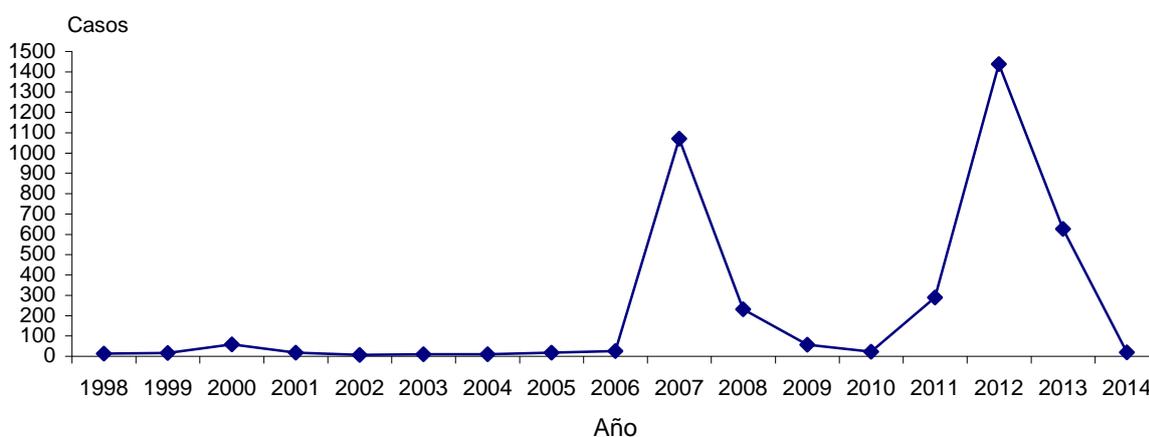
Parotiditis

Durante 2014 se notificaron 19 casos de parotiditis (tasa 2,68 /100.000 habitantes) y en 2013 fueron 626; 13 correspondieron a mujeres y 6 a hombres, 4 menores de 15 años y 12 de 15 o mayores, sin patrón temporo espacial. De los 19 casos, 6 fueron confirmados, 2 por virología y 4 por concordancia clínica y vínculo epidemiológico. Los 13 probables cumplían solamente con la definición clínica de la enfermedad. Los dos casos confirmados por virología eran mujeres de 6 y 17 años de edad que residían en la misma localidad y solamente 1 estaba correctamente vacunada.

Se presenta en el gráfico 2.5, la evolución de las ondas epidémicas de parotiditis del periodo 1998-2014. El primer pico se registró en el año 2000 con 58 casos (35 correspondieron a un brote escolar), el segundo en 2007 con 1.070 y el tercero en 2012 con 1.438; estos dos últimos brotes fueron poblacionales.

En la CAPV, la vacunación con triple vírica se inició en 1981 con una dosis a los 12 meses de edad, a partir de 1991 con 2 dosis (12 meses y 11 años) y a partir del año 2000 se vacuna con 2 dosis, a los 12 meses y 4 años.

Gráfico 2.5. Nº anual de casos de parotiditis. EDO. Gipuzkoa 1998-2014.



Rubéola

Durante 2014 no se ha declarado ningún caso de rubéola.

Sarampión

Durante 2014 no se ha declarado ningún caso de sarampión en Gipuzkoa.

Tétanos

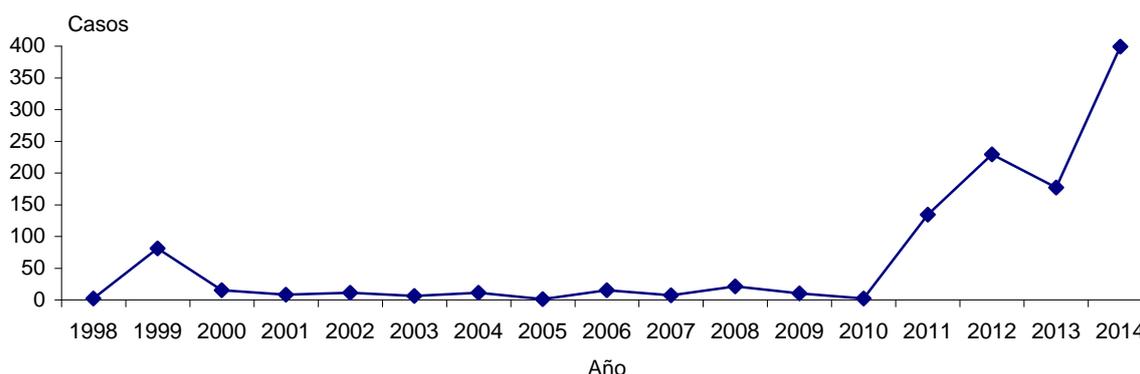
Durante 2014 no se ha declarado ningún caso de tétanos.

Tos ferina

En 2014 se registraron 399 casos de tos ferina que corresponde a una tasa de 56,58 por 100.000 habitantes y en 2013, 117 (tasa de 25,10).

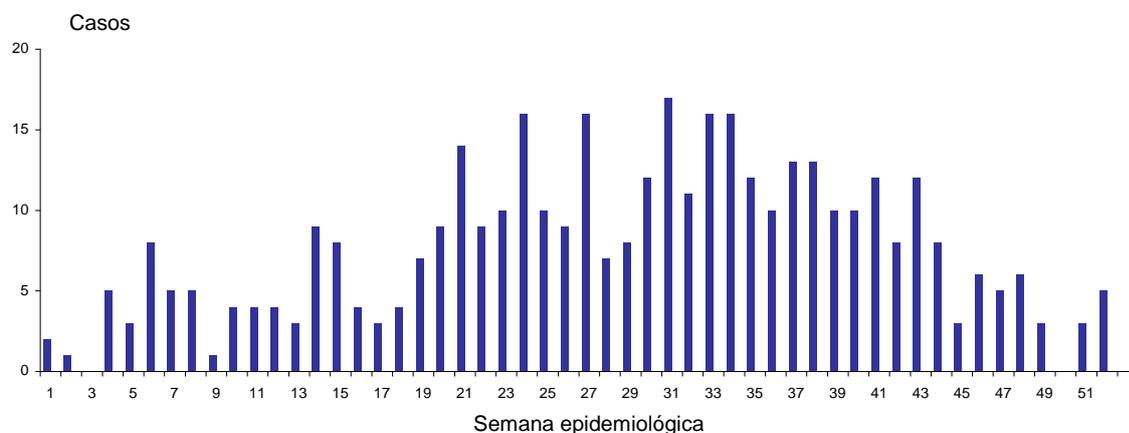
Como queda representado en el gráfico 2.6, en 1999 hubo un aumento de casos que llegaron a 81 y desde entonces la tendencia fue descendente y se mantuvo estable, con solamente dos casos notificados en 2010. A partir de 2011 se presentó un repunte de tos ferina que se ha mantenido durante los cuatro últimos años. La susceptibilidad frente a *B. pertussis* es universal. Ni la infección natural por *B. pertussis*, ni la vacunación confieren inmunidad duradera por lo que las reinfecciones son frecuentes. En la CAPV, se introdujo la vacuna frente a la tos ferina en 1975 con 3 dosis de DTP. En 1996 se introdujo la 4ª dosis a los 15-18 meses y en el año 2001 se modificó el calendario y se introdujo una 5ª dosis de DTP a los 4-6 años. En el año 2005 se sustituyó en el calendario infantil la vacuna frente a tos ferina de células enteras por la vacuna de tos ferina acelular. Las coberturas vacunales se mantienen por encima del 90%.

Gráfico 2.6. Número anual de casos de tos ferina. EDO. Gipuzkoa, 1998-2014.



De los 399 casos notificados, el 40% fueron hombres y el 60% mujeres, con un rango de edad de 22 días a 86 años y una mediana de 9 años; 33 niños eran menores de 1 año de edad. En relación a la distribución geográfica, 286 casos correspondieron a OSI Gipuzkoa, 81 a OSI Bidasoa, 24 a OSI Goierri-Alto Urola, 8 a OSI Alto Deba y en OSI Bajo Deba no se notificó ningún caso. En la curva epidémica se presentan los casos por fecha de inicio de síntomas.

Gráfico 2.7. Número de casos de tos ferina por semana epidemiológica. EDO. SIM. Gipuzkoa, 2014.



El síntoma principal fue la tos persistente, paroxística y en algunos casos emetizante, y en lactantes otros síntomas acompañantes como apnea y estridor inspiratorio.

Precisaron hospitalización 19 personas, 17 fueron niños, todos menores de 1 año (5 eran menores de 2 meses) y dos adultos, ambos hombres de 23 y 41 años. La evolución de todos los ingresados fue favorable.

De los 399 casos se solicitó frotis faríngeo a 379 y el resultado fue PCR+ en el 95%.

El estado vacunal se considera completo cuando se han recibido las 5 dosis que contempla el calendario vacunal de la tos ferina (tabla 2.5). En los menores de 1 año, 17 no tenían ninguna dosis de vacuna: 9 por ser menores de 2 y 8 por ideología. En el grupo de 1 a 5 años 95 (91,3%) estaba correctamente vacunado para su edad y 9 (8,6%) no habían recibido ninguna dosis de DTPa. El porcentaje de vacunación superior al 90% se mantiene cuando se trata del grupo de 6 a 13 años (93,7%).

Tabla 2.5. Distribución del estado vacunal por grupo de edad. EDO. Gipuzkoa, 2014

Vacunación	< 1 año	1-5 años	6-13 años	14-34 años	> 35 años
Sí		2	134 (93,7%)	13 (68,4%)	4 (4,6%)
No/incompleta	47* (98,0%)	102*(98%)	9 (6,3%)	1	46 (54,6%)
No consta	1	--	--	5 (26,3%)	35 (40,7%)
Total de casos	48	104	143	19	85

*De 149 casos de edades comprendidas entre 2 meses y 5 años, 17 (12%) no han seguido el calendario vacunal infantil de DTPa.

Descripción de brotes de tos ferina

De los 399 casos, según la información obtenida en la encuesta, se conoció nexo epidemiológico en 299 (75%) que se presentaron en agrupaciones familiares, escolares y sociales. Los brotes familiares agruparon entre 2 y 12 casos.

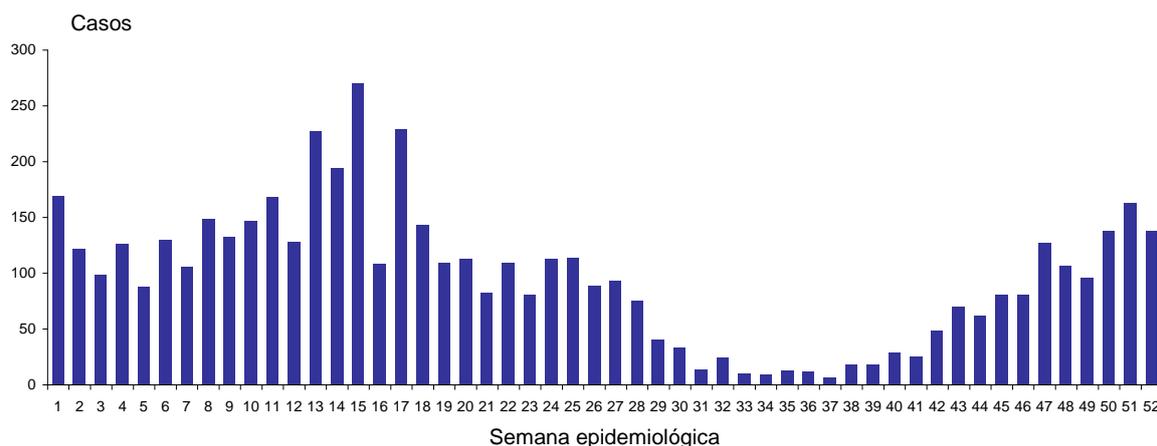
Ante el diagnóstico de dos o más casos en un mismo centro escolar se establecía vigilancia activa y coordinación entre AP, la dirección escolar, Servicio de Microbiología y Epidemiología. A lo largo de 2014 se hizo seguimiento en 6 centros escolares.

Como medidas de control, se trató con antibioterapia a los casos y se les excluyó 5 días después de comenzar con el antibiótico. Como medidas de control a contactos, se envió información a los docentes y a las familias de los alumnos de los 6 centros escolares. En dos centros, en los que los afectados fueron alumnos de 5 años de edad, se procedió a la vacunación de todos los alumnos de 5º curso de Educación infantil.

Varicela

Durante 2014 fueron notificados de forma numérica 2.548 casos de varicela, correspondientes a una tasa de 359,94 por 100.000 habitantes/año. En 2013 se notificaron 2.420 casos. En la curva epidémica se presentan los casos declarados a EDO por semana epidemiológica. La incidencia más alta se presentó en las semanas 13-17, correspondientes a los meses de marzo y abril y la más baja a las semanas 33 a 39, que corresponden a los meses de agosto y septiembre.

Gráfico 2.8. Número de casos de varicela por semana. EDO. Gipuzkoa, 2014



En la tabla 2.6 se presenta el número de ingresos hospitalarios de los últimos 8 años con diagnóstico al alta de varicela, de residentes en Gipuzkoa obtenido a partir del CMBD de las altas hospitalarias de todos los hospitales públicos de agudos de la CAPV. Los datos muestran que el número de ingresos se ha mantenido estable. De 35 altas, 21 fueron hombres y 14 mujeres, 23 menores de 15 años y 12 de 15 años o más.

Tabla 2.6. Número de ingresos hospitalarios por varicela (CIE 9:052). CMBD. Gipuzkoa, 2005-2013.

EDAD	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0-14	22	16	20	10	22	21	14	21	23
≥ 15	22	16	14	15	13	11	12	11	12
TOTAL	44	32	34	25	35	32	26	32	35

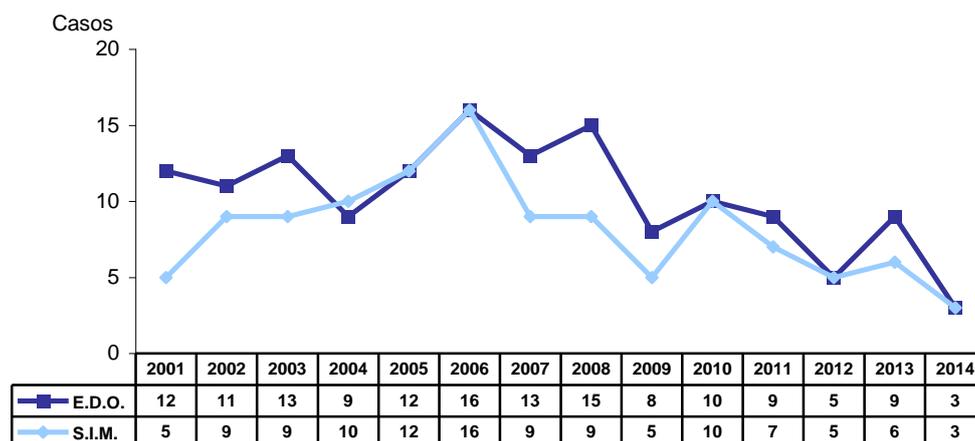
La estancia media correspondiente a las altas hospitalarias producidas en el año 2013 fue de 6,03 días (DE: 4,20 días). De las 23 altas en el grupo de 0-14 años, 16 no presentaron complicaciones, 2 presentaron complicaciones no especificadas, 3 otras complicaciones especificadas y 2 neumonitis. De los 12 ingresos en el grupo de 15 o más años de edad, 9 no presentaron complicaciones, 1 caso presentó encefalitis postvaricela y 2 otras complicaciones especificadas. Se produjo un fallecimiento, en un hombre de 82 años de edad pluripatológico y que presentó como complicación una encefalitis postvaricela.

Hepatitis B

Se registraron únicamente los casos que cumplían con la definición clínica (sintomatología de hepatitis y elevación de las transaminasas) y, además, se confirmaban en el laboratorio (Ig M anti Hbc y AgHBs positivo), por lo que se excluyeron los portadores y los enfermos crónicos.

En el año 2014 se registraron 3 casos de hepatitis B aguda, correspondiente a una tasa de 0,43/100.000 hab. (Gráfico 2.9).

Gráfico 2.9. Número de casos de Hepatitis B. EDO. SIM. Gipuzkoa, 2001-2014.



Los 3 casos notificados eran hombres de 39, 41 y 47 años, no vacunados y el mecanismo de transmisión fue persona a persona mediante relaciones sexuales sin protección. Dos de los enfermos precisaron de ingreso hospitalario.

En todos los casos se contactó con el médico de cada enfermo y coordinó la profilaxis de los contactos según el protocolo vigente.

Enfermedades de transmisión respiratoria

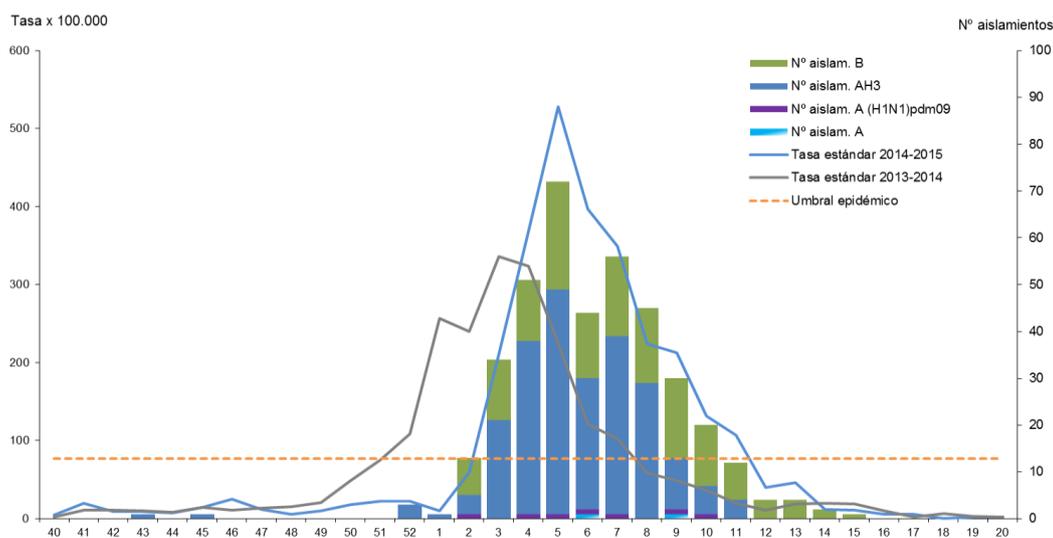
Gripe

El conjunto del sistema de vigilancia de la gripe engloba en la CAPV el sistema centinela de vigilancia de la gripe, la información de las consultas por síndrome gripal de Atención Primaria, la vigilancia de los casos graves hospitalizados confirmados de gripe y la notificación de brotes de gripe que puedan requerir intervención de Salud Pública.

Red Vigía

En la temporada de vigilancia 2014-2015, las tasas de **incidencia de gripe en la CAPV** se mantuvieron en valores pre-epidémicos hasta la semana 02/2015 en la que se superó ampliamente el umbral epidémico alcanzando la tasa de 209,6 casos por 100.000 habitantes. Las tasas subieron hasta alcanzar el pico epidémico en la semana 05/2015, con máxima de 527,6 casos por cien mil habitantes para retornar a valores pre-epidémicos en la semana 12/2015 con una tasa de 39,6 casos por cien mil. El período epidémico tuvo una duración de 9 semanas entre las semanas s3- s11 de 2015, ambas inclusive.

Gráfico 2.10. Evolución semanal de las tasas de incidencia estandarizada (x 100.000) y número aislamientos. CAPV, 2014-2015



Las tasas específicas máximas por 100.000 fueron: 1303,9 en el grupo de 0-4 años (semana 4/2015), 1558,4 en los de 5-14 años (s5/2015), 446,1 para los de 15-24 (s5/2015), 415,3 en el grupo de 25-44 (s5/2015), 435,4 en el grupo 45-64 (s5/2015), 220,3 entre los de 65-74 (s4/2015) y 77,2 entre los mayores de 75 años (s5/2015).

De las 684 muestras remitidas al laboratorio a lo largo de la temporada, el 57,6% (394) fueron positivas a virus gripales, siendo el 61,2% virus de tipo A y el 38,8% tipo B. Entre los virus A subtipados, predominaron los de tipo AH3 (96,3%). El resto fueron virus A(H1N1)pdm09 (2,9%) y A sin subtipar (0,8%).

Consultas de Atención Primaria por síndrome gripal en Gipuzkoa

Las tasas más altas de consultas por síndrome gripal se alcanzaron la semana 05/2015 con 509,2 consultas por 100.000 habitantes. La distribución por OSI (Organización Sanitaria Integrada) fue: 693,2 en la OSI Alto Deba, 625,9 en la OSI Goierri-Alto Urola, 506,9 en la OSI Bidasoa, 471,4 en la OSI Gipuzkoa y 417,1 en la OSI Bajo Deba.

Las semanas de mayor afluencia en las consultas de Atención Primaria fueron las semanas 5/2015 y 6/2015, coincidiendo con las tasas de incidencia más altas registradas en la Red Centinela.

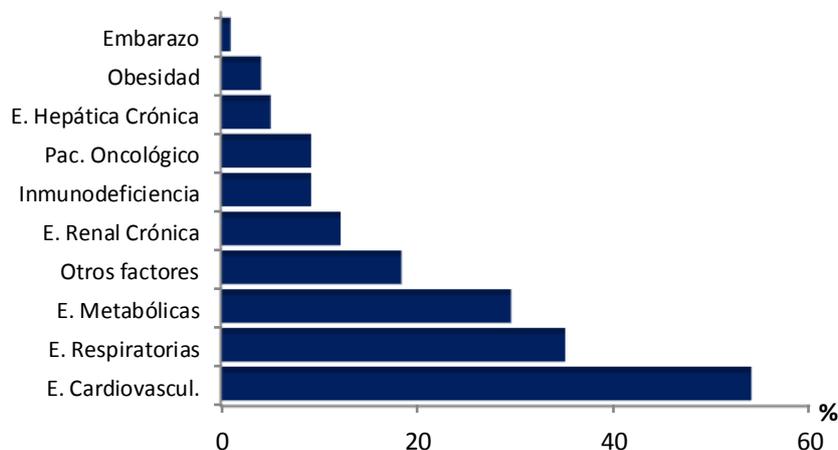
Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe, CAPV

En esta temporada 2014/15 se han declarado en el conjunto de la CAPV 130 casos graves hospitalizados con gripe confirmada (53,1% hombres). La edad media ha sido de 63 años (rango: 1-101 años) y mediana de 73 años, siendo el 66% mayores de 64 años. El 44,6% de los casos precisó ingreso en UCI (la mayoría con factores de riesgo).

Independientemente de la edad, el 75% de los casos registrados presentaban factores de riesgo de complicaciones de gripe (gráfico 2.11).

El 40% de los pacientes susceptibles de vacunación antigripal, por estar incluidos en grupos de riesgo, no estaba vacunado. Se han registrado 17 fallecimientos (13,6%), con edades comprendidas entre 60 y 101 años (mediana de 78 años), el 76,5% eran mayores de 74 años y todos con varios factores de riesgo de complicaciones de gripe.

Gráfico 2.11. Factores de riesgo (%) entre los casos graves hospitalizados confirmados de gripe. CAPV, 2013-2014



Vigilancia de brotes

En la semana 3/2015 se declaró un brote por virus influenza AH3N2 en una residencia de personas mayores de Bizkaia. Entre los 205 residentes, se contabilizaron 24 casos (tasa de ataque del 12%). Además se registraron 7 casos entre los 178 trabajadores (tasa de ataque del 4%).

Todos los residentes afectados tenían algún factor de riesgo; requiriendo hospitalización 6 de ellos. Falleció una persona de 96 años.

Recomendaciones para la composición de la vacuna antigripal para la temporada 2014-2015 en el hemisferio norte

La OMS recomienda que las vacunas trivalentes para la campaña 2015-2016 de gripe en el hemisferio norte incluyan los siguientes componentes:

- Cepa análoga a A/California/7/2009 (H1N1)pdm09;
- Cepa análoga a A/Switzerland/9715293/2013 (H3N2);
- Cepa análoga a B/Phuket/3073/2013.

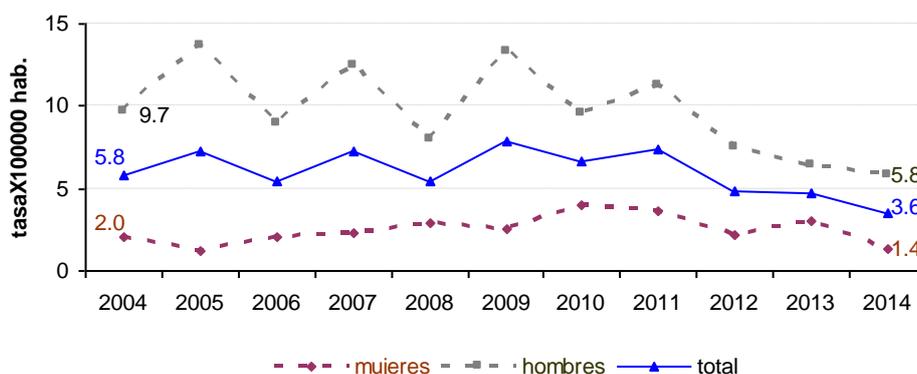
Para las vacunas tetravalentes en las que se incluyen dos cepas de virus B se recomiendan los tres virus anteriores más una cepa análoga a B/Brisbane/60/2008

http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2015_16_north/en/index.html.

Legionelosis

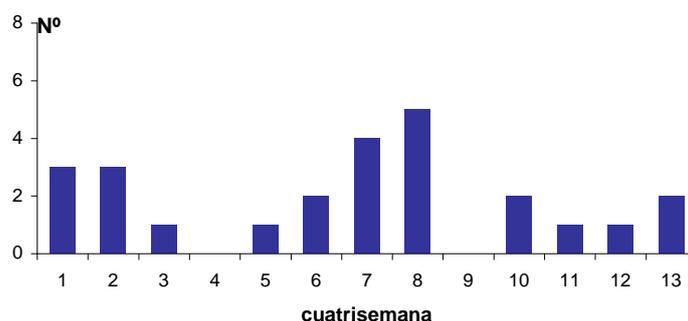
En 2014 se notificaron 25 casos de legionelosis, lo que supone una tasa bruta de 3,6 casos/100.000 habitantes, la menor observada en los últimos 11 años (Gráfico 2.12).

Gráfico 2.12. Tasa bruta anual de legionelosis. EDO. Gipuzkoa, 2004-2013



El mayor número de casos se ha producido en los meses de verano, y no se ha observado el aumento de casos que suele producirse en los meses de otoño (Gráfico 2.13).

Gráfico 2.13. Nº de casos de legionelosis por cuatrisesmana. Gipuzkoa, 2014.



La razón de sexos (hombre/mujer) es de 4 (20 casos en hombres y 5 en mujeres), con una tasa de 5,8/100.000 para los hombres y de 1,4/100.000 para las mujeres. En los hombres la tasa más alta se observa en el grupo de 65 o más años, mientras que en las mujeres es el grupo de 50-64 años el que presenta la tasa más elevada (tabla 2.7). La edad media de los casos en los hombres ha sido 67,9 años y en las mujeres 57,8 años (N.S.), con un rango de 44-84 años para los hombres y de 41-66 para las mujeres.

Tabla 2.7. Nº de casos de legionelosis y tasa por 100.000 habitantes según grupo de edad y sexo. Gipuzkoa, 2014.

Grupo edad	Hombres	Mujeres	Total
30-49 años	2 (1,8)	1 (0,9)	3 (1,3)
50-64 años	7 (10,0)	2 (2,8)	9 (6,4)
>=65 años	11 (18,7)	2 (2,5)	13 (9,4)
Total	20 (5,8)	5 (1,4)	25 (3,6)

La totalidad de los casos han presentado neumonía (enfermedad del legionario). Excepto en un caso, en todos los demás se ha detectado antígeno de *Legionella pneumophila* Sg1 en orina. En 13 casos se ha obtenido muestra para cultivo de *Legionella*, siendo positivo en 4.

Los 25 casos han ingresado en un hospital, y 5 de ellos (20% del total de casos) han requerido cuidados médicos intensivos. Se ha registrado un fallecimiento (letalidad: 4%). En 20 casos se conoce la fecha del alta hospitalaria: la mediana del tiempo de ingreso es de 8 días, con un mínimo de 3 y un máximo de 23 días.

En 6 de los 25 casos no se identificó ningún factor de riesgo individual de los que se relacionan con la aparición de la enfermedad del legionario. En los 19 restantes se identificó uno o más de estos factores, siendo el más frecuente el tabaco (44% del total de casos) (tabla 2.8).

Tabla 2.8. Factores de riesgo para legionelosis. EDO Gipuzkoa 2014

	N (%)
Sin riesgo	6 (24)
Tabaco	11 (44)
Alcohol	2 (8)
Enf. resp. crónica	3 (12)
Diabetes	3 (12)
Trat. inmunosupresor	3 (12)
Neoplasia	3 (12)
Otros	2 (8)

En relación a los riesgos ambientales, no se pudo hacer la encuesta epidemiológica en 2 casos, en 16 no se identificó ningún factor de riesgo (70% de los encuestados), 3 casos acudían a instalaciones consideradas de riesgo y 4 casos presentaban antecedente de desplazamiento de los que tres habían estado en instalaciones hoteleras por lo que fueron clasificados como asociados a viaje.

En cuanto a la forma de presentación, 22 casos lo hicieron como casos aislados y tres se presentaron agrupados en el tiempo y el espacio. Estos tres casos iniciaron con sintomatología la semana 5 y eran residentes en Tolosa (2 casos) y Anoeta (1 caso); en la encuesta no se identificó ninguna exposición de riesgo común; se notificó la situación a la Unidad de Sanidad Ambiental para que se realizara la investigación ambiental correspondiente; dos de los casos tuvieron un cultivo de esputo positivo para *Legionella pneumophila* Sg 1; las cepas fueron estudiadas en el Laboratorio de Microbiología del Hospital Donostia y resultaron ser genéticamente diferentes.

La distribución de los casos por OSI/comarca sanitaria de residencia fue la siguiente: Alto Deba 5 (7,9/100.000 hab.), Bajo Deba 3 (4,1/100.000 hab.), Bidasoa 3 (3,9/100.000 hab.), Gipuzkoa 7 (2,0/100.000 hab.), Goierri-Alto Urola 3 (3,2/100.000 hab.) y Tolosaldea 5 (8,0/100.000 hab.).

Los técnicos de salud pública han realizado la investigación ambiental oportuna en los casos en que se ha considerado necesario. Como parte de esta investigación se han estudiado 26 muestras ambientales para estudio de legionella: una en el domicilio de un caso, 13 en tres instalaciones de riesgo (dos polideportivos y una residencia de ancianos) y 12 en empresas con circuitos de refrigeración cercanas a la vivienda y/o lugar de trabajo de los casos. Únicamente resultaron positivas dos muestras correspondientes a dos empresas, requiriéndose en estos casos la limpieza y desinfección del circuito.

Lepra

En Gipuzkoa está en seguimiento un paciente que fue dado de alta terapéutica en 2013. Este caso realizó el tratamiento (poliquimioterapia multibacilar) aconsejado por la OMS para la enfermedad de Hansen.

Tuberculosis

Se presentan los casos de tuberculosis registrados en Gipuzkoa en el año 2014. El registro incorpora una búsqueda activa de casos en distintas fuentes (laboratorios de microbiología y registro de altas hospitalarias de los hospitales públicos de Gipuzkoa). Aunque los datos que se presentan son provisionales, los posibles cambios que se puedan producir al cerrar definitivamente el registro del 2014, no afectarán sustancialmente a la información que se presenta.

En el conjunto del Territorio Histórico de Gipuzkoa, en el año 2014 se han registrado un total de 129 casos de tuberculosis lo cual equivale a una tasa bruta de 18,3/100.000 habitantes, lo que supone un aumento del 11,4% respecto al año anterior (tabla 2.9). De los 129 casos, 10 tenían antecedentes de tuberculosis en algún momento de su vida, por lo que la incidencia de casos iniciales ha sido 16,9/100.000 habitantes.

Tabla 2.9. Evolución de los casos de TBC y tasa por 100 mil hab. Gipuzkoa, 2005-2014.

AÑO	Nº DE CASOS	TASA/100.000 hab.*	CAMBIO RESPECTO AL AÑO ANTERIOR
2005	163	24,2	-4,7%
2006	209	31,0	+28,1%
2007	171	24,9	-19,7%
2008	149	21,7	-12,9%
2009	175	25,5	+17,5%
2010	143	20,8	-18,4%
2011	148	21,1	+1,4%
2012	122	17,4	-17,5%
2013	116	16,4	-5,7%
2014**	129	18,3	+11,4%

*tasa bruta.

**datos provisionales

La razón de sexos (hombre/mujer) de los casos registrados en 2014 es de 1,3, con 74 casos en varones (tasa de 21,4/100000) y 55 casos en mujeres (tasa de 15,3/100000). El 50% de los casos tiene menos de 45 años. En los hombres, la tasa más elevada se observa en el grupo de 75 ó más años, mientras que en las mujeres el grupo de 25-34 años presenta la tasa más elevada. No ha habido ningún caso en menores de 15 años (tabla 2.10).

Tabla 2.10: Nº de los casos de TBC y tasas por 100 mil hab. según grupos de edad y sexo. Gipuzkoa 2014.

EDAD	Nº DE CASOS			TASA/100.000		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
0-4	0	0	0	0.0	0.0	0.0
5-14	0	0	0	0.0	0.0	0.0
15-24	9	1	10	29.2	3.4	16.7
25-34	11	12	23	23.5	26.7	25.1
35-44	19	14	33	31.8	25.1	28.5
45-54	17	10	27	31.8	18.7	25.2
55-64	3	4	7	6.8	8.8	7.8
65-74	6	3	9	19.0	8.4	13.4
>=75	9	11	20	33.4	24.4	27.8
TOTAL	74	55	129	21.4	15.3	18.3

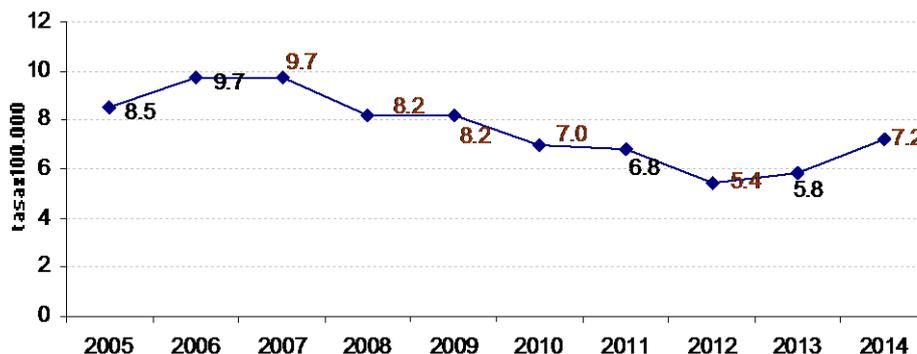
En la tabla 2.11 se pueden observar las localizaciones que han presentado los 129 casos (algunos presentan más de una). La localización de la enfermedad ha sido pulmonar, con o sin otras localizaciones, en 96 casos (74% del total), lo que supone una tasa de 13,6/100.000 hab.

