

SUMARIO

Infarto agudo de miocardio en Navarra, 2003-2004	1
Infección por el VIH y sida en Navarra, 2006	6
Situación de las E.D.O. en Navarra. Semanas 14 a 26 de 2007	7

INCIDENCIA, LETALIDAD Y TRATAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN NAVARRA, 2003-2004

Introducción

El infarto agudo de miocardio (IAM) es la segunda causa de muerte en hombres y la tercera en mujeres de Navarra y es, además, una importante causa de muerte prematura, sobre todo entre los varones, sólo superada por los accidentes de tráfico y el cáncer de pulmón. En Navarra existe un registro de IAM que ha seguido un funcionamiento discontinuo abarcando los años 1997-1998 y 2003-2004. El registro permite conocer las tasas de incidencia, de ataque y de mortalidad por IAM y su letalidad a los 28 días. Además, el registro monitoriza los métodos diagnósticos y tratamientos aplicados durante el ingreso y al alta en los pacientes con IAM.

Metodología

El registro, dado su carácter poblacional, incluye pacientes residentes en Navarra atendidos en unidades de cuidados intensivos cardiológicos (UCIC), unidades de cuidados intensivos (UCI) y otros servicios hospitalarios. Asimismo, incluye los tratados en hospitales comarcales y los fallecidos fuera del hospital. La búsqueda se realiza en los hospitales de la red pública de Navarra, en la Clínica Universitaria de Navarra, en la Clínica San Miguel, y se

amplia a los hospitales del País Vasco y de La Rioja. Las fuentes para localizar los casos son el registro de altas hospitalarias y el registro de mortalidad.

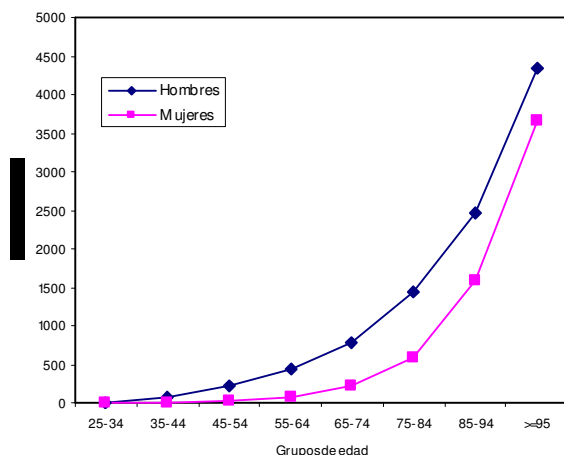
Con objeto de comparar los datos del periodo 2003-2004 con los del periodo 1997-1998 se ha utilizado la definición de IAM del estudio MONICA y no la nueva definición de la *European Society of Cardiology* y de la *American Heart Association* basada en la elevación de troponinas en presencia de síntomas de isquemia. Las troponinas son un marcador más sensible y su utilización incrementa la incidencia de IAM respecto a la definición del MONICA en un porcentaje que los estudios valoran entre un 15% y un 39%.

Incidencia acumulada en el periodo 2003-2004

Durante los años 2003 y 2004 se registraron 2182 episodios de IAM en Navarra, de los cuales, 1352 fueron casos hospitalarios, es decir, estuvieron ingresados en algún hospital y 830 fueron casos extrahospitalarios (IAM en personas que fallecieron de manera súbita fuera de los hospitales o que, aunque fueron trasladadas, llegaron cadáver al hospital). Hubo 1 caso de IAM en una persona menor de 25 años.

En la figura 1 se pueden observar las tasas de incidencia específicas por edad para cada sexo por separado. Las tasas son más altas en varones, sobre todo entre los menores de 75 años.

