

EHAeko Epidemiologi Aldizkaria  
<http://www.euskadi.net/sanidad>



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO  
Osasun saila  
Departamento de Sanidad

## Aurkibidea

Begiraletza Epidemiologikoa	
- C hepatitis.	2
- Poliomielitisa ezabatu izanaren ziurtagiria lortzeko plana.	4
- C serotaldekoen gaixotasun meningokozikoaren egoera Euskal Herrian.	5
- Aitortu beharreko gaixotasunak. 1998ko 1.astetik 16.era artekoen datuak.	6
Osasun Publikoko Programak	
- Iodoprofilaxia Euskal Herrian.	7
- Bainurako uren eta hondartzen osasangarritasuna zaintzeko egitaraua.	9
Gaur Egun	
- Gaitz kardiobaskularrengatiko heriotza-tasa Espainian eta bertako autonomia erkidegoetan.	11
- Tabakorik gabeko mundu eguna.	11
Tribuna Irekia	
- A.B.G.: Jokaeraren alderantz.	12

## Editoriala

Izurriteen Zainketarako informazio sistemak ezinbesteko bitartekoak dira gure inguruko gaixotasunen maiztasuna eta izurriteetan zerikusia duten aldagarriak ezagutzeko. Behin informazioa ezagutuz gero kontrol neurriak har daitezke eta dena delako gaixotasunari aurrea hartu: ekintzarako informazioa da.

Nahitaez Aitortu beharreko Gaixotasunen sistema (N.A.G.) informazio iturri nagusietarikoa dugu gaur egun. Gaixotasunaren berri emateko betebeharra gora-behera, adierazpena egiten dutenei administrazioaren inprimaki horietariko beste bat betetzen ari direla iruditzen zaie askotan, baina adierazpen hori, izatez, funtsezko tresna da hainbat osasun arazo larriren bilakaera behar bezala ezagutzeko.

Epidemiologiako Aldizkari hau informazioa osasun arloko profesionaleri helarazteko bitartekoa izango da, profesionalak baitira N.A.G. sistemaren kalitatearen bermatzen dutenak euren eguneroko ahaleginarekin.

### C Hepatitis

#### Epidemiologia

C hepatitis 1975. urtean aipatu zen lehenengoz berezko gaixotasun legez, orduan ikusi baitzen transfusioaren ondorioz azaltzen ziren hepatitis kasu gehienen eragileak ez zirela hepatitisaren bi birus ezagun bakarrik, A eta B hepatitisen birusak, besteren bat baino. "Ez-A ez-B ez den hepatitis" deitu zitzaion gaixotasun berriari, eta txinpantzeei kutsatu ahal zaiela egiaztatu zen. Alabaina, 1989. urtera arte ez zen aditzera eman ez-A ez-B ez den hepatitisaren birusaren genoma klonatu eta beraren sekuentzia zehaztu izanaren berri. Birusari "C hepatitisaren birusa" (CHB) deitu zitzaion. Berehala agertu ziren CHB birusaren antigorputzak antzemateko probak eta hauexek dira gaixotasunaren diagnosirako metodo nagusiak.

C hepatitisaren birusaren infekzioa munduko bazter guztietara hedatuta dago. Sueroan CHBaren antigorputzak dituztenen tasa ehuneko 1 eta 2 bitartekoa da herri garatu gehienetan. Tasa nabarmen handiagoak aurkitu dira Europako ekialdeko eta Afrikako zenbait lekutan. Egipto da, antza, tasarik garaienetakoa duen herria, biztanleria osoaren %15 inguru, hain zuzen. EE.BB.etan borondatezko odol emaeleatetik %0,5 inguruk ditu CHBaren antigorputzak. Biztanleria orokorrean egindako laginketan, berriz, biztanleen %1,8 positiboak gertatu ziren. Gaur egun EE.BB.etan 4 milioi lagun daude CHBaz kutsaturik, Centers for Disease Control (C.D.C.) izenekoek oraintsuko datuetan oinarriturik egin duten zenbatespenaren arabera.

Estatu espainiarrean Monterok eta laguntzaileek ikerketak egin dituzte odol emaeleengan, eta batez beste 0,95eko tasa aurkitu dute. Gora-behera nahikoa handiak nabaritu dituzte autonomi erkidego batetik bestera. Hala ere, kontuan eduki behar da hasierako azterlanetan 1. belaunaldiko ELISA teknikak erabili zirela, sentikortasun eta bereizmen txikikoak. Gainera, emaeleengan egiten diren ikerketen datuek ez dute biztanleria osoaren egoera zehatz adierazten, emaeleek ez dutelako biztanleria orokorraren adin eta sexu banaketa bera eta hepatitis inoiz eduki dutenak edo arrisku taldeetakoak kanpora uzten direlako. Errioxako biztanleria orokorrari buruzko azterlan batean %2ko tasa ateratu zen. Antzeko tasa (%2,8) aurkitu zen Donostian, traumatologia eta kirurgia sailetan (liseri-aparatuko kirurgian izan ezik) ospitaleratutako gaixoetan, eta bai Transplanteetarako Nazio Erakundeak organo emaeleen artean egin zuen ikerketan ere (%2,7).

Gure erkidegoan C hepatitisaren 58 kasuren berri eman zen 1997. urtean, Nahitaez Aitortu beharreko Gaixotasunen

sistemaren bitartez. Horrek esan nahi du 100.000 biztanleko 2,76ko tasa dugula.