Tabla 2.11: Distribución de los casos de TBC por localización. Gipuzkoa 2014.

LOCALIZACION	Nº DE CASOS
Pulmonar	96
Pleural	18
Linfática	17
Osteoarticular	4
Ocular	4
Diseminada/miliar	5
Génito-urinaria	4
Peritoneal	2
Meníngea	2
Cutánea	1

En cuanto al método diagnóstico, en 105 casos (81% del total y 91% de los casos con localización pulmonar) hay un cultivo positivo en alguna muestra biológica. Los casos con microscopía directa de esputo positiva son 51 (53% de los casos con afectación pulmonar), lo que implica una tasa de incidencia de bacilíferos de 7,2/100.000 hab. (gráfico 2.14). Se ha realizado estudio de sensibilidad a 105 cepas correspondientes a otros tantos pacientes (100% de los casos con cultivo positivo): 96 cepas (91,4%) han sido sensibles a todos los fármacos analizados, 4 cepas han presentado resistencia a la piracinamida (las 4 cepas de *M bovis*) y 5 cepas resistencia a isoniacida (4,8% de las cepas estudiadas). Las cepas con resistencia a isoniacida correspondían a dos casos extranjeros y tres casos autóctonos, uno de los cuales había recibido previamente tratamiento contra un proceso tuberculoso.

Gráfico 2.14: Tasa bruta de tuberculosis con Bk positiva en esputo. Gipuzkoa, 2005-2014.



En la tabla 2.12 se presenta la demora diagnóstica de los casos con afectación pulmonar, entendida como el número de días transcurrido entre la fecha de inicio de síntomas y el comienzo del tratamiento. La demora media es de 97 días para los casos bacilíferos y 71 días para los no bacilíferos, diferencia no significativa ($t=1,399$; NS). La mediana de la demora diagnóstica para el conjunto de los casos con afectación pulmonar es de 59 días.

Tabla 2.12: Demora diagnóstica en casos con afectación pulmonar. Gipuzkoa, 2014.

	Bacilíferos	No bacilíferos	Total
Número	51	44	95
Media (DE)**	96,9 (98,2)	70,6 (82,4)	84,7 (91,7)
Mediana	66	46,5	59

en un caso no se conoce; ** $t=1,399$ (NS)

En 70 casos (54% del total) se notifica algún factor de riesgo de padecer tuberculosis. El tabaquismo es el factor de riesgo que más frecuentemente se ha declarado: 36 (28% del total). Siguen por orden de frecuencia la existencia de un tratamiento inmunosupresor (10 casos), presencia de alcoholismo (7 casos), diabetes (6 casos) u otro proceso que disminuye la capacidad de respuesta del huésped (7 casos). La coinfección con el VIH se ha notificado en 4 casos. El contacto con un caso de tuberculosis consta en 12 casos, 4 casos son trabajadores sanitarios, 1 caso estaba recluido en un centro penitenciario y 1 caso se encontraba en una situación de exclusión social grave.

De los 129 casos, 33 (26%) son nacidos en el extranjero, de los que 12 provenían de África (7 del norte de África), 8 de América, 8 de Asia (todos ellos de Paquistán) y 5 de Europa (3 de Rumanía y 2 de Portugal). En 32 casos se conoce la fecha de entrada en nuestro país, pudiéndose calcular el tiempo transcurrido desde ese momento hasta el diagnóstico de tuberculosis: en 5 (15,6% de los casos) el diagnóstico se realiza en los 5 primeros años; el tiempo mínimo es 8 meses y el máximo 49 años.

En la tabla 2.13 se muestran las tasas brutas anuales por OSI/comarca sanitaria correspondientes al periodo 2005-2014.

Tabla 2.13: Tasas brutas de TBC por 100 mil hab. según OSI/Comarca sanitaria. Gipuzkoa, 2005-2014.

COMARCA	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Alto Deba ⁺	35.1	43.2	32.1	27.4	27.5	11.3	25.3	19,0	15.7	15.5
Bajo Deba ⁺	36.4	37.9	26.8	19.8	43.9	42.6	26.3	20,8	19.3	30.1
Goierri	26.9	43.5	41.3	31.0	26.5	29.7	22.4	17,0	17.8	21.6
Tolosa	20.2	26.8	11.7	13.3	24,8	19.7	22.5	35,4	14.3	23.4
Gipuzkoa	21.2	27.7	22.7	21.2	23.7	17.6	20.1	14,1	14.3	15.5
Bidasoa	15.9	17.0	22.0	16.6	11.4	16.2	15.7	17,0	21.0	9.2
TOTAL⁺	24.2	30.8	25.1	21.7	25.1	21.1	21.2	17,7	16.1	17.8

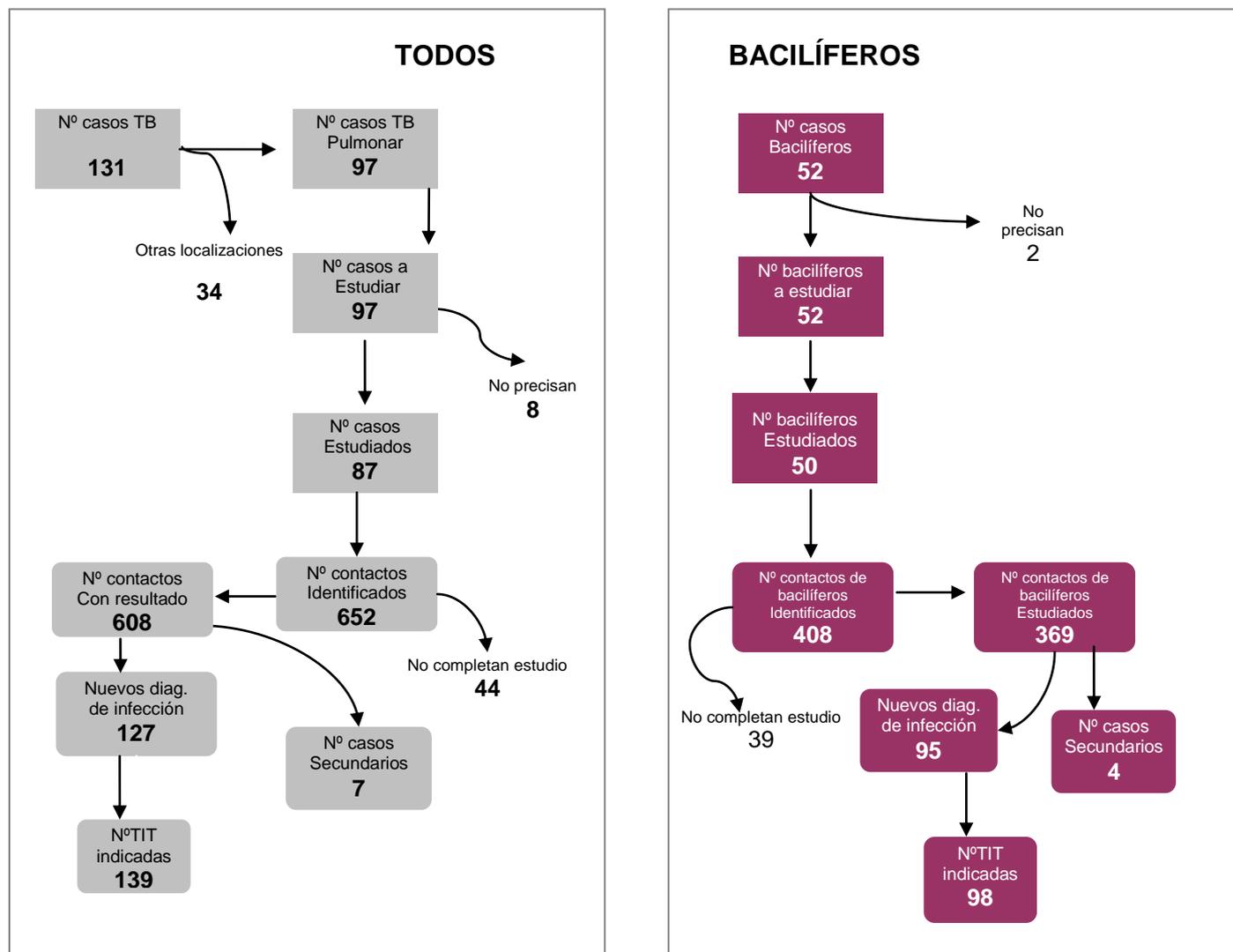
* datos provisionales

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

Estudios de contactos:

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

Se analizan los resultados de los estudios de contactos en todas las formas pulmonares que se han diagnosticado durante 2014.



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

El 93,3% de los contactos que iniciaron el estudio lo completaron y son los que se han incluido en el resumen de resultados que se presenta a continuación.

La distribución de los contactos estudiados según la nueva Organización Sanitaria en Gipuzkoa es la siguiente:

OSI Donostialdea:	159
OSI Tolosaldea:	140
OSI Bidasoa:	3
OSI Alto Deba:	73
OSI Bajo Deba:	147
OSI Goierri:	89

La media de contactos estudiados por caso ha sido de 7. El 47.6% de los contactos estudiados eran mujeres y el 52.4% hombres. La mediana de edad de los contactos estudiados fue de 38 años; el 37% tenía menos de 50 años.

Estaban vacunados con BCG el 27,8% de los contactos y no se pudo conocer ese dato en el 49,8%.

Se indicó PPD en el 61,9% de los contactos estudiados y de ellos el 15,1% presentó un viraje (incremento de la induración de al menos 6 mm entre una y otra prueba).

Se realizó un test IGRA en 285 contactos, lo que supone un 46,6% sobre el total de contactos estudiados y de ellos el 48,8% tuvo un resultado positivo. De los que presentaron un resultado negativo (51,2%) el 6% hicieron un viraje al repetir la prueba.

Tabla 2.14. Infección según bacteriología del caso índice y grado de contacto. Casos de tuberculosis pulmonar. Gipuzkoa 2014.

AREA DE GIPUZKOA	Nº contactos identificados	Nº contactos estudiados	Nº total infectados	Nº total virajes	% infectados	Nº TIT	%	Nº casos
RME: Círculo 1 de BK (+)	105	101	40	10	39,6	49	48,5	1
RE: Círculo 1 de BK (-) y Círculo 2 de BK (+)	291	263	53	17	20,2	47	17,9	4
OTROS: Otras situaciones	256	244	34	11	13,9	43	17,6	2
TOTAL	652	608	127	38	20,9	139	22,9	7

Respecto a la situación microbiológica del caso índice, el 60,4% eran contactos de un caso bacilífero y el 7,5% de un caso con baciloscopia de esputo negativa pero cultivo positivo. Los casos secundarios detectados en los estudios de contactos han sido 7.

Se ha indicado Tratamiento de la Infección Tuberculosa (TIT) en el 22,7% de todos los contactos estudiados. En los contactos de un bacilífero esta indicación se ha hecho en el 69,5% de los casos con PPD positiva.

La pauta para el TIT utilizada con mayor frecuencia es ya la pauta corta que incorpora Isoniacida y Rifampicina durante tres meses, utilizándose en el 74,8% de los contactos con indicación de profilaxis. La pauta con Isoniacida durante seis meses se indicó en el 8,9% de las indicaciones. El 8,1% fueron quimioprofilaxis primarias.

Los datos sobre cumplimentación de los TIT de 2014 no son definitivos todavía. Se presentan los datos de cumplimentación del año 2013. Se indicaron 102 TIT de los que abandonaron el 11,8%, al 5,9% se les retiró por intolerancia y el 78,6% cumplimentó correctamente el tratamiento. En 2013 fue menor la proporción de contactos que finalizaron la profilaxis.

Agrupaciones de casos

Se han identificado 4 brotes (definidos como la aparición de uno o más casos a partir de un caso índice), dos en el ámbito familiar y 2 en el ámbito de amigos. Tres de los brotes son agrupaciones de dos casos y el cuarto es una microepidemia con 4 casos.

Objetivos del Programa

En relación con los objetivos propuestos por el último Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en la CAPV de 2012 los resultados obtenidos serían los siguientes:

	Objetivo	2014
Diagnóstico		
Demora diagnóstica desde inicio de síntomas a inicio tto ≤ 50 días en BK+	95%	42,7
Test sensibilidad en casos con cultivo +	100%	100
Estudio genético de cepas multiresistentes o asociadas a brotes	100%	-
Tratamiento		
Negativización del cultivo 2º mes	≥80%	11,6*
Cumplimentación del tratamiento	>90%	91,5
Estudio de Contactos		
Censar contactos en casos pulmonares-laríngeos	>95%	97,8
Censar contactos en casos bacilíferos	100%	100,0
Cumplimiento QP de los contactos con indicación	>75%	78,6

*Este indicador no valorable porque no se realiza sistemáticamente el cultivo al 2º mes.

Cumplimiento del tratamiento:

En la tabla 2.15 se presenta la situación de los casos registrados en el año 2013 a los doce meses del diagnóstico, según antigua comarca sanitaria de residencia. El 91,5% de los casos finalizaron correctamente el tratamiento, el 4% falleció en el curso del mismo y el 3,5% de los casos presentaron un resultado potencialmente insatisfactorio (pérdida, traslado, otros). Ambas comarcas presentan un perfil similar en el cumplimiento del tratamiento. De los 5 casos fallecidos antes de finalizar el tratamiento, solamente uno tenía menos de 80 años en el momento del diagnóstico.

Tabla 2.15: Cumplimiento del tratamiento de TBC. Gipuzkoa, 2013.

	Oeste*	Este	TOTAL*
Tratamiento finalizado	45 (90,0%)	62 (92,5%)	107 (91,5%)
Defunción	3 (6,0%)	2 (3,0%)	5 (4,3%)
Traslado	1 (2,0%)	---	1 (0,9%)
Otros	1 (2,0%)	1 (1,5%)	2 (1,7%)
Pérdida	---	2 (3,0%)	1 (0,9%)
TOTAL	50	67	117

* Se incluyen los casos correspondientes a los municipios de Ermua, Mallabia y Aramaio.

Zoonosis

Brucelosis

No se ha presentado ningún nuevo caso de *Brucella* en Gipuzkoa desde 2009.

España presentaba tradicionalmente las tasas de incidencia más altas de los países de nuestro entorno. En 1990, se instauraron Programas Nacionales de Erradicación de la Brucelosis Bovina y Ovina y Caprina. Los programas se basan en el control de la enfermedad mediante la identificación de animales positivos, el sacrificio y la indemnización económica a los ganaderos. Los Programas siguen vigentes en la actualidad. Estos programas han permitido que las comunidades autónomas de Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Galicia y País Vasco tengan el estatuto de “Oficialmente Indemnes” en cuanto a brucelosis por *B. melitensis*, y Canarias, Baleares, País Vasco, Murcia y la Rioja sean “Oficialmente indemnes” de brucelosis bovina.

Esta misma tendencia de declive se mantiene en la U.E. El número de brucelosis en cabras y ovejas ha mostrado un descenso sustancial en los últimos años.

Rabia

La situación actual de la rabia animal en España, es la siguiente:

- España (territorio peninsular e islas) ha estado libre de rabia terrestre desde el año 1978, a excepción del caso de rabia importado de Marruecos declarado en junio de 2013. Desde el año 2004 se han dado varios casos de rabia en perros procedentes de Marruecos que han desarrollado la enfermedad al llegar a Francia, habiendo pasado por España.
- Ceuta y Melilla comunican casos esporádicos de rabia en perros, gatos y caballos.
- El *Lyssavirus* europeo de murciélagos (EBLV-1) está circulando entre los murciélagos de distintas especies y se ha detectado en varias zonas de España. Además, se ha descrito un nuevo *Lyssavirus*, *Lyssavirus* de murciélago Lleida, en un murciélago de cueva (*Miniopterus schreibersii*) de Lleida.
- Varios murciélagos hortelanos meridionales (*Eptesicus isabellinus*) infectados por EBLV-1 han mordido a personas.

De acuerdo con las anteriores premisas es posible la aparición de casos humanos esporádicos por mordedura de murciélago o, en Ceuta o Melilla, por mordedura de perro. El perro sería la especie principal en la posible aparición y mantenimiento de un brote en España ya que la importación de un perro infectado es el escenario más probable.

Toxoplasmosis congénita

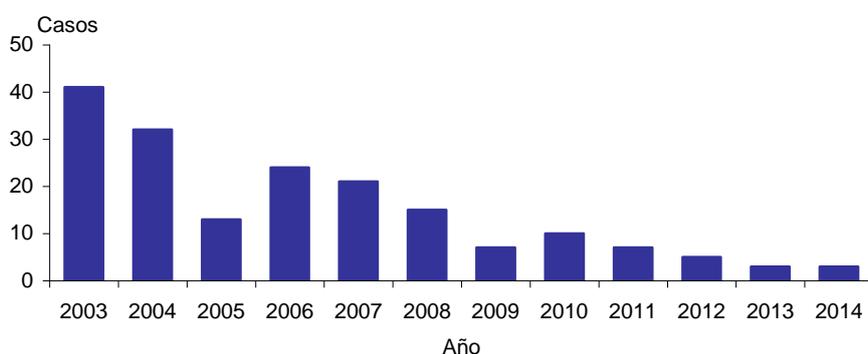
Durante 2014 no se ha declarado al SIM ningún caso de *Toxoplasma gondii* en neonatos. La vigilancia de Toxoplasmosis congénita será incluida entre las EDO cuando se pongan en marcha los nuevos protocolos de la Red Nacional de Vigilancia epidemiológica. La vigilancia epidemiológica de esta enfermedad permitirá:

- Conocer y describir el patrón de presentación de la Toxoplasmosis congénita en la población.
- Aportar información para evaluar programas de cribado en la embarazada, de la eficacia del tratamiento precoz y de las medidas de prevención.

Fiebre Q

Se han declarado al SIM 3 casos de *Coxiella burnetti*, la cifra más baja de los últimos 12 años (gráfica 2.15). Los 3 correspondieron a hombres, uno de 45 y 2 de 50 años y fueron esporádicos. Es muy difícil la transmisión directa persona-persona de la *Coxiella* y por lo común se transmite por diseminación aérea de las partículas que contienen estos microorganismos; la enfermedad también se contrae en otras ocasiones por contacto directo con animales o material contaminado. Los animales reservorio son principalmente las cabras y ovejas.

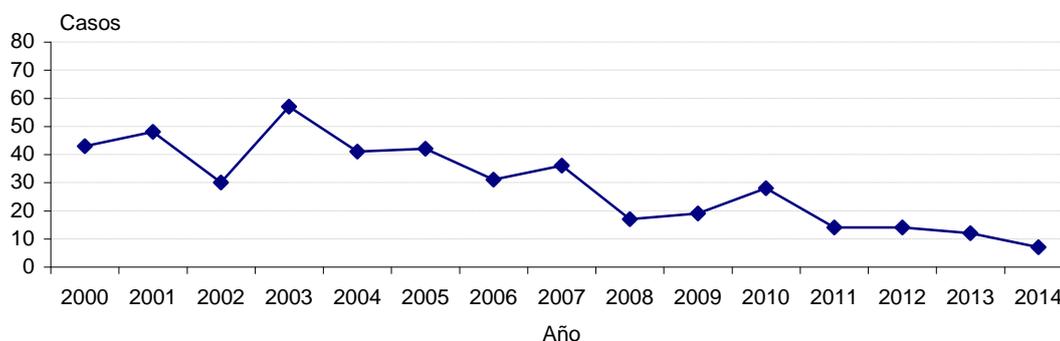
Gráfico 2.15. Número de aislamientos de Coxiella Burnetti. SIM Gipuzkoa, 2003-2014.



Taenia

Durante el año 2014 los laboratorios de los hospitales públicos de Gipuzkoa han notificado a la Unidad de Epidemiología 7 casos de *Taenia*, cifra inferior de los últimos 15 años. Como se observa en el gráfico, la tendencia es decreciente desde el año 2003 en el que se presentó un aumento de casos junto a un aumento de cisticercosis que requirió de una intervención de Salud Pública.

Gráfico 2.16. Número de casos de teniasis. SIM. Gipuzkoa, 2000-2014



De los 7 afectados, 5 han sido hombres y 2 mujeres, uno de 5 años y el resto de 25, 38, 39, 43 y 75. Todos los casos fueron esporádicos.

El hombre adquiere la teniasis al consumir carne de vacuno poco cocinada, que contiene larvas quísticas de *Cysticercus Bovis* presentes en la musculatura animal. Normalmente es asintomática pero pueden aparecer molestias intestinales. El diagnóstico se lleva a cabo por la presencia en heces de anillos o segmentos de *Taenia* que contiene los huevos infectantes. El tratamiento es farmacológico con antihelmínticos orales. Como medidas de prevención en humanos se recomienda: mantener correctos hábitos higiénicos y consumo de carne con suficiente tratamiento térmico que alcance el interior de la pieza.

Mycobacterium Bovis

En 2014 se han declarado al SIM 7 casos de *Mycobacterium Bovis* cifra superior a la declarada en el año anterior. Los casos corresponden a 6 hombres y 1 mujer de edades comprendidas entre 35 y 83 años de edad. Cuatro de ellos son iatrogénicos asociados al uso terapéutico de BCG y los 3 restantes son reactivaciones de una infección muy anterior en el tiempo. Según el informe de la European Food Safety Authority (EFSA) de 2013 el número de casos de tuberculosis por *Mycobacterium Bovis* en humanos en la Unión Europea está estable en los dos últimos años.

Enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica

Campylobacter

El número de aislamientos de *Campylobacter* notificados al S.I.M. ha sido de 1.010 cifra ligeramente superior a los aislamientos de 2013 (944). El 60% han correspondido a hombres y el 40% a mujeres. Del total de aislamientos, el 72% han sido en población pediátrica y de estos el 41% eran menores de 3 años. En el mes de julio los aislamientos superaron la máxima del quinquenio anterior (gráfico 2,18).

Gráfico 2.17. Número de aislamientos de *Campylobacter*. SIM. Gipuzkoa, 2003-2014.

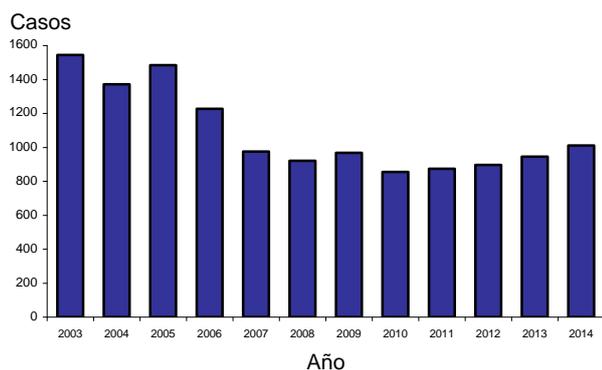
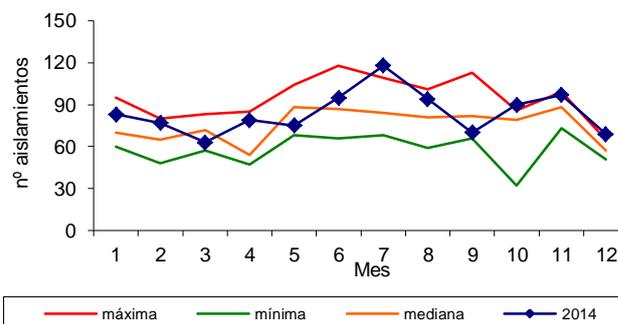


Gráfico 2.18. Canal endemo-epidémico de *Campylobacter*. SIM. Gipuzkoa, 2008-2014.



El reservorio de esta bacteria es el tracto intestinal de aves y animales domésticos o salvajes. La transmisión se produce por ingestión de alimentos contaminados, por contacto directo con las heces de animales o de personas infectadas, por lo que las medidas preventivas incluirán:

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

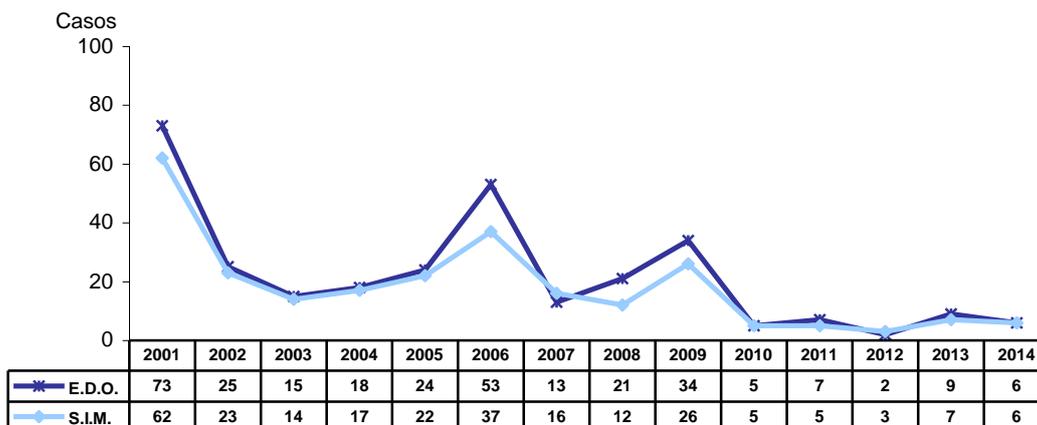
Fiebre tifo-paratífica

Durante el año 2014 no se han notificado casos de fiebre tifo-paratífica al sistema EDO ni de *Salmonella typhi* al SIM.

Hepatitis A

Durante el año 2014 se han notificado a EDO 6 casos de hepatitis A que corresponde a una tasa de $0,87 \text{ casos} \times 10^5$ (gráfico 2.19).

Gráfico 2.19. Número de casos de Hepatitis A. EDO. SIM. Gipuzkoa, 2001-2014



De los 6 casos diagnosticados de hepatitis A, 2 han sido mujeres y 4 hombres con un rango de edad de 4 a 13 años y los 6 con antecedente de estancia en zona endémica (2 en Ecuador, 2 en Marruecos, 1 en Bolivia y otro en Honduras). A pesar de ser una indicación de vacunación el viajar a países de alta endemia ninguno de los casos había recibido la vacuna.

En cada uno de los casos se realizó estudio de contactos y se recomendó profilaxis según el protocolo vigente en la CAPV.

Escherichia coli verotoxigénico

Durante 2014 se notificaron 8 aislamientos de *E. Coli* O157 al SIM y el año 2013 ninguno. De los 8 casos, 3 se agruparon en un brote de origen hídrico y los otros 5 casos fueron esporádicos. Ningún caso presentó complicaciones.

El brote agrupó a 4 casos, 3 confirmados por el laboratorio y el cuarto por clínica y nexo epidemiológico. Los 4 pertenecían a una misma familia (los padres y dos hijos) y el origen de la infección fue hídrico (este brote se detalla en la sección de brotes).

Los 5 aislados restantes correspondían a 4 hombres y 1 mujer, dos menores de 1 año y 3 adultos de 33, 61 y 80 años y de diferentes localidades de Gipuzkoa. Un adulto presentaba pluripatología y otro estaba en tratamiento oncológico. Las encuestas no determinaron la fuente de infección. En una ocasión se llevó a cabo la investigación ambiental de un establecimiento y se determinó que las condiciones higiénico-sanitarias eran las adecuadas.

Listeria

Durante 2014 se han notificado a la Unidad de Epidemiología de Gipuzkoa 14 casos de listeriosis. De éstos, 8 pertenecían al brote de listeriosis presentado en la CAPV iniciado en 2013 (último caso 21 de febrero) y los 6 restantes han sido casos esporádicos.

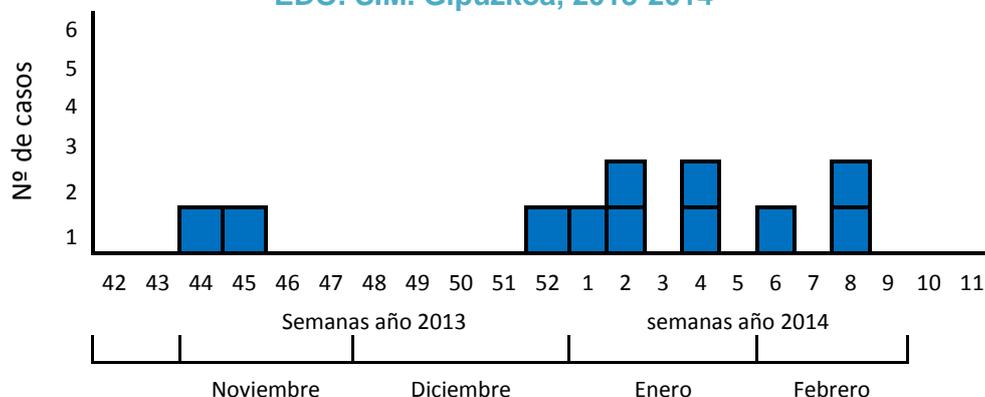
Descripción del brote

Este brote agrupó a 11 casos, 3 de 2013 y 8 de 2014. Los 11 casos presentaban el mismo pulsotipo (patrón I) realizado a través de la PFGE.

De los 11 casos, 3 eran hombres y 8 mujeres, 1 fue recién nacido y el rango de edad de los adultos fue entre 28 y 81 años. Dos eran residentes en Azpeitia y el resto residía en diferentes municipios de Gipuzkoa.

El primer afectado inició síntomas el 1 de noviembre de 2013 y el último el día 21 de febrero de 2014.

Gráfica 2.20. Número de casos de listeriosis por semana epidemiológica. EDO. SIM. Gipuzkoa, 2013-2014



Según la información de las encuestas, en los dos primeros casos no se identificó ningún alimento de riesgo para la enfermedad y los restantes coincidieron en la ingesta de foie que habían consumido en las fiestas de Navidad (del 24 de diciembre de 2013 al 1 de enero de 2014). El foie como alimento de riesgo se detectó por primera vez en el estudio de un caso de bacteriemia por listeria, en el contexto de una toxiinfección alimentaria familiar.

En la investigación ambiental se tomaron muestras de las distintas marcas de productos de riesgo consumidos por las personas afectadas. En una muestra simple de Mouse de pato comercializada por una gran superficie se detectó un elevado recuento de *Listeria monocytogenes* ($5,2 \cdot 10^4$ ufc/g.). Las cepas de las muestras clínicas y alimentarias se enviaron al CNM e informaron que las cepas aisladas correspondían al pulsotipo I.

Estos resultados confirmaron la existencia de brote y al foie como el alimento vehículo de la infección.

Como medidas de control, la Unidad de Alimentos de la Dirección de Salud Pública comunicó la incidencia a la red de alertas y aseguró la retirada efectiva del producto implicado con un muestreo posterior de los establecimientos en los que se había distribuido el producto.

Como medida de prevención, desde la Unidad de Epidemiología se elaboró un documento con recomendaciones para los grupos de riesgo que, junto con la comunicación de la situación, se envió a toda la red asistencial de la CAPV.

El último caso relacionado con el brote inició síntomas el 21 de febrero de 2014. Una vez establecidas las medidas de control (retirada del producto) y transcurrido el máximo periodo de incubación no se detectaron más casos y el brote se dio por finalizado.

Descripción de los casos esporádicos

Los 6 casos eran hombres, de edades comprendidas entre los 56 y 91 años y domiciliados en Errentería, Elgoibar, Beasain, Mendaro y dos en Irún. El primer caso se presentó en enero, el segundo en marzo y los 4 restantes entre el 18 de septiembre y 2 de noviembre.

A excepción de 2 afectados en los que no se conocían factores predisponentes para la enfermedad, el resto eran enfermos crónicos. La presentación de la enfermedad fue en dos casos meningitis, en 1 bacteriemia, otro presentó endocarditis y otro endoftalmitis.

El estudio microbiológico detectó la listeria monocitógenas en sangre, LCR y humor acuoso; 4 listerias correspondían al serogrupo 4 y 2 al serogrupo 1.

La información de las encuestas no identificó ningún alimento de riesgo común para la enfermedad coincidente entre los casos.

Salmonelosis

En 2014 se han notificado al SIM 307 aislamientos de *Salmonella*, un 65% menos que en 2013, esta cifra constituye la menor de los últimos 18 años. Tal y como queda reflejado en el canal endemo-epidémico, durante 2014 ninguno de los meses los aislamientos superaron la mediana de los 5 últimos años (gráfico 2.21). El 53,4% se han presentado en hombres y el 53% de las notificaciones correspondieron a población infantil y de éstos, el 60% a menores de 6 años.

Los serotipos más frecuentemente aislados han sido: *S. typhimurium* en 119 (39%) de las notificaciones y *S. enteritidis* en 104 (34%).

Gráfico 2.21. Canal endemo-epidémico de *Salmonella*. SIM. Gipuzkoa, 2008-2014.

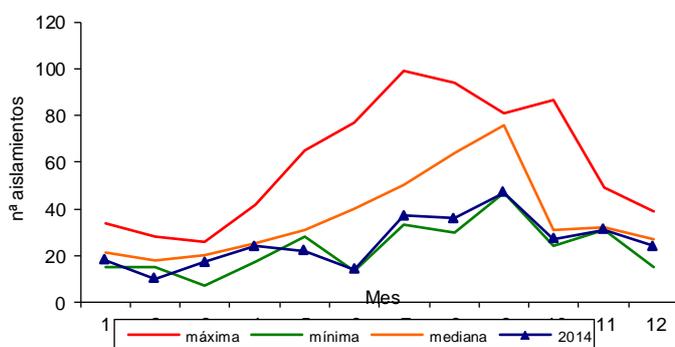
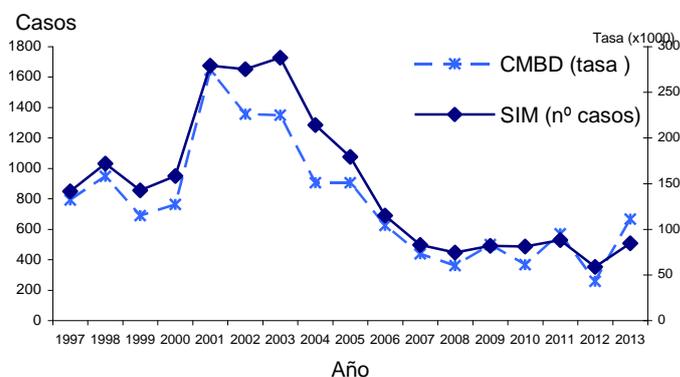


Gráfico 2.22. Nº de aislamientos y altas hospitalarias por Salmonelosis. SIM. CMBD. Gipuzkoa, 1995-2013



Durante el año 2014 se notificaron 4 brotes cuyo germen causal fue *Salmonella*, en 2 *S. enteritidis* y en 2 *S. Newport*. Entre los 4 brotes hubo un total de 34 expuestos con 14 enfermos y 4 precisaron de ingreso hospitalario.