Figura 1. Tasa de incidencia media anual de infarto agudo de miocardio en Navarra, 2003-2004



Letalidad en los primeros 28 días

En la tabla 1 se presenta los datos de letalidad a los 28 días por sexo y grupos de edad. El 50,7% de las personas que presentaron un IAM falleció en los 28 días siguientes al inicio de los síntomas. La mayoría de los fallecimientos por IAM (74,9%), se produjeron en los primeros minutos tras el episodio y tuvieron lugar fuera de los hospitales o durante el traslado y sólo el 25,1% se produjeron en el hospital.

Entre los pacientes que ingresan vivos en los hospitales, la letalidad a los 28 días fue de un 20,6% y muestra un patrón relacionado con la edad y el sexo. La letalidad de los pacientes que llegan vivos al hospital fue 8,5% en las personas de menos de 75 años y de un 37,4% en mayores de 75 años.

Los datos anteriores muestran la diferente interpretación del pronóstico del IAM cuando se mide la letalidad hospitalaria únicamente o cuando consideramos también las muertes fuera del hospital, además muestran la fuerte correlación entre edad y letalidad.

Tabla 1. Letalidad a los 28 días entre los pacientes que presentaron un infarto agudo de miocardio y letalidad a los 28 días entre los casos que llegan vivos al hospital. Periodo 2003 y 2004

	Casos hospitalarios y extrahospitalarios			Casos hospitalarios		
	Casos	Nº fallecidos	letalidad a los 28 días (%)	Casos	Nº fallecidos	letalidad a los 28 días (%)
Hombres						
<25 años	1	1	100,0	0	0	
25-34	10	1	10,0	9	0	0,0
35-44	59	17	28,8	45	3	6,7
45-54	174	42	24,1	138	6	4,3
55-64	253	70	27,7	191	8	4,2
65-74	385	150	39,0	263	28	10,6
75-84	415	256	61,7	241	82	34,0
=>85	175	145	82,9	59	29	49,2
Mujeres						
<25 años	0	0		0	0	
25-34	0	0		0	0	
35-44	7	3	42,9	4	0	0,0
45-54	22	5	22,7	19	2	10,5
55-64	36	11	30,6	29	4	13,8
65-74	124	50	40,3	90	16	17,8
75-84	248	147	59,3	152	51	33,6
=>85	273	209	76,6	112	49	43,8
Total	2182	1107	50,7	1352	278	20,6

Factores de riesgo en los IAM con ingreso hospitalario

La información disponible de los factores de riesgo de los casos hospitalarios es muy completa, con un porcentaje de valores faltantes que oscila entre un 2 y un 3%, salvo para el colesterol LDL y HDL que alcanza el 40%. La prevalencia de estos factores se presenta en la figura 2.