#### Kutsabideak

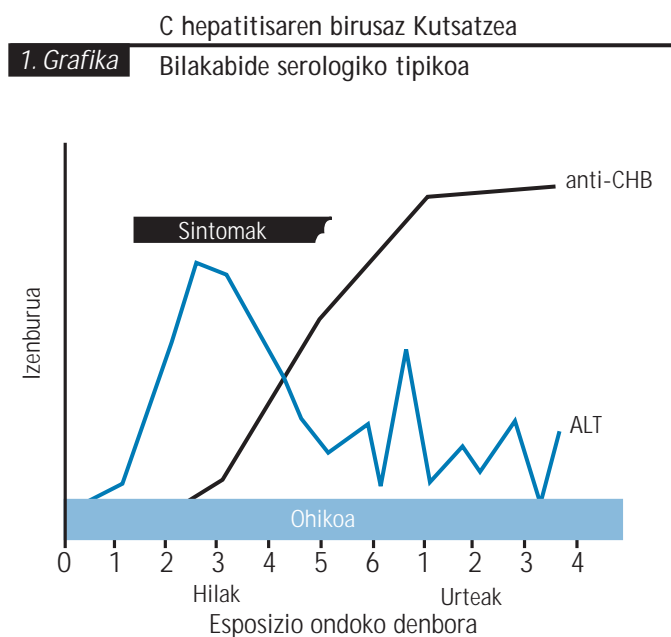
Kanadan gaixotasun hau, kasu guztietatik ia erdietan, bide parenteraletik kutsatzen da. Drogak bide parenteraletik hartzen dituzten drogazaleek berehala bereganatzen dute CHBa: ehunetik 80 sei eta hamabi hilabete bitarteko epean kutsatzen dira. Amarengandik umearengana ere igaro daiteke (kutsatutako amen %5 inguruk transmititzen diote umeari).

CHBaren infekzioaren beste iturriak ez dira oso ezagunak. Gainerako infekzio kasu gehienak bizimodu arriskitsuarekin edo biztanle-talde jakinetako kidea izatearekin erlazionatu ohi dira, transmisio bide zehatzekin baino areago. Zenbait egilek kalkulatu dutenez, birusaren eramailea den lagunarekin sexu harremanak izateak 20 urteren buruan %2,5eko infekzio arriskua dakar. Lagun askorekin harremanak izaten dituztenek arrisku gehiago dute CHBaz kutsatzeko. CDC zentruak ez diete sexu praktikak aldatzerik gomendatzen bikote iraunkorrei, baina CHBaren antigorputzak dituzten pertsonen bikotekideei proba behin edo gehiagotan egitea gomendatzen diete, CHBaz kutsatuko balira infekzioa agerian jartzeko. Maila sozioekonomikoa zenbat eta jasoagoa, CHBaren infekzioen tasak txikiagoak dira. Hala, EE.BB.etan afroamerikar eta hispanoek alde esanguratsua kentzen diete gainerako biztanleei seropositiboan tasetan.

Azkenik, badirudi CHB iatrogeniaz transmiti daitekeela behin baino gehiagotan erabiltzen diren orratz eta xiringen bidez, eta bai sendatzeko teknika tradizionaletan eta akupunturan ere. Zirujau kutsatuak ere noizbehinka transmisio bide izan dira, zehatz-mehatz aztertutik dauden kasu bakan batzuetan. Pertsonen haginkadak eta organo kutsatuen transplanteak dira beste kutsabide batzuk.

Osasun arloko langileek arrisku handi samarra dute euren zereginetan CHBaz kutsatzeko. Espainian eramaileen kopurua 300.000 eta 800.000 bitartekoa da, eta horietatik askok noiz edo noiz osasun laguntza behar izango dute gaixoardian zehar. Prebalentziari buruzko ikerlanetan, CHBaren antigorputzak dituzten langileen portzentaia desberdinak azaldu dira, %0,3 eta %5 artekoak. Espainian egindako azterlanetan %0 eta %0,6 bitarteko prebalentziak aipatu izan dira. Ustekabeen birusa inokulatuz gero gertatzen diren infekzioen kopuruak ez daude nahikoa zehazturik, baina dirudienez infekzioak gutxitan gertatzen dira eta BHaren kasuan baino askoz urriagoak dira.

EE.BB.etan, hepatitis akutu guztietatik %20 inguru C hepatitisaren kasuak dira. Inkubazioak batez beste 7 aste irauten du (3-20 aste). Hala ere, gaitzaren zantzuak azaldu aurretik birusaren markatzaileak azaltzen dira sueroan: esposizioa gertatu eta handik 1-3 astera antzeman daiteke CHB-ARN, eta azkar igotzen da 106-108 genoma ml-ko mailaraino. CHBaren antigorputzak esposiziotik 5-6 astera antzeman daitezke gaixoen %80engan, eta 12 astera %90engan. Aste gutxiren buruan sueroan alanina aminotferasaren (ALT) mailak gora egiten du eta ondoren zantzu klinikoak agertzen dira (1. Grafika). Sintomak beren hartan irauten dute 2-12 astean. Gerta liteke hepatitis suntzizailean amaitzea, oso kasu bakanetan. Zenbaitetan, gaixotasun akutua eta berez mugatzen dena azaltzen denean, sintomak hasi eta handik aste batzuetara CHB-ARN antzeman ezinezko kopururaino gutxitzen da eta ALT ohiko mailara itzultzen da.



## Klinika eta diagnosis

Kutsatu berritan gaitzaren zantzuak azaltzen dituztenen portzentaia txikia da, %5 eta %25 bitartekoa; A edo B hepatitisen zantzuen antzekoak dira, sarritan arinagoak. Infektatuen %80-90 luzaroan izaten dira birusaren eramaile (CHB-ARNaren presentziak egiaztatzen duenez). Pertsona horiek ondorio klinikoak jasateko arriskuan daude, hala nola, neke handia (%50, 10 urteren buruan), zirrosia (%25, 20 urteren buruan) eta gibelego minbizia (%5, 30 urteren buruan).

Fibrosia agertzeak, antza denez, zirrosiaren garapena iragartzen du. Zirrosia garatzeko gaitasuna alderdi askotatik etor daiteke, baina badirudi zirrosia errazago garatzen dela gizonezkoengan, 50 urte bete ondoren kutsatzen direnengan eta alkohol ugari kontsumitzen duten gaixoenengan. Gibelego gaitz latza eta gibelego kartzinoma garatzearekin zerikusia duen beste faktore bat CHBaren genotipoa omen da, batez ere 1b motakoa izatea. Oraindik egiaztatu gabe dago inguruabar hori.

Diagnosi saioak bi multzotan sailka daitezke:

1) CHBaren osagaiak antzematen dituztenak. Hauen emaitza positiboak birusa badagoela eta infekzioa gertatu dela adierazten du. Laboratorioran bi parametro zehaz daitezke: birusaren ARN, era koalatitiboan nahiz koantitatiboan, eta genomaren ezaugarriak, hau da, birusaren genotipoa. Batik bat PCR teknika erabiltzen da (polimerasaren katea-erreakzioa).