Cabe destacar que en el año 2013 se notificó un total de 13 brotes por *Salmonella* con 105 enfermos y de éstos, 26 (25%) precisaron de ingreso hospitalario. La investigación tanto epidemiológica, ambiental como microbiológica llevada a cabo en 2013 determinó la implicación de huevos procedentes de la misma granja como fuente de infección y una vez establecidas las medidas de control por parte de los servicios de ganadería de la Diputación Foral de Gipuzkoa la disminución de brotes por *Salmonella* ha sido manifiesta.

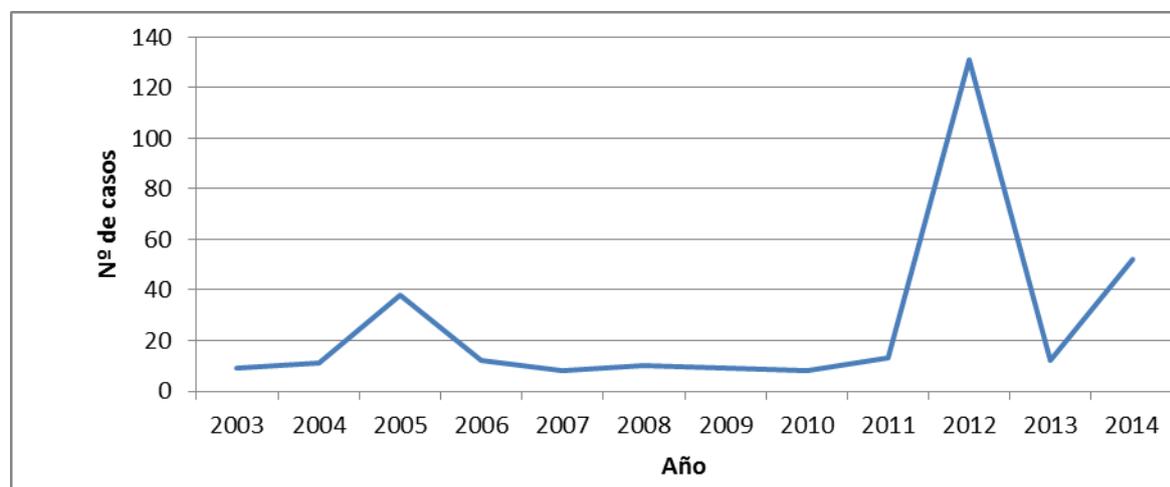
En 2013, en los hospitales públicos de Gipuzkoa, se produjeron un total de 111 altas que presentaban un código de salmonelosis (CIE 9: 003) en alguno de los seis primeros diagnósticos. La mediana de edad fue de 48 años con un mínimo de 0 y un máximo de 91 años. La estancia mediana fue de 5 días (rango: 4-16 días). Un paciente falleció durante el ingreso, tratándose de un varón de 83 años con patología crónica.

Los brotes de salmonella se detallan en el apartado de brotes.

Disenteria por *Shigella*

Se han notificado a EDO 52 casos de shigelosis y el año 2013, 13. En 2012 se comunicó el máximo número de aislamientos de las últimas décadas y de los 113 casos declarados 104 correspondieron a un brote de ámbito escolar (gráfico 2.23).

Gráfico 2.23. Número de casos de shigelosis. EDO. Gipuzkoa, 2003-2014



De los 52 casos diagnosticados de shigelosis, 34 han sido hombres y 18 mujeres con un rango de edad de 1 a 66 años y una mediana de 29. En 31 casos la *Shigella* aislada fue *sonnei*, en 11 *flexneri*, 1 *boydii*, 1 *disenteriae* y 5 *sp.* Con relación al factor de riesgo, 15 casos se agruparon en dos brotes, uno que afectó a 4 miembros de una misma familia y los 11 restantes relacionados con un centro escolar que se describe en la sección de brotes; 24 tenían el antecedente de viaje a país endémico (India, Egipto, Etiopía, Marruecos, México, Tanzania y Sahara), 5 habían tenido contacto con caso y en 8 no se conoció el factor de riesgo. En relación al brote familiar, los afectados fueron los padres y dos hijos de 4 años y 10 meses de origen magrebí. El caso índice fue el padre cuya fuente de infección no se determinó por encuesta. Los 4 se confirmaron por coprocultivo y la *Shigella* aislada fue *sonnei*.

Yersinia

En Gipuzkoa se han declarado al SIM 23 casos de *Yersinia enterocolítica*, un 60% menos de aislamientos que el año anterior. El 52% fueron hombres y el rango de edad de 1 a 77 años con una mediana de 7. No existe estacionalidad ni distribución geográfica destacable. Se mantiene la tendencia descendente en los últimos años al igual que en la Unión Europea. La *Yersinia* se asocia al consumo de carne de cerdo.

Trichinellosis y echinococcosis

Durante 2014 no se han declarado casos de trichinellosis ni echinococcosis.

Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Infección gonocócica

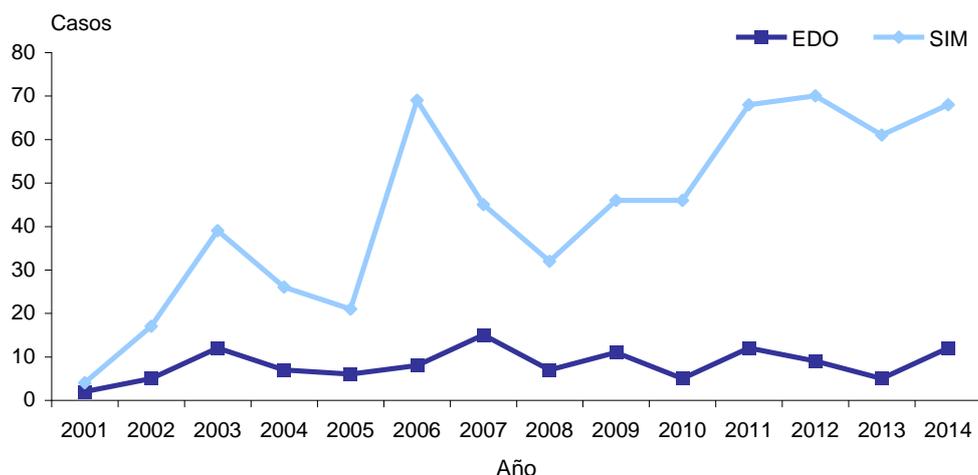
En el año 2014 se han declarado a EDO numérica 12 casos de infección gonocócica (tasa de 1,70/100.000).

Al SIM se notificaron 68 aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae*; 63 (92%) fueron hombres y 5 (8%) mujeres con una mediana de 33 años y un rango de 17 a 59. Los casos de *N. gonorrhoeae* declarados al SIM presentan una tendencia que va en aumento con un rango de 4 aislamientos en 2001 a 70 en 2012.

Los casos de enfermedad gonocócica diagnosticados en la consulta de infecciones de transmisión sexual (ITS) en Gipuzkoa, durante el año 2014 han sido en total 34; 31 hombres y 3 mujeres de edades comprendidas entre 19 a 51 años. Las presentaciones fueron 9 gonococias uretrales, 1 de cérvix, 12 faríngeas y 12 anales. El colectivo más afectado por la infección gonocócica es el de hombres que tienen sexo con hombres (61,2% del total de casos).

En el gráfico se muestran las declaraciones de infección gonocócica realizadas al SIM y a EDO en Gipuzkoa durante el periodo 2001-2014.

Gráfico 2.24. Número de casos y aislamientos de N. Gonorrhoeae. EDO-SIM. Gipuzkoa, 2001-2014.



El aumento de casos de *Neisseria gonorrhoeae* declarados al SIM confirma el aumento de esta enfermedad de transmisión sexual.

Sífilis

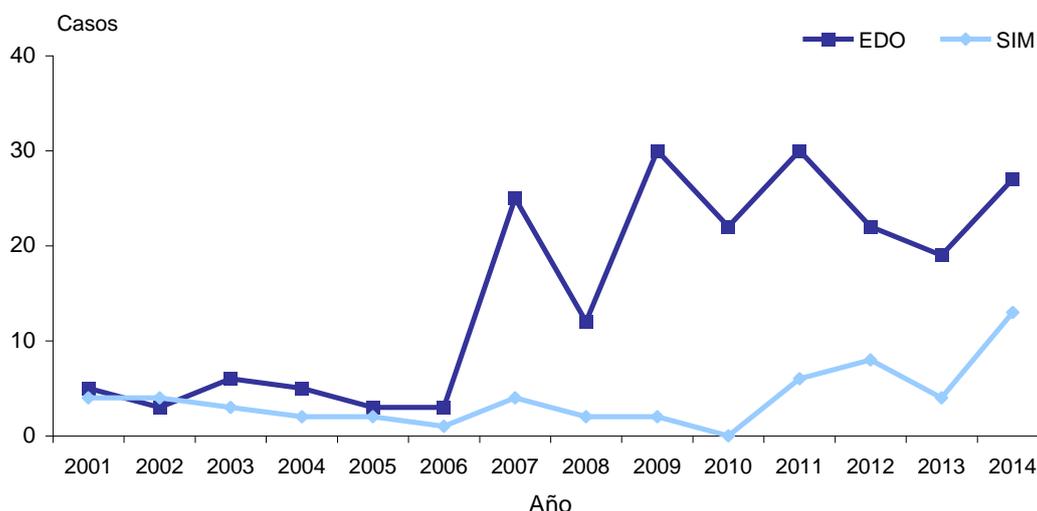
Durante 2014 se han declarado 27 casos de sífilis al sistema EDO numérica que corresponde a una tasa de $3,83 \times 10^5$.

Al SIM se notificaron 13 confirmaciones de *Treponema*. Los casos correspondieron a 10 hombres y 3 mujeres de edades comprendidas entre 20 a 59 años con una mediana de 36.

Los casos de sífilis recientes diagnosticados en la consulta de ETS en Gipuzkoa, durante el año 2014 han sido en total 21, 19 hombres y 2 mujeres con edades comprendidas entre los 21 y los 53 años. Las presentaciones fueron: 6 sífilis primaria, 4 de sífilis secundaria y 11 sífilis latente precoz. El colectivo más afectado ha sido el de hombres que tienen sexo con hombres (76,2% del total de casos).

En el gráfico se muestran las declaraciones de sífilis realizadas al SIM y a EDO en Gipuzkoa durante el periodo 2001-2014.

Gráfico 2.25. Número de casos de T. Pallidum. EDO-SIM. Gipuzkoa. 2001-2014



Chlamydia trachomatis

En 2014 se han registrado 311 diagnósticos de *Chlamydia trachomatis* y en 2013, 279. Del total (55,6%) correspondieron a hombres y 138 (44,4%) a mujeres. El rango de edad fue de 14 a 65 años con una mediana de 30.

Herpes simple tipo 2

Se declararon al SIM 52 casos de herpes simple tipo 2 y en 2013, 45. En relación al sexo 23 fueron hombres y 29 mujeres, con un rango de edad de 16 a 75 años y una mediana de 35.

Enfermedades importadas (Transmisión vectorial)

Paludismo

En 2014 se han declarado 14 casos de paludismo. Excepto dos que fueron *Plasmodium ovale*, el resto fueron *Pl. falciparum*; 7 fueron mujeres y 7 hombres, con un rango de edad de 5 a 49 años y una mediana de 31. Los 14 casos presentaron como antecedente de riesgo el viaje a una país endémico de paludismo y solamente uno había tomado quimioprofilaxis.

Brote internacional por virus Ébola

La enfermedad por el virus Ébola (EVE) es una patología grave causada por un virus del género Ebolavirus, que afecta a personas y a otros primates (monos, gorilas y chimpancés). El reservorio natural parecen ser distintas especies de murciélagos.

El periodo de incubación es de 2 a 21 días. El virus Ébola causa una enfermedad hemorrágica febril que comienza con fiebre, dolor muscular, debilidad, dolor de cabeza y odinofagia. Evoluciona con vómitos, diarrea, fallo renal y hepático, exantema maculo papular al 4º o 5º día y síntomas hemorrágicos que pueden ser en forma de hemorragias masivas internas y externas. En el estadio final, los pacientes desarrollan un fallo multiorgánico que progresa hacia la muerte o la recuperación a partir de la segunda semana de evolución. La tasa de letalidad es del 50-90%. No existe ninguna opción profiláctica (vacuna) o terapéutica disponible.

La transmisión se produce mediante:

- Contacto directo con sangre, secreciones u otros fluidos corporales, tejidos u órganos de personas vivas o muertas infectadas.
- Contacto directo con objetos que se han contaminado con fluidos corporales de los pacientes.
- Transmisión por contacto sexual: puede darse hasta 3 meses después de la recuperación clínica.
- Además, la transmisión a los humanos también puede ocurrir por el contacto con animales vivos o muertos infectados.

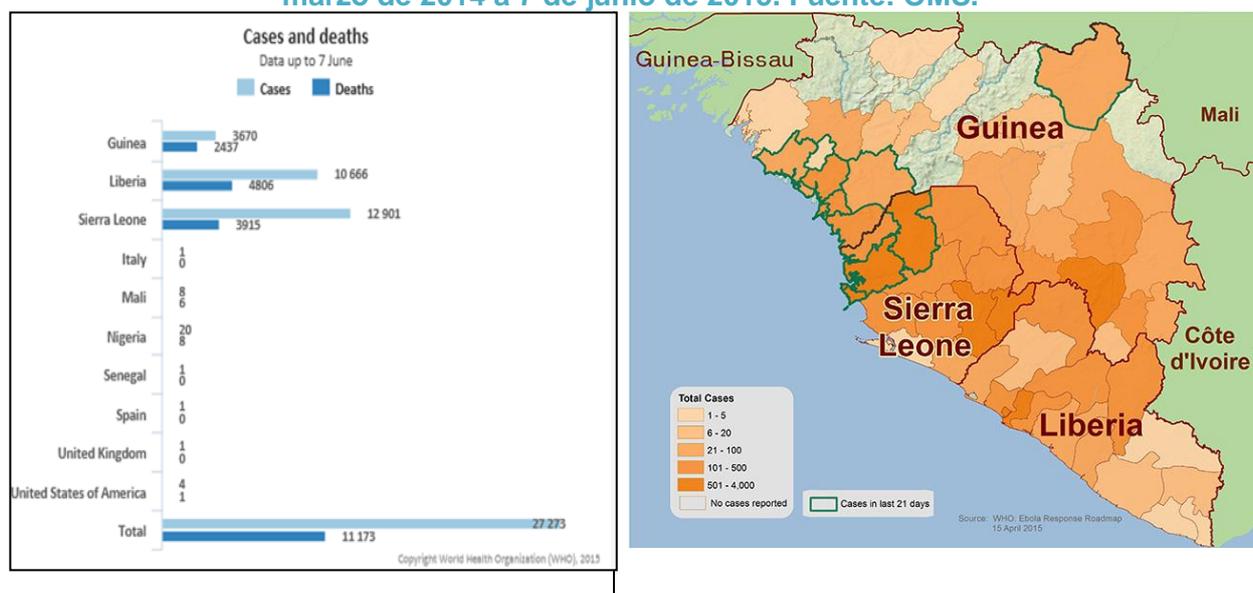
No se transmite por vía aérea. No se disemina a través del agua o los alimentos.

No hay evidencia de transmisión a través de mosquitos

Durante 2014 se presentaron dos brotes distintos de enfermedad por virus Ébola (EVE): el de África Occidental y el de la República Democrática del Congo (RDC). El brote de la RDC se comunicó en agosto, ocasionó 66 enfermos y 49 muertos y el día 21 de noviembre ante la falta de presentación de nuevos casos se declaró la RDC libre de enfermedad.

El brote de África Occidental se inició el 25 de marzo de 2014 y a fecha 7 de junio de 2015 continúa activo. En este periodo se han notificado un total de 27.273 casos (probables y confirmados) y se han producido 11.173 fallecimientos.

Gráfico 2.26. Nº total de casos en Guinea, Liberia y Sierra leona. Periodo del 25 de marzo de 2014 a 7 de junio de 2015. Fuente: OMS.



Como medidas de control de ámbito internacional, los días 6 y 7 de agosto se reunió el Comité de Emergencia, bajo el Reglamento Sanitario Internacional (RSI-2005) y el 8 de agosto, la Directora General de la OMS declaró que el brote de Ébola en África Occidental era una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional, por lo que era esencial una respuesta internacional coordinada. Los estados debían estar preparados para:

- detectar, investigar o tratar un posible caso de EVE.
- elaborar recomendaciones para viajeros.
- informar a la población sobre la situación del brote.
- facilitar la repatriación de ciudadanos que hayan estado expuestos al virus.

La OMS publicó el 27 de agosto un plan de actuación en este brote con los objetivos de asegurar la respuesta al brote en los países afectados y evitar la transmisión a otros territorios (fronterizos o no).

Las actuaciones de la UE en sanidad en el ámbito de riesgos transfronterizos se coordinaron desde la Dirección General SANCO dependientes de la Comisaría de Salud. En concreto, se ocupó el Comité de Seguridad Sanitaria, donde están representados todos los estados miembros. Además el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) proporcionó el soporte técnico (evaluación del riesgo, definiciones de caso, gestión de la aplicación de notificación de alertas –EWRS-, etc.)

Las líneas de actuación conjunta y coordinada en la UE fueron:

1. Protección y prevención de viajeros procedentes de países afectados que llegan a la UE.
2. Posible coordinación de las repatriaciones de ciudadanos de la UE sospechosos de EVE.
3. Necesidad de disponer más fondos para ayuda y cooperación.
4. Protocolo de actuación ante una aeroevacuación médica ante casos de enfermedad por virus del Ébola.
5. Coordinación de las medidas sanitarias de vigilancia, detección precoz, definición de caso, tratamiento de casos en los países miembros, etc.

En España se elaboró el “Protocolo de actuación frente a casos sospechosos de EVE”. En la redacción de las diferentes versiones del mismo participaron la Ponencia de Alertas de Salud Pública y Respuesta Rápida y la Ponencia de Salud Laboral, así como diferentes Sociedades Científicas. Este protocolo fue analizado y aprobado por la Comisión de Salud Pública y ratificado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El objetivo era garantizar la detección y el diagnóstico precoz de un posible caso de EVE con el fin de adoptar las medidas de prevención y control adecuadas para proteger la salud de la población, así como la de los trabajadores expuestos.

En la CAPV se creó una Comisión de actuación y seguimiento del virus Ébola que se encargó de la redacción y divulgación del “Procedimiento de actuación ante casos sospechosos de EVE en la CAPV” y de la propuesta de formación de profesionales.

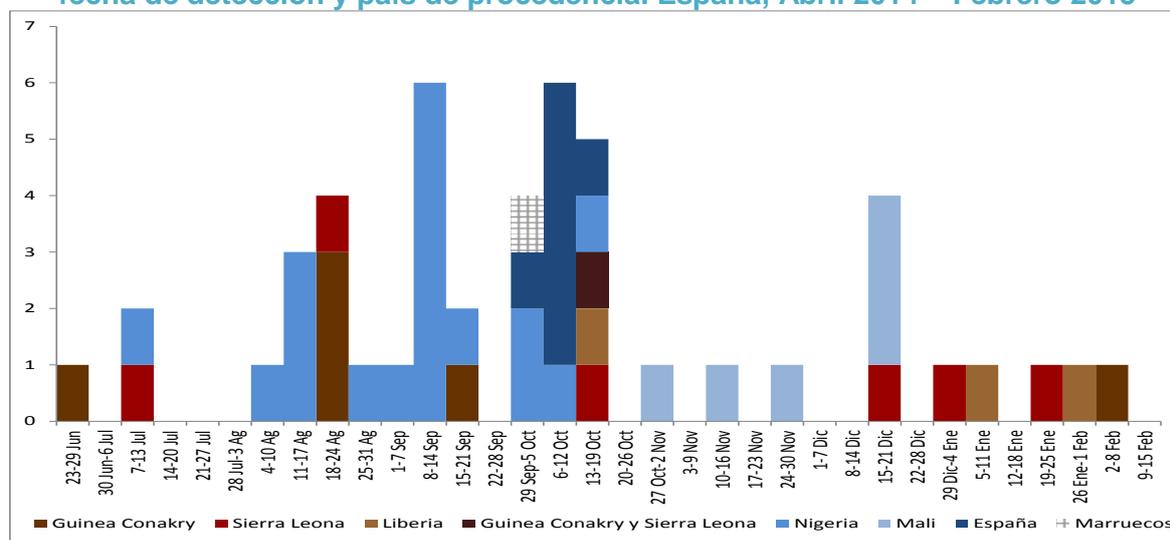
El Procedimiento de actuación ante casos sospechosos EVE en la CAPV (actualización: 21.10.2014) determinaba que cualquier sospecha de EVE debería ser declarada de forma urgente al número 112 (Servicio de Epidemiología de la Subdirección de Salud Pública de Alava/Araba, Bizkaia o Gipuzkoa y Servicio de Emergencias de Osakidetza). Los hospitales de referencia para aislamiento y seguimiento de los casos sospechosos serían el H.U. Basurto y H.U. Donostia. En todo momento se seguiría el protocolo de actuación elaborado por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencia Sanitarias del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

Resultados

En España, desde el inicio de la epidemia, se realizaron tres repatriaciones de profesionales sanitarios. Dos casos confirmados, repatriados en los meses de agosto y septiembre desde Liberia y Sierra Leona respectivamente, que fallecieron, y una trabajadora en el terreno, repatriada en noviembre que trabajaba en Bamako (Mali), que tuvo una exposición de alto riesgo. Esta trabajadora estuvo en cuarentena durante el periodo de incubación y no desarrolló la enfermedad ni se evidenció infección.

En el periodo de estudio se investigaron 48 casos sospechosos de EVE en 13 Comunidades Autónomas, entre el 23 de junio de 2014 y el 2 de febrero de 2015. Los casos se concentraron entre los meses de agosto y octubre. En el gráfico 2.27 se muestra la distribución de los casos investigados según la fecha de detección y el país de procedencia

Gráfico 2.27. Distribución de los casos investigados por sospecha de EVE según fecha de detección y país de procedencia. España, Abril 2014 – Febrero 2015



Las características sociodemográficas se presentan en la tabla 2.16.

Tabla 2.16. Características sociodemográficas de los casos en investigación por sospecha de EVE. España, Abril 2014 – Febrero 2015

Variables	n (%)
Sexo	
Hombre	33 (68,8)
Mujer	15 (31,3)
Edad	Media 37 años (DE 9,4)
Tipo de caso en investigación	
Viajero	36 (75,0)
Trabajador en el terreno	5 (10,4)
Contacto	7 (14,6)

En relación al antecedente epidemiológico, del grupo de viajeros a los que se investigó por sospecha de Ébola, 18 (50,0%) procedían de Nigeria, 6 (16,7%) de Guinea Conakry, 6 (16,7%) de Mali, 4 (11,1%) de Sierra Leona, 1 (2,8%) había estado en Guinea Conakry y en Sierra Leona y 1 había estado en Marruecos (país no afectado por la epidemia de EVE); en este caso la investigación se realizó ante la dificultad para descartar un antecedente de contacto con un caso de EVE. De los 5 trabajadores en el terreno investigados, 3 (60,0%) habían estado en Liberia y 2 (40,0%) en Sierra Leona

La mayoría de los casos tenían una temperatura igual o superior a 37,7°C y en relación a otros síntomas, la cefalea y las artromialgias fueron los más frecuentes.

De los 48 casos investigados por sospecha de EVE, uno solamente resultó positivo para el virus del Ébola. Se trataba de un contacto de un caso confirmado, una profesional sanitaria que atendió con equipo de protección individual (EPI) a los dos misioneros repatriados. Este caso se notificó el día 6 de Octubre y, tras haber transcurrido 42 días desde la negativización del virus, el día 2 de diciembre el país fue declarado libre de transmisión de EVE. La evolución del caso fue favorable.

En la mitad de los casos investigados, que tenían antecedente de viaje a África Occidental, se confirmó diagnóstico de paludismo.

En Gipuzkoa se investigaron dos casos, ambos cumplían con el criterio de caso en investigación y ambos fueron descartados.

Vigilancia epidemiológica de enfermedad por virus Chikungunya

El 30 de junio de 2014 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad difundió una Alerta a la red asistencial por la que se debía notificar cualquier caso de enfermedad por Virus Chikungunya.

La fiebre Chikungunya (CHIK), causada por el virus Chikungunya, es una infección arboviral, transmitida por la picadura de mosquitos *Aedes* infectados. La enfermedad ha afectado a millones de personas y sigue causando epidemias en muchos países. A finales del 2013, se documentó la primera transmisión autóctona en las Américas y está causando una epidemia de gran magnitud en algunas islas del Caribe.

En España, uno de los vectores competentes para la transmisión, *Aedes albopictus*, se detectó por primera vez en Cataluña en 2004 y se ha extendido por la costa mediterránea (Gerona, Tarragona, Barcelona, Castellón, Alicante, Valencia, Murcia, e Isla de Mallorca)

La alerta indicaba que todo caso de Chikungunya debía comunicarse a las autoridades de Salud Pública según el procedimiento establecido en cada Comunidad Autónoma.

Si el caso es autóctono, sin antecedente de viaje a zonas donde circula el virus, se considera un alerta de Salud Pública y debe ser comunicado de forma urgente

En España, el número de casos acumulados importados desde la semana epidemiológica 15/2014 hasta la 52 asciende a 231 casos (185 confirmados y 46 probables). La mayoría proceden de República Dominicana (85%).

En la Región de las Américas, el total de casos notificados desde el inicio de la epidemia asciende a 914.960 sospechosos y 15.906 confirmados, con una tasa de incidencia de 96,5/100.000 habitantes. Las mayores tasas de incidencia se hayan en los territorios de Martinica, Guadalupe y San Bartolomé.

En Gipuzkoa, se notificaron 2 casos:

Caso 1. Lo comunicó el Servicio de Microbiología del HUD. Caso confirmado. Era un hombre de 38 años que inició síntomas el 1 de junio de 2014, último día de una estancia de 2 meses en R. Dominicana.

Caso 2. Comunicado por el Servicio de Microbiología. Caso confirmado. Era un hombre de 53 años que inició síntomas el 27 de julio tras estancia en R. Dominicana y con antecedentes de múltiples picaduras de mosquito en zona endémica.

País Vasco

Se presentan los datos del País Vasco, en relación al informe final 2014, de las actividades desarrolladas por la Universidad de Zaragoza durante el año 2014 en virtud del procedimiento abierto para la realización del trabajo técnico "vigilancia entomológica en aeropuertos y puertos frente a vectores importados de enfermedades infecciosas exóticas, y vigilancia de potenciales vectores autóctonos de dichas enfermedades"

En uno de los 4 municipios en los que se trabajó recogieron en 2 ocasiones muestras en las que se contabilizaron huevos que posteriormente se identificaron como pertenecientes a *Ae.albopictus*. Nuevo positivo: Irún-Behobia.

Provincia	Municipios	Puntos	Puntos positivos	Nuevos municipios positivos	Fecha inicio	Fecha fin
Gipuzkoa	4	7	1	1	01/09/14	16/11/14

El ministerio recomienda tomar las siguientes medidas de Salud Pública:

Los pacientes infectados por el virus CHIK son el reservorio de la infección y la transmisión tiene lugar a partir de la picadura de un mosquito infectado. Por ello, las medidas de salud pública para reducir la exposición a mosquitos son fundamentales para prevenir la enfermedad. Solicitar la colaboración del paciente y familiares para reducir al mínimo el posible riesgo de transmisión, de forma especial en aquellas zonas donde se ha detectado el vector:

1. Reducir al mínimo el contacto de vector-paciente:

- Protección individual frente a la picadura de mosquitos a través de repelentes eficaces. También usando mosquiteras en puertas y ventanas y si es necesario en la cama.
- El paciente, así como otros miembros del hogar, han de llevar manga larga para cubrir las extremidades.
- El uso de aire acondicionado y los repelentes eléctricos pueden ayudar a reducir este contacto

2. Medidas en la vivienda para reducir al mínimo la población de vectores:

Aumente los esfuerzos para reducir los hábitats larvarios en las viviendas; elimine toda el agua estancada en cualquier clase de contenedor, por ejemplo platos de macetas, alrededor del hogar y en las zonas peridomésticas.

3. Sangre:

Es posible la transmisión hematogena de CHIK, aunque hasta la fecha no se ha descrito ningún caso secundario a transfusión. Como medida preventiva, el Comité Científico para la Seguridad Transfusional (MSSSI), acuerda que las personas provenientes de zonas endémicas, sean excluidas como donantes de sangre durante 28 días desde su regreso, y en caso de presentar o sospechar fiebre de origen CHIK durante su estancia en la zona o a su regreso, se excluirían 6 meses.

Otras enfermedades

Hepatitis C

Se registran aquellos casos que cumplen con la definición clínica (sintomatología de hepatitis y elevación de las transaminasas) y diagnóstico de laboratorio: seroconversión de anti-VCH.

Durante el año 2014 se declararon 7 casos de HC y solo uno cumplía con la definición clínica de caso y confirmado por laboratorio. Se trataba de un hombre de 53 años residente en Gipuzkoa y de origen hindú cuya exposición de riesgo fue el contacto con persona portadora de VHC.

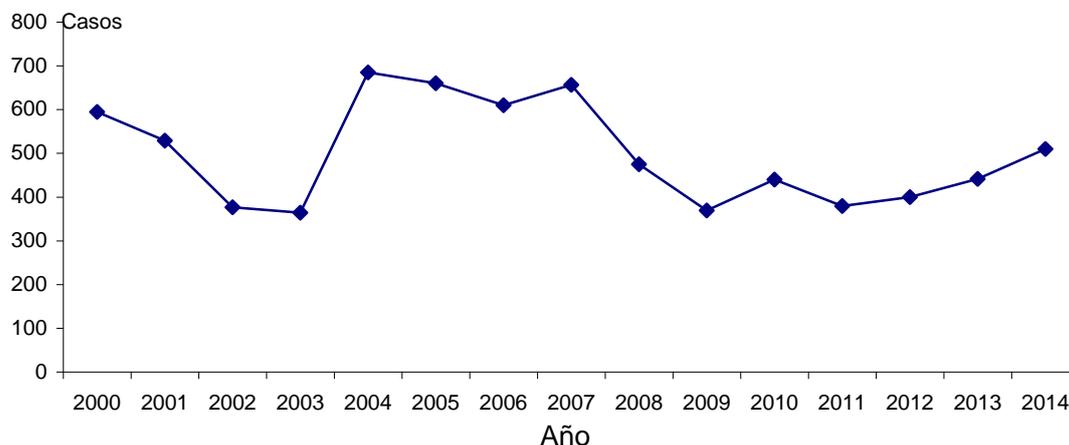
Tabla 2.17. Número de casos y tasas/100.000 hab. de hepatitis C. EDO. Gipuzkoa, 2002-2014

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Casos	3	5	3	3	4	8	2	5	3	2	7	1
Tasas	0,4	0,7	0,4	0,4	0,6	1,2	0,3	0,73	0,4	0,28	0,99	0,14

Rotavirus

En el año 2014 el número de aislamientos de rotavirus notificados al SIM ha sido de 510, y el año anterior (gráfico 2.28) fueron 372. En la distribución por sexos, 294 (57,6%) fueron hombres y 246 (42,4%) mujeres. El 80% de los casos se aisló en niños de 0 a 2 años.

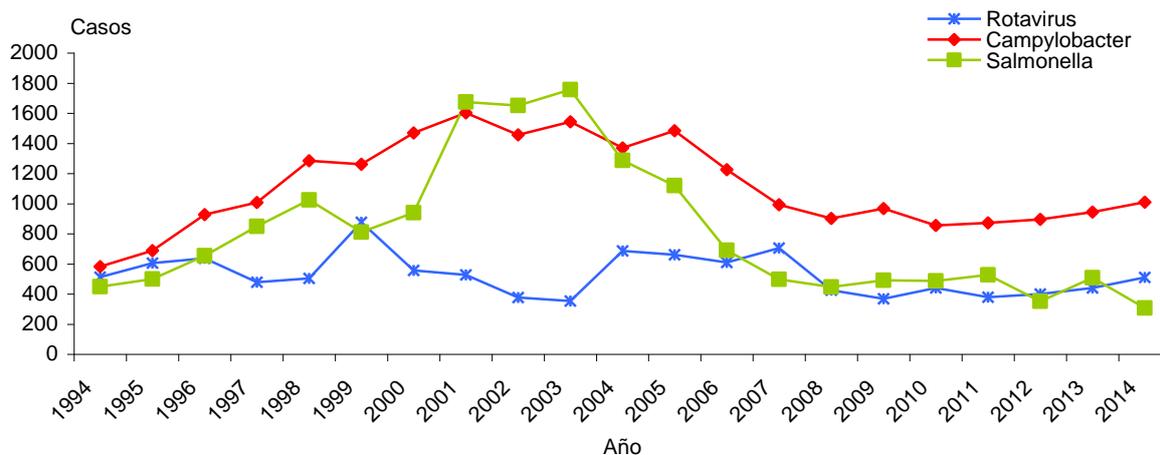
Gráfico 2.28. Número de aislamientos de Rotavirus por año. SIM. Gipuzkoa, 2002-2014.



Los meses que presentaron una incidencia más elevada de infecciones por Rotavirus fueron enero, febrero y marzo que agruparon al 90% de casos.

Durante el periodo comprendido entre 1994 y 2014 se ha realizado seguimiento de los aislamientos correspondientes a los tres enteropatógenos más frecuentemente registrados en el SIM y se presentan en el gráfico 2.29. A partir de la semana 6 de 2014, el Servicio de Microbiología del HUD notifica los *Norovirus* y en las 45 semanas de vigilancia se han declarado 664 resultados positivos. Esta cifra supera a los aislamientos de *Salmonella* y Rotavirus de 2014.