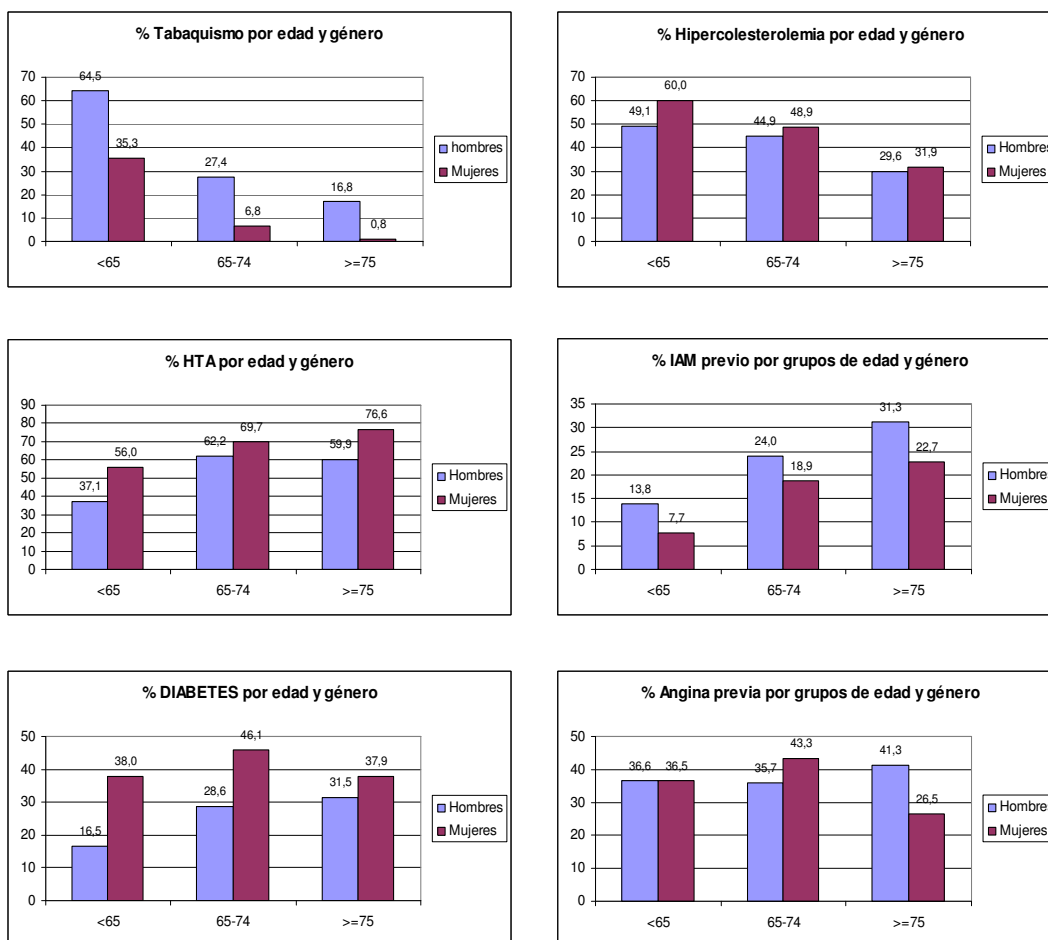
El porcentaje de fumadores muestra un patrón característico por grupos de edad y sexo. Los varones con IAM presentan un porcentaje de tabaquismo mayor que las mujeres en los tres grupos de edad. Además tanto en hombres como en mujeres el porcentaje de fumadores desciende conforme aumenta la edad. Las mujeres presentan porcentajes más elevados de HTA que los hombres en todos los grupos de edad. Además estas cifras aumentan con la edad, de manera que alcanza el 77% en el grupo de mujeres mayores de 75 años.

años. Las mujeres también presentan prevalencias más elevadas que los hombres de diabetes e hipercolesterolemia. La prevalencia de hipercolesterolemia disminuye con la edad, tanto en hombres como en mujeres.

Globalmente, el 40 % de pacientes presenta un factor de riesgo seguido de un 30 % con dos factores de riesgo. Esto se observa también en hombres en todos los grupos de edad. Sin embargo, en mujeres el patrón cambia con la edad, siendo más frecuente la presencia de más de un factor cuanto más joven es la mujer. Solamente un 13% de los pacientes no presentó ningún factor de riesgo.

Si consideramos los antecedentes de cardiopatía isquémica nos encontramos con que mientras que la prevalencia de IAM previo es mayor en los hombres, la de angina previa es mayor en mujeres excepto para el grupo mayor de 75 años.

Figura 2. Prevalencia de factores de riesgo en pacientes ingresados por IAM por grupos de edad y género. Navarra, 2003-2004



Síntomas y actitud de los pacientes ante el infarto de miocardio

Presentaron sintomatología típica el 81% de los hombres y el 64% de las mujeres.

Se dispone de información del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la decisión de pedir atención sanitaria en el 54% de los casos. Se constata que el 41,3% de los pacientes tardan más de 6 horas en pedir atención después del inicio de los síntomas.

Ante los primeros síntomas, la mitad de los pacientes acuden al hospital más próximo, aunque esta frecuencia disminuye conforme aumenta la edad. La segunda actitud más frecuente es llamar al 112 seguida de acudir al centro de salud más próximo (tabla 2).