2) Antigorputzak agerian jartzen dituzten saioak, birusaren antigenoen antigorputzak izan nahiz erreplikazioan ekoizten diren proteinenak. Saio hauen emaitza positiboak birusak gaixoa inoiz ukitu duela edo oraintxe ukitzen duela adierazten du. Alde batetik miaketa saio serologikoak daude: gaur egun erabiltzen diren ELISA metodoek antigenoen nahastura desberdinak dituzte eta 3. belaunaldikotzat jotzen dira. Emaitzak berresteko saioetan, bestalde, ohiko ELISA saioan lortutako erreaktibotasuna peptido banakotuen bidez analizatzen da (RIBA®, IMNOLIA®, MATRIX® etab.).

Analisiok askotan ematen dituzte positibo faltsuak, batez ere CHBaz kutsatzeko arrisku txikia duten gaixoei egiten zaizkienean, odol emaleei, adibidez. Badaude teknika osagarriak espezifikotasuna ziurtatu ahal izateko, immunoblotean oinarrituak, esate baterako RIBA izenekoa (recombinant immunoblot assay). ELISAko proteina birkonbinagarri berberak erabiltzen dituzte, baina antigorputzak banan-banan antzemateko gai dira. ELISA saioan gaixoari CHBaren antigorputzak antzematen zaizkienean, RIBA saioa ere egin behar litzateke diagnosis egiteko zalantzaren bat egonez gero, gaixoak sueroan amino-transferasaren ohiko kontzentrazioak izanez gero edo hiperglobulinemia azalduz gero.

**1. Taula** CHBaren diagnosirako saioen erabilera

Kategoria	ELISA	RIBA	CHB-ARN	ALT
C hepatitis kronikoa	+	+	+	Gehitua
C hepatitisaren eramailea	+	+	+	Ohikoa
CHBaren kutsaduratik suspertu dena	+	+	-	Ohikoa
Positibo faltsua anti-CHBaren saioan	+	-	-	Ohikoa

Ezin zaie anti-CHBrik antzeman, bakar-bakarrik, CHBaren infekzio akutuen hasierako faseetan (6-8 aste) daudenei eta immunodepresioa dutenei (adibidez, giltzurrunetako gutxiegitasun kronikoa edo HIESa). Horrelakoetan egokia izan liteke birusaren ARNa zirkulazioan antzematea. PCR bezalako anplifikatze tekniken bitartez egin behar da, sueroan oso urria delako birusaren ARN. CHBaren ukipena gertatu eta handik astebetara beraren ARN antzeman daiteke. Merkatuan hainbat teknika daude, baina elkarrekin alde handiak dituzte sentikortasunean eta erabiltzeko erraztasunean. ARN koalatitiboki antzemateko analisisiez gainera, sueroan dagoen ARN kopurua (birus zama) neurtu ere egin daiteke. Badirudi birus zama handia duten gaixoek infekziosoagoak direla, zentzuzkoa denez, eta interferonaren bidezko terapiak ez diela horrenbeste eragiten. Gibelego biopsia oso tresna baliotsua da C hepatitis kronikoa duten gaixoen balorazioan, hantura maila (hepatitis maila) eta fibrosiaren garapena (hepatitisaren fasea) zehazteko bidea ematen baitu.

### Poliomielitisa ezabatu izanaren ziurtagiria lortzeko plana

1984an, Txertaketa Politikei buruzko Europako Konferentziaren eremuan, Osasunaren Mundu Erakundeak ondoko helburu berariazkoa ezarri zion bere buruari 2000. urterako: Europako haurrek ez dezatela jasan ez difteriarik, ez jaio berritako tetanosik, ez poliomielitisk, ez bertoko elgorririk, ez errubeola kongenitorik. Halaber, 1988an, Osasunaren Mundu Biltzarrak 2000. urterako poliomielitisa ezabatzea ezarri zuen helburu. Azken urteotan, abiarazi diren txertaketako egitarau zabalei esker lortu diren txertaketa mailek erabat hurbildu gaituzte xede horietara.

Azken hamarkadotan burutu diren haurren txertaketa sistematikoei esker, poliomielitisa, lehen endemikoa zen gaixotasuna, laster ezabatu aginean dago. Helburua lortzeko modukoa da zeharo, zeren: gaixotasunaren transmisioa eragozten duen txerto oso eraginkorra baita, gaitza jasaten duen izaki bakarra gizakia baita, eta gaixotasuna sortzen duten hiru poliobirusen egitura antigenikoa oso egonkorra baita. 1994an, gaixotasuna Amerika kontinentetik ezabatutzat jo zuten ofizialki.

1985ean erregistratu ziren poliomielitisaren azken kasuak E.H.A.E.an, eta 1986an jakinarazi zen azken kasua Estatu Espainiarrean. Hala ere, munduan oraindik ere milaka kasu izaten dira urtean, eta horregatik txertaketa-ahaleginek bere hartan mantendu behar dira zenbait lurraldetan, batez ere garabidean dauden herrialdeetan, inoiz gaitz hau mundu osotik desagertuko bada.

Gaur egun, ahaleginen ardatza O.M.E.aren Europako aldean gaixotasuna ezabatu delako ziurtagiria lortzea da. Ildo horretatik, Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila, gainerako autonomia erkidegoetako osasun sailekin eta Osasun eta Kontsumo Ministerioarekin batera, eta O.M.E. gainikusle dela, Europako beste herrialde batzuekin batera parte hartzen ari da Poliomielitisa Europatik Ezabatu Izanaren Ziurtagiria lortzeko ekintza-plana garatzen (1998–2000).

O.M.E.ak izurrite-zaintzako zenbait beharkizun betetzeko eta txertaketa-ahaleginak egiteko eskatzen du Poliomielitisa Ezabatu Izanaren Ziurtagiria emateko:

1. Paralisi Lasai Akutua (P.L.A.) zaintzeko sistema eraginkorra ezartzea eta mantentzea.
2. Poliomielitisaren aurkako immunizazio-tasa altua lortzea eta bertan mantentzea (>%95).