Gráfico 2.29. Número de aislamientos de *Salmonella*, *Campylobacter* y Rotavirus por año. SIM. Gipuzkoa, 1994-2014



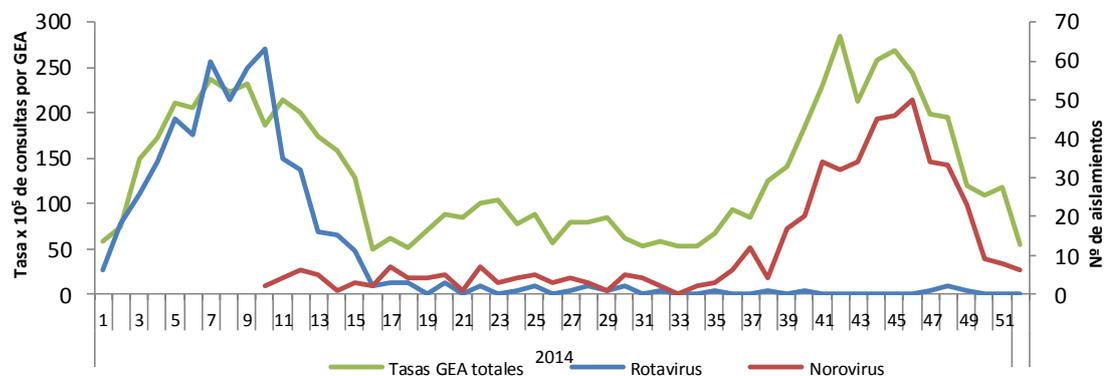
Vigilancia sindrómica

En 2014 se estableció un sistema de vigilancia de las consultas pediátricas en AP por GEA en la Comarca Gipuzkoa a través de Osabide. También se vigiló la enfermedad pie-mano-boca. Para la vigilancia de ambos procesos, además, se utilizó como fuente de información el Sistema de Información Microbiológica en el que participan los laboratorios de microbiología de los hospitales públicos de Gipuzkoa.

Gastroenteritis agudas

Durante el año 2014 se registraron 4.161 consultas de GEA en la población pediátrica de la Comarca Gipuzkoa; El 54,2% se dio en el grupo de 0 a 2 años y el 55,3% del total fueron hombres. Como queda reflejado en el gráfico, se presentaron dos ondas epidémicas: una de enero a abril correspondiente a la epidemia anual de *Rotavirus* y otra de septiembre a diciembre correspondiente a circulación de *Norovirus*. En la primera onda epidémica, los picos máximos se alcanzaron en las semanas 7 y 11 y el grupo de edad de 0 a 2 años llegó a alcanzar una tasa de 717,19 consultas por 10^5 menores de 2 años. En la segunda curva, el pico máximo se alcanzó la semana 45 y el grupo de edad de 0 a 2 años llegó a alcanzar una tasa máxima de 817,19 consultas por 10^5 menores de 2 años.

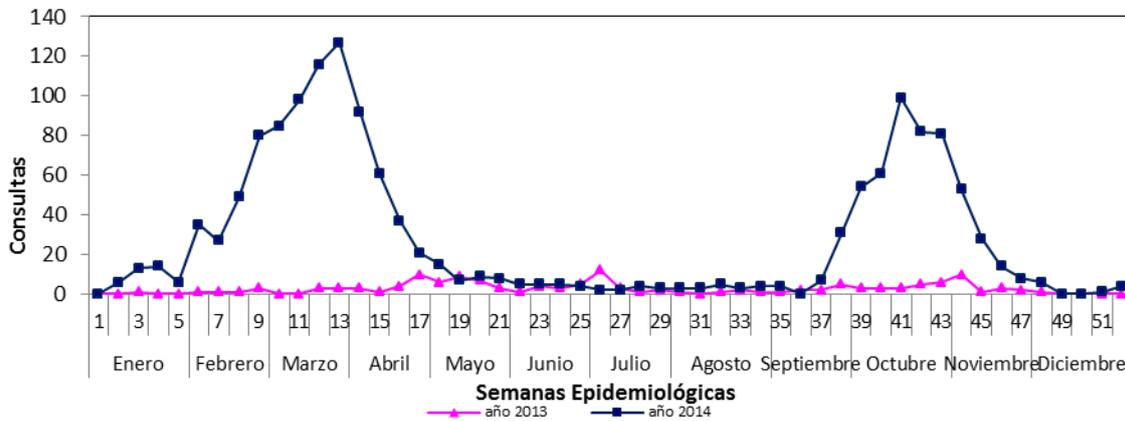
Gráfico 2.30. Tasas de consultas por GEA (Osabide) y número de aislamientos de Rotavirus y Norovirus (SIM) en Gipuzkoa. Edad pediátrica 2014.



Síndrome pié-mano-boca

Durante 2014 se atendieron en consultas de pediatría de AP de la Comarca Gipuzkoa 1.499 casos de SPMB y en el año 2013 fueron 139. El 82% de casos se dio en el grupo de 0 a 2 años y el 56,1% fueron hombres. Se identificaron dos ondas epidémicas con similar intensidad (tasas máximas: 817,6 y 743,6). Se detectó enterovirus en 74 de los 81 pacientes en los que se analizaron muestras, siendo EV 71 predominante en la primera onda epidémica (35,4%) y Coxsackie A6 en la segunda (65,4%). Se informó a la red asistencial y escolar de las medidas de control. Ningún niño precisó de ingreso hospitalario.

Gráfico 2.31. Consultas por Síndrome pié mano boca en Atención Primaria. OSABIDE. Comarca Gipuzkoa 2013-2014



Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH)

Durante el año 2014 se declararon en Gipuzkoa dos casos de EETH. Un caso que falleció pero no se realizó la autopsia, compatible con ECJ esporádico probable, y un segundo caso de 38 años de edad que clínicamente es un ECJ esporádico que está en seguimiento.

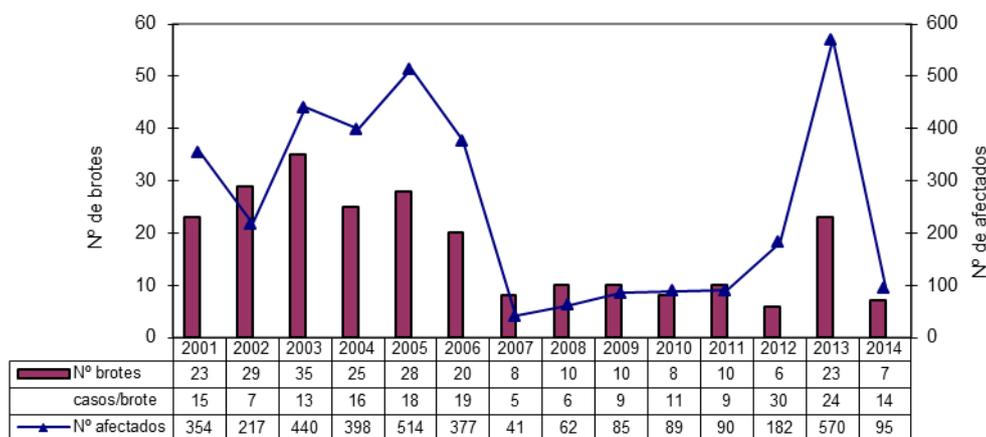
Además, continúa en vigilancia otro caso que se notificó en diciembre de 2013.

3.- Brotes

Brotos de toxi-infección alimentaria

Durante el año 2014 se notificaron 8 brotes de origen hidro-alimentario (tabla 3.1). El número total de personas afectadas como consecuencia de estos brotes ha sido de 101, de los que 5 (14,6%) han sido hospitalizados. Con respecto al año anterior, ha disminuido tanto el número de brotes declarados como el número de afectados por brote.

Gráfico 3.1. Número de brotes de toxi-infección alimentaria por año. Gipuzkoa, 2001-2014



El número de expuestos encuestados fue de 371, con un rango por agrupación de 2 a 182 personas. En total se afectaron 108 personas. Las tasas de ataque quedan reflejadas en la tabla. El primer brote se notificó en mayo y 5 de los 7 brotes se produjeron en el mes de julio.

El agente causal se identificó en 7 brotes, en 2 fue *Salmonella* enteritidis, en 2 *Salmonella* Newport, en otros 2 *Clostridium perfringens* y en uno, *E. Coli* O157. Un brote fue por intoxicación histamínica.

Tabla 3.1. Brotes de toxiinfección alimentaria. Gipuzkoa, 2014

Brote	Mes	Localidad	Lugar suceso	Nº expuestos	Nº afectados (Tasa Ataque)	Cultivo positivo	Nº ingresos	Fuente	Agente causal
1	Mayo	Donostia	Prisión	182	69 (37,9%)	8	0	Ensaladilla	<i>Clostridium perfringens</i>
2	Julio	Donostia	Restaurante	137	18 (13,1%)	0	0	Desconocido	Desconocido
3	Julio	Alegia	Domicilio	4	4 (100%)	3	1	Agua	<i>E. Coli</i> O157
4	Julio	Errenteria	Restaurante	23	8 (34,8%)	5	0	Desconocido	<i>Salmonella</i> Newport
5	Julio	Donostia	Domicilio	4	3 (75%)	2	1	Huevo	<i>Salmonella</i> enteritidis
6	Julio	Donostia	Bar	14	6 (43%)	Histamina	0	Bonito	Histamina
7	Agosto	Donostia	Bar	2	2 (100%)	2	2	Huevo	<i>Salmonella</i> enteritidis
8	Septiembre	Donostia	Restaurante	5	4 (80%)	1	1	Desconocido	<i>Salmonella</i> Newport

Brote por salmonella Newport

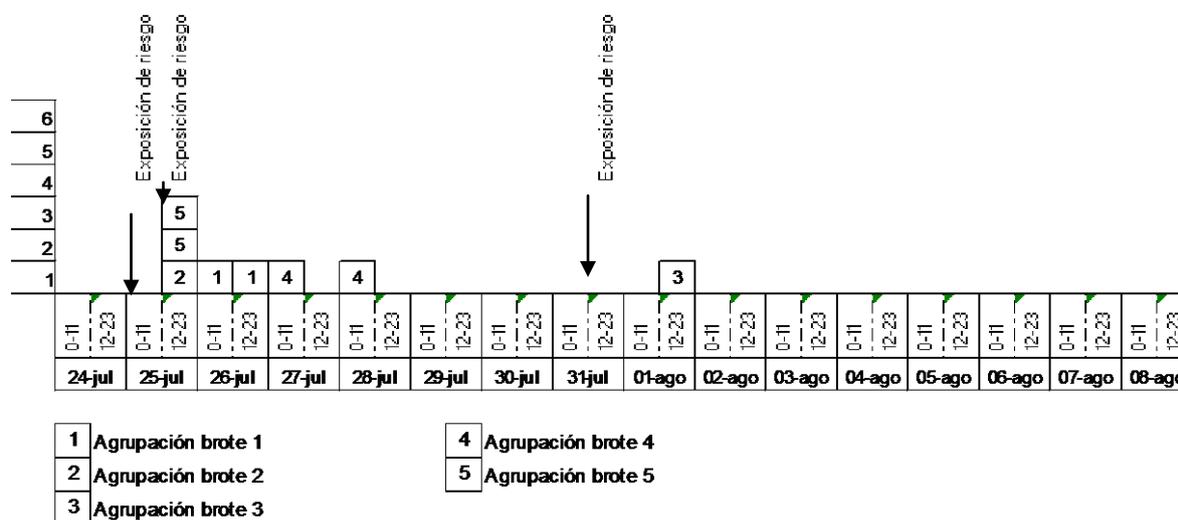
El día 6 de agosto, el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Donostia (HUD) comunicó la existencia de 5 aislamientos de *Salmonella* Newport en los últimos 10 días correspondientes a personas de distinta edad y de diferentes localidades de Gipuzkoa.

Con el fin de confirmar el brote, identificar la fuente de infección y establecer las medidas de control se contactó con los casos y se recogió información epidemiológica de 23 expuestos. Se notificó la situación a Sanidad Alimentaria de la Subdirección de Salud Pública para contactar con los técnicos de Salud Pública de Comarca Bidasoa y el laboratorio de Salud Pública de Gipuzkoa.

Los 23 expuestos correspondían a 5 agrupaciones diferentes, que comieron en un mismo restaurante los días 24, 25 y 31 de julio. En total enfermaron 8 (tasa de ataque 34,8%), 6 mujeres y 2 hombres con un rango de edad de 15 meses a 59 años. Todos los casos presentaron diarrea y fiebre y ninguno precisó de ingreso.

La encuesta alimentaria no discriminó a ningún alimento como fuente de infección. Sin embargo, la investigación ambiental detectó algunas deficiencias en las instalaciones y de los coprocultivos realizados a 15 manipuladores, dos fueron positivos a *Salmonella* Newport. La curva confirmó la existencia del brote y presenta un patrón epidémico de fuente común intermitente.

Gráfico 3.2. Curva epidémica por fecha de inicio de síntomas. Gipuzkoa, agosto de 2014



La coordinación entre Sanidad Alimentaria de la Subdirección de Salud Pública, Salud Pública de Comarca Bidasoa, el laboratorio de Salud Pública de Gipuzkoa y la Unidad de Epidemiología permitió la caracterización del brote. Y, una vez adoptadas las medidas de control (control de manipuladores y reparación de las deficiencias), la finalización del mismo.

Brote de diarrea por *Escherichia coli* O157

El día 11 de julio de 2014, el Servicio de Microbiología del HUD, comunicó a la Unidad de Epidemiología la existencia de 4 aislamientos de *E. coli* O157 en las 2 últimas semanas. De los 4 aislamientos, 1 correspondía a un residente de la localidad de Azkoitia y los otros 3 a 3 hermanos residentes en Alegia.

Con el propósito de identificar la fuente de infección y establecer las medidas de control, se realizaron las encuestas epidemiológicas y se notificó la situación a Sanidad Alimentaria de la Subdirección de Salud Pública para contactar con los técnicos de Salud Pública de Comarca Tolosa-Goierri y el laboratorio de Salud Pública de Gipuzkoa.

Según la información recogida en las encuestas se identificó un caso esporádico y un brote familiar.

El brote familiar agrupaba a 4 miembros de una misma familia, 3 fueron confirmados por clínica y laboratorio y el cuarto se diagnosticó por clínica y nexo epidemiológico. Los casos correspondían a una mujer y 3 hombres de 40, 39, 5 y un año de edad. El primer caso inició síntomas el día 1 de julio y los otros 3 el día 8. La clínica que presentaron fue, diarrea y dolor abdominal y los 3 coprocultivos que se realizaron fueron positivos para *E. Coli* O157.

Según la información recogida en la encuesta, la fuente posible de exposición pudo ser la utilización de agua de manantial (no apta para consumo) que la familia refería que utilizaban solamente para las tareas domésticas y lavado de alimentos.

El estudio ambiental confirmó que el abastecimiento de agua en el domicilio no correspondía a la red pública y los resultados microbiológicos confirmaron la existencia de contaminación microbiológica en el agua y el aislamiento de *E. Coli* O157.

Brote de intoxicación histamínica

El día 27 de agosto de 2014, una particular comunicó a la Unidad de Epidemiología la presentación de síntomas compatibles con intoxicación histamínica en 4 personas que habían participado en una comida. La comida la habían celebrado el día 26 en un restaurante de Donostia.

Las encuestas confirmaron la situación y se informó a Sanidad Alimentaria de la Subdirección, al laboratorio de Salud Pública y a la Sección de Sanidad Alimentaria y Zoonosis del Ayuntamiento de Donostia.

Definición de caso: persona que participó en la comida del día 26 de julio en el restaurante A de Donostia y presentó durante las 12 horas siguientes 1 o más de los siguientes síntomas: hormigueo y ardor circunmoral, rubor facial, vómitos, diarrea, palpitaciones, mareos, erupción cutánea.

El número de expuestos fue 14, de los que enfermaron 6 (tasa de ataque 43%). Se trataba de 12 adultos de edades comprendidas entre 38 y 76 años y 2 niños de 8 y 9 años. La exposición de riesgo fue en una comida celebrada a las 14:30 del día 26 de julio.

El primer caso empezó con sintomatología el mismo día 26 de julio a las 15:30 horas y el último caso ese mismo día a las 16:30 horas (periodo de incubación entre 1:00 y 2:00 horas). La sintomatología fue: rubor, ardor, cefalea, prurito, erupción cutánea y 3 de los 4 casos presentaron diarrea aguda. 2 de los casos recibieron asistencia sanitaria y la evolución del proceso en los 6 afectados ha sido favorable.

El menú servido a los adultos consistió en: espárragos, pisto con huevo, ensaladillas rusas, ensalada mixta, pechugas de pollo rebozadas, merluza, redondo en salsa y 4 raciones de bonito en salsa. El menú infantil fue de fritos variados y costilla.

El análisis de los datos de alimentos consumidos y enfermedad identificó una asociación positiva para el bonito (OR: 28; IC 95% 1,35-580,63). El análisis cuantitativo de histamina de la muestra de bonito analizada dio un resultado positivo de 2090 mg/kg histamina.

La Investigación ambiental observó factores que podían predisponer a la aparición del brote. Una vez determinados estos factores se tomaron las medidas de control para evitar nuevos brotes.

Casos de anisakiasis atendidos por los servicios sanitarios de Osakidetza en Gipuzkoa

Durante el mes de mayo se realizó la vigilancia de anisakiasis en la CAPV.

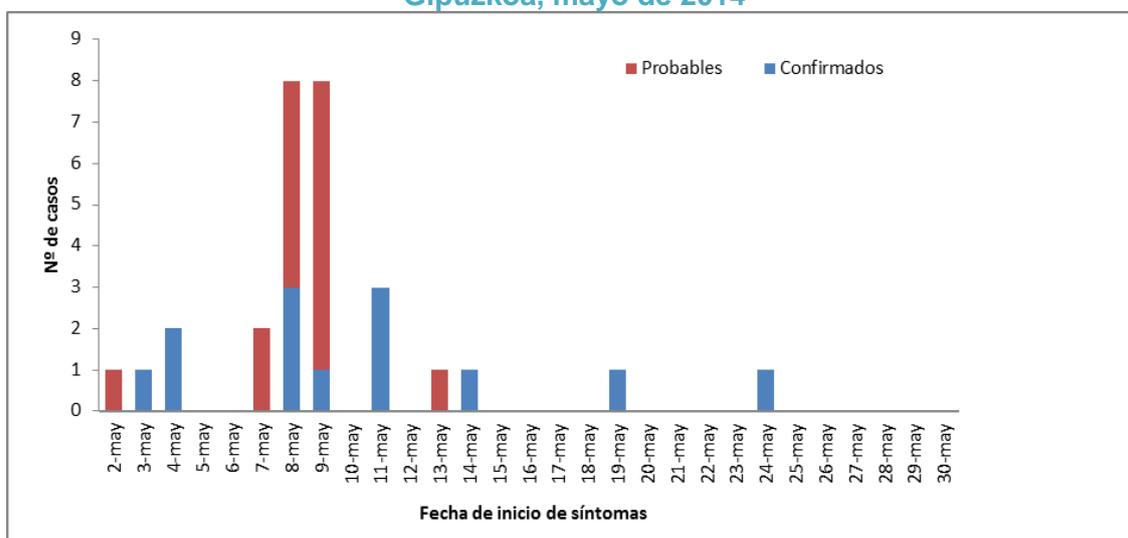
Desde las Unidades de Epidemiología de las Subdirecciones de Salud Pública se contactó con los Servicios de Urgencias hospitalarias y extrahospitalarias, Servicios de Digestivo, Servicios de Medicina Preventiva y Dirección Médica. Se les informó sobre el riesgo de anisakiasis en la población y sobre la necesidad de recoger la información pertinente para poder hacer una valoración del problema.

En Gipuzkoa, el primer caso se presentó el 2 de mayo y el último el 24. En total se registraron 29 casos, 13 confirmados por visualización del anisakis y/o IgE y 16 por clínica. El 38% (11 casos) eran hombres y el 62% (18 casos) mujeres. El rango de edad fue de 15 a 76 años, con una mediana de 46 años.

La clínica más frecuente que presentaron fue: dolor abdominal (93% de los casos), seguido de vómitos (34,5% de los casos). La totalidad de los afectados precisó atención médica y el 34,5% (10 afectados) requirió ingreso hospitalario.

En el siguiente gráfico se representa la frecuencia de los casos presentados en Gipuzkoa según fecha de inicio de síntomas.

Gráfico 3.3. Curva epidémica por fecha de inicio de síntomas. Gipuzkoa, mayo de 2014



Todos los casos presentaban el antecedente de ingesta de anchoa cruda sin congelación previa. Dado que el consumo de anchoa marinada es un hábito en nuestra población, se insistió en las siguientes medidas preventivas:

- 1 Adquirir los pescados preferentemente eviscerados y, en su defecto, eliminar las vísceras lo antes posible. En el caso de merluza, además, eliminar las faldas o ventrescas si están parasitadas y consumir preferentemente las colas y lomos.
- 2 Mantener la cadena del frío.
- 3 Consumir el pescado suficientemente cocinado de forma que se alcance la temperatura de 65°C en el interior de la pieza.
- 4 En el caso de consumo de merluzas grandes y de pescados que se vayan a consumir crudos o marinados preparados de forma casera, someterlos a congelación un mínimo de 24 horas a -20°C o congelarlo al menos 48 horas si no se conoce la temperatura de máxima congelación del frigorífico.

Descripción epidemiológica de otros brotes

Brotos de GEA por Norovirus

En 2014 entre los meses de septiembre y noviembre se declararon 4 brotes por Norovirus, 3 se dieron en centros gerontológicos y 1 en una escuela, coincidiendo con circulación de Norovirus en la población general.

Gráfico 3.4. Curva epidémica 1 por fecha de inicio de síntomas. Gipuzkoa septiembre de 2015

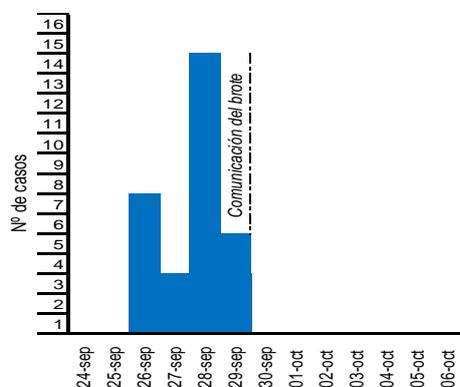
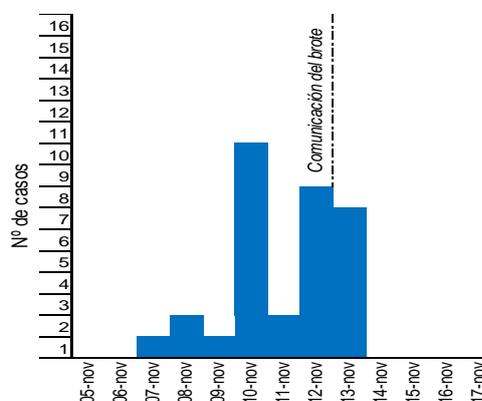


Gráfico 3.5. Curva epidémica 2 por fecha de inicio de síntomas. Gipuzkoa noviembre de 2015



El brote 1 ocurrió a finales de septiembre en un centro gerontológico de Irún que atiende a 68 residentes repartidos en 4 áreas y 15 personas que acuden al centro de día, y en el que trabajan 54 personas. La tasa de ataque entre los residentes fue del 36,8% (25 afectados), en el centro de día fue del 26,7% (4 afectados) y entre los trabajadores del 3,7% (2 afectados). En cuanto a las manifestaciones clínicas, el 96,6% presentó diarrea, el 37,9% vómitos y el 13,9% fiebre; con una duración mínima de 1 día y máxima de 4. De las 4 muestras de heces analizadas, 3 fueron positivas a Norovirus. La evolución del brote por inicio de síntomas queda reflejada en la curva epidémica 1. Ningún caso precisó ingreso hospitalario. El mecanismo de transmisión fue de persona a persona.

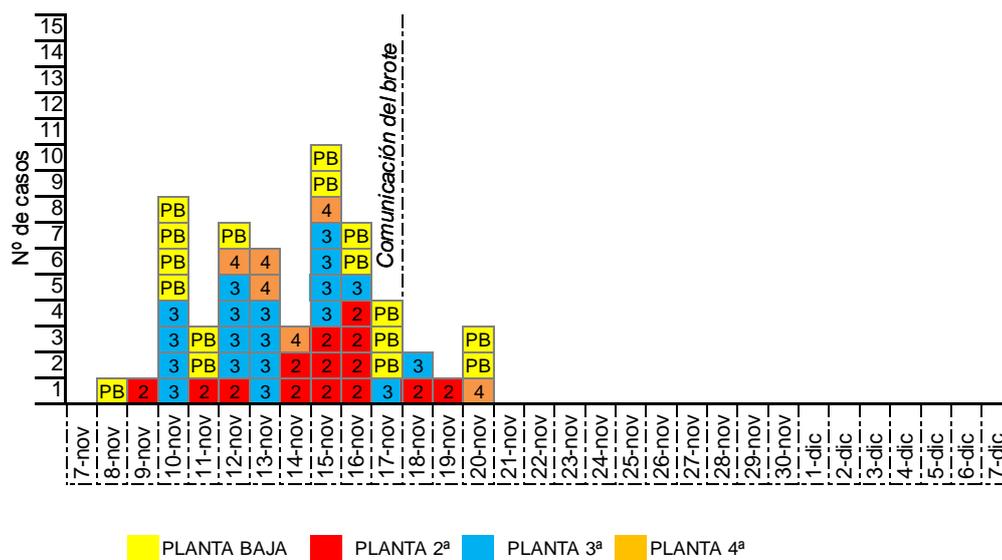
El brote 2 se dio a principios de noviembre en una residencia de Azkoitia que aloja a 75 residentes y a 15 personas que acuden al centro de día. La tasa de ataque fue del 41,3%

(31 residentes). En relación a las manifestaciones clínicas, el 90,3% presentó diarrea y el 12,9% vómitos. Las 5 muestras de heces analizadas fueron positivas a Norovirus. La evolución de la enfermedad fue favorable a excepción del caso de un enfermo pluripatológico que falleció. La evolución temporal del brote se refleja en la curva epidémica 2. El mecanismo de transmisión fue de persona a persona.

El brote 3 se presentó el mes de noviembre en un centro escolar de Bergara. A este centro asisten un total de 524 alumnos repartidos en dos edificios (Educación Infantil con 10 aulas para niños de 2 a 5 años y Educación Primaria con 18 aulas para niños de 6 a 11 años) y en él trabajan 52 profesores. La tasa de ataque fue del 14,1%. Los afectados presentaron vómitos que remitían en 24h. El coprocultivo realizado a un enfermo fue positivo a Norovirus. La evolución de todos los casos fue favorable y ninguno precisó ingreso hospitalario. El mecanismo de transmisión fue de persona a persona.

El brote 4 se extendió a lo largo del mes noviembre en una residencia de Andoain que aloja a 94 residentes repartidos en 4 plantas. La tasa de ataque fue de 60,6% (57 residentes). El 84,2% presentaron diarrea, el 52,6% vómitos y el 20,7% fiebre. 7 residentes precisaron ingreso hospitalario y la evolución fue favorable para todos los casos. La evolución por inicio de síntomas se indica en la curva epidémica 3. El mecanismo de transmisión fue de persona a persona.

Gráfico 3.6. Curva epidémica por fecha de inicio de síntomas. Gipuzkoa, noviembre de 2014.



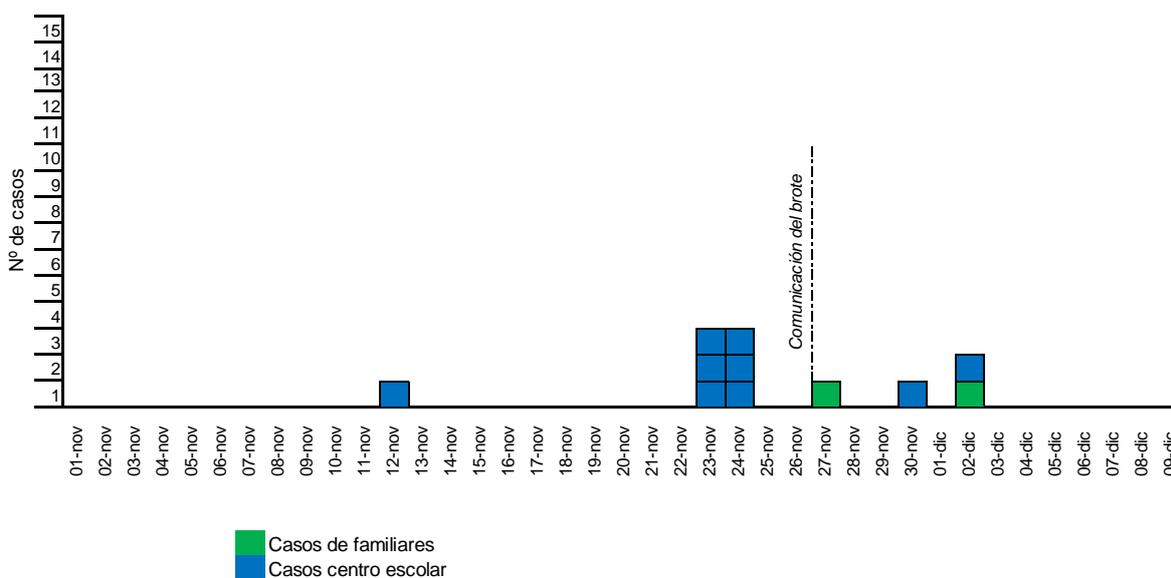
En los 4 brotes, una vez conocida la existencia del brote, se intensificaron las medidas higiénicas y se establecieron las medidas de control pertinentes.

Brote por *Shigella sonnei* en un centro escolar

En noviembre de 2014, el servicio de Microbiología del HUD notificó a Epidemiología la existencia de 3 aislamientos de *Shigella sonnei* que correspondían a 3 niños de un mismo centro escolar de la Comarca Donostialdea. El centro escolar acoge a 539 alumnos de 2 a 12 años de edad y 48 profesores. En total 11 personas cumplieron con la definición de caso, 10 fueron confirmados por coprocultivo positivo para *Shigella* y 1 probable. De los 11 afectados, 8 eran alumnos, 2 familiares y 1 educador. Los 8 escolares tenía entre 3 y 5

años. Todos los casos presentaron diarrea aguda y fiebre y 4 presentaron vómitos. La totalidad precisó atención médica y 2 ingreso hospitalario. Todos evolucionaron de forma satisfactoria. La presentación de los casos por inicio de síntomas queda reflejada en la curva epidémica. El origen del brote fue un escolar enfermo y la transmisión persona a persona.

Grafico 3.7. Curva epidémica por fecha de inicio de síntomas. Gipuzkoa, noviembre de 2014.



A todos los casos se les trató con antibioterapia y se recomendó la exclusión escolar/laboral hasta presentar un coprocultivo de control negativo. Tras el conocimiento de la existencia del brote, el rápido establecimiento de estrictas medidas de higiene en la escuela, la colaboración de las familias y docentes y la atención de los profesionales sanitarios permitieron el inmediato control del mismo.

Descripción epidemiológica de otros brotes

Brote de neumonía en un hospital psiquiátrico de Gipuzkoa

El día 31 de octubre de 2014, un médico del Centro de Salud de Arrasate comunicó a la Unidad de Epidemiología que en las últimas 3 semanas había diagnosticado d neumonía 3 adultos, los 3 eran trabajadores del mismo hospital psiquiátrico. Con el fin de conocer las características del brote, evolución, agentes etiológicos e implantar las medidas de control pertinentes, se recogió información de los casos de neumonía notificados y una vez confirmada la agrupación, se contactó con la red asistencial de la OSI Alto Deba y con el médico del centro hospitalario para la monitorización de los nuevos casos. Se contactó con el Servicio de Microbiología del H. Alto Deba para la coordinación y procesamiento de las muestras clínicas.

El hospital cuenta con 283 camas distribuidas en 5 edificios y 6 unidades diferentes y algunos espacios que son compartidos por todos los pacientes.

Se estableció la siguiente definición de caso:

Caso posible: residente, trabajador o conviviente del centro San Juan de Dios de Arrasate que entre el 25 de septiembre y el 10 de diciembre presentaba un cuadro respiratorio de

inicio insidioso caracterizado por: fiebre inferior a 39 ° C, estado general conservado, tos irritativa, síntomas asociados como cefalea y mialgias y con auscultación con crepitantes y o sibilancias.

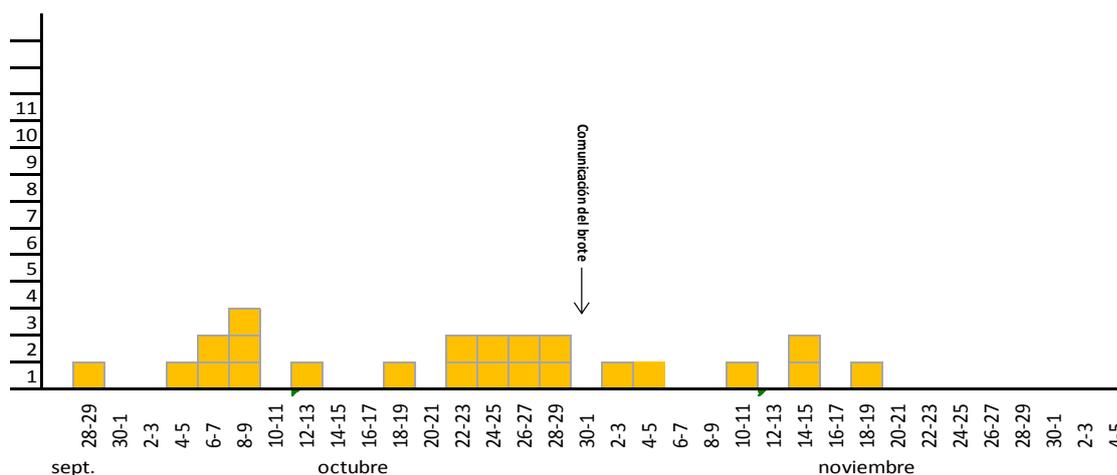
Caso probable: igual que el posible pero con radiología que predominase infiltrado intersticial.

Caso confirmado: igual al probable con PCR + para *Mycoplasma* y/o serología positiva.

En total 24 personas cumplieron la definición de caso: 4 fueron confirmados por PCR positivo para *Mycoplasma pneumoniae* y/o serología positiva, 12 fueron posibles y 8 probables. De los 24 casos, 14 afectados eran residentes, 7 trabajadores y 1 familiar; 9 eran mujeres y 15 hombres, con edades comprendidas entre 36 y 90 años. Las manifestaciones clínicas predominantes fueron tos persistente y fiebre moderada (<39°C). El estudio radiológico que se realizó a 10 casos confirmó neumonía en 9. Los resultados microbiológicos de los frotis faríngeos que se realizaron a 16 casos confirmaron la existencia de *Mycoplasma pneumoniae* en 4, *Rhinovirus* en 1 y *Parainfluenzae4* en 1. Los resultados serológicos no fueron concluyentes.