Tabla 2. Actitud ante los primeros síntomas del IAM por grupos de edad

	<65		65-74		≥75		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acudir al CS más próximo	65	14,9	55	15,6	58	10,3	178	13,2
Llamar al CS	19	4,4	14	4,0	49	8,7	82	6,1
Llamar al 112	63	14,5	75	21,2	127	22,5	265	19,6
Acudir al hospital más próximo	245	56,3	168	47,6	266	47,2	679	50,2
Otros	26	6,0	20	5,7	30	5,3	76	5,6
Dato no disponible	17	3,9	21	5,9	34	6,0	72	5,3
Total	435		353		564		1352	

Lugar de tratamiento y derivaciones inter-hospitalarias

Durante los años 2003 y 2004 se han localizado 1297 episodios de IAM en personas residentes en Navarra en los hospitales de nuestra comunidad y 55 en hospitales de fuera de Navarra, fundamentalmente de País Vasco y de La Rioja. Dentro de los hospitales de Navarra, el hospital inicial de tratamiento donde los pacientes recibieron la primera atención urgente más frecuentemente fue el Hospital de Navarra (44,1%) seguido del Hospital Virgen del Camino (26,0%). El Hospital de Tudela proporcionó el 16,7% de la atención urgente inicial y el Hospital de Estella el 10,1%. Sin embargo y considerando las derivaciones realizadas en las primeras 24 horas, el hospital de atención final ó de ingreso fue el Hospital de Navarra para el 54,2% de los pacientes y el Hospital Virgen en el 21,7%. En los hospitales comarcales de Estella y Tudela estuvieron ingresados el 19,5% y un 4,6% estuvieron en la Clínica Universitaria de Navarra o en la Clínica San Miguel.

Como dato positivo y respecto al año 1997 se ha observado un incremento de los pacientes tratados en el Hospital de Navarra que pasa-

ron de representar el 37,5% a un 54,2% del total y ha habido un importante incremento de derivaciones de los hospitales comarcales hacia el Hospital de Navarra.

El 68,3% de los pacientes estuvieron ingresados en una UCIC o UCI de un hospital terciario y el 14,8% en una UCI de hospital comarcal. Un 3,2% en una planta de cardiología de hospital terciario y un 8,6% en otros servicios de hospital terciario.

Tanto en hombres como en mujeres el porcentaje de pacientes tratados en UCIC o UCI de hospital terciario desciende progresivamente conforme aumenta la edad. En los pacientes más jóvenes (menores de 65 años) el porcentaje supera el 80% en ambos sexos.

Reperusión en fase aguda

Se realizó reperusión en fase aguda al 34,1% de los pacientes. En el 11,7% se utilizó terapia trombolítica y en el 22,4% se practicó angioplastia primaria. Se observa que en el grupo de edad más joven se ha realizado reperusión aguda en el 50% de los casos. Si tenemos en cuenta los pacientes con elevación del segmento ST en el electrocardiograma el porcentaje de pacientes con reperusión aguda asciende hasta el 56,6% (un 37,3% recibió ACTP y un 19,4% trombolisis). La reperusión en fase aguda se realizó con mayor frecuencia entre los pacientes que llegan precozmente al hospital tras inicio de los síntomas. Los que llegan dentro de las primeras tres horas reciben reperusión en aproximadamente un 58%. Entre los hospitales públicos de Navarra el porcentaje de pacientes que reciben reperusión en fase aguda oscila entre un 24% y un 40%.