3. Basa poliobirusa "ez dabilela" frogatzen duen ingurune-zaintzako sistema edukitzea.

Plan hori 1998ko urtarrilaren 1ean abiarazi zen Estatu Espainiarrean eta hiru urte iraungo du gutxienez. P.L.A. zaintzeko sistema aktiboa proposatu da, eta hori dela eta astean-astean jakinarazten da kasurik antzeman denez ala ez. Kasuei antzemateko ardura ospitaleetako pediatria edo neurologiako zerbitzuena da, zeren gaixotasuna haietan diagnostikatu ohi baita. P.L.A.aren kasu bat egoten da 15 urtetik gorako 100.000 laguneko, gutxi gora-behera.

P.L.A.aren definizioa hau da: *"paralisi akutuaren hasiera, ukituriko gorputzadarretako tendoietan erreflexuak moteldurik edo erabat galdurik daudela, ageriko karirik gabe eta ez zentzumena ez adimena galdu gabe"*. P.L.A. izan litezkeen kasuak presaz jakinarazi behar dira, ustezko diagnostikoa eman eta 48 orduren buruan egin behar litzatekeelako ikerkuntza epidemiologikoa. Datu epidemiologikoak biltzeaz gainera (zantzuak antzeman diren lehenbiziko eguna, paralisaren ezaugarri klinikoak, aurrerakinak eta txertaketa-egunak etab.), oso garrantzitsua da gutxienez 2 aldiz jasotzea gorozkiak zantzuak hasi eta 2 asteren barruan, zeren bestela erabat murriztuko bailirateke poliobirus basatia bakartzeko aukerak.

Halaber, antzematen den kasu bakoitzeko, gaitzak jotakoa harremanetan egon zitekeen beste 5 lagun hautatu behar dira eta haien gorozkiak bildu, birus-kultiboak egiteko.

P.L.A.aren zaintza-sistema hau burutu ahal izateko, ezinbestekoa da E.H.A.E.ko ospitale nagusietako pediatria eta neurologia zerbitzuen lankidetzat. Bizkaiko Gurutzetako Ospitaleko mikrobiologiako laboratoriora da E.H.A.E.an poliobirusaren inguruko ikerkuntzaren ardatza.

Zaintza hasi zenetik, 1998ko urtarrilaren 1etik, ekainaren 1a arte P.L.A.aren 23 kasu erregistratu dira Estatu Espainiarrean. Egungo egunera arte, 11 kasutan diagnostiko klinikoa egin da (paralisi zantzuak hasi direnetik 60 egun igaro ondoren): 9 polirradiculoneuritis / S. de Guillain Barré / S. de Landry eta 2 zehar-mielitis. Gure erkidegoan P.L.A.aren 2 kasu izan dira, Bizkaian biak ere: bata 2 urte ditu eta besteak 4. Bi kasuen diagnostikoa berbera izan da: polirradiculoneuritis / S. de Guillain Barré.

Bestalde, Poliomielitisa Ezabatu Izanaren Ziurtagiria lortzeko txertaketa-tasa handiak eduki behar dira. Euskal Herriko

medikuak, pediatrik eta osasun laguntzale teknikoak haurren txertaketa-egitarauen ezarkuntzaren eta mentenimenduaren zutabeak izan dira. Haien lanari eta laguntzari esker, Euskal

Herriko haurren txertaketa-tasak oso handiak dira aspaldion txertaketa duten gaixotasunetan. Horregatik, ezinbestekoa dugu haien lana xede garrantzitsu hori erdiesteko.

## Begiraletza Epidemiologikoa

### C serotaldekoen gaixotasun meningokozikoaren egoera Euskal Herrian\*

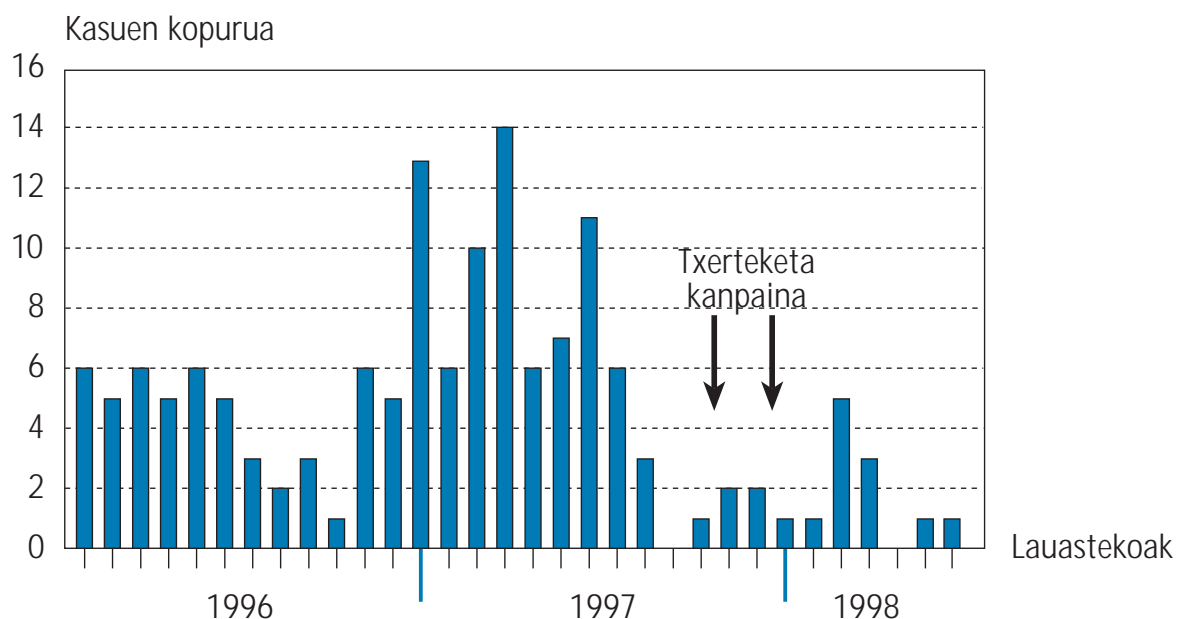
1998ko ekitaldian C serotaldekoen gaixotasun meningokozikoaren eraginak nabarmen egin du behera aurreko urteekin erkatuta (1. Grafika). Ohikoa da urtesasoen arabera patroia onartzea gaixotasun kasu honen azalpenean eta batez ere urtearen hasierako hileetan nagusitzen dela esan behar da. 1996ko urtarrila eta ekaina artean C serotaldekoen 35 kasu izan ziren. Sasoi horretan, baina 1997an, kasuak 54 izan ziren. 1998an, orain ere arestian aipatu dugun aldi horretan, 11 kasu azaldu dira. Kasuen kouruan gertatu den txikipena %69koa izan da 1996ko ekitaldiarekiko, eta %80koa 1997ko ekitaldiarekiko.