En la curva epidemiológica se presentan los casos por fecha de inicio de síntomas. Esta curva confirma la existencia del brote y orienta hacia una transmisión persona a persona.

Gráfico 3.8. Curva epidémica por fecha de inicio de síntomas. Gipuzkoa, Septiembre de 2014



Como medidas de control se recomendó al centro asistencial la aplicación de las medidas para evitar la transmisión por gotas que resultó efectiva al lograr el control del brote y evitar la aparición de casos nuevos.

Conclusión

Agrupación de casos de neumonía que afectó a residentes y trabajadores de un hospital psiquiátrico, en la que había implicados diferentes agentes causales, aunque probablemente la mayoría de los casos se asocian a una infección por *Mycoplasma pneumoniae*. La coordinación entre el médico del hospital, los médicos de la red asistencial de la OSI Alto Deba, el Servicio de Microbiología y la Unidad de Epidemiología permitió la caracterización del brote, el establecimiento de las medidas de control y la finalización del mismo.

Agrupación de casos de queratitis química

El día 6 de marzo de 2014, un médico del Centro de Salud de Tolosa comunicó a la Unidad de Epidemiología la existencia de una persona diagnosticada por un oftalmólogo de "Causticación anterior del ojo bilateral". La paciente refirió que la sintomatología inició tras la aplicación de crema Alpino negra en la cara.

Desde la Unidad se contactó con los médicos del Centro de Salud de Tolosa y se recogió información sobre la existencia de 4 personas que consultaron por patología ocular relacionada con exposición a maquillaje. Se informó de la situación a la Unidad de Sanidad Ambiental de la Subdirección de Salud Pública y Adicciones de Gipuzkoa.

Los 4 afectados correspondieron a 4 mujeres de 29 a 35 años que fueron diagnosticadas por un oftalmólogo de queratitis. El inicio de síntomas fue entre los días 2 y 4 de marzo (fiestas de carnaval) y las 4 se habían aplicado en la cara maquillaje Alpino comprado en el mismo establecimiento previamente al inicio de los síntomas. Las 4 presentaron buena respuesta al tratamiento farmacológico.

La Unidad de Sanidad Ambiental se puso en contacto con los técnicos de la Comarca Tolosa-Goierri y llevaron a cabo la investigación ambiental, la recogida de muestras de maquillaje y la paralización de la venta del producto. El informe elaborado se remitió a la dirección de Salud Pública de la CAPV y al tratarse de un producto de cosmética, a través del departamento de Farmacia, se tramitó la alerta nacional correspondiente.

4.- Vacunaciones

Durante 2014, se ha iniciado un plan de formación en vacunación dirigido a los profesionales que tienen que desarrollar las diferentes recomendaciones vacunales desde los centros de Osakidetza. Las nuevas recomendaciones vacunales dirigidas a la población que presenta algunos problemas de salud requieren la formación específica en este tema de profesionales de diferentes ámbitos: pediatría, adulto, atención primaria y especializada.

Durante 2014 se han llevado a cabo cursos en Comarca Gipuzkoa y OSI Bidasoa:

- Registro de datos vacunales en Osabide
- Taller de vacunación para matronas
- Taller de vacunación en el adulto



Se ha elaborado, conjuntamente con profesionales de la Comarca Gipuzkoa de Osakidetza, un Manual para el registro de vacunas en Osabide que sirva de guía a los profesionales para minimizar el riesgo de registrar erróneamente datos vacunales en la historia clínica de Osabide.

Al mismo tiempo se han desarrollado diferentes formularios de registro que facilitan el manejo de los diferentes DBP vacunales según el tipo de vacunación a realizar.

Vacunación Infantil

Coberturas vacunales del Programa de Vacunación sistemática

Se ha utilizado una estimación por el método administrativo a partir de las dosis distribuidas a los centros sanitarios. Como denominador, se ha utilizado la población del registro de recién nacidos de la CAPV susceptibles de vacunación para cada dosis según su fecha de nacimiento y según el calendario vacunal vigente.

Tabla 4.1: Vacunación infantil: coberturas. Gipuzkoa 2014.

Dosis calendario vacunal	%	(IC 95%)
DTPa+P+Hib+HB+mening.C 1	95,0	94,5-95,5
DTPa+P+Hib+HB+mening.C 2	95,0	94,5-95,5
DTPa+P+Hib+HB 3	94,5	94-95,1
mening.C 3	98,1	97,7-98,4
TV1	94,9	94,4-95,4
DTPa+P+Hib 4	99,0	98,2-98,8
TV2	90,7	90-91,3
dTpa	89,9	89,2-90,6
Varicela*	14,4	13,6-15,2
Td 16 años	89,5	88,7-90,3

*Estimado a partir de l % de susceptibles que indica la I Encuesta de Seroprevalencia de la CAPV.

Tabla 4.2: Evolución de las coberturas vacunales estimadas. Gipuzkoa 2006-2014.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012	2013	2014
BCG ⁽³⁾	90,5	93,4	97,4	96	91,6	92,4	92,4	92,4	-	-
DTP+Po+Hib +mening. C1	93,7	92,6	97,7	100	95,3	94,4	93,7	93,7	93,0	95,0
DTP+Po+Hib +mening. C 2	94,3	93	97,1	99,9	96	94,1	93,1	93,1	91,3	95,0
DTP+Po+Hib +mening. C 3	91,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DTP+P+Hib+HB3 ⁽¹⁾	-	92,3	96	98,3	96,6	94,3	92,2	92,2	90,3	94,5
Meningococo C 3 ⁽¹⁾	-	93,6	99,7	99,8	95,3	92,8	92,2	92,2	92,3	98,1
TV1	98,9	96,7	97,8	99,5	97,1	90,7	97,6	97,6	93,2	94,9
DTP+Po+Hib 4	93,2	99,5	93	98,3	96,3	92,6	94,2	94,2	96,7	99,0
TV2	90,2	100	95	90,3	98,2	92	95,5	95,5	90,2	90,7
DTPa ⁽²⁾	87,9	94,1	94,8	98,5	90,5	89,8	91,3	91,3	98,5	89,9
VARICELA	5,8	11	7,2	13,3	15,3	13	21,3	21,3	12,2	14,4
Td 16 a	71,8	nc	65,7	89,5						

(1) Desde marzo de 2006

(2) A partir de 2013 se utiliza dTpa

(3) Eliminada del Calendario desde 2013

Vacunación contra el VPH en escolares. Curso 2013-2014

Se vacunaron 2.739 niñas con las tres dosis, alcanzado una cobertura de 86,9%, algo inferior al año anterior. El rechazo a esta vacunación está aumentando ligeramente en los últimos años y nos situamos en un 10,5% de la cohorte de niñas susceptibles de ser vacunadas.

Tabla 4.3: Vacunación contra el VPH en escolares, según OSI. Gipuzkoa. Curso 2013-14

OSI	Nº niñas	1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	No autoriza	Contr. Médica	Vacunación previa	Otros	Cobertura
ALTO DEBA	289	246	245	242	32	1	9	5	86,9
BAJO DEBA	333	296	292	291	14	4	15	9	91,9
BIDASOA	308	278	276	275	14	4	9	6	92,2
GOIERRI	460	389	388	382	52	1	13	7	85,9
GIPUZKOA	1.873	1.567	1.562	1.549	231	3	50	23	85,4
TOTAL	3.263	2.776	2.763	2.739	343	13	96	50	86,9

Tabla 4.4. Evolución de las coberturas vacunales contra el VPH en escolares. Gipuzkoa cursos 2007-08 a 2013-14.

2007-08	2008-09	2009-10	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14
91,4	93,6	86,4	87,6	88,2	88,4	86,9

Vacunación en adultos

La vacunación en adultos puede dirigirse a toda la población o a grupos de población concretos. En el caso de la vacuna del tétanos, la vacuna Td está dirigida a la protección de toda la población. Otras vacunas, como la vacuna de hepatitis B, Hepatitis A, Neumococo y Rabia se dirigen a grupos de población con mayor riesgo de exposición o mayor riesgo de presentar complicaciones en caso de padecer la enfermedad.

Respecto a la vacunación con Td, este año se han distribuido 25.058 dosis en todo el Área Sanitaria. Además de la vacunación que se realiza en los centros sanitarios de Osakidetza, también se distribuye vacuna a diferentes empresas a través de su servicio médico.

Excepto en el caso de la rabia, sólo disponemos de la información acerca de las dosis distribuidas a los diferentes centros de vacunación.

Durante este año se ha insistido en la importancia de hacer una captación activa de la población que presenta necesidades de vacunación específica por *condiciones* de salud y especialmente en los casos en que está recomendada la administración de las dos vacunas frente al neumococo, la polisacárida 23 valente y la conjugada 13 valente.

Vacunación frente a la rabia

A lo largo de 2014 se han realizado 4 pautas de profilaxis antirrábica post exposición y 58 pre-exposición.

Las pautas pre-exposición se realizaron en 58 casos por viajes a países con riesgo. De las indicaciones realizadas, el motivo el viaje estaba relacionado con la cooperación en el 29% de los casos, con viajes de turismo en el 30,6% y el resto eran viajes por motivo de trabajo o estudios.

El principal destino ha sido el continente asiático. La duración del viaje tenía una mediana de 90 días

Gestión vacunal

Tabla 4.5. Vacunas distribuidas por OSI. Gipuzkoa 2014

	GIPUZKOA	ALTO DEBA	BAJO DEBA	BIDASOA	GOIERRI
BCG	1.360	610	270	420	641
DTP a	8	15	0	7	14
dTpa	2.312	1.148	717	1.050	1.029
DTPa-Hep.B-VPI+Hib	5.110	4.270	1.630	3.390	2.788
DTPa-VPI+Hib	2.237	1.310	470	1.197	1.019
Hepatitis A	846	613	79	402	385
Hepatitis A adulto	110	51	2	45	139
Hepatitis A infantil	0	36	70	121	134
Hepatitis A+B adulto	499	250	110	183	314
Hepatitis A+B infantil		24	2	0	13
Hepatitis B adulto	812	370	245	279	266
Hepatitis B doble carga	8	10	3	2	14
Hepatitis B infantil	162	95	114	93	54
Hib	52	43	53	36	16
Meningococo C	5.040	9	0	6	0
Meningo ACYW135	11	5.528	1.843	3.237	1.800
Neumococo conjugada 13	413	118	177	115	40
Neumococo polisacárida	1.196	1.307	978	895	786
Papiloma	2.287	804	675	1.306	1.799
Rabia	0	15	6	1	4
Td	5.024	3.590	1.814	4.679	3.727
Td-revacunación		0	10	0	0
Triple Virica	3.481	2.915	1.327	2.592	2.103
Varicela	555	321	367	345	449
VPI	160	43	65	69	82

Tabla 4.6. Vacunas distribuidas en el sector privado Gipuzkoa 2014

	PRIVADA	EMPRESA
DTPa-Hep.B-VPI+Hib	920	
DTPa-VPI+Hib	357	
Meningococo C	937	
Triple Virica	708	
Varicela	26	
Td		557

5.- Enfermedades no transmisibles

El Cáncer en Gipuzkoa

El Registro de cáncer de Euskadi (RCEME) recoge información de todos los casos nuevos de cáncer diagnosticados en personas residentes de la CAPV desde 1986. Sus principales fuentes de información son los Registros de Tumores Hospitalarios de Osakidetza y Oncológico. Aportan información todos los centros públicos, concertados y privados que atienden a pacientes con cáncer, centros sanitarios de otras comunidades de nuestro entorno y los boletines estadísticos de defunción. Se registran, todos los tumores malignos invasivos e "in situ", (excepto los carcinomas epidermoides y basocelulares de piel), así como los de malignidad incierta en cuatro localizaciones (vejiga, ovario, sistema nervioso central y tumores carcinoides) y los tumores benignos de sistema nervioso central.

La distribución de los tumores diagnosticados en los hospitales de Gipuzkoa se presenta en la Tabla 5.1, así como el aporte realizado por los centros públicos y privados-concertado al conjunto de datos del RCEME. El mayor número de casos lo aporta el Hospital Donostia, seguido por el Instituto Oncológico. El número total no coincide con el de casos, puesto que pudiera existir un mismo caso que sido notificado por varios centros. Además, se incluyen todos los casos registrados en residentes de la CAPV y en otras regiones de España, atendidos en centros de Gipuzkoa.

Tabla 5.1. Aportes de las distintas fuentes de información de Gipuzkoa al registro de cáncer de Euskadi.

FUENTES	APORTE Tumores
Públicas	
Hospital Alto Deba	179
Hospital Bidasoa	328
Hospital Mendaro	365
Hospital Universitario Donostia	3.016
Hospital Zumárraga	363
Concertadas-Privadas	
Clínica la Asunción	163
Instituto Oncológico	1.575
Policlínica de Gipuzkoa	158
Otras	32

Para el año 2010, se mantiene la calidad de los datos que viene avalada por los indicadores de calidad. Los casos cuya única fuente de información es el certificado de defunción (SCD), se sitúan por debajo del 1% (0,5% en mujeres y 0,3% en hombres) siendo éste uno de los principales indicadores de exhaustividad utilizados. Así mismo, destaca el elevado porcentaje de casos con verificación histológica, muy similar en ambos sexos (92,5 en hombres y 90,5 en mujeres).

Incidencia de cáncer 2011

El año 2011 se registraron 4.120 casos de cáncer nuevos, en residentes de Gipuzkoa, cuya distribución por tipo de cáncer viene detallada en las tablas 5.2 y 5.3. La tasa de incidencia bruta para el 2011 fue de 697,5 por 100.000 personas-año en hombres y 475,2 en mujeres, con una razón incidencia hombres/mujeres, estandarizada por edad, de 1,6.

Tabla 5.2. Incidencia de cáncer por tipo tumoral, hombres de Gipuzkoa 2011

HOMBRES	Casos	Tasas			Edad Media	Calidad (%)	
		TB	TAm	TAe		SCD	VM
Cavidad oral y faringe	95	27,5	16,1	21,6	61,4	0	97,9
Esófago	49	14,2	7,2	10,6	67,8	0	95,9
Estómago	111	32,1	14,5	22,0	70,1	1	97,3
Colon-recto y canal anal	382	110,5	52,7	78,4	69,1	0,3	96,9
Hígado	72	20,8	11,1	15,5	65,4	0	52,8
Vesícula y vías biliares	24	6,9	3,2	4,8	69,7	0	79,2
Páncreas	62	17,9	8,7	12,8	68,9	0	74,2
Laringe	49	14,2	7,9	11,0	63,2	0	100
Tráquea, bronquios y pulmón	340	98,3	49,9	72,3	67,4	0,6	90
Melanoma de piel	45	13,0	7,0	9,8	64,0	0	100
Mesotelioma	8	2,3	1,0	1,5	71,6	0	100
Mama	5	1,4	0,9	1,1	63,8	0	100
Próstata	510	147,5	73,2	106,8	69,2	0,4	96,3
Testículos	22	6,4	5,2	5,8	37,9	0	95,4
Riñón	90	26,0	13,7	19,6	66,2	0	86,7
Pelvis a vejiga urinaria	222	64,2	29,4	44,4	71,0	0	97,7
Encéfalo y SNC	40	11,6	7,5	9,4	59,8	0	75
Glándula Tiroides	18	5,2	3,5	4,5	49,3	0	100
Enfermedad de Hodgkin	11	3,2	3,3	3,2	37,7	0	100
Linfoma no Hodgkin	69	20,0	12,1	15,8	61,1	0	100
Mieloma	21	6,1	2,5	4,0	72,8	0	100
Leucemia y otros S. Hematopo	72	20,8	12,4	15,6	66,0	0	94,4
Otros	95	27,5	13,8	19,8	69,0	1,1	76,8
Todos exc. piel no melanoma	2412	697,5	357,0	510,4	67,3	0,3	92,5

*Tasa por 100.000; TB: Tasa bruta; TAm: Tasa ajustada a la población mundial estándar; TAe: Tasa ajustada a la población europea estándar. SCD: solo certificado de defunción. VM: verificación microscópica

Tabla 5.3. Incidencia de cáncer por tipo tumoral, mujeres de Gipuzkoa 2011

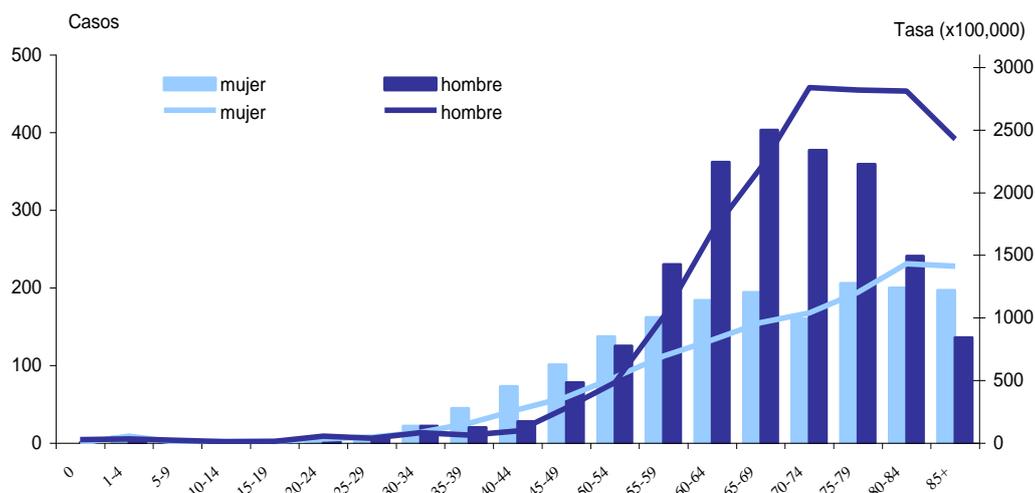
MUJERES	Casos	Tasas			Edad	Calidad (%)	
		TB	TAm	T Ae	Media	SCD	VM
Cavidad oral y faringe	32	8,9	4,7	6,2	64,2	0	100
Esófago	10	2,8	1,2	1,8	66,0	0	100
Estómago	64	17,8	6,9	10,0	71,2	4,7	85,9
Colon-recto y canal anal	262	72,9	29,9	43,5	70,4	0,4	92
Hígado	26	7,2	2,1	3,4	77,1	0	42,3
Vesícula y vías biliares	22	6,1	1,9	3,0	76,0	0	54,5
Páncreas	72	20,0	6,2	9,8	74,9	0	54,2
Laringe	3	0,8	0,5	0,7	61,3	0	100
Tráquea, bronquios y pulmón	100	27,8	13,9	19,8	65,5	3	86
Melanoma de piel	54	15,0	7,9	10,5	62,3	0	100
Mesotelioma	4	1,1	0,5	0,7	71,0	0	100
Mama	420	116,9	65,5	87,5	60,8	0	99,8
Cuello uterino	31	8,6	5,0	6,7	57,8	0	100
Cuerpo uterino y útero	90	25,0	11,7	16,7	68,6	1,1	98,9
Ovario	48	13,4	7,9	10,3	58,7	0	97,9
Riñón	43	12,0	5,2	7,6	68,5	0	81,4
Pelvis a vejiga urinaria	58	16,1	5,4	8,2	74,4	0	91,4
Encéfalo y SNC	35	9,7	3,9	5,6	69,8	0	51,4
Glándula Tiroides	70	19,5	13,9	17,1	51,4	0	98,6
Enfermedad de Hodgkin	11	3,1	3,0	3,0	43,0	0	100
Linfoma no Hodgkin	67	18,6	8,6	11,5	68,1	1,5	88,1
Mieloma	24	6,7	2,6	3,9	71,4	0	100
Leucemia y otros S. Hematopo.	75	20,9	11,9	13,9	64,7	0	98,7
Resto	87	24,2	10,1	13,5	71,1	0	80,5
Todos exc. piel no melanoma	1708	475,2	230,4	314,8	66,4	0,5	90,5

*Tasa por 100.000; TB: Tasa bruta; TAm: Tasa ajustada a la población mundial estándar; T Ae: Tasa ajustada a la población europea estándar. SCD: solo certificado de defunción. VM: verificación microscópica

La edad media al diagnóstico fue de 67,3 años en hombres y de 66,4 en mujeres y difiere en las distintas localizaciones tumorales. Así, el cáncer de próstata debutó a la edad de 69 años, mientras que el cáncer de mama en mujeres lo hizo a los 60 años. En el cáncer colorrectal la edad media al diagnóstico fue de 69 en hombres y 70 en mujeres y en el cáncer de pulmón 67 y 65 años respectivamente. Las diferencias son mayores en la edad media en los tumores de hígado.

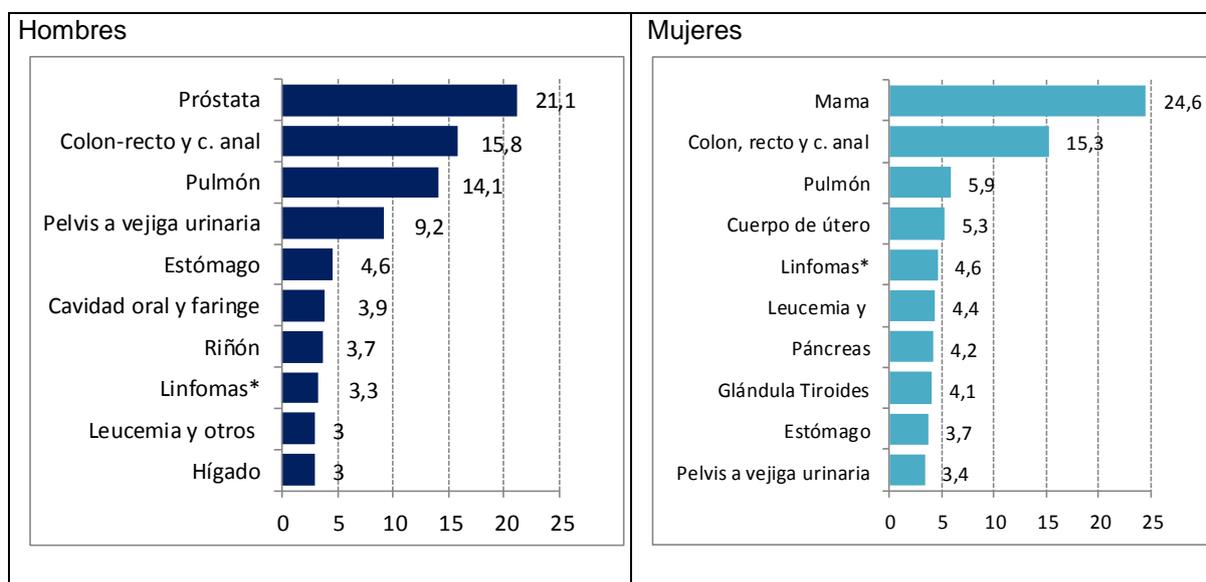
El número de casos y las tasas de incidencia específicas por grupos de edad, van paralelas en hombres y mujeres hasta los 25 años; de 25 a 50 años son mayores en mujeres y a partir de los 50 se disparan en hombres, aumentando la diferencia en casos y tasas específicas por grupos de edad entre hombres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

Gráfico 5.1. Incidencia de cáncer: Casos y tasas (por 100.000) específicas por grupos de edad y sexo, Gipuzkoa 2011.



Los tumores más frecuentes en el año 2011 han sido los de próstata en hombres y los de mama en mujeres seguidos de los tumores colorrectales en ambos. En tercer lugar, se encuentra el cáncer de pulmón tanto en hombres como en mujeres.

Gráfico 5.2. Frecuencia (%) de los diez tumores malignos más frecuentes. Gipuzkoa 2011



*Se incluyen linfomas Hodgkin y no Hodgkin (CIE-10: C81-85, C96)

La distribución de los tipos de cáncer difiere por edad. En población infantil las Leucemias son los tumores más frecuentes mientras que entre los 15 y 29 lo es la enfermedad de Hodgkin seguido de los tumores de testículo en varones y las leucemias en mujeres. En mujeres, a partir de los 30 años y hasta los 70 años el tumor más frecuente es el de mama, seguido del cáncer colorrectal, siendo estos últimos los más frecuentes a partir de los 70. En hombres el cáncer colorrectal ocupa la primera posición entre los 30-49 años de edad, seguido del cáncer de pulmón, siendo los tumores de próstata los más frecuentes a partir de los 50 años seguidos de los de colon y recto.

Incidencia de cáncer 2007-2011

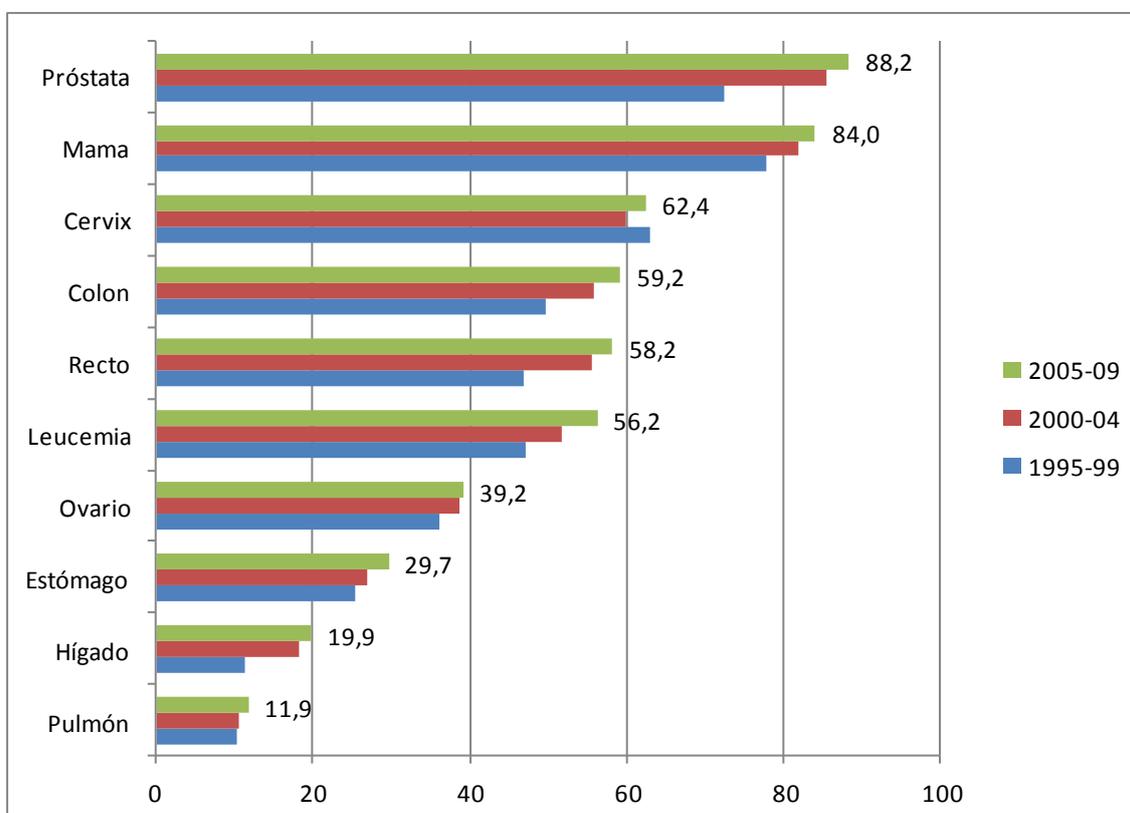
Con los datos más recientes disponibles en el registro de cáncer, se ha elaborado el informe "INCIDENCIA DEL CÁNCER EN LA CAE EN EL PERIODO 2007-2011 Y TENDENCIAS TEMPORALES RECIENTES" que describe la incidencia periodo más reciente, así como su evolución desde el año 2000, tanto de la comunidad como de los tres Territorios Históricos. Y se encuentra disponible en la web del departamento:

http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/IFORME_INCIDENCIA_CANCER_2007-2011.pdf

Supervivencia de cáncer 1995-2009

Se ha publicado recientemente en la revista médica The Lancet un artículo titulado 'Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2), en el que han participado investigadores de países de todos los continentes. En el mencionado artículo, se ha realizado un análisis centralizado de datos procedentes de registros de cáncer poblacionales, entre ellos los de la CAPV. Se presentan aquí, los resultados de supervivencia de cáncer del periodo 1995-2009, en las áreas cubiertas por los registros de cáncer españoles que han participado en CORDORD-2 y que cubren una tercera parte de la población española, y se comparan con los de la CAPV. El artículo completo se puede encontrar en Lancet. 2014. pii: S0140- 6736(14)62038-9.

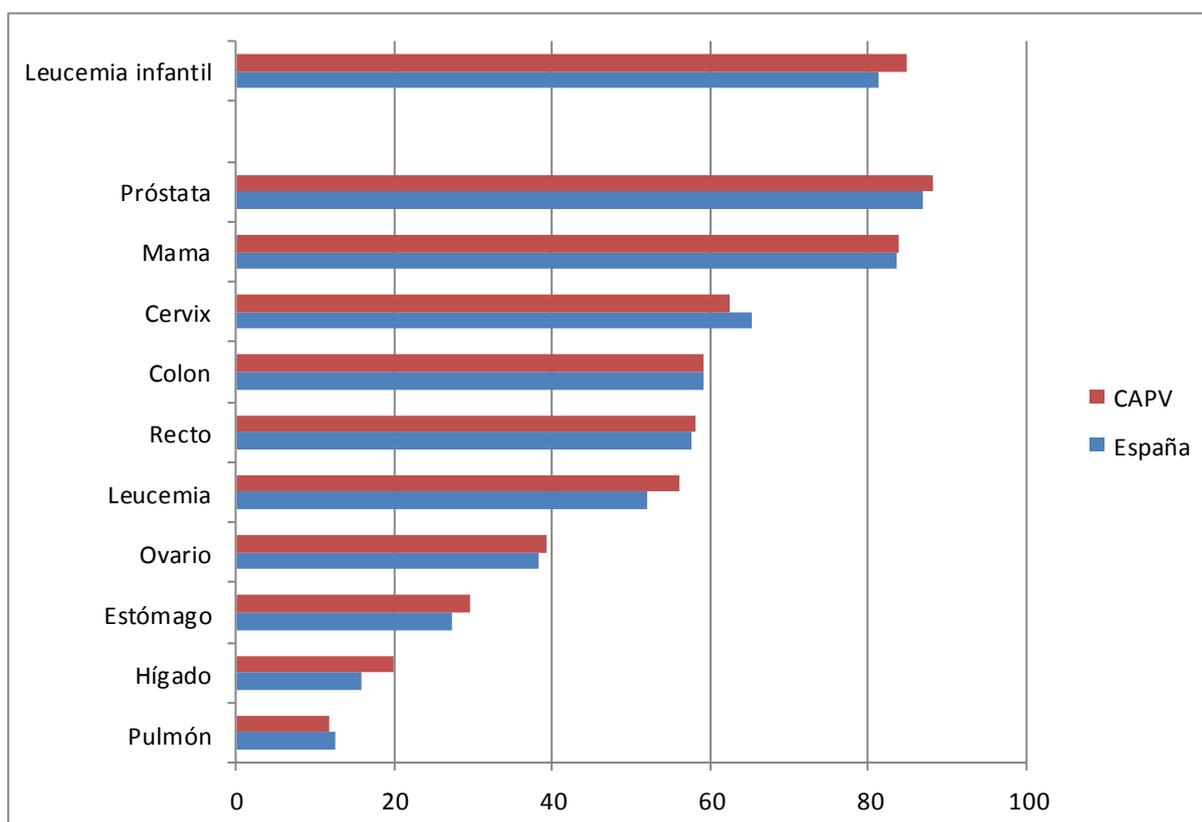
Gráfico 5.3. Supervivencia neta (%) a los 5 años del diagnóstico, estandarizada por edad en adultos (15-99) por tipo de tumor y periodo de diagnóstico. CAPV.



El pronóstico en adultos de los 10 tumores malignos analizados ha mejorado desde 1995 a 2009, tanto en la CAPV (Gráfico 5.4), al igual que en España (no se muestran los datos). Así, el cáncer de colon y recto mejoran de forma notable el pronóstico, mientras que la supervivencia del cáncer de pulmón presenta una progresión ligera, manteniéndose en valores bajos. El cáncer hepático también mantiene cifras desfavorables de supervivencia, pero la mejoría es más notable que en el cáncer de pulmón. El cáncer de mama y el de próstata, son los de mejor pronóstico y los que han experimentado mayores aumentos en la supervivencia a lo largo de los 3 periodos analizados, sobre todo el de próstata. Este cambio es atribuible en gran medida al sobrediagnóstico, consecuencia del aumento en la utilización de pruebas de diagnóstico precoz del cáncer de próstata.

La supervivencia observada en la CAPV en el periodo más reciente estudiado es similar a la media de la de los registros españoles (Gráfico 5.4), si bien, se puede observar cifras algo superiores en leucemia infantil y en adultos y en cáncer de hígado, y algo inferior en cáncer de cérvix.

Gráfico 5.4. Supervivencia neta (%) a los 5 años del diagnóstico, estandarizada por edad en adultos (15-99) por tipo de tumor y leucemia en población infantil (0-14 años). Registros de cáncer españoles y CAPV, 2005-09.



El cáncer en la población infantil y adolescente de Gipuzkoa

Se han registrado un total de 195 tumores malignos en niños y adolescentes en el periodo 2003-2011 (media de 21,7 casos anuales), que supone una tasa bruta anual de 176,8 por 1.000.000. Han sido más frecuentes en niños (60%) con una tasa de 206,8 y de 145,2 en niñas.