Tabla 3. Reperusión aguda según tiempo (en horas) transcurrido entre el inicio de los síntomas y la monitorización cardiológica. Navarra, 2003-2004

	Total pacientes	Reperusión aguda total		ACTP		Trombolisis	
		N	%	N	%	N	%
1ª h	239	140	58,6	89	37,2	51	21,3
2ª h	186	106	57,0	65	34,9	41	22,0
3ª h	95	55	57,9	40	42,1	15	15,8
4ª - 6ª h	114	49	43,0	30	26,3	19	16,7
7ª - 9ª h	36	5	13,9	4	11,1	1	2,8
10ª - 12ª h	30	8	26,7	5	16,7	3	10,0
13ª - 24ª h	32	2	6,3	2	6,3	0	0,0

Tratamiento farmacológico

El 94% de los pacientes con IAM recibieron antiagregantes durante su estancia hospitalaria y en un 90% de los casos se prescribieron al alta, siendo escasa la variabilidad entre los distintos centros. Se observó una importante variabilidad en el uso de betabloqueantes, destacando dos hospitales con cifras por encima del 80% al ingreso y del 75% al alta. La proporción de pacientes tratados en nuestra comunidad con IECAs al ingreso fue del 60% y al alta del 44%. También se observó variabilidad interhospitalaria en la utilización de estos fármacos. Respecto al año 1997-98 se ha observado un incremento importante en el uso de antiagregantes, betabloqueantes e IECAs.

La utilización de hipolipemiantes desciende conforme aumenta la edad. En conjunto se prescribieron al alta en un 58 % de pacientes. Por hospitales la utilización varía entre el 44% y el 72% durante el ingreso y entre 39% y un 70% al alta.

Tabla 4. Tratamiento farmacológico durante el ingreso y alta en los pacientes con IAM, según edad. Navarra 2003-2004

	Total			Total %
	<65 %	65-74 %	>=75 %	
Antiagregantes al ingreso	98,0	95,0	90,1	94,1
Antiagregantes al alta	97,2	89,5	82,8	90,0
Betabloqueantes al ingreso	90,7	80,8	56,4	74,3
Betabloqueantes al alta	87,0	72,0	44,6	66,0
IECA al ingreso	56,1	65,0	61,1	60,4
IECA al alta	44,7	50,5	39,3	44,1
Hipolipemiantes al ingreso	83,2	71,7	39,9	62,5
Hipolipemiantes al alta	80,9	65,1	35,9	58,7

Angioplastia y cirugía coronaria

Se realizó cirugía de derivación aortocoronaria en un 4,7% de pacientes. El grupo de edad que fue intervenido con más frecuencia fue el de 65-74 años con un 8,9%.

Se realizó angioplastia primaria, de rescate o programada en un 45,8% de los pacientes. La realización de angioplastia total desciende conforme aumenta la edad tanto en hombres como en mujeres. Por otra parte se utilizó más frecuentemente en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad. Entre los

hospitales públicos de Navarra el porcentaje de pacientes que reciben angioplastia programada oscila entre un 15% y un 23%.

Procedimientos diagnósticos

En conjunto se realizó coronariografía al 58,5% de los pacientes, ecocardiograma al 78,9% y prueba de esfuerzo al 27,6%. La utilización de pruebas diagnósticas es más frecuente en los grupos de menor edad en ambos sexos y también es más frecuente en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad.

Conclusiones

Los datos del registro de IAM de Navarra para el año 2003 y 2004 que incluyen a pacientes procedentes de todos los hospitales muestran una mejora del manejo hospitalario de los pacientes con IAM en comparación a los datos de 1997-1998.

Ha aumentado el porcentaje de pacientes que ingresan en UCI de hospital terciario.

Ha aumentado el porcentaje de pacientes derivados de hospitales comarcales a hospitales terciarios, aunque todavía un 20% es tratado en hospital comarcal.

Se ha producido un incremento significativo del porcentaje de pacientes con IAM que ingresan en el Hospital de Navarra, el 54% del total.

Ha aumentado el porcentaje de pacientes a los que se realiza una coronariografía, siendo el incremento más acentuado entre los mayores de 75 años.