1997ko irailaren 15a eta 31a artean 18 hilabete eta 20 urteko adinen arteko euskaldunak txertatzeari ekin zitzaion eta kanpaina horren estaldura-maila %88,6koa izan da. Kanpaina bukatu denetik egunera\* C serotaldeko 6 kasu gertatu dira adin horretako taldean, eta horietariko iru baino ez dira pertsona txertatuak izan. 1996-97 biurtekoaren aldi berean 54 kasu izan ziren, beraz, kasu honetan txikipena %89koa da adin horretako artean. Artean arinegi da txertaketa kanpainaren balorazio orokorra egiteko, beharrezkoa baita aldi luzeagoa kontuan hartzea, baina, dena dela, eraginaren tasa\* txertatuen artean 0,81/100.000 bizt. da eta, txertatu ez direnen artean, 6,37/100.000 bizt.

C serotaldekoen bilakaera

1. Grafika E.H.A.E. 1996-98

(\* Eguneratu den azken data: 98-06-24.



# Begiraletza

## Epidemiologikoa

Aitortu behar diren gaixotasunak.  
1998ko 1.astetik 16.era artekoen datuak\*

E.H.A.E.	Kas.kop.	Tasa	A.E.**1	A.E.**2
Botulismoa	0	-	-	-
Kolera	0	-	-	-
Disenteria	1	0,05	-	1,00
Sukar tifo-paratifikoa	3	0,14	1,00	1,00
Trikinosia	0	-	1,50	-
Gaixotasun meningokozikoa	37	1,76	0,62	1,16
Gripea	106.623	5.071,02	1,69	1,48
Legionelosisia	0	-	-	-
Meningitis tuberkulosoia	1	0,05	1,00	-
Tuberkulosia	162	7,70	0,70	0,90
Barizela	2.506	119,19	0,83	0,59
Infekzio gonokozikoa	12	0,57	0,40	0,29
Sifilisa	6	0,29	0,55	2,00
Difteria	0	-	-	-
Parotiditisa	12	0,57	0,86	0,13
Poliomielitisa	0	-	-	-
Errubeola	1	0,05	0,25	0,02
Elgorria	1	0,05	0,50	0,10
Tetanosak	0	-	-	-
Kukutxeztula	2	0,10	1,00	0,05
A Hepatitisa	29	1,38	0,97	0,62
B Hepatitisa	14	0,67	1,00	0,82
C Hepatitisa	15	0,71	0,94	-
Bestelako hepatitis birikoak	7	0,33	-	-
Brucelosisia	5	0,24	1,00	2,50
Amurrua	0	-	-	-
Sukar horia	0	-	-	-
Paludismoa	1	0,05	0,20	0,33
Izurria	0	-	-	-
Tifus exantematikoa	0	-	-	-
Gebena	0	-	-	-
Errubeola kongenittoa	0	-	-	-
Sifili kongenittoa	0	-	-	-
Jaioberrien Tetanosa	0	-	-	-

\*) Urtarrilaren 1etik apirilaren 25era arteko aldiari buruzko behin-behineko datuak. Halaber, kontuan hartu behar da 1997an prozesu batzuk norbanakoaren aitortu behar diren kasuen eta iazko (1997) aldi horretan gaixotasun batean azaldu diren kasuen arteko elazioa da.

(\*\*) A. E. 1 (Adierazkari epidemikoa, 1) arestian aipatu den aldi horretan gaixotasun batean azaldu diren kasuen eta iazko (1997) aldi horretan gaixotasunak izan zituen kasuen arteko elazioa da.

A. E. 2 (Adierazkari epidemikoa, 2) arestian aipatu den aldi horretan gaixotasun batean azaldu diren kasuen eta aurreko bosturtekoan (1993-97) aldi horretan gaixotasunak izan zituen kasuen arteko batez-bestekoa da.

E.H.A.E. osoko aitortu behar diren gaixotasunen portzentzia = %51,4.

Aitortu behar diren gaixotasunen portzentzia baxuak (%51,4) ondorio eragina mugatzen du. Hori gora-behera, esan behar da azterlana egin den aldi horretan gripe kasuetan hazkuntza nabarmena egon dela 1997ko ekitaldiarekiko. Gehikuntza hori baieztatu egiten da aurreko bosturtekoarekin erkatzen den unean. Beste alde batetik, txertoaren bidez aurrearretaz zain daitezkeen gaixotasun kasuen gutxienezko portzentzia da (elgorria, errubeola, parotiditisa).



## Iodoprofilaxia Euskal Herrian

### Iodo urritasunak eragindako gaitzak

Iodoa oinarritzko mikroelikagaia da animalia espezie guztientzat. Ezinbestekoa da hormona tiroide iodatuak sortzeko, eta hormona horiek gorputzeko ia ehun guztietan ondoreak izatez gainera funtsezkoak dira nerbio-sistema nerbiosoa garatzeko.

“Iodo urritasunak eragindako gaitzak” (I.U.G.) diogunean, elikagai horren urritasunak gizakion hazkundera eta garapenera sortzen dituen ondore guztiez ari gara<sup>1</sup> (1. Taula).