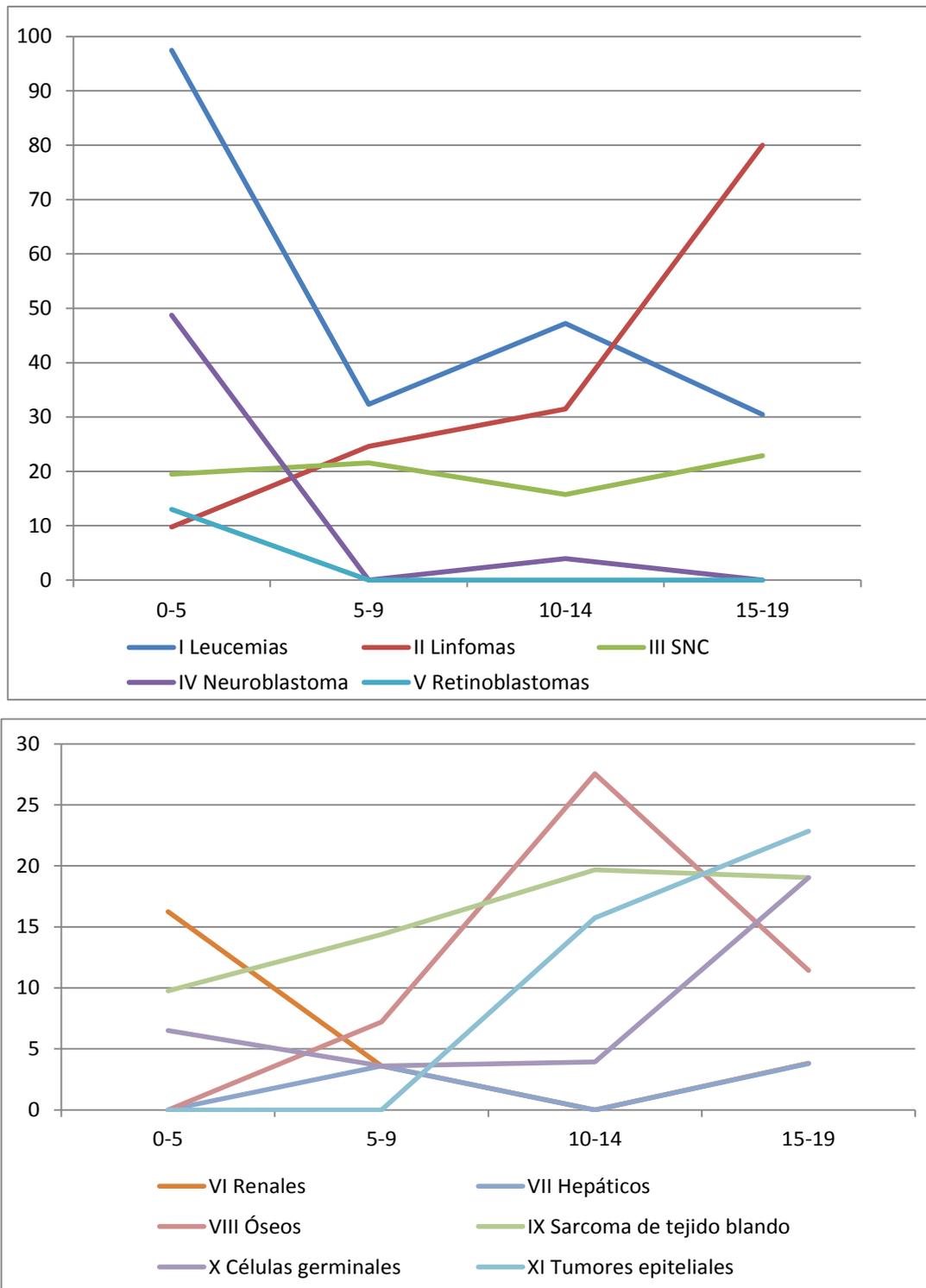
**Tabla 5.4. Incidencia de cáncer en población infantil y adolescentes (0-19).
Gipuzkoa 2003-11**

	N	%	Tasa Bruta	Tasas específicas por edad				
				0	1-4	5-9	10-14	15-19
I Leucemias	59	30,3	53,5	15,7	118,9	32,3	47,2	30,5
I(a) Leucemia linfóide	40	67,8	36,3	0,0	94,3	25,1	27,5	11,4
I(b) Leucemia mieloide aguda	9	15,3	8,2	15,7	20,5	0,0	11,8	0,0
I(c-e) Enf Linfoprol. Crónica, SMD y otras	10	16,9	9,1	0,0	4,1	7,2	7,9	19,0
II Linfomas	36	18,5	32,6	0,0	16,2	24,6	31,5	80,0
II(a) Linfoma Hodgkin	23	63,9	20,9	0,0	4,1	3,6	11,8	68,6
II(b) Linfoma no Hodgkin	5	13,9	4,5	0,0	0,0	0,0	7,9	11,4
II(c) Linfoma de Burkitt	7	19,4	6,3	0,0	8,0	21,0	11,8	0,0
II(d) Neoplasias linforeticulares	1	2,8	0,9	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0
III Tumores malignos del SNC**	22	11,3	19,9	31,3	16,4	21,5	15,7	22,9
III(a) Ependimoma y t. plexos coroideos	3	13,6	2,7	15,7	4,1	0,0	0,0	3,8
III(b) Astrocitoma	4	18,2	3,6	0,0	0,0	3,6	0,0	11,4
III(c) T. embrionario intracraneal e intraespinal	10	45,5	9,1	15,7	8,2	18,0	7,9	0,0
III(d,e,f) Otros	5	22,7	4,5	0,0	4,1	0,0	7,9	7,6
IV Neuroblastoma	16	8,2	14,5	78,3	41,0	0,0	3,9	0,0
V Retinoblastoma	4	2,1	3,6	0,0	16,4	0,0	0,0	0,0
VI Renales	7	3,6	6,3	31,3	12,3	3,6	0,0	3,8
VI(a) Wilms	5	71,4	4,5	15,7	12,3	3,6	0,0	0,0
VI(b,c) Carcinomas renales y otros	2	28,6	1,8	15,7	0,0	0,0	0,0	3,8
VII Hepáticos	3	1,5	2,7	3,6	0,0	3,6	0,0	3,8
VII(a) Hepatoblastomas	1	33,3	0,9	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0
VII(b) Carcinomas hepáticos	2	66,7	1,8	0,0	0,0	3,6	0,0	3,8
VIII Óseos	12	6,2	10,9	0,0	0,0	7,2	27,5	11,4
VIII(a) Osteosarcomas	6	50,0	5,4	0,0	0,0	0,0	15,7	7,6
VIII(c) Ewing	6	50,0	5,4	0,0	0,0	7,2	11,8	3,8
IX Sarcoma de tejido blando	17	8,7	15,4	0,0	12,3	14,4	19,7	19,0
IX(a) Rabdomiosarcoma	4	23,5	3,6	0,0	8,2	3,6	0,0	3,8
IX(b) Fibrosarcomas	3	17,6	2,7	0,0	0,0	3,6	3,9	3,8
IX(d,e) Otros especificados	10	58,8	9,1	0,0	4,1	7,2	15,7	11,4
X Células germinales	9	4,6	8,2	31,3	0,0	3,6	3,9	19,0
X(c) Gonadales Malignos	7	77,8	6,3	15,7	0,0	3,6	3,9	15,2
X(b,e) Extracraneales, otros y no especific	2	22,2	1,8	15,7	0,0	0,0	0,0	3,8
XI Tumores epiteliales	10	4,2	9,1	0,0	0,0	0,0	15,7	22,9
XI(d) Melanomas	5	50,0	4,5	0,0	0,0	0,0	7,9	11,4
XI(f) Otros y no especificados	5	50,0	4,5	0,0	0,0	0,0	7,9	11,4
TOTAL	195	100,0	176,8	191,4	233,5	110,8	165,3	213,3

*tasas por 1.000.000 personas-año. **SNC: Sistema Nervioso Central

Las leucemias (30,3%) fueron los tumores más frecuentes en esta población, seguidos de los linfomas (18,5%) y los tumores del SNC (11,3%) (Tabla 5.4). Las leucemias y los neuroblastomas son los más incidentes en los primeros años de vida, bajando su incidencia con la edad, al igual que los retinoblastomas, los tumores renales y hepáticos. Por otro lado, la incidencia de los linfomas aumenta con la edad, alcanzando su máxima incidencia en la adolescencia. Un patrón similar se observa con los tumores óseos, los sarcomas de tejido blandos y los tumores epiteliales, aunque con una incidencia muy inferior.

Gráfico 5.5. Tasas de incidencia de cáncer (por 1.000.000 personas-año) específicas por grupos de edad, en niños y adolescentes. Gipuzkoa 2003-11



Cardiopatía isquémica (CI)

Se presenta un análisis de la cardiopatía isquémica en el territorio de Gipuzkoa a partir de los datos del registro de mortalidad y del Conjunto Mínimo Básico de Datos del alta hospitalaria (CMBD). Primeramente se presentan los datos correspondientes al último año disponible de cada registro (2012 para mortalidad y 2013 para el CMBD) y a continuación se presenta la evolución de las tasas desde el año 2000.

Para el análisis de la mortalidad se han seleccionado los muertos que presentan como causa básica de defunción un código I20-I25 de la CIE-10. Para el análisis del CMBD se han seleccionado las altas hospitalarias que presentaban como primer diagnóstico un código 410-414 de la CIE-9, correspondientes a los residentes en Gipuzkoa y ocurridas en cualquiera de los hospitales públicos o privados de la CAPV que cumplieran las siguientes condiciones: estancia igual o mayor a un día o estancia 0 con admisión urgente (altas con ingreso); se han excluido las altas con traslado a otro hospital.

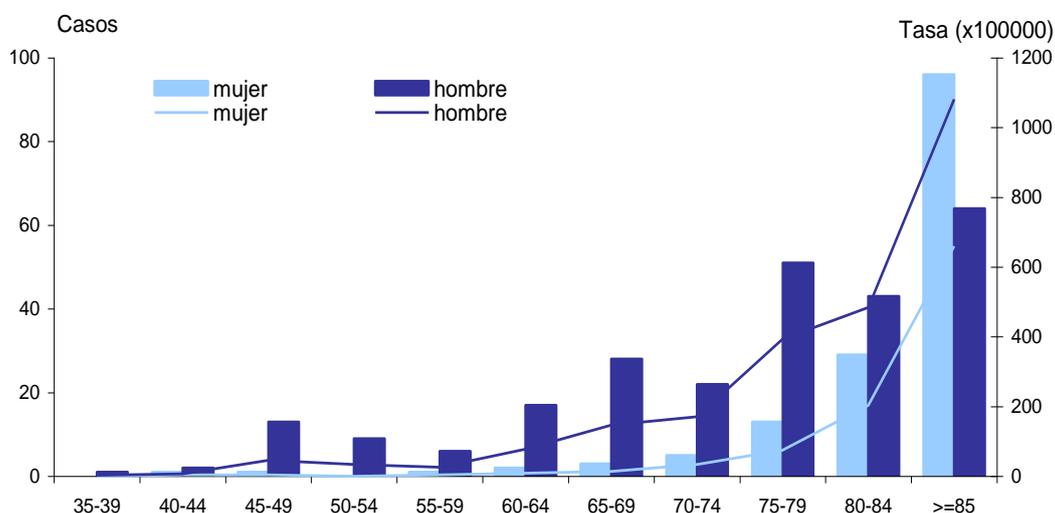
Para el cálculo de las tasas se han utilizado los censos de 2001, 2006 y 2011, sus interpolaciones para los años intercensales y la extrapolación lineal para los años 2012 y 2013. Se ha estimado la tasa anual bruta y ajustada por edad (con la población europea estándar) de mortalidad y de frecuentación hospitalaria para ambos sexos. Para estudiar la tendencia se utiliza un modelo de regresión log lineal JoinPoint (JP) que permite estimar el porcentaje de cambio anual (PCA) y los puntos de inflexión de las tendencias si los hubiere.

Mortalidad (CIE-10: I20-I25)

Año 2012: de los 6.514 fallecimientos que hubo en Gipuzkoa en 2012, 1.777 (27,3%) tuvieron como causa una enfermedad del sistema circulatorio. En los hombres, las causas de este grupo (25% del total) supusieron la segunda causa de muerte después de los tumores malignos, mientras que en las mujeres este grupo de enfermedades fue responsable del 29% de los fallecimientos, suponiendo la causa más frecuente de muerte.

El 30% (256/841) de los fallecimientos producidos por estas enfermedades en los hombres fue debido a una cardiopatía isquémica, mientras que en las mujeres esta proporción es el 16% (151/936).

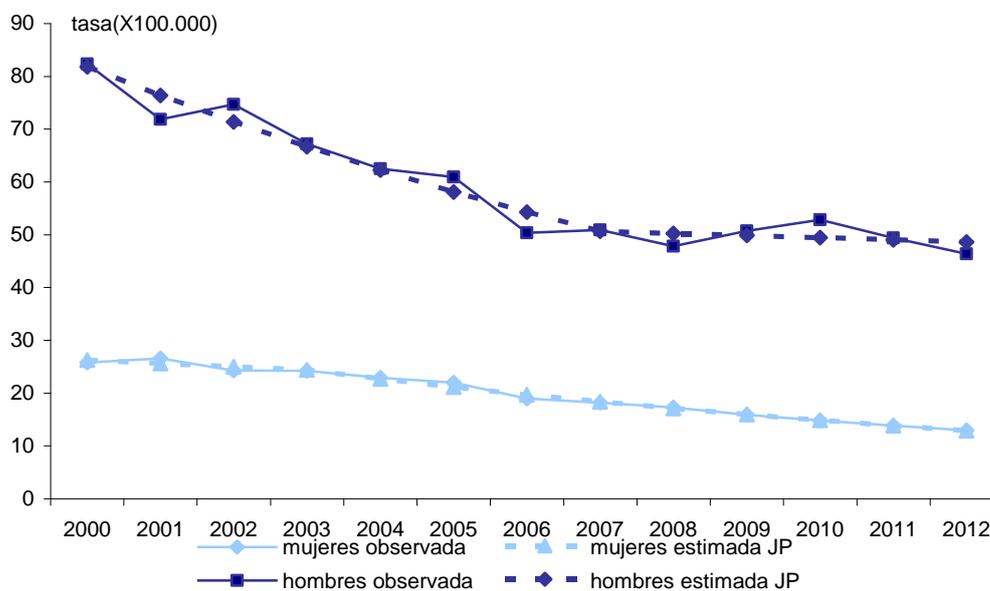
Gráfico 5.6. Tasa específica de mortalidad por cardiopatía isquémica por grupo de edad y sexo. Registro de mortalidad. Gipuzkoa 2012.



En el gráfico se observa la distribución por sexo y edad de la mortalidad por cardiopatía isquémica. En ambos sexos hay un aumento progresivo con la edad, pero en los hombres se alcanzan tasas superiores a 100/100.000 en el grupo de 65-69 años, mientras que en las mujeres estas tasas no se alcanzan hasta el grupo de 80-84 años. En todos los grupos de edad la tasa es mayor en los hombres que en las mujeres, aunque en el grupo de 85 o más años el número de muertos es mayor en las mujeres.

Periodo 2000-2012: En el gráfico se presenta la evolución de la tasa ajustada de mortalidad por cardiopatía isquémica en el territorio de Gipuzkoa para los años 2000-2012. En ambos sexos se identifican dos periodos diferentes en el comportamiento de la tasa. En las mujeres, entre 2000 y 2003 hay un descenso anual medio no significativo de 2,4% (IC95%: -6,4; 1,8), mientras que en el periodo 2003-2012 la tasa desciende anualmente un 6,9% (IC95%: -7,6; -6,1). En los hombres, en el periodo 2000-2007, se observa un descenso anual medio significativo de 6,6% (IC95%: -8,7; -4,5), mientras que en el periodo 2007-2012 se produce un descenso anual no significativo de 0,8% (IC95%: -4,8; 3,3).

Gráfico 5.7. Tasa ajustada de mortalidad por cardiopatía isquémica. Registro de mortalidad. Gipuzkoa 2000-2012.



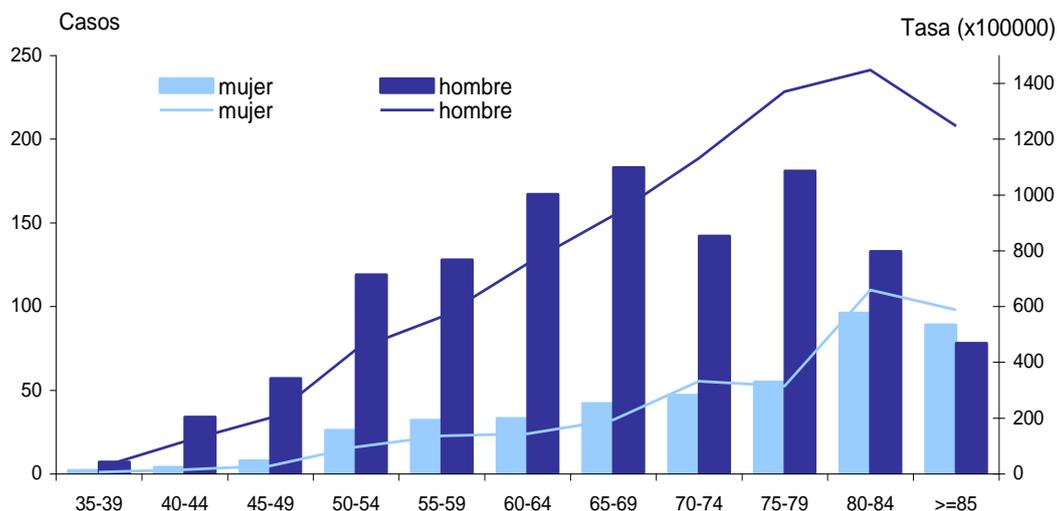
Morbilidad (CIE-9: 410-414)

Año 2013: en 2013 se produjeron en los hospitales de la CAPV 1.776 altas con ingreso correspondientes a personas residentes en el territorio de Gipuzkoa, que presentaban como primer diagnóstico una cardiopatía isquémica (1.305 hombres y 471 mujeres). El 6% de estas altas son derivadas a otro centro hospitalario, por lo que finalmente se han seleccionado para el análisis 1.663 altas, de las que 1.229 corresponden a hombres (tasa bruta: 351,82/100.000) y 434 a mujeres (tasa bruta: 119,46/100.000). El 40% de estas altas en los hombres y el 43% en las mujeres (489 y 188 respectivamente) presentan como primer diagnóstico un infarto agudo de miocardio (CIE 9: 410) lo que supone una tasa bruta de 139,98/100.000 para los hombres y 51,75/100.000 para las mujeres.

En la gráfica puede verse la diferente distribución por sexo de las altas por cardiopatía isquémica. La tasa aumenta progresivamente con la edad en ambos sexos hasta el grupo de 80-84 años. La tasa es mayor en los hombres en todos los grupos de edad y lo mismo ocurre con el número de altas, excepto en el grupo de 85 y más años en el que hay un

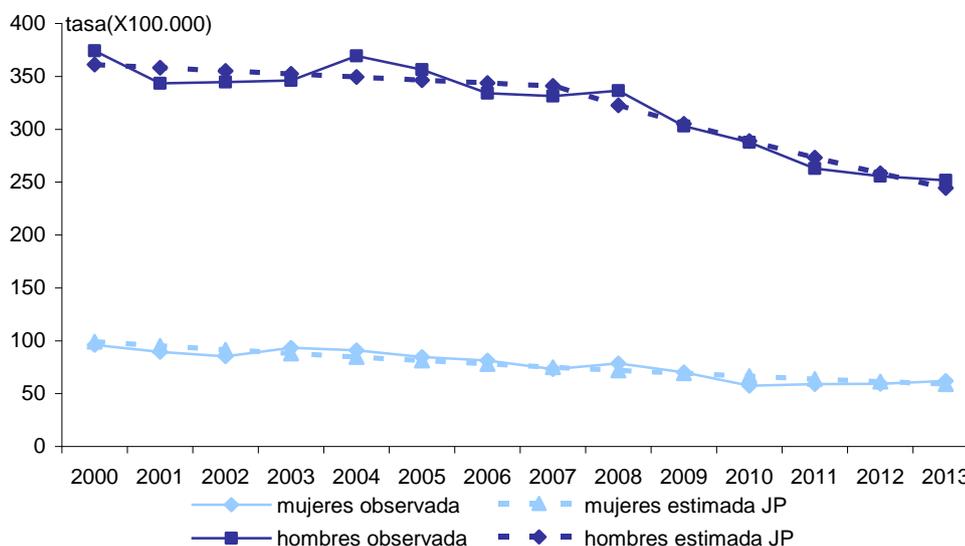
mayor número de altas en las mujeres. En los hombres, el 42% de las altas por CI se ha producido antes de los 65 años, mientras que en las mujeres esta proporción es el 24%. La mediana de la estancia hospitalaria es de 6 días con un rango de 0 a 55 días. La letalidad fue de 4,0 por cada 100 hospitalizaciones convencionales por CI (7,1% para los ingresos por IAM); el 56% de los fallecimientos suceden en los tres primeros días de estancia en el hospital.

Gráfico 5.8. Hospitalización por cardiopatía isquémica según grupo de edad y sexo. CMBD hospitales de la CAPV. Gipuzkoa 2013.



Periodo 2000-2013: En el siguiente gráfico se presenta la evolución de la frecuentación hospitalaria por cardiopatía isquémica en el territorio de Gipuzkoa en el periodo 2000-2013. En ambos sexos se observa un descenso significativo en la tasa de frecuentación hospitalaria. En las mujeres, la tasa experimenta un descenso anual medio de un 3,9% (IC95%: -4,9; -2,9); sin embargo en los hombres se identifican dos periodos diferentes en el comportamiento de la tasa: entre 2000 y 2007 hay un descenso anual medio no significativo de 0,8% (IC95%: -2,4; 0,8), mientras que en el periodo 2007-2013 la tasa desciende anualmente un 5,4% (IC95%: -7,4; -3,4).

Gráfico 5.9. Hospitalización por cardiopatía isquémica. Tasa ajustada. CMBD hospitales de la CAPV. Gipuzkoa 2000-2013.



Enfermedad Cerebrovascular (ECV)

Se presenta un análisis de la enfermedad cerebrovascular en el territorio de Gipuzkoa a partir de los datos del registro de mortalidad y del Conjunto Mínimo Básico de Datos del alta hospitalaria (CMBD). Primeramente se presentan los datos correspondientes al último año disponible de cada registro (2012 para mortalidad y 2013 para el CMBD) y a continuación se presenta la evolución de las tasas desde el año 2000.

Para el análisis de la mortalidad se han seleccionado los muertos que presentan como causa básica de defunción un código I60-I69 de la CIE-10. Para el análisis del CMBD se han seleccionado las altas hospitalarias que presentaban como primer diagnóstico un código entre 430-438 de la CIE-9, correspondientes a los residentes en Gipuzkoa ocurridas en cualquiera de los hospitales públicos o privados de la CAPV que cumplieran las siguientes condiciones: estancia igual o mayor a un día o estancia 0 con admisión urgente (altas con ingreso); se han excluido las altas con traslado a otro hospital.

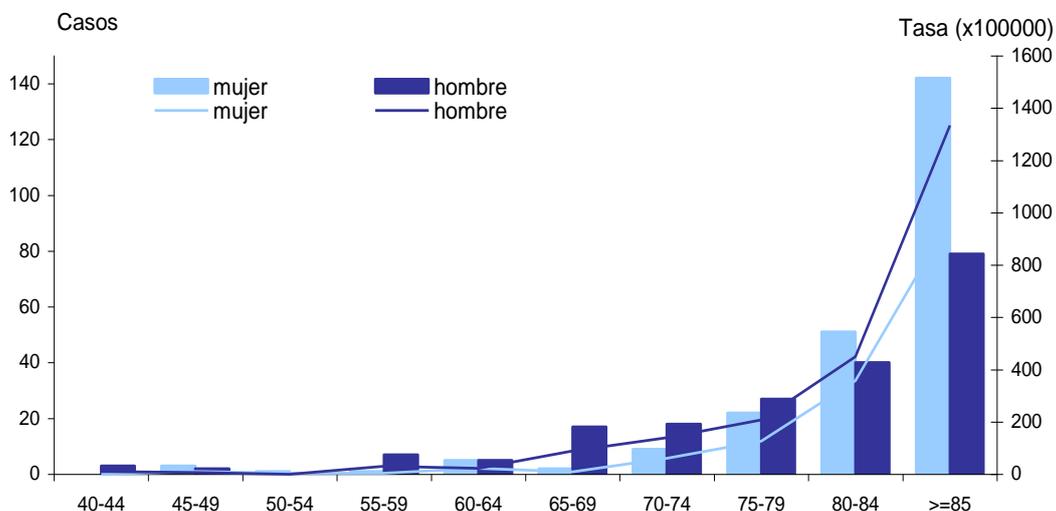
Para el cálculo de las tasas se han utilizado los censos de 2001, 2006 y 2011, y sus interpolaciones para los años intercensales y la extrapolación lineal para 2012 y 2013. Se ha estimado la tasa anual bruta y ajustada por edad (con la población europea estándar) de mortalidad y de frecuentación hospitalaria para ambos sexos. Para estudiar la tendencia se utiliza un modelo de regresión log lineal JoinPoint (JP) que permite estimar el porcentaje de cambio anual (PCA) y los puntos de inflexión de las tendencias si los hubiere.

Mortalidad (CIE-10: I60-I69)

Año 2012: en ese año en Gipuzkoa se produjeron 434 muertes por enfermedad cerebrovascular que suponen el 24% de las muertes debidas a una enfermedad del sistema circulatorio. De estas muertes, 198 se dieron en hombres (24% del total de muertes de origen circulatorio) y 236 en mujeres (25% del total de muertes de origen circulatorio). Aunque la tasa bruta de mortalidad es superior en las mujeres (65,3 vs. 57,0 por 100.000 hab.), con la tasa ajustada por edad ocurre lo contrario (20,5 vs. 34,0).

El 37% de los fallecimientos por ECV han sido debidos a hemorragias cerebrales (I60-I62), el 17% han sido infartos (I63), el 29% han sido debidos a un accidente vascular encefálico agudo no especificado como hemorrágico o isquémico (I64), el 13% son otras enfermedades cerebrovasculares (I67) y el 4,6% restante son fallecimientos por secuelas de ECV (I69). Hay diferencias en esta distribución según sexo: en los hombres, las hemorragias cerebrales han sido las responsables del fallecimiento en el 44% de los casos y los infartos en el 11%, mientras que en las mujeres estas proporciones son el 30,5% y el 21,6% respectivamente.

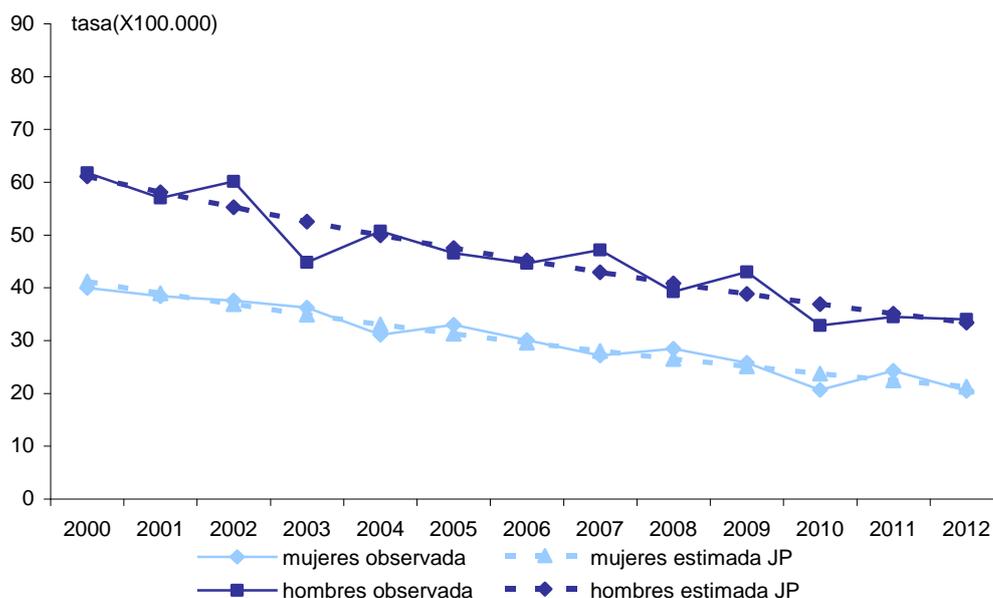
Gráfico 5.10. Tasa específica de mortalidad por enfermedad cerebrovascular por grupo de edad y sexo. Registro de mortalidad. Gipuzkoa 2012.



En el gráfico se presenta la tasa específica de mortalidad para cada grupo de edad y sexo. En ambos sexos hay un aumento progresivo con la edad y en todos los grupos de edad la tasa es mayor en los hombres, aunque en el grupo de 85 o más años el número de fallecimientos en mujeres casi duplica al de los hombres.

Periodo 2000-2012: En ambos sexos en el último decenio hay una tendencia descendente estadísticamente significativa en la mortalidad por esta causa: el descenso medio anual para los hombres es un 4,9% (IC95%: -6,1; -3,7) y para las mujeres un 5,4% (IC95%: -6,3; -4,4).

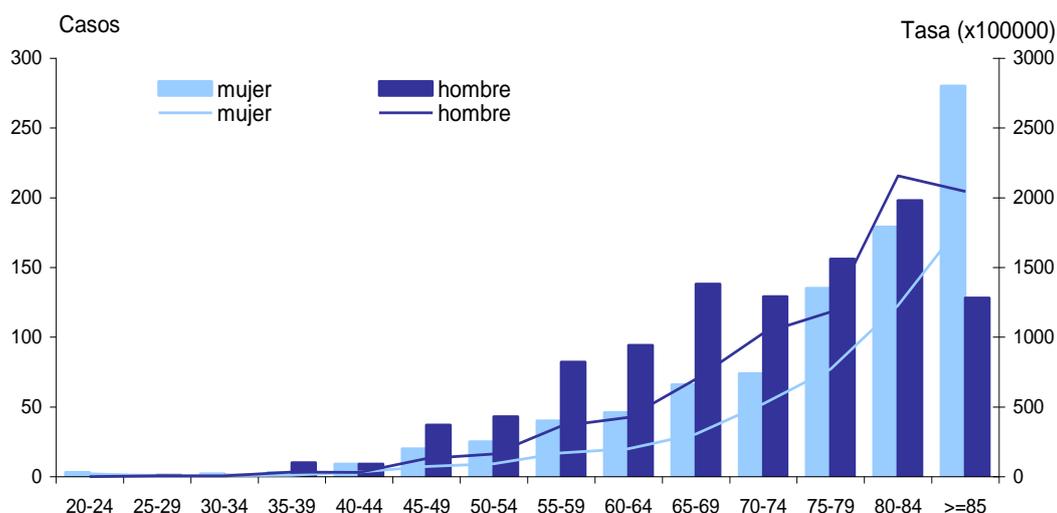
Gráfico 5.11. Tasa ajustada de mortalidad por enfermedad cerebrovascular. Registro de mortalidad. Gipuzkoa 2000-2012.



Morbilidad (CIE-9: 430-438)

Año 2013: durante este año, se produjeron en los hospitales de la CAPV 2.126 altas con ingreso con un primer diagnóstico de ECV correspondientes a personas residentes en Gipuzkoa (1.133 hombres y 993 mujeres). El 10% de estas altas fueron derivadas a otro centro hospitalario por lo que finalmente se han seleccionado para el análisis 1.909 altas, de las que 1.026 corresponden a hombres y 883 a mujeres. Tanto la tasa bruta de frecuentación hospitalaria como la ajustada por edad es mayor en los hombres que en las mujeres (293,7 vs. 243,1 y 192,68 vs. 111,13).

Gráfico 5.12. Nº de altas y tasa de frecuentación hospitalaria por enfermedad cerebrovascular, según edad y sexo. CMBD hospitales CAPV. Gipuzkoa 2013.



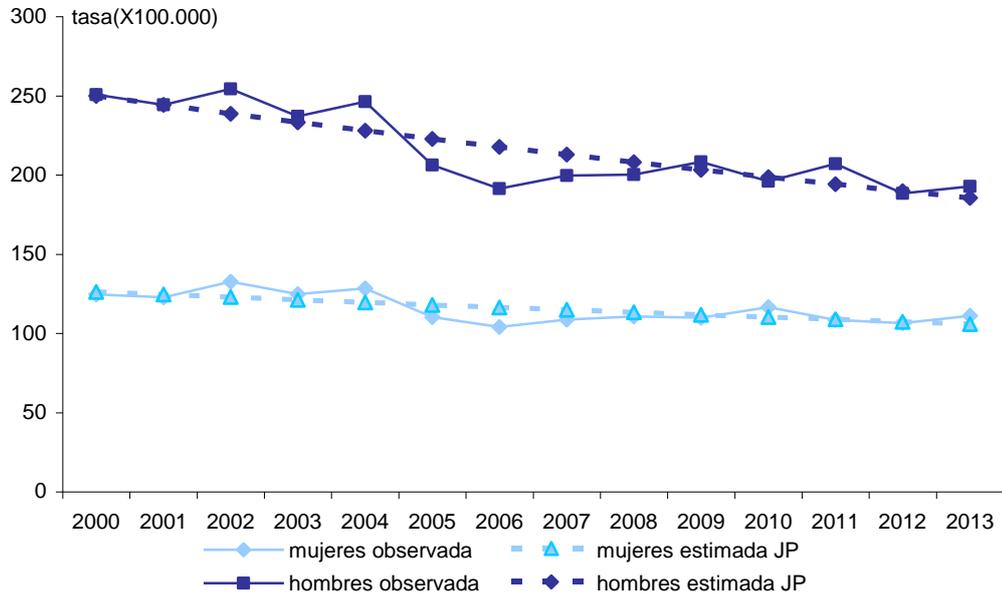
En el gráfico puede verse la diferente distribución por sexo de los ingresos por enfermedad cerebrovascular. La tasa aumenta con la edad en ambos sexos siendo en todos los grupos superior en los hombres. El número de altas también es mayor en los hombres hasta el grupo de 85 o más años en el que el número de altas es superior en las mujeres. El 53% de las altas por ECV en los hombres y el 33% en las mujeres se producen antes de los 75 años.

La estancia media es de 6,6 días (DE: 7,6) similar en ambos sexos. La letalidad fue de 10,9 fallecimientos por cada 100 hospitalizaciones convencionales por ECV; más del 50% de los fallecimientos suceden en los tres primeros días de ingreso en el hospital.

El 88% de las altas seleccionadas (1.680/1.909) tienen como causa un accidente cerebrovascular agudo, de los que 1.103 (66%) presentaron una oclusión de algún vaso, 295 (18%) un ACV hemorrágico, 250 (15%) una isquemia cerebral transitoria y 32 (1,9%) presentaron un ACV agudo mal definido. Además hay 229 altas con otros diagnósticos de ECV (otra ECV o mal definido y efectos tardíos de ECV). La letalidad es mayor en los ACV hemorrágicos (30%) que en los ACV oclusivos (10%).

Periodo 2000-2013: en el siguiente gráfico se presenta la evolución de la frecuentación hospitalaria por ECV en el territorio de Gipuzkoa en el periodo 2000-2013. Aunque en ambos sexos este último año ha habido un aumento en el número de hospitalizaciones, para todo el periodo se estima en ambos sexos una tendencia descendente estadísticamente significativa. Este descenso es de un 2,3% anual para los hombres (IC95%: -3,1; -1,4) y de un 1,3% anual para las mujeres (IC95%: -2,1; -0,5).

Gráfico 5.13 Altas por enfermedad cerebrovascular. Tasa ajustada. CMBD hospitales de la CAPV. Gipuzkoa 2000-2013.