Se observa una mayor utilización de antiagregantes, betabloqueantes e IECAs, tanto durante el ingreso como al alta en comparación con 1997-1998. Además, un elevado porcentaje recibe estatinas en el momento del alta.

En 2003-2004 ha mejorado la utilización de procedimientos diagnósticos y tratamientos entre los pacientes más ancianos respecto a 1997-1998, siendo más destacada esta mejora en la aplicación de la coronariografía y de betabloqueantes. Sin embargo, persisten diferencias en función de la edad.

Bibliografía

Moreno C, Turumbay J, Garcia V, et al. El infarto de miocardio en la población de 25-74 años de Navarra. Incidencia, letalidad y tratamiento en el periodo 1997-1998. Estudio IBERICA. An Sist Sanit Nava 2002;25:155-66.

INFECCIÓN POR EL VIH Y SIDA EN NAVARRA, 2006

Desde el principio de la epidemia hasta diciembre de 2006 se han diagnosticado 1.681 infecciones por VIH en población residente en Navarra. Los nuevos diagnósticos de VIH superaron los 20 casos anuales por 100.000 habitantes hasta 1992. Desde entonces han disminuido un 85% hasta 2006, año en que se diagnosticaron 23 casos (3,8 por 100.000 habitantes) (Tabla 1).

La caída en los nuevos diagnósticos de VIH ha sido muy pronunciada en usuarios de drogas por vía parenteral, aunque no se ha logrado controlar totalmente la ocurrencia de nuevas infecciones debidas a este mecanismo de transmisión. Los nuevos diagnósticos debidos a transmisión sexual se mantienen en un nivel relativamente estable, y dan lugar a la mayor parte de los diagnósticos de VIH en los últimos años (Figura 1). Entre las infecciones diagnosticadas en el período 2002–2006 el 54% eran atribuibles a transmisión heterosexual, el 19% ocurrieron en usuarios de drogas inyectadas y el 17% en hombres homosexuales (Figura 2).

El número de diagnósticos de VIH en población autóctona muestra un marcado descenso. Los diagnósticos de VIH en

personas originarias de otros países aumentó hasta 2001, y desde entonces se mantiene estable. El 45% de los diagnósticos de VIH del período 2002–2006 se realizaron en personas originarias de otros países.

La tasa de nuevos diagnósticos de VIH en Navarra sigue descendiendo, y se ha situado por debajo de la de países como Portugal, Bélgica, Suiza, Irlanda, Reino Unido o Luxemburgo. Mientras en muchos países de Europa el número de diagnósticos de VIH ha vuelto a aumentar, en Navarra se mantiene el descenso.

En lo que respecta a diagnósticos y muertes por sida, se observa un pronunciado descenso que se inició a partir de 1996 con la introducción de la terapia antirretroviral combinada. El gran descenso en la mortalidad por sida es el motivo de que el número de personas vivas con diagnóstico de VIH se mantenga estable, aunque cada vez son menos los nuevos diagnósticos de infección. Entre las personas que viven con el VIH los que adquirieron la infección por uso de drogas inyectadas siguen suponiendo más de la mitad, debido a las infecciones adquiridas años atrás (Figura 2).

Tabla 1. Número y tasas por 100.000 habitantes de nuevos diagnósticos de VIH, de casos de sida y de muertes por sida en personas residentes en Navarra, 1985–2006