Tabla 1 Trastornos causados por deficiencia de yodo\*

Umekia	Abortuen maiztasuna areagotzen da Jaio berrien heriotza-tasa areagotzen da Jaiotza inguruko heriotza-tasa areagotzen da Anomalia kongenitoak Kretinismo neurologikoa: - Adimen-urritasuna - Gormututasuna - Diplejia espastikoa - Estrabismoa Kretinismo mixedematosoa: - Enanismoa - Adimen-urritasuna Akatsa psikomotoreak
Jaio berria	Bozinoa Jaio berritako hipotiroidismoa
Haurra eta nerabea	Bozinoa Gaztetako hipotiroidismoa Adimen-funtzioen moteltasuna Hazkunde fisikoaren atzeramendua
Heldua	Bozinoa eta hark dakartzan eragozpenak Hipotiroidismoa Adimen-funtzioen moteltasuna Iodoak eragindako hipertiroidismoa

Gaitz horien arazoa nahikoa larria da mundu osoan, eta erronka handia da nazioartean elikaduraren arloan. Munduan 1.500 milioi lagun inguru daude hauetako gaitzen bat jasateko arriskuan, batez ere Asian, Afrikan eta Latinoamerikan. I.U.G.ak ia guztiz desagertuta daude Ipar Amerikan eta Europako zenbait herrialdetan jangaien teknologian eta banaketan gertatu diren aldaketei eta iodazio-egitaraueri esker. Estatu Batuak eta Suitza izan ziren iodoaren elikadura-urritasuna ezabatu zuten lehenbiziko herrialdeak; horretarako, gatz iodatuaren bidezko profilaxiaz baliatu ziren 20ko hamarkadaz geroztik. Hala ere, bozino endemikoa (B.E.) “arazo garrantzitsua” da oraindik ere Alemanian, Espainian, Grezian, Italian, Portugalen, Turkian eta Europako ekialdeko herrialdeetan<sup>2</sup>. (1.Figura)

Iodoaren elikadura-urritasuna jasaten duten gizarte garatuetan, Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan (E.H.A.E.) esaterako, urritasuna arina izan ohi da ia beti, eta horregatik gaitzak ez dira izaten aurrean azaldu ditugun larrietakoak, baizik eta soilik bozioaren prebalentziaren igoera biztanleria orokorrean, bai eta iodoak eragindako hipertiroidismoa helduengan eta hipertirotropinemia jaio berriengan.

B.E. bizia arriskuan jartzen ez duen gaixotasuna da, baina, hala ere, ez dugu gutxietsi behar, gizarteari zama ekonomiko astuna ezartzen baitio. Bozioak, zeinen tamaina eta nodulitatea handitu egiten baitita adinarekin batera, arazo estetikoak ekar ditzake, bai eta zenbait eragozpen larri ere: noduluen narriadura eta odol-galtzea eta kisteak sortzea, eta distrasa arnasa hartzea, handiaren hantsiaz trakea zanpatzen badu. Beste alde batetik, bozino nodularra da hipertiroidismoaren eragile nagusia B.E. duten gizarte aurreratuetan. Iodo urritasuna duten gizarte garatuetan, bozioak sarritan ekartzen du laguntza eskatu beharra. Lehengo Alemania Federalean (herrialde hartan I.U.G.ak daude), iodoaren urritasunaren ziozko patologia tiriodeoek 500 milioi dolarreko gastua sortu zuten 1987an.

Elikaduran iodo-urritasun urria dagoen aldeetan kezka dakarren beste karia hau da: nahiz eta denok onartu oinarritzko elikaduran nahikoa iodoa badagoela hurrek eta helduek hormona tiroideoak sortzeko, jaio hberriengan sarritan antzematen dira guruin tiroideoen funtzioaren murrizketak; izan ere, alde horietako jaio berriengan hipertirotropinemia eraginkorraren tasak (guruin tiroideoen funtzioaren murrizketaren adierazgarriak) elikaduran iodo-urritasunik ez dagoen aldeetako jaio berrienak baino are sei aldiz handiagoak dira batzuetan, eta hori oso kezkarria da, haurren bizitzaren aldi oso erabakiorra delako beraien burmuinen garapenerako<sup>3</sup>.

Iodo-urritasunaren ondoreetako batzuk konponezinak badira ere, urritasun horren ziozko gaitzen aurrearreta azkar eta erraz egin daiteke, bai eta kontrolatu ere, iodazioko metodo soil, eraginkor eta merkeak baitaude: gatza iodatzea, olioia iodatzea, ogia iodatzea eta ura iodatzea. Ohikoena gatza iodatzea da, gatza, erkide guztiek egunero eta kopuru beretsuetan kontsumitzen denez gero, iodo kopuru etengabeak eta jarraikoak hornitzeko biderik egokiena baita. Eta bereziki eraginkorra da gizarte aurreratuetan, gatz iodatua merkatu-zirkuitu sendoten bidez banatu ahal dutelako. O.M.E.ak gatz guztia iodatzea gomendatzen du<sup>4,5</sup>.

## E.H.A.E.aren egoera epidemiologikoa

I.U.G.ak antzemateko eta haien larritasuna nolakoa den jakiteko egiten diren inkesta epidemiologikoen oinarriak bozioaren prebalentziaren azterketa eta gernuan isurtzen den iodoaren azterketa dira. Azterketa horiek eskolaumeei egin ohi zaizkie, iodoaren urritasuna errazen zaurtzen dituenak direlako, prestakuntza gutxiago behar delako, partaidetza handia izaten delako eta haurren jatorrizko eskualdeko biztanleria nola dagoen jakiteko antzemanbide fidagarriak ematen dituztelako.

E.H.A.E.ko eskolaumeengan bozioak duen prebalentziaren eta haien elikaduran iodoak duen egoeraren berri jakiteko, 1988 eta 1992 bitartean zehar-azterlan epidemiologiko deskriptiboa egin zen E.H.A.E.ko lurralde guztietako 6 eta 14 urte bitarteko 4.336 eskolaumerekin<sup>6</sup>. Azterlan hark agerian jarri zuen bozio endemikoa (B.E.) eta elikaduran iodo-urritasuna zegoela eta urritasuna izan ere arina zela, O.M.E.aren eta International Council for the Iodine Deficiency Disorders (I.C.C.I.D.D.)<sup>7,8</sup> erakundearen arabera: bozioaren prebalentzia %21,2 izan zen, tasarik handiena Donostia-Behe Bidasoakoa izan zen (%9,0) eta txikiena Kantaurialdeko barrualdekoa (%36,7); gernuko iodo-indizea  $73,6 \pm 42,4$  mg/l izan zen batez beste; indizerik handiena Gasteizkoa izan zen ( $69,7 \pm 35,3$  mg/l) eta handiena Bilbo Handia eskualdekoa ( $79,8 \pm 47,6$  mg/l).

Azpmarratu beharra dago "arina" hitza erlatiboa dela eta ez duela esan nahi gaitzak garrantzi gutxikoak direnik: Osasunarem Mundu Biltzarrak egindako 49. bilkuran, 1996an, adierazi zuen I.U.G.ak "herri osasunaren arazo larriak" direla, eta ezabatu egin behar direla "herrialde guztietan 2000. urtea baino lehen"<sup>9</sup>.