6.- Morbilidad Hospitalaria

El Conjunto Mínimo Básico de datos (CMBD) constituye un grupo de datos clínico-administrativos sobre los pacientes atendidos en los hospitales, que sintetiza la información contenida en el alta hospitalaria. Se presenta un análisis básico de los datos del registro del año 2013 correspondientes a Gipuzkoa. Primeramente se presentan los principales datos de la actividad hospitalaria de los hospitales públicos y privados del territorio y a continuación se presenta el perfil de morbilidad de los residentes en Gipuzkoa ingresados en cualquiera de los hospitales de la C.A.P.V. Siempre la unidad de análisis es el alta, por lo que un mismo paciente puede tener más de un alta por la misma o por diferente enfermedad. Para analizar el motivo de ingreso se toma el diagnóstico principal del alta.

Registro del CMBD del Alta Hospitalaria de los Hospitales de Gipuzkoa

El registro recibe información de los 11 hospitales de agudos (cinco hospitales de Osakidetza y 6 hospitales de titularidad privada) y de los dos hospitales de media-larga estancia no psiquiátrica (un hospital público y uno privado). El número total de altas producidas en el año 2013 en estos hospitales fue de 105.813, de las que 103.847 (98,1%) se dieron en centros de agudos y 1.966 (1,9%) en los hospitales de media-larga estancia. Las altas en los hospitales de corta estancia sumaron un total de 467.354 días de estancia lo que supone una estancia media de 4,50 días (DE: 7,32). Las altas registradas en los hospitales de media-larga estancia sumaron 56.882 días de estancia, con una estancia media de 28,93 días (DE: 25,60).

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

**Tabla 6.1. Nº de altas, días de estancia y estancia media.
Hospitales de Gipuzkoa 2013**

	Nº de altas (%)	Nº días de estancia (%)	Estancia media (DE)
Hombres	51.785 (48,9)	272.613 (52,0)	5,3 días (9,0)
Mujeres	55.045 (51,1)	256.357 (48,0)	4,7 días (8,2)
0 - 14 años	5.582 (5,3)	22.987 (4,4)	4,1 días (8,3)
15-34 años	12.051 (11,4)	35.746 (6,8)	3,0 días (5,6)
35-64 años	37.631 (35,6)	155.369 (29,6)	4,1 días (8,2)
>=65 años	50.547 (47,8)	310.134 (59,2)	6,1 días (9,5)
NC	2 (0,0)		
TOTAL	105.813 (100%)	524.236(100%)	5,0 días (8,7)

De las altas registradas en los hospitales de agudos, 25.006 (24,1% del total) corresponden a actividades sin ingreso, con estancia 0. El 43% de estas altas (10.775 altas) tienen un diagnóstico del grupo de enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales, de las que el 74% presentan un diagnóstico de catarata.

Tabla 6.2. Distribución porcentual según diagnóstico principal por grandes grupos y tipo de centro. CMBD Hospitales de Gipuzkoa, 2013.

CIE 9-MC	Diagnósticos	H. de agudos		H. de media-larga estancia	
		Total altas (%)	Altas con estancia 0 (% de línea)	Altas	%
001-139	Infecciosas y parasitarias	1.654 (1,6)	74 (4,5)	17	0,9
140-239	Tumores	8.964 (8,6)	1.431 (16,0)	226	11,5
240-279	Endocrino-metabólicas	1.596 (1,5)	165 (10,3)	7	0,4
280-289	Sangre y órganos hematopoyéticos	1.137 (1,1)	252 (22,2)	1	0,1
290-319	Trastornos mentales	1.431 (1,4)	53 (3,7)	21	1,1
320-389	Sistema nervioso y órganos sensoriales	12.885 (12,4)	10.775 (83,6)	55	2,8
390-459	Sistema circulatorio	12.571 (12,1)	1.622 (12,9)	48	2,4
460-519	Aparato respiratorio	10.242 (9,9)	792 (7,7)	51	2,6
520-579	Aparato digestivo	11.209 (10,8)	1.672 (14,9)	10	0,5
580-629	Aparato genito-urinario	6.095 (5,9)	1.167 (19,1)	8	0,4
630-676	Embarazo, parto y puerperio	8.108 (7,8)	705 (8,7)	-	-
680-709	Piel y tejido conjuntivo	1.321 (1,3)	346 (26,2)	4	0,2
710-739	Sistema osteomuscular	10.418 (10,0)	3.101 (29,8)	3	0,2
740-759	Congénitas	543 (0,5)	206 (37,9)	-	-
760-779	Patología perinatal	884 (0,9)	34 (3,8)	-	-
780-799	Signos y síntomas mal definidos	4.181 (4,0)	309 (7,4)	34	1,7
800-999	Traumatismos y envenenamientos	7.354 (7,1)	801 (10,9)	11	0,6
V01-V82	Código V	3.208 (3,1)	1.487 (46,4)	1.469	74,7
Sin cód.		46 (0,0)	14 (30,4)	1	0,1
	TOTAL	103.847 (100)	25.006 (24,1)	1.966	100

Las patologías que más altas generaron en los hospitales de agudos de Gipuzkoa durante el año 2013 fueron las enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales, del sistema circulatorio y del aparato digestivo, y los diagnósticos más frecuentes fueron cataratas para el conjunto de las altas e insuficiencia cardíaca y osteoartrosis para las altas con ingreso (estancia igual o superior a un día). En los hospitales de media-larga estancia casi un 75% de las altas presenta un Código V en el diagnóstico principal.

En el 3,5% de las altas con ingreso se produce el fallecimiento en el hospital, porcentaje que supone el 3% para los hospitales de agudos y el 22% para los hospitales de media-larga estancia.

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

El 79% de las altas generadas en los hospitales de agudos se dieron en hospitales de Osakidetza y el 21% en hospitales privados. Dentro de los hospitales públicos, el 65,9% de las altas correspondieron al Hospital Donostia, el 10% al Hospital de Zumárraga, el 8,8% al Hospital de Mendara, el 8,1% al Hospital Bidasoa y el 7,2% al Hospital del Alto Deba. De las altas generadas en los hospitales privados, el 43% corresponden a la Policlínica, el 24% a la Clínica de la Asunción, el 11,8% a Quirón, el 10,3% al Onkologikoa, el 8% a la Clínica el Pilar y el 2,5% a Pakea.

Morbilidad Hospitalaria según sexo y grupos de edad

Se presenta el perfil de morbilidad hospitalaria de los residentes en el territorio histórico de Gipuzkoa a partir de las altas producidas en todos los hospitales no psiquiátricos de la CAPV. Para ello se han seleccionado las altas con hospitalización convencional, que incluyen todos los ingresos con 1 o más días de estancia así como los ingresos urgentes con estancia menor de 1 día (se han excluido todas las altas programados con estancia 0); como denominador de las tasas se ha empleado la población estimada para 2013 por extrapolación lineal a partir del padrón de 2006 y del censo de 2011. En 2013 se han producido un total de 80.627 altas con hospitalización convencional lo que supone una tasa bruta de 113,14 altas/1.000 hab.; del total de altas, 40.201 corresponden a hombres (tasa de 115,08/1000 hab.) y 40.426 a mujeres (tasa de 111,28/1.000 hab.); si se excluyen las altas debidas a embarazo, parto y puerperio, la tasa en las mujeres desciende a 91,22 altas/1.000 hab.

Tabla 6.3. Altas con hospitalización convencional en residentes en Gipuzkoa. C.M.B.D. hospitales CAPV. 2013.

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	Tasa/1000	N	Tasa/1000	N	Tasa/1000
0-14	2.497	45,64	1.812	34,86	4.309	40,39
15-34	2.948	40,61	6.701	95,78*	9.649	67,69
35-64	14.489	89,96	13.575	85,81**	28.064	87,90
>=65	20.267	322,46	18.338	220,51	38.605	267,87
Total	40.201	115,08	40.426	111,28^{&}	80.627	113,14

* 33,91/1.000 excluyendo altas por embarazo, parto o puerperio

** 67,13/1.000 excluyendo altas por embarazo, parto o puerperio

[&] 91,22/1.000 excluyendo altas por embarazo, parto o puerperio

La edad media de la población con hospitalización convencional es de 59 años, 59,8 años para los hombres y 58,2 para las mujeres, cifra que sube a 63,1 años si se excluyen las altas del grupo embarazo, parto o puerperio. En la tabla 6.3 se presenta el número de altas por grupo de edad y sexo y su tasa correspondiente. Si se excluyen las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, en todos los grupos de edad la tasa de altas de los hombres supera a la de las mujeres, y en ambos sexos la tasa más baja se observa en el grupo de 15-34 años. El 48% de las altas con hospitalización convencional corresponden a personas mayores de 64 años, altas que suponen el 59% del total de días de estancia.

El patrón de morbilidad es diferente según la edad y el sexo (gráfico 6.1). En el grupo de **menores de 15 años** las dos principales causas de ingreso para ambos sexos fueron las enfermedades del aparato respiratorio (1.198 altas) y la patología perinatal (846 altas). El tercer lugar lo ocupan las altas relacionadas con el aparato digestivo en las niñas y con traumatismos y envenenamientos en los niños. Estas tres primeras causas suponen el 57% de las altas con hospitalización convencional de este grupo de edad. Dentro de la patología respiratoria, la causa más frecuente de ingreso ha sido la patología crónica de amígdalas y adenoides; en segundo lugar aparece bronquitis/bronquiolitis aguda y en tercer lugar el asma. En la patología perinatal los diagnósticos más frecuentes han sido los trastornos relacionados con la gestación acortada y el bajo peso en el nacimiento, con crecimiento intrauterino retardado y desnutrición fetal y con el diagnóstico otra ictericia perinatal (CIE 9: 774). El 60% de los ingresos por patología del aparato digestivo presenta un diagnóstico de apendicitis aguda y el 41% de los ingresos por traumatismos presenta una fractura de húmero, radio o cúbito.

En el **grupo de 15-34 años**, las principales causas de hospitalización convencional en los hombres se relacionan con los traumatismos y envenenamientos (567 altas), el aparato digestivo (485 altas) y el sistema osteomuscular (482 altas). En el apartado de traumatismos y envenenamientos, los diagnósticos más frecuentes están relacionados con complicaciones de cuidados quirúrgicos y médicos no clasificados bajo otros conceptos (CIE 9: 996-999), con fractura de radio y cúbito, fractura de tobillo y fractura de huesos faciales, que constituyen el 30% de las altas de este grupo. Dentro del aparato digestivo, el 34% de las altas presentan un diagnóstico de apendicitis aguda. El 53% de los diagnósticos relacionados con el sistema osteomuscular corresponden al código 717 de la CIE9 (trastorno interno de rodilla).

En las mujeres de este grupo de edad, las altas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio suponen el 65% del total (4.329 altas), seguidas de las altas relacionadas con el aparato digestivo (407 altas) y el aparato génito-urinario (341 altas); en el aparato digestivo destacan los diagnósticos de apendicitis aguda (24% del grupo) y coledoclitiasis (18%); los diagnósticos más frecuentes del aparato génito-urinario están relacionados con patología benigna de la mama (26% del grupo) y trastornos no inflamatorios de ovario, trompa de Falopio y ligamento ancho (20%).

En el **grupo de 35-64 años**, las principales causas de hospitalización en varones se relacionan con el aparato digestivo (2.310 altas), el sistema osteomuscular (2.049 altas) y el sistema circulatorio (1.923 altas). El 27% de las altas con patología digestiva presentan algún diagnóstico relacionado con una hernia de la cavidad abdominal (CIE 9: 550-553). Entre los diagnósticos del sistema osteomuscular, predominan los relacionados con trastornos internos de la rodilla (32% de las altas de este grupo). La cardiopatía isquémica está presente en el 28% de las altas del sistema circulatorio, correspondiendo la mitad de ellas (242 altas) a un diagnóstico de infarto agudo de miocardio; el 15% de las altas de este grupo presentan un diagnóstico de enfermedad cerebro-vascular, correspondiendo la mitad de ellas (139 altas) a una oclusión de arterias cerebrales.

Los motivos de hospitalización más frecuentes en las mujeres de este grupo de edad, siguen estando relacionados con el embarazo, parto y puerperio (22% de las altas: 2.954 altas); a continuación se encuentran los tumores (1.725 altas), el sistema osteomuscular y el aparato digestivo (1.435 y 1.370 altas respectivamente). Entre los tumores, el diagnóstico más frecuente es la neoplasia maligna de mama (19% de los diagnósticos del grupo), seguido del leiomioma uterino (16% de las altas del grupo). El diagnóstico más frecuente en el aparato digestivo es la coledoclitiasis (26% del grupo) y el trastorno interno de la rodilla en el sistema osteomuscular con el 23% de las altas de este grupo.

En los **mayores de 64 años**, las dos primeras causas de hospitalización en ambos sexos son las enfermedades del sistema circulatorio (4.317 altas en hombres y 3.635 en mujeres) y aparato respiratorio (3.206 y 2.342 altas respectivamente). En los hombres la tercera causa son las enfermedades del aparato digestivo (2.446 altas) y los tumores (2.402 altas), mientras que en las mujeres son los traumatismos y envenenamientos (2.023).

En el sistema circulatorio predominan, tanto en hombres como en mujeres, los diagnósticos de insuficiencia cardíaca (22% y 24% de los diagnósticos respectivamente), enfermedad cerebro-vascular (19% y 23% de las altas del grupo respectivamente), cardiopatía isquémica (18% vs 10%) y los trastornos de conducción y disritmias cardíacas (14% vs 17%).

En el aparato respiratorio, en los hombres, los tres principales grupos diagnósticos son, la neumonía, la bronquitis crónica y otras enfermedades del aparato respiratorio (27%, 25% y 22% respectivamente de las altas de este grupo); en las mujeres los diagnósticos más frecuentes son otras enfermedades del aparato respiratorio y la neumonía (34% y 25% respectivamente).

Los diagnósticos del grupo de tumores más frecuentes en los hombres son la neoplasia maligna de vejiga, próstata y tráquea bronquios y pulmón. El 31% de las altas del grupo traumatismos y envenenamiento en las mujeres tienen un diagnóstico de fractura del cuello de fémur.

Gráfico 6.1. Principales causas de hospitalización por grupo de edad y sexo en residentes en Gipuzkoa (tasa/1000 hab.). Hospitales de la CAPV. CMBD 2013.



7.- Mortalidad en Gipuzkoa. 2012

Se analizan la mortalidad general, la mortalidad proporcional, por grandes grupos de causas y por causas específicas por edad y sexo de individuos residentes en el Territorio Histórico de Gipuzkoa. Además se observa la evolución de las principales causas y se compara con la mortalidad de la CAPV mediante la razón de Mortalidad Estandarizada (RME). También se calcula la mortalidad infantil, la esperanza de vida al nacer y la mortalidad prematura mediante los años potenciales de vida perdidos (APVP). La fuente de información es el Registro de Mortalidad de la CAPV.

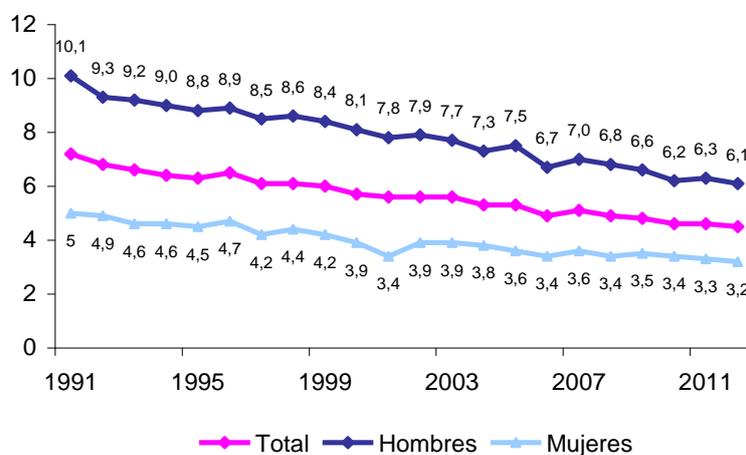
Se ha utilizado la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10-CM) para la codificación de la causa básica de defunción y el padrón del año 2012 para el cálculo de tasas.

Se ha utilizado la población europea para estandarización directa y la de la CAPV para la indirecta.

Mortalidad general

A lo largo del año 2012 fallecieron 6.514 residentes en Gipuzkoa, 3.321 (51%) hombres y 3.193 (49%) mujeres. La tasa de mortalidad general fue de 9,2 por mil habitantes; 9,6 en el caso de los hombres y 8,8 en el de las mujeres. La tasa estandarizada a población europea fue 4,5 por mil; 6,1 por mil en hombres y 3,2 en mujeres.

Gráfico 7.1. Tasas de mortalidad estandarizadas por mil. Gipuzkoa 1991-2012.

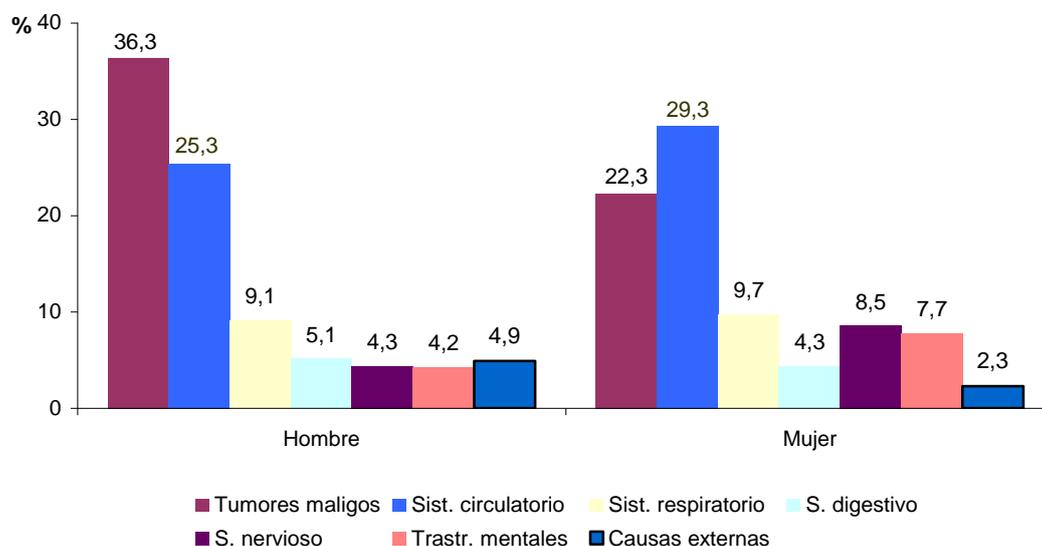


Mortalidad proporcional

Las tres primeras causas de muerte para el conjunto de la población siguen siendo los tumores malignos (29,5%), las enfermedades del sistema circulatorio (27,3%) y las enfermedades del sistema respiratorio (9,4%).

Entre los hombres estas tres grandes causas representaron el 36,3%, el 25,3% y el 9,1% de los fallecimientos respectivamente. En el caso de las mujeres fueron las enfermedades del sistema circulatorio (42,7%), los tumores malignos (22,3%) y las enfermedades del sistema respiratorio (14,1%)

Gráfico 7.2. Mortalidad proporcional. Porcentaje de mortalidad por grandes grupos de enfermedades y sexo, Gipuzkoa 2012



Mortalidad por grandes grupos de causas de muerte

Entre los grandes grupos de causas de muerte, los tumores son el grupo que presentó una mayor tasa de mortalidad estandarizada, tanto en hombres como en mujeres. Las tasas fueron más elevadas para los hombres que para las mujeres en todos los grandes grupos excepto para los grupos de enfermedades de la piel y tejido subcutáneo y el de las malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas.

Tabla 7.1: Mortalidad por grandes grupos de causas, Gipuzkoa 2012.

Grupo	Códigos		Hombres		Mujeres		Total	
			Caso	Tasas	Caso	Tasas	Caso	Tasas
I	A, B	E. Infecciosas y Parasitarias	46	8,8	44	5,6	90	6,8
II	C,D00-49	Tumores	1207	227,7	712	98,9	1919	154,4
III	D50-89	E. Sangre y org. hematopoyéticos	12	2,6	11	0,8	23	1,7
IV	E	E. endocrinas, nutric. y metabólicas	84	14,9	136	13,1	220	13,9
V	F	T. mentales y comportamiento	139	22,6	246	18,1	385	20,4
VI	G	E. S. nervioso	147	25,4	270	24,7	417	25,4
VII	H00-59	Enfermedades del ojo	0	0	0	0	0	0
VIII	H60-95	Enfermedades del oído	0	0	0	0	0	0
IX	I	E. del sistema circulatorio	841	147,2	936	79,4	1777	109,8
X	J	E. del sistema respiratorio	302	51,3	309	24,8	611	35,9
XI	K	E. del sistema digestivo	168	32,2	138	12,8	306	21,8
XII	L	E. de piel y tejido subcutáneo	6	0,8	13	1,1	19	1
XIII	M	E. S. osteomuscular y tejido conjuntivo	23	3,6	43	3,5	66	3,5
XIV	N	E. del sistema genitourinario	54	8,6	78	6,8	132	7,4
XV	O	Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	0
XVI	P	Afecciones perinatales	2	0,7	0	0	2	0,4
XVII	Q	Malf.congénitas, cromosómicas	6	1,9	11	3,9	17	2,8
XVIII	R	Causas mal definidas	121	22,1	173	13,7	294	18,0
XIX	V-Y	Causas externas	163	36,6	73	10,2	236	22,7
TOTAL			3321	607,1	3193	316,7	6514	445,8

Tasas estandarizadas a población europea (por 100.000 habitantes)

Causas específicas de muerte y tasas de mortalidad por sexo

Entre los hombres las causas de muerte principales fueron el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (54,5 muertes por 100.000), la cardiopatía isquémica (46,4 x 100.000), las enfermedades cerebrovasculares (33,8 x 100.000) y el tumor maligno de colon y recto (30,7 x 100.000).

Entre las mujeres, las enfermedades cerebrovasculares (20,4 x 100.000), los trastornos mentales orgánicos (17,5 x 100.000), el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (15,8 x 100.000) y el tumor maligno de la mama (14,7 x 100.000).

Tabla 7.2. Principales causas de muerte y tasas de mortalidad por sexo

Causa	Código	Hombres		Mujeres		Total	
		Def.	Tasas	Def.	Tasas	Def.	Tasas
Cardiop. isquémica	I 20-25	256	46,4	151	12,9	407	27,7
E. cerebrovascular	I 60-69	198	33,8	235	20,4	434	26,0
T.M. tráq. bronq. pulmón	C 33-34	270	54,5	81	15,8	251	33,1
EPOC y enf. afines	J 40-44, 47	159	25,8	88	7,1	247	14,5
T.M. colon-recto	C 18-21	174	30,7	97	12,2	271	19,8
Insuf. cardíaca	I 50	101	16,8	181	13,5	282	15,4
Trast. mentales org.	F 00-09	124	19,3	238	17,5	362	18,4
Accidentes tráfico	V 01-89	16	4,4	6	1,5	22	3,0
Diabetes	E 10-14	65	11,2	96	8,1	161	9,5
T.M. estómago	C 16	91	18,3	36	5,2	127	11,0
T.M. mama	C 50	3	0,6	102	14,7	105	14,8
Cirrosis	K 70,73,74, 76.9	68	14,7	18	2,9	86	8,6
Alzheimer	G 30	55	8,8	163	12,2	218	11,4
T.M. próstata	C 61	105	17,5	---	---	---	---
Enf. hipertensiva	I 10-15	70	11,8	119	9,3	189	10,6
Neumonía	J 12-18	46	8,2	52	4,4	98	5,9
T.M. vejiga	C 67	69	12,2	22	2,3	91	6,4
SIDA/VIH	B 20-24/ R75	8	2,0	2	0,5	10	1,2
T.M. páncreas	C25	48	9,2	50	6,1	98	7,5
Suicidio	X<=85, Y<=9	53	12,5	11	2,4	64	7,3

Tasas estandarizadas a población europea (por 100.000 habitantes)

Mortalidad por causas específicas según edad y sexo

Entre los menores de 15 años hubo 29 fallecidos (28 x 100.000), con una tasa de 28,3 para los hombres y de 27,8 para las mujeres. La causa principal fueron las malformaciones congénitas.

En el grupo de 15 a 34 años fueron 36 los fallecidos. La tasa en los hombres fue de 13,4 x100.000 y de 1,4 x 100.000 en las mujeres. El 30,6% se debió a traumatismos accidentales y lesiones autoinflingidas

Fallecieron 880 personas de edades comprendidas entre 35 y 64 años. La tasa fue de 389,5 y 166,9 x 100.000 en hombres y mujeres respectivamente.

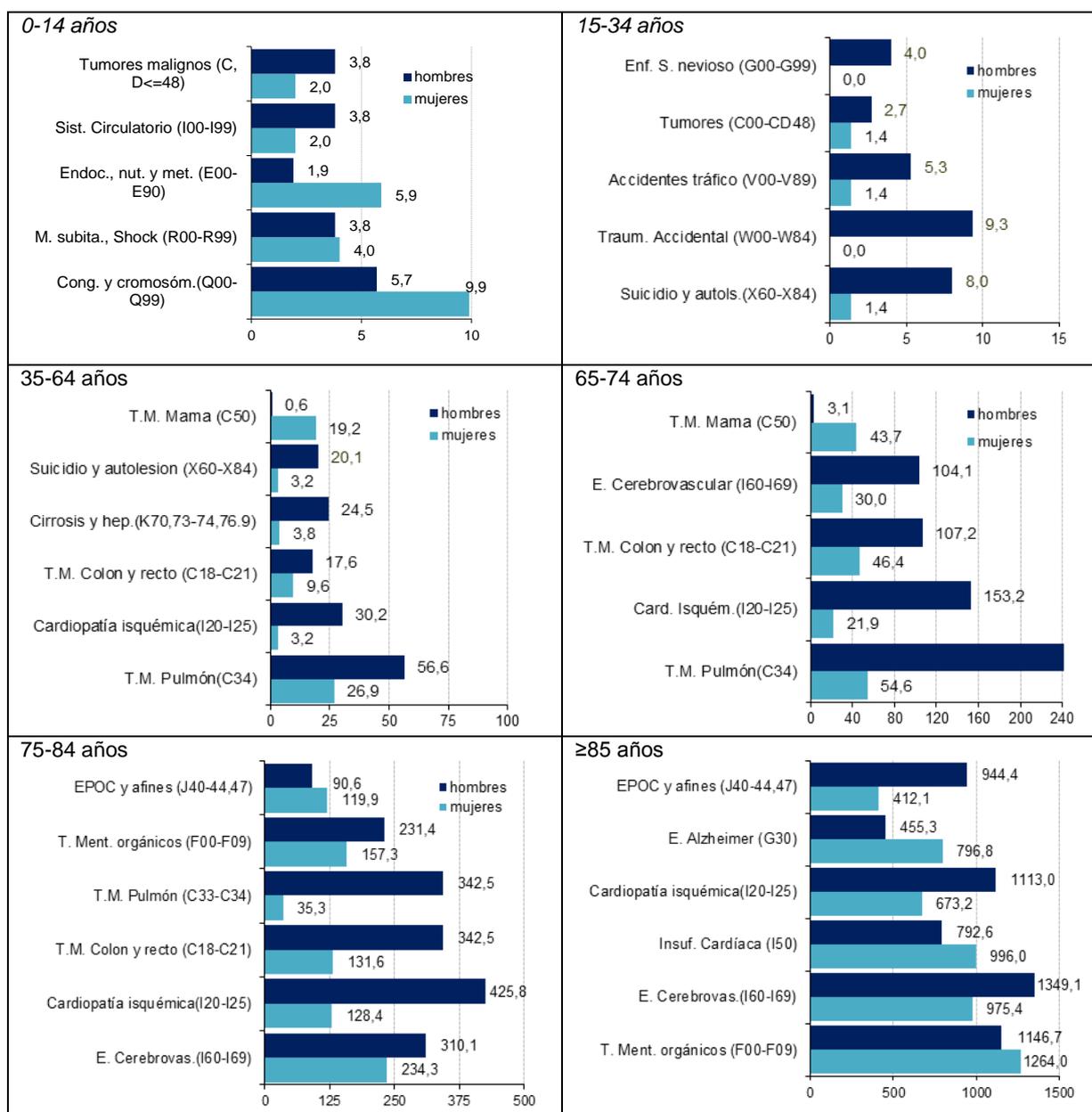
En el grupo de 65 a 74 el número de fallecidos fue 827 y las tasas por 100.000 de 1.807,2 en hombres y de 647,4 en mujeres.

Los fallecidos en edades comprendidas entre 75 y 84 años fueron 1969 y las tasas por 100.000 fueron 5229,5 en hombres y 2693,0 en mujeres.

El mayor número de fallecidos se produjo entre los mayores de 84 años, 2773, y las tasas fueron de 15.784,1 y de 15.618,5 por 100.000 en hombres y mujeres respectivamente.

En total fallecieron 5569 mayores de 64 años: la tasa para los hombres fue de 4413,1 fallecidos por 100.000 y la de las mujeres 3538,6 por 100.000. Los fallecimientos en mayores de 64 años fueron el 85,5% del conjunto de fallecidos.

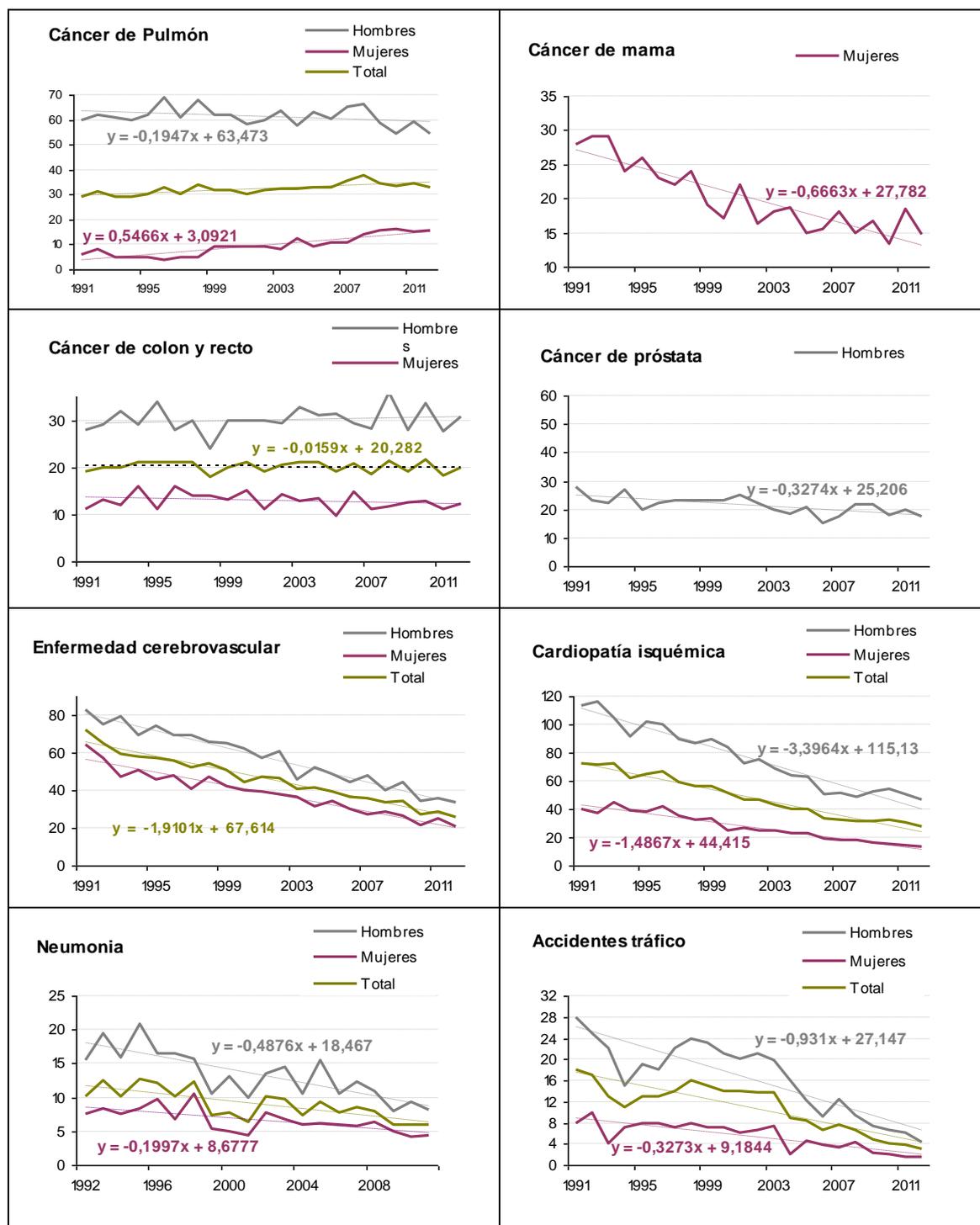
Gráfico 7.3. Mortalidad por las principales causas de muerte. Tasas específicas por 100.000 habitantes por edad y sexo.



Evolución de las causas de muerte

Continúa la tendencia descendente en la mortalidad por tumor maligno de bronquios y pulmón y próstata en hombres, en tumor maligno de mama en las mujeres y en ambos sexos en el caso de la cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, neumonía y accidentes de tráfico. Aumenta la mortalidad por tumor maligno de bronquios y pulmón en las mujeres.

Gráfico 7.4. Evolución de algunas causas de muerte, tasas estandarizadas (x 100.000), Gipuzkoa 1991-2012



Mortalidad infantil

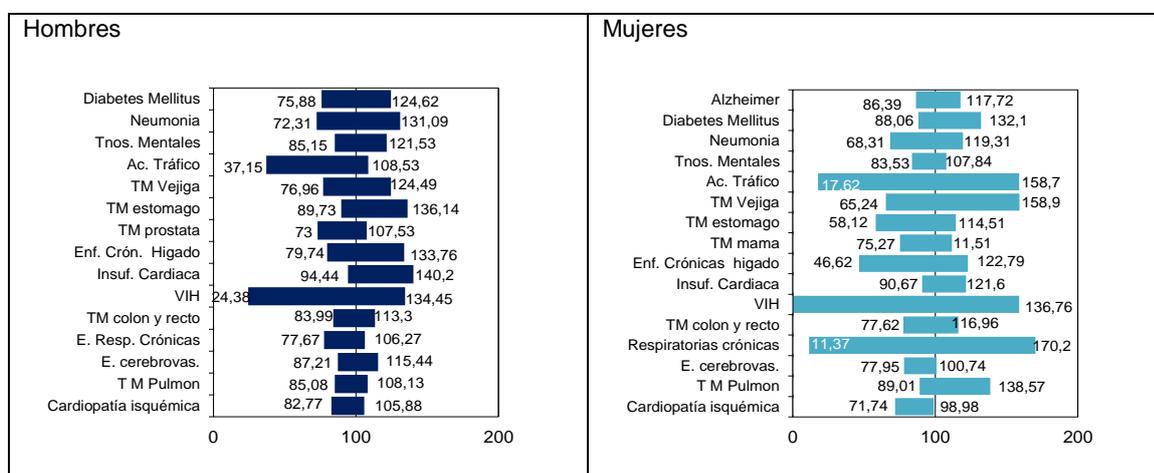
A lo largo del año 2012 murieron 7 varones y 9 mujeres menores de un año. La tasa de mortalidad infantil fue de 2,3 por 1.000 nacidos vivos, 1,9 por mil en los varones y 2,8 por mil en las mujeres.

La tasa de mortalidad perinatal (desde las 28 semanas de embarazo hasta la primera semana de vida) fue de 4,2 por 1.000 por mil nacidos totales, 4,9 en niños y 3,4 en las niñas.

Mortalidad comparada con la CAPV RME 2012

Mediante la Razón de Mortalidad Estandarizada (RME) comparamos la mortalidad de Gipuzkoa o de cada una de las OSI (Organización Integrada de Salud) con la de la CAPV. La mortalidad en Gipuzkoa fue similar a la de la CAPV. Se observaron diferencias significativas únicamente en la mortalidad por cardiopatía isquémica RME=85,36 (71,74; 98,98) significativamente inferior en las mujeres de Gipuzkoa.

Gráfico 7.5. Mortalidad por causas seleccionadas. Razón de mortalidad estandarizada (RME), Gipuzkoa 2012



En la OSI Alto Deba, la única diferencia significativa se produjo en las mujeres de Alto Deba en el tumor maligno de colon y recto con una RME=32,90 (-4,33; 70,13).

Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores marcaron la diferencia en Bajo Deba con mortalidad significativamente más alta en las mujeres, RME=224,63 (110,95; 338,31).

Gráfico 7.6. Razón estandarizada de mortalidad (RME) por causas principales y sexo. OSI Alto Deba

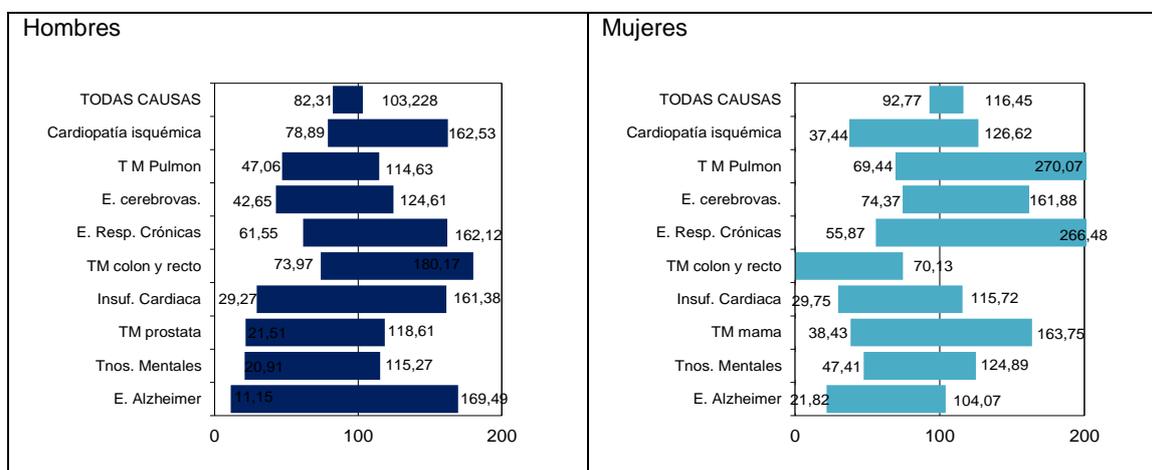


Gráfico 7.7. Razón estandarizada de mortalidad (RME) por causas principales y sexo. OSI Bajo Deba

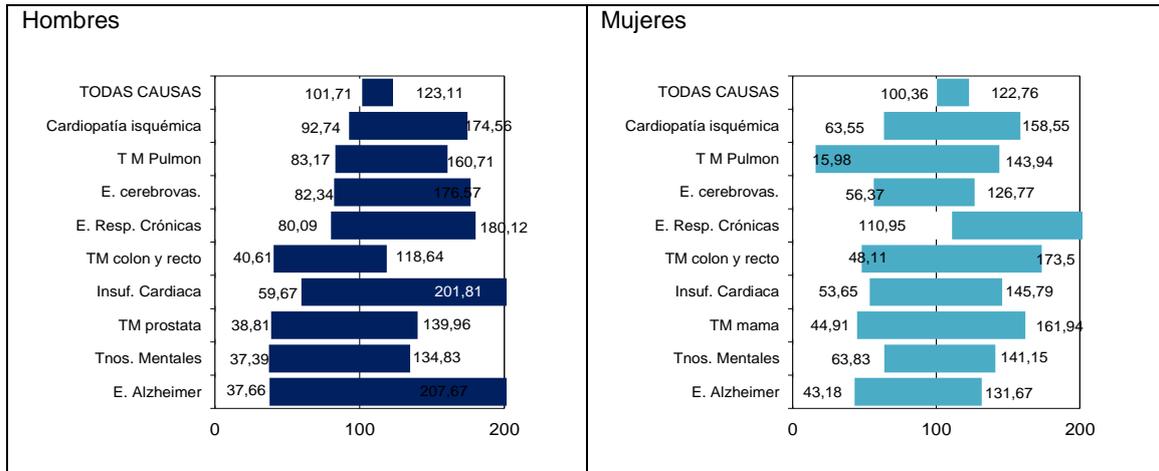


Gráfico 7.8. Razón estandarizada de mortalidad (RME) por causas principales y sexo. OSI Bidasoa

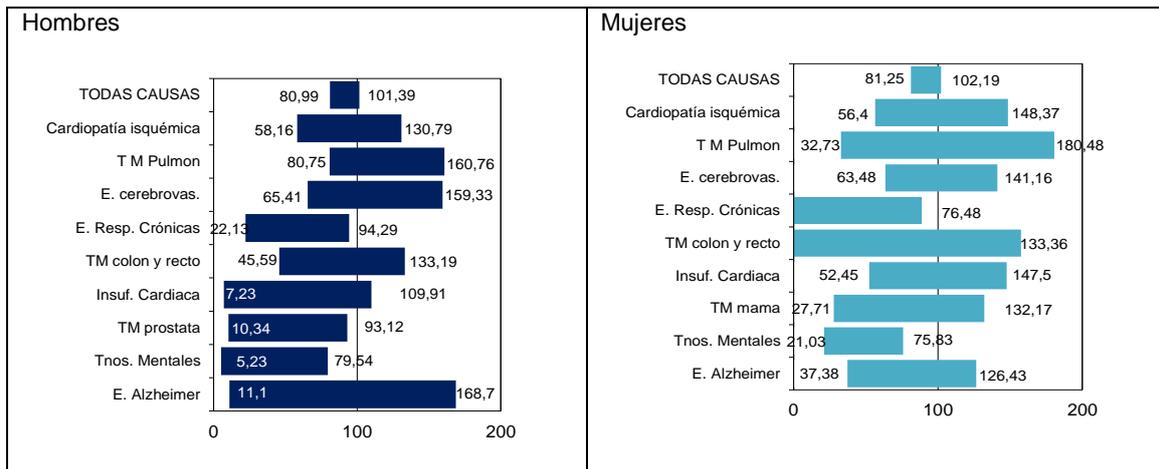


Gráfico 7.9. Razón de mortalidad estandarizada (RME) por causas principales y sexo. OSI Gipuzkoa

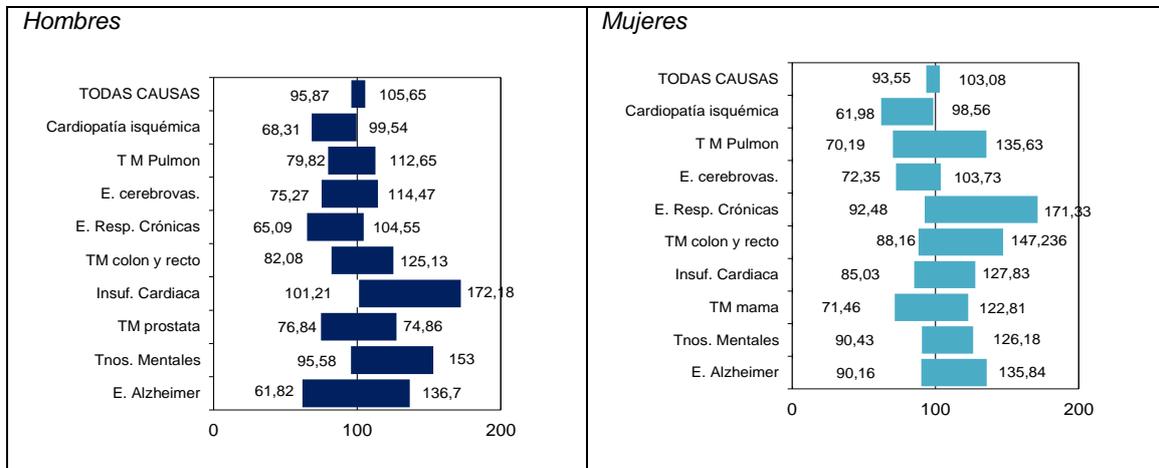


Gráfico 7.10. Razón estandarizada de mortalidad (RME) por causas principales y sexo. OSI Goierri

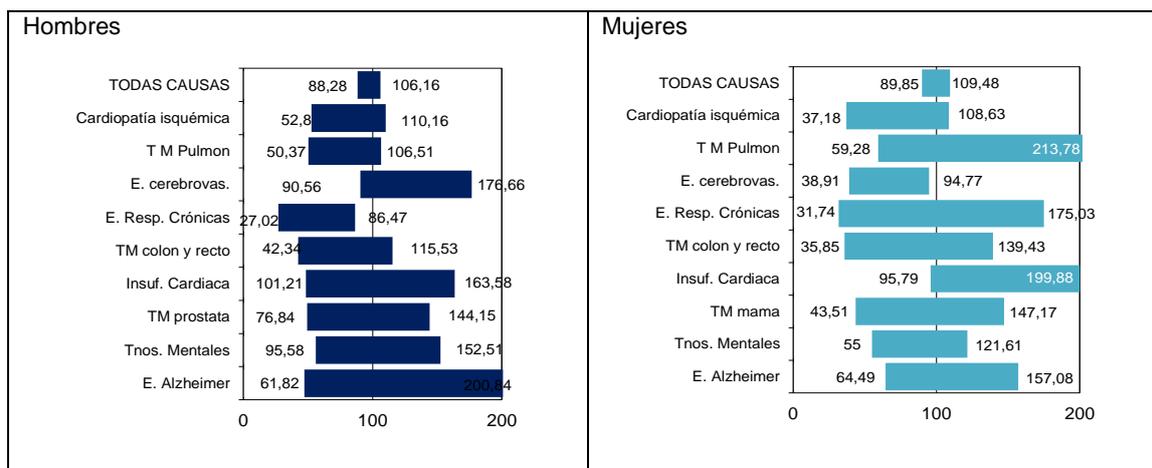
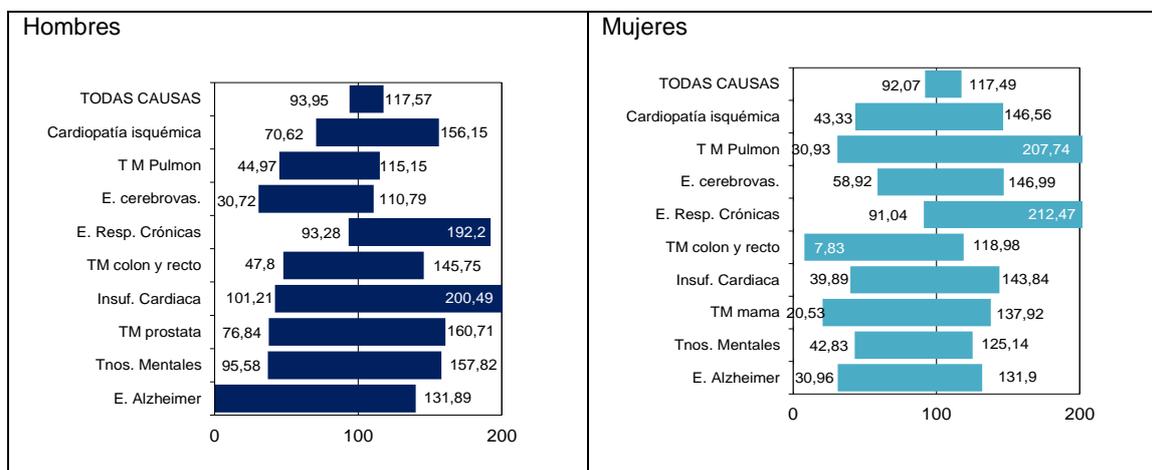


Gráfico 7.11. Razón estandarizada de mortalidad (RME) por causas principales y sexo. OSI Tolosa



En la OSI Bidasoa la mortalidad las enfermedades respiratorias crónicas y los trastornos mentales orgánicos presentaron mortalidad significativamente más baja que la de la CAPV tanto en hombres como en mujeres. La RME para ambos sexos fue RME=50,91(22,10; 79,71) en la enfermedades respiratorias crónicas y RME=46,55 (24,42; 68,68) en los trastornos mentales y del comportamiento. En los hombres también la mortalidad por tumor maligno de próstata fue significativamente menor que en el conjunto de la CAPV con una RME=51,73 (10,34; 93,12).

En la OSI Gipuzkoa la mortalidad por cardiopatía isquémica fue más baja tanto en hombres como en mujeres con RME=83,93(68,31; 99,54) y RME=80,27(61,98; 98,56) en hombres y mujeres respectivamente.

En la OSI Goierri las causas con mortalidad significativamente menor que la de la CAPV fueron las enfermedades respiratorias crónicas en hombres RME=56,75 (27,02; 86,47) y las enfermedades cerebrovasculares en las mujeres con una RME=66,84 (38,91; 94,77).

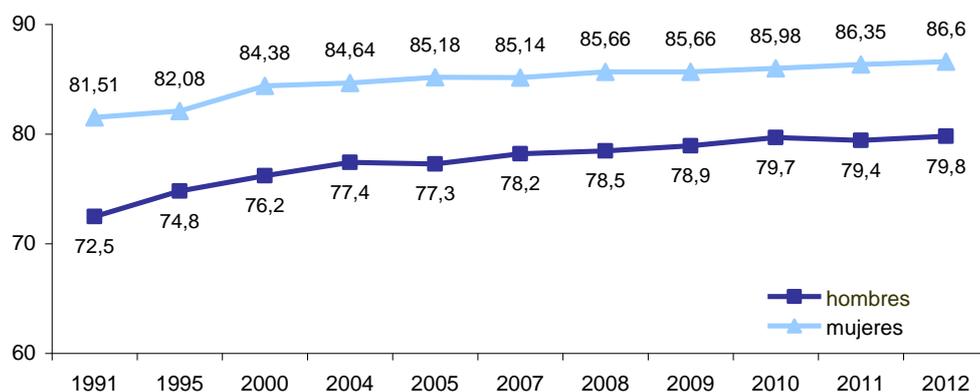
En el resto de causas y OSIs no hubo diferencias significativas con respecto a la mortalidad de la CAPV.

Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer para la población de Gipuzkoa en el año 2012 fue de 83,3 años, menor en los hombres (79,8) que en las mujeres (86,6).

Tanto en hombres como en mujeres se mantiene la tendencia ascendente.

Gráfico 7.12. Esperanza de vida al nacimiento según sexo, Gipuzkoa 1991-2012



Mortalidad prematura

En el año 2012 los años potenciales de vida perdidos (APVP) por todas las causas de muerte en menores de 70 años, fueron 17.022,5. El 67,3% de los mismos en hombres (11.881,5) y el 30,2% restante (5.141) en mujeres.

Entre los hombres las tres primeras causas, que representaron el 25,5% del total de APVP fueron el tumor maligno de pulmón, el suicidio y la cardiopatía isquémica.

En el caso de las mujeres el cáncer de pulmón, las enfermedades congénitas y el tumor maligno de mama, las tres primeras causas, representaron el 29,4% de todos los APVP perdidos.

Tabla 7.3. Años potenciales de vida perdidos y tasas estandarizadas*. Gipuzkoa 2012

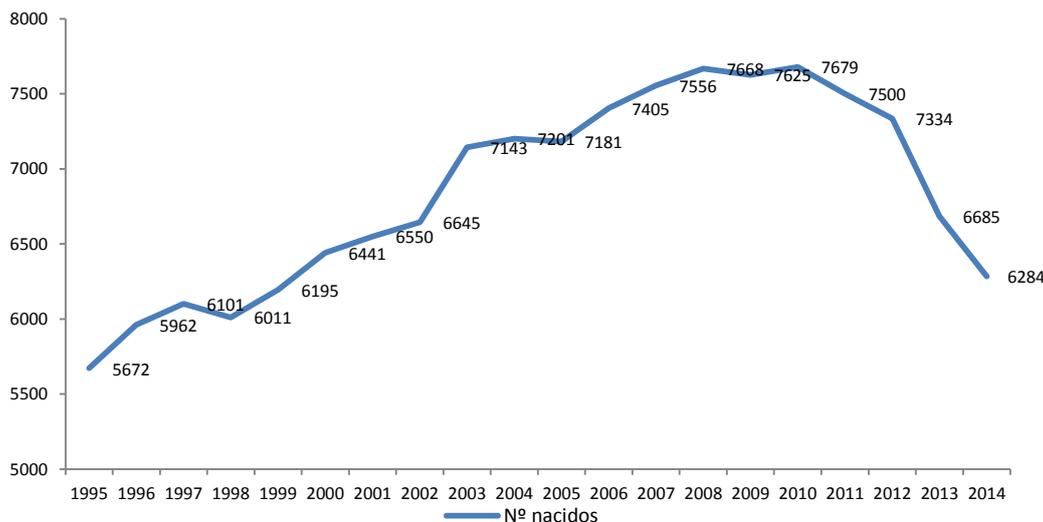
Causas	Hombres		Mujeres		Total	
	APVP	Tasa	APVP	Tasa	APVP	Tasa
T.M. Pulmón (C33-C34)	1380	3,74	597,5	2,65	1997,5	2,65
E. congénitas (Q00-Q99)	215	1	440	2,12	655,5	1,54
Suicidio (X60-X84)	867,5	2,63	142	0,39	1009,5	1,53
C.Isquémica (I20-I25)	788	2,09	82	0,21	870	1,15
Enf. Hígado (K70-K77)	582	1,56	76,5	0,19	658,5	0,88
Accident Tráfico (V01-V89)	347,5	1,20	108,5	0,41	456	0,81
T.M.Colon y recto (C18-C21)	368,5	0,97	191	0,51	559,5	0,74
T.M. Mama (C50)	22	0,06	472	1,26	484	0,67
Envenenamientos (X40-X49)	318	0,99	25	0,07	343	0,54
E. cerebrovascular (I60-I69)	278,5	0,72	131	0,35	409,5	0,54

(*) Tasa por 1.000 hab., estandarizada por edad de la población europea.

8.- Nacimientos en Gipuzkoa

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

Gráfico 8.1. Evolución del número de nacimientos en Gipuzkoa. 1995-2014



Durante 2014 han nacido en Gipuzkoa 6.284 niños (gráfico 8.1), siguiendo la tendencia descendente de los últimos cinco años. El 49,4% de los nacidos han sido niñas.

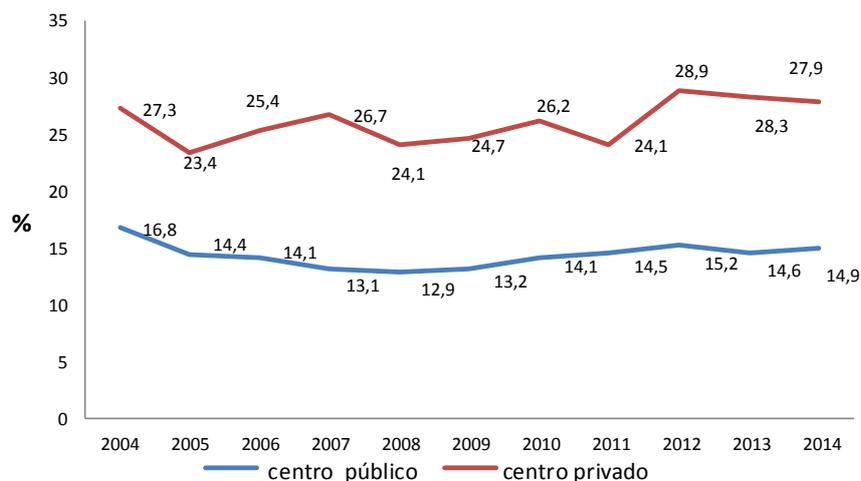
De todos los nacimientos que se produjeron en Gipuzkoa, 94,7% fueron partos únicos y el 5,2% de los partos fueron gemelares, casi el doble que el año anterior. Un parto fue de trillizos.

Tabla 8.1. Distribución porcentual de nacimientos, según edad de la madre. Gipuzkoa 2004-2014.

Edad materna	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
< 15	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-19	0,8	0,8	1,1	0,8	0,8	0,9	0,9	,8	0,9	,9	0,8
20-24	3,7	3,3	3,6	3,9	4,2	4,2	3,8	3,9	3,5	4,0	3,7
25-29	20,7	20,3	18,2	17,8	17,2	15,8	15,3	15,1	14,2	14,9	20,7
30-34	46,5	46,9	47,4	45,2	46	44,8	43,9	41,8	40,7	40,1	46,5
35-39	24,8	25,0	25,3	26,3	27,2	29,1	30,8	32,0	34,0	32,9	24,8
> 39	3,5	3,5	4,4	4,5	4,3	5,1	5,3	6,4	6,7	7,2	3,5

La distribución de edades en las madres de este año ha presentado un rango amplio, desde los 14 años hasta los 51 años; 13 mujeres han sido madres con menos de 18 años. El 40,1% de las mujeres que han tenido un hijo en 2014 tenían más de 35 años.

Gráfico 8.2. Porcentaje de nacidos vivos por vía abdominal, por tipo de centro. Gipuzkoa 2004-2014.



Se mantienen la diferencia significativa entre los dos tipos de centro en relación a la mayor presentación de partos por cesárea. Aunque en la última década había ido disminuyendo este porcentaje en los centros privados, los dos últimos años han recuperado el nivel que presentaban en 2004; sin embargo en los centros públicos se ha mantenido este descenso.

El tipo de alimentación del recién nacido se recoge en el momento del alta hospitalaria. En 2014 se mantienen los porcentajes de lactancia materna

Tabla 8.2. Distribución porcentual del tipo de alimentación en niños nacidos en Gipuzkoa 2004-2014

Tipo de lactancia	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Natural	61,2	62,2	63,3	61,5	65,1	68,5	72,3	74,2	71,7	71,4
Artificial	16,5	16,7	16,6	16,8	16,2	16,4	16,3	14,8	14,5	14,3
Mixta	21,1	20,1	19	21	13,3	14,4	10,8	9,5	12,1	12,9
No consta	0,7	0,5	0,4	0,3	4,9	0,0	0,3	1,1	1,3	0,0
Otros	0,6	0,6	0,8	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4	0,5	0,1

Se define recién nacido de bajo peso (RNBP) al que ha nacido con un peso inferior a 2.500 grs. y recién nacido de muy bajo peso (RNMBP) al que tiene un peso inferior a 1.500 grs al nacer.

El peso medio de los recién nacidos en Gipuzkoa se mantiene estable a lo largo de los años, así como los nacimientos con peso inferior al normal.

Tabla 8.3. Porcentaje de recién nacidos de bajo peso y muy bajo peso. Gipuzkoa. 2004-2014

Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
RNBP	6,6	5,9	7,3	6,7	6,7	6,7	6,6	6,6	7,0	7,6
RNMBP	0,9	0,9	0,6	1,3	0,9	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9

9.- Estudios y proyectos

ESTUDIO cycEVA DE EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRI PAL, 2014-15

Es un estudio de casos y controles test-negativo en el que los casos son los pacientes con síndrome gripal notificados por un médico centinela participante en el estudio y con un resultado positivo por laboratorio para virus gripales. Los controles son aquéllos con un resultado negativo por laboratorio para virus gripales.

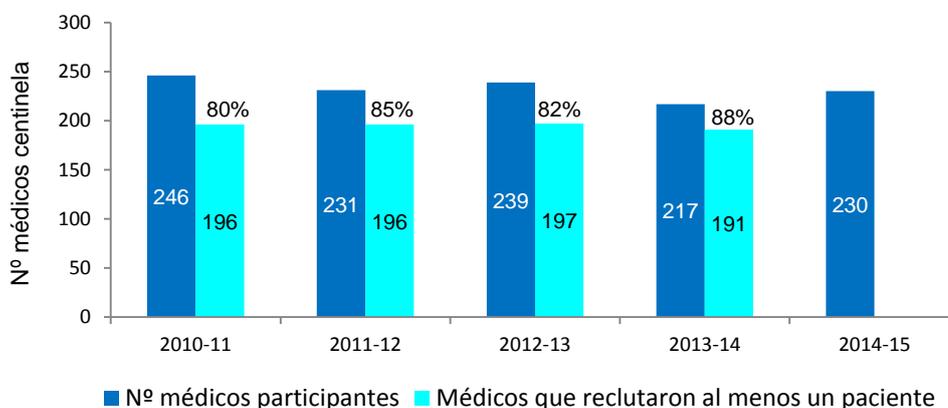
El estudio cycEVA es el componente español del proyecto europeo I-MOVE (Monitoring the influenza vaccine effectiveness in the European Union and European Economic Area) y se inició en la temporada 2008-09 en el marco del Sistema centinela de vigilancia de la gripe en España (ScVGE).

Importancia de la información proporcionada por el estudio cycEVA

Disponer de estimaciones de la efectividad de la vacuna (EV) antigripal es fundamental para:

- Contribuir a orientar las recomendaciones anuales de vacunación por grupos de edad y grupos de riesgo;
- Contribuir a la interpretación de los análisis virológicos que comparan la concordancia de las cepas vacunales y circulantes. En las dos últimas ediciones, las estimaciones de EV del estudio cycEVA, como componente español del estudio europeo I-MOVE, formaron parte de los informes GIVE "Global Influenza Vaccine Effectiveness" en las reuniones anuales de la OMS para la selección de cepas a incluir en la vacuna antigripal de la siguiente temporada;
- Reforzar las intervenciones de salud pública si se detecta precozmente una menor efectividad en determinados grupos de población;
- Fomentar la investigación de vacunas más efectivas.

Gráfico 9,1, Evolución del estudio cycEVA, Periodo 2010 – 2015.



Últimas publicaciones:

- *Estudio cycEVA: casos y controles para la estimación de la efectividad de la vacuna antigripal en España, 2008-2013. Rev Esp Salud Pública. 2014 Oct;88(5):601-11. doi: 10.4321/S1135-57272014000500005*
- *Interim influenza vaccine effectiveness: A good proxy for final estimates in Spain in the last four seasons 2010-2014. Vaccine. 2015 Apr 11. pii: S0264-410X(15)00359-X. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.03.051. [Epub ahead of print]*
- *The European I-MOVE Multicentre 2013-2014 Case-Control Study. Homogeneous moderate influenza vaccine effectiveness against A(H1N1)pdm09 and heterogenous results by country against A(H3N2). Vaccine. 2015 Apr 28. pii: S0264-410X(15)00465-X. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.012. [Epub ahead of print]*

EL ESTUDIO MULTICASOCONTROL DE CÁNCER, MCC-SPAIN

En 2008, 7 grupos del CIBERESP pusieron en marcha un **estudio multicaso-control poblacional** (MCC-Spain) para investigar la influencia de factores ambientales y su interacción con factores genéticos, en tumores frecuentes o con características epidemiológicas peculiares en nuestro país, en las que los factores ambientales implicados no son suficientemente conocidos. En el estudio participan 11 comunidades autonómicas (Cataluña, Madrid, Asturias, Navarra, País Vasco, Murcia, Cantabria, Andalucía, Valencia, Castilla y León), <http://www.mccspain.org/>. MCC en País Vasco se centra en el Territorio de Gipuzkoa.

Los tumores escogidos son el **cáncer colorrectal, el cáncer de mama, el cáncer gástrico y el de próstata y la leucemia linfática crónica (LLC)**. La información de los casos (hospital) y controles (poblacional) sobre exposición se ha recogido mediante entrevistas personalizadas, con personal entrenado específicamente, a partir de un cuestionario estandarizado y se han obtenido muestras biológicas de sangre y pelo.

Un total de 10.065 individuos conforman el estudio, 6067 casos y 3.998 controles. Gipuzkoa con 362 controles y 345 casos de mama y colon.

MCC-Gipuzkoa participa en los distintos grupos de trabajo, liderando el GT de Dieta y colaborando de forma más activa en el grupo de aguas, antecedentes familiares, factores endocrinos y hormonas, fármacos, ocupación y actividad física.

Durante el 2014 se ha trabajado en el plan de análisis general así como en la exploración de primeros resultados en distintos grupos. En el grupo de metales se ha liderado la realización de una aplicación informática para la compilación estandarizada de información en relación a la concentración de arsénico, cadmio, cromo y mercurio en alimentos.

En 2012 se pusieron en marcha distintos Proyectos FIS y se participa en el Proyecto Coordinado : Impacto de los factores de riesgo establecidos (actividad física y adherencia a dieta mediterránea) en el cáncer de mama en España. Nuevos factores de riesgo y su implicación en nuestro país. MCC-Spain.

Publicaciones técnico científicas en las que se ha colaborado en 2014 y que están en proceso de revisión:

.- Obesity, fat distribution, weight changes in adulthood and risk of breast and prostate cancer in a population based case-control study (MCC-Spain).

.- Association of diabetes and diabetes treatment with incidence of breast cancer.

.- Population-based multicase-control study in common tumors in Spain (MCC-Spain): rationale and study design.

EL ESTUDIO PROSPECTIVO EUROPEO SOBRE DIETA, CÁNCER Y SALUD, EPIC.

El estudio EPIC (Europeana Prospective Investigation into Cancer) se diseñó como un estudio de cohorte, multicéntrico y se inició en 1992 en 10 países Europeos. En España se realiza en cinco áreas geográficas, Asturias, Granada, Gipuzkoa, Murcia y Navarra.

El estudio EPIC nació con el objetivo de integrar la epidemiología con las investigaciones de laboratorio, con factores genéticos y metabólicos, y profundizar en el conocimiento científico de la nutrición y el cáncer. En la actualidad, además de la investigación en cáncer, se han creado otras líneas de trabajo que estudian las Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes, Enfermedades Neurológicas y Envejecimiento. La cohorte Europea la forman un total de 450.00 voluntarios, con un total de 8.400 en EPIC-Gipuzkoa. <http://www.epic-spain.com/>

Colaboración con subproyectos EPIC en Europa, Proyecto EPIC-Heart (<http://www.epiccvd.eu/project/epic-heart.html>). EPIC-Gipuzkoa, durante 2014 ha actualizado los casos de IAM a Diciembre 2013 y ACV a Diciembre 2012. Ha asistido a las reuniones organizadas para la actualización y plan de análisis.

Durante 2014 en el Proyecto FIS, "Patrones de dieta, antioxidantes y biomarcadores del estatus oxidante-antioxidante en la cohorte EPIC-Granada y Epic-Gipuzkoa". Se ha finalizado la compilación de una tabla de composición de Capacidad Antioxidante Total (CAT) así como los análisis de laboratorio. Se han depurado las bases de datos y se ha trabajado en el plan de análisis

En el Proyecto FIS convocatoria 2013 "Estilos de vida y susceptibilidad genética como predictores del riesgo de cáncer y del pronóstico y la supervivencia en la cohorte EPIC de España, se han realizado actualizaciones en los contactos, estado vital y seguimiento de la cohorte mediante cruce con el registro TIS. Se han realizado cruces con la Mortalidad de INE y el Registro de Cáncer de Gipuzkoa.

Algunas publicaciones técnico-científicas en las que se ha participado, colaborado o liderado a nivel de la cohorte EPIC-Spain y EPIC en Europa en el año 2014:

.- Alcohol intake and breast cancer in the European Prospective investigation into Cancer and Nutrition: Short title: Alcohol intake and breast cancer: Alcohol intake and breast cancer.

.- No association between fish consumption and risk of stroke in the Spanish cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC-Spain)".

.- Intake of omega-3 fatty acids, eicosapentaenoic acid and docosahexaenoic acid and risk of coronary heart disease in the Spanish Epic cohort study". Nutrition, Metabolisme & Cardiovascular Diseases

.- Coffee and tea consumption and risk of pre- and postmenopausal breast cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohort study.

.- Dietary folate intake and breast cancer risk: European prospective investigation into cancer and nutrition..

.-Association between different obesity indexes with total and ischemic stroke incidence in the EPIC Spanish population. EJM

.- .- Nutrient patterns and their food sources in an International Study Setting: report from the EPIC study.

INMA (INFANCIA Y MEDIO AMBIENTE)

El proyecto INMA tiene como objetivo proporcionar información y conocimiento que contribuya a entender los mecanismos causales que median entre la contaminación ambiental y el desarrollo físico y neuroconductual de los niños.

En 2006, en Gipuzkoa se inició el reclutamiento de las cohortes madres-niños INMA en las comarcas de Goierri y alto y medio Urola, <http://www.proyectoinma.org/>

Se reclutó una cohorte inicial de 640 mujeres embarazadas para seguir posteriormente a sus hijos. En 2012 se finalizó el contacto con la cohorte inicial y un total de 403 niños conforman la cohorte de niños de 4 años.

Durante 2014 se ha colaborado con los distintos GT en la preparación del protocolo para la fase de seguimiento de los niños/as INMA-Gipuzkoa a los 8 años de edad en relación al desarrollo neuropsicológico y trastornos de la infancia, obesidad y asma, iniciándose la misma en el mes de octubre.

Se colabora en distintos proyectos Europeos, Helix Project: The Human Early-Life Exposome – novel tools for integrating early-life environmental exposures and child health across Europe

Proyectos en realización durante 2014 :

- Caracterización de la exposición a campos electromagnéticos de radiación no ionizante en los niños de la cohorte INMA-Gipuzkoa.

Algunas publicaciones técnico-científicas en las que se ha participado, colaborado o liderado a nivel de la cohorte INMA en el año 2014 :

.- Folic acid supplements during pregnancy and child psychomotor development after the first year of life.

.- Compliance of Nutritional recommendations of Spanish pregnant women according to sociodemographic and lifestyle characteristics : a cohort study