Año	Diagnósticos de VIH*		Diagnósticos de sida**		Muertes por sida**		Personas vivas con diagnóstico de VIH***	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1985	107	20,6	2	0,4	2	0,4	105	20,2
1986	109	21,0	4	0,8	1	0,2	210	40,4
1987	166	32,0	12	2,3	9	1,7	363	69,9
1988	104	20,0	25	4,8	9	1,7	451	86,8
1989	109	21,0	20	3,9	18	3,5	532	102,4
1990	116	22,3	44	8,5	23	4,4	614	118,2
1991	137	26,3	50	9,6	22	4,2	711	136,5
1992	130	24,9	62	11,9	37	7,1	793	151,7
1993	102	19,5	83	15,8	41	7,8	841	160,4
1994	85	16,2	90	17,1	66	12,5	853	162,1
1995	77	14,6	89	16,9	65	12,3	860	162,8
1996	57	10,8	75	14,2	73	13,8	833	157,3
1997	48	9,0	45	8,5	33	6,2	837	157,6
1998	59	11,1	44	8,3	18	3,4	870	163,2
1999	41	7,6	36	6,7	26	4,8	880	163,6
2000	41	7,5	25	4,6	14	2,6	894	164,4
2001	43	7,7	20	3,6	12	2,2	912	164,0
2002	33	5,8	31	5,4	18	3,2	913	160,3
2003	33	5,7	20	3,5	19	3,3	913	157,9
2004	34	5,8	22	3,8	11	1,9	921	157,5
2005	27	4,6	19	3,2	4	0,7	928	156,6
2006	23	3,8	16	2,7	4	0,7	937	155,7

*Fuente: Registro de VIH. **Fuente: Registro de sida. Se han considerado todas las defunciones declaradas en personas con diagnóstico de sida. ***Personas vivas con diagnóstico de VIH al final de cada año. Los datos de 2006 pueden sufrir algún cambio conforme se complete la información.

A pesar de estas tendencias favorables, todavía se siguen produciendo infecciones por el VIH por lo que se deben mantener todas las precauciones para evitar la transmisión.

Figura 1. Nuevos diagnósticos de VIH anuales según categoría de transmisión.

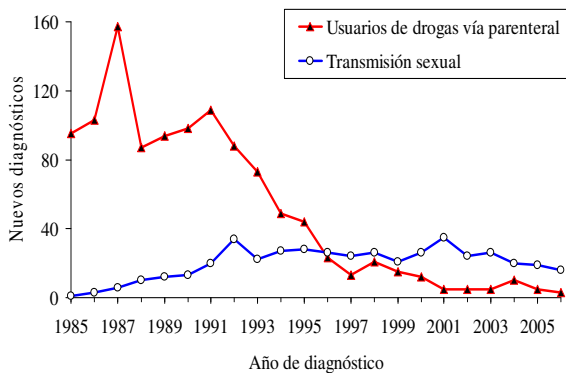
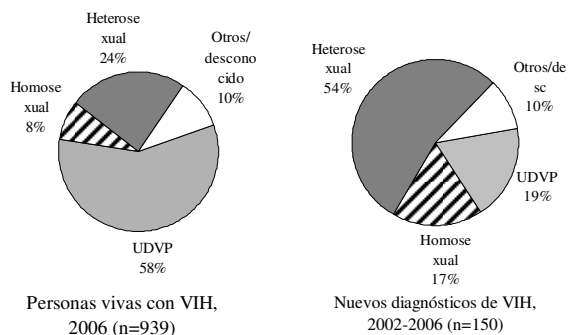


Figura 2. Distribución de las personas con diagnóstico de VIH según categoría de transmisión.



SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (E.D.O.) EN NAVARRA. SEMANAS 14 A 26 DE 2007

En la tabla I se presentan los porcentajes de notificación de E.D.O. por zonas básicas de salud, áreas sanitarias y especialidad de los declarantes. Estos porcentajes están calcula-

dos con las notificaciones recibidas hasta el 14 de agosto. La tabla II muestra la notificación de E.D.O. de las semanas 14 a 26 de los últimos 6 años en Navarra.