Elikaduran iodo-urritasunik egon ez dadin eta bozio endemikoaren aurrearreta eta kontrolerako, arrainaren eta, batez ere, gatz iodatuaren kontsumoa bultzatu behar dira E.H.A.E.ko lurralde osoan.

Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saileko Herri Osasunerako Zuzendaritzak Iodo Urritasunak eragindako Gaitzen Aurrearreta eta Kontrolerako Egitaraua diseinatu du; haren burutzapenak iodo urritasuna ezabatu behar luke E.H.A.E.tik 2000 eta 2002 bitarteko epealdian.

Bai osasunaren arloko profesionalak bai herritar guztiak arazo honetaz jabe daitezen, Iodo Urritasunak eragindako Gaitzen Aurrearreta eta Kontrolerako Egitarauaren ataletako bat E.H.A.E.an egin den azterlan epidemiologikoaren emaitzen berri ematea eta urritasun horrek dakartzan gaitzen berri ematea da, bai eta jakinaraztea ere oso erraz dela alde aurretik gaitzetatik begiratzea gatz arrunta barik gatz iodatua kontsumituz.

Osasunaren arloko profesionalen lana funtsezkoa da aurrearretakanpainia orotan, eta batez ere jendearekin harremanetan aritzen diren profesionalena; gauza bera gertatzen da

iodoprofilaxiarekin ere. I.U.G.ek buruzko informazio-kanpainak eta Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saileko Herri Osasunerako Zuzendaritzak abiaraziko dituen aurrearreta eta kontroleko metodoak informazio zehatzarekin osatu behar dira, eta sarritan informazio hori eguneroko lanean jendearekin harremaneta izaten direnek soilik eman ahal izango dute, hots, haur txikiekin, eskolaumeekin eta umeak izateko sasoian dauden emakumeekin eta bularretako umeak dituzten emakumeekin hitz egiten dutenek.

Horretarako bada, Iodoprofilaxia Euskal Herrian izenburuko oinarritzko txostena egin da, batez ere lehen mailako laguntzan, ginekologian eta obstetrizian (famili plangintza), endokrinologia eta elikaduran eta medikuntza nuklearrean dihardutenentzat eta profilaxi-neurrien xede diren biztanleekin harremanetan lan egiten dutenentzat (botikak, osasun hezkuntza etab.).

### Artean oido mentsak dituzten

#### 1. Figura Europako herriak.



### Bibliografia

1. Hetzel BS. An Overview of the Prevention and Control of Iodine Deficiency Disorders. En: Hetzel BS, Dunn JT, Stanbury JB, eds. The Prevention and Control of Iodine Deficiency Disorders. Amsterdam: Elsevier, 1987:10.
2. Delange F, Dunn JT, Glinioer D. Iodine Deficiency in Europe: a continuing Concern. New York: Plenum Press, 1993: 1-492.
3. Delange F, Bourdoux P, Laurence M, et al. Neonatal thyroid function in iodine deficiency. En: Iodine Deficiency in Europe: a continuing Concern. New York: Plenum Press, 1993: 199-209.
4. WHO. Iodine and Health: eliminating iodine deficiency disorders safely through salt iodization. Geneva: 1994.
5. WHO, UNICEF, ICCIDD. Recommended iodine levels in salt and guidelines for monitoring their adequacy and effectiveness. Geneva: 1996.
6. Arrizabalaga JJ, Gaztambide S, Vázquez JA, Helguera I. Prevalencia de bocio y estado nutricional de yodo en los escolares de la Comunidad Autónoma Vasca. Endocrinología 1993; 40: 278-283.
7. WHO, UNICEF, ICCIDD. Indicators for assessing Iodine Deficiency Disorders and their Control Programmes. Geneva, 1993: 1-33.
8. OMS, PAHO, UNICEF, ICCIDD. Indicadores para evaluar los trastornos por carencia de yodo y su control mediante la yodación de la sal. Ginebra 1994: 1-62.
9. Resolución WHA 49.13: Prevención y lucha contra los trastornos causados por la carencia de yodo. 49ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS, 1996.



## Bainatzeko-Hondartzetako uren osasun-zaintza egitaraua

Hondartzak aisialdi eta jostetarako gero eta gehiago erabiltzen diren esparruak dira. Bainatzeko sasoi ofizialean, hau da, ekaina eta iraila artean, hondartzetara joaten diren pertsonak 10 milioi baino gehiago direla esan daiteke. Hondartzen erabilerari lotuta dauden gaixotasunen barruan azala eta mukosak erasotzen dituzten eta gastroenteritisak eragin ditzaketen eritasun infektagarriak ditugu, eta baita alde horietan gerta daitezkeen istripuak eta zauriak ere, adibidez, mozketak eta zauriak, traumatismoak, eguzkiaren erredurak, etab.

Osakidetzak zaintza egitaraua burutzen du; egitarau horren oinarria bainatzeko uraren eta hondartzaren inguruen egoeraren kalitatearen osasun kontrola da. Helburua hori dela, uraren kalitateari eta sortu den patologiar buruzko datuak ematen dituen informazioa jasotzeko sistemak erabiltzen ditu. Halaber, beste erakunde batzuekin lankidetzan aritzen da.

Bainatzeko uraren kalitatearen azterlana hamabostero ezartzen diren parametro mikrobiologikoetan oinarritzen da (hala ur beltzengatiko kutsadura nola berariazko patogeneoengatikoak) eta baita beste kutsadura mota batzuen adierazgarri izan daitezkeen beste parametro fisiko-kimiko batzuetan ere. Uraren kalitateari buruzko datuekin lagin bakoitzaren unean uneko kalifikazioa ezartzen da eta horren ondorioz bainu askearen, aurreneurriak behar dituen bainuaren edo bainatzearen debekuaren aholkua luzatzen da. Kontua erabiliz bainatzearen kalifikazioak esan nahi du eragiketa horretan gehienez 10 edo 15 minutu egin daitezkeela eta gero edateko uretan dutzatzea aholkatzen dela.

Kontrolaldia bukatzen denean, eskuratu diren emaitza analitikoekin laginak hartu diren toki guztien kalifikazio orokorra egiten da. "2" uren kalifikazioa jasotzen dute oso kalitate ona dutenek, hau da, egin diren laginik gehienetan parametro guztien baloreak araudian ezarri diren parametroak baino baxuagoak izan dituztenak eta bainatzeko sasoiaren bainua askea izan duten tokiak. "1" urak dira tarteko kalitatea dutenak, hau da, parametro guztien ia balorerik gehienek araupetuta dauden baloreak bete dituzte, baina ez dituzte gidak batetzen, eta bainuen sasoiaren kontuz bainatzeko kalifikazioa izan dute. Azkenik, "0" urak daude, hots, araututa dauden baloreak betetzen ez dituztenak, eta horietan bainua debekatuta egoten da (1. Taula).

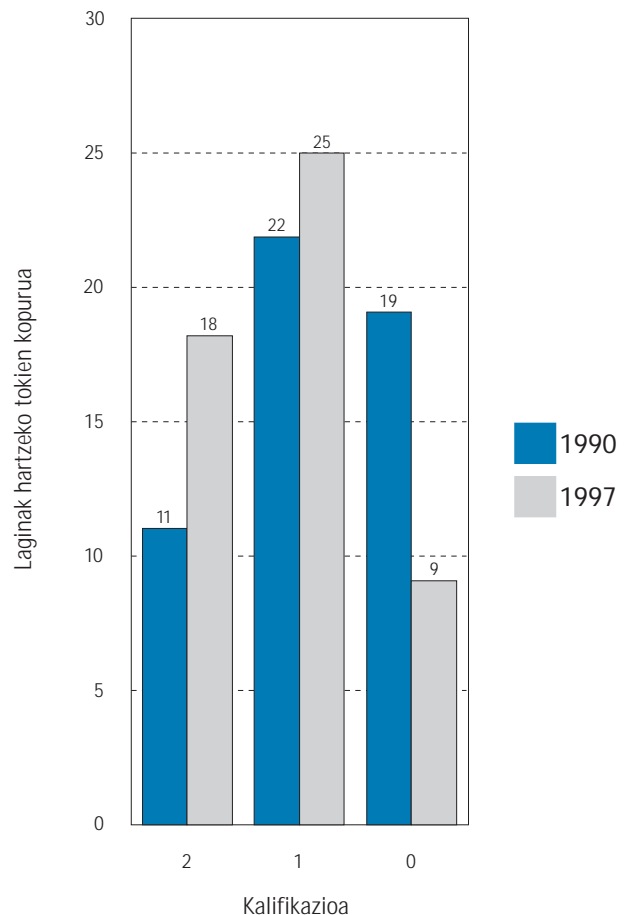
1. Taula Hondartzen kalifikazioak. 1997

Kalifikazioa	Bizkaia		Gipuzkoa		E.H.A.E.	
	Zk.	%	Zk.	%	Zk.	%
"2" urak	6	32	4	25	10	29
"1" urak	10	53	9	56	19	54
"0" urak	3	16	3	19	6	17
Guztira:	19	100	16	100	35	100

Urte hauetan urek izan duten kalitatearen bilakaera oso positiboa izan da hala zuzenean nola zeharrean bainatzeko uraren kalitatean eragina duten saneamenduen arloan egin diren obra guztiei eta hondakin uren tratamendurako zentruak abioan jartzeari esker (1. Grafika).

Bainatzeko uraren kalitatearen bilakaera

1. Grafika E.H.A.E. 1990-97



Hondartzen inguruari buruzko azterlanak astero egiten dira bainuen sasoiari; eragiketa horretan hondartzek dituzten zerbitzuak eta azpiegiturak aztertzen dira, baita elementu horiek hil horietan zehar duten mantenimendua ere. Halaber, baldin eta hondartzan eragin zuzenik edo zeharrekorik badute, ondoko hauei buruzko datuak biltzen eta aztertzen ditu: zaintza, salbamendu eta sorospidetza; zerbitzu higienikoak; edateko urguneak, dutxak eta saneamenduak; hondakin solidoen bilketa; hondarraren garbiketa eta hondakin uren isurketa (2.Taula).

**2. Taula** Hondartzen inguruen arloko kalifikazioak. 1997

Kalifikazioa	Bizkaia		Gipuzkoa		E.H.A.E.	
	Zk.	%	Zk.	%	Zk.	%
Ona	15	79	8	50	23	66
Hobetu egin daiteke	4	21	5	31	9	26
Txarra	0	0	3	19	3	9
Guztira:	19	100	16	100	35	100



## BIZKAIA

	Hondartza	Osasun kalifikazioa
Muzkiz-Zierbena	La Arena.....	1
Getxo	Ereaga.....	0
Getxo	Azkorri	2
Getxo	Arrigunaga	0
Sopela	Solandotes.....	2
Sopela	Atxabiribil-Arietarra	2
Plentzia	Plentzia.....	1
Gorliz	Gorliz.....	1
Bakio	Bakio.....	2
Bermeo	Aritxatxu.....	2
Mundaka	Laidatxu.....	1
Sukarrieta	San Antonio.....	1
Sukarrieta	Toña	0
Ibarrangelu	Laida.....	1
Ibarrangelu	Laga.....	2
Ea	Ea.....	1
Lekeitio	Isuntza.....	1
Mendexa	Karraspio.....	1
Ondarroa	Arrigorri.....	1

## GIPUZKOA

Mutriku	Ondarbeltz.....	0
Mutriku	Mutriku	1
Mutriku	Siete Playas	2
Mutriku	Santurraran	1
Deba	Deba.....	1
Zumaia	Santiago.....	1
Zumaia	Itxurun	2
Getaria	Malkorbe.....	2
Getaria	Gaztetape	2
Zarautz	Zarautz.....	0
Orio	Antilla.....	1
Orio	Oribarzar	0
Donostia	Gros/La Zurriola.....	1
Donostia	La Kontxa	1
Donostia	Ondarreta	1
Hondarribia	Hondarribia.....	1

## Gaur Egun

### Gaitz kardiobaskularren ziozko heriotza-tasa Espainian eta bere Autonomia Erkidegoetan

Espainiako autonomia erkidegoetan gaitz kardiobaskularren ziozko heriotza-tasak eta horiek 1975-92 aldian izan duten bilakaera aztertu dira. Heriotza-tasak adinen arabera estandarizatuta kalkulatzen dira zirkulazio aparatuko