Tabla I
PORCENTAJE DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. SEMANAS 14 A 26 DE 2007

ZONA BÁSICA	% DECLARACIÓN	ZONA BÁSICA	% DECLARACIÓN	ZONA BÁSICA	% DECLARACIÓN
01-Altsasu/Alsasua	94,9	06-Elizondo	92,3	44-Peralta	70,0
34-Allo	0	24-Ermitagaña	84,6	27-Puente la Reina	46,2
35-Ancín-Améscoa	50	32-Estella	14,7	64-Ansoáin	100
10-Aoiz	92,3	02-Etxarri-Aranatz	50,8	17-Rochapea	93,2
41-Artajona	0	11-Huarte/Uharte	93,2	30-Salazar	9,6
09-Auritz/Burguete	76,9	20-II Ensanche	100	39-San Adrián	90,0
61-Azpilagaña	100	03-Irurtzun	1,3	16-San Jorge	100
26-Barañain	100	31-Isaba	0	23-San Juan	100
14-Berriozar	95,4	22-Iturrama	92,9	29-Sangüesa	76,2
51-Buñuel	92,3	04-Leitza	100	40-Tafalla	100
13-Burlada	100	05-Lesaka	100	46-Tudela Este	68,9
42-Carcastillo	100	38-Lodosa	100	45-Tudela Oeste	93,3
50-Cascante	84,6	36-Los Arcos	96,2	08-Ultzama	100
19-Casco Viejo	39,2	63-Mendillorri	91,8	47-Valtierra	80,0
49-Cintruénigo	100	21-Milagrosa	42,7	37-Viana	30,8
48-Corella	84,6	28-Noain	0	33-Villatuerta	57,1
18-Chantrea	100	43-Olite	80,8	12-Villava/Atarrabia	77,9
07-Donztebe/Santesteban	92,3	15-Orcoyen	100	25-Zizur-Echavacoiz	62,1
AREA PAMPLONA	80,5	AREA ESTELLA	53,7	AREA TUDELA	88,1
MEDICINA FAMILIA	78,9	PEDIATRÍA	73,8	TOTAL	77,4

Tabla II
CASOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA.
NAVARRA, SEMANAS 14 A 26. PERIODO 2002-2007.

ENFERMEDADES	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Enfermedades de Transmisión Alimentaria						
Botulismo	-	-	-	-	-	-
Cólera	-	-	-	-	-	-
Disentería Bacilar	1	3	6	-	1	4
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	-	1	-	-	-	1
Toxoinfección Alimentaria	128	71	82	84	36	31
Triquinosis	-	-	-	-	-	-
Enfermedades de Transmisión Respiratoria						
Enfermedad Meningocócica	2	6	2	2	5	7
Gripe	908	1.230	545	605	730	191
Legionelosis	24	3	7	2	151	10
Tuberculosis Respiratoria	20	26	19	12	19	14
Otras Tuberculosis	3	-	5	5	3	2
Varicela	2.060	2.134	1.865	2.362	2.025	1.308
Enfermedades de Transmisión sexual						
Infección Gonocócica	6	2	13	5	7	9
Sífilis	1	3	4	6	11	5
Enfermedades Prevenibles por Inmunización						
Difteria	-	-	-	-	-	-
Parotiditis	9	11	10	4	12	430
Poliomielitis	-	-	-	-	-	-
Rubéola	2	-	-	2	-	-
Sarampión	-	-	-	-	-	-
Tétanos	-	-	-	-	-	-
Tosferina	-	3	5	1	1	-
Hepatitis Víricas						
Hepatitis A	1	1	11	5	7	4
Hepatitis B	1	6	2	0	0	1
Otras Hepatitis	3	1	0	1	0	-
Zoonosis						
Brucelosis	4	2	-	1	1	1
Hidatidosis	3	1	1	1	6	-
Leishmaniasis	-	-	-	-	-	-
Rabia	-	-	-	-	-	-
Carbunco	-	-	-	-	-	-
Tularemia	-	-	-	-	-	-
Enfermedades Importadas						
Fiebre Amarilla	-	-	-	-	-	-
Paludismo	2	2	4	2	1	1
Peste	-	-	-	-	-	-
Tifus Exantemático	-	-	-	-	-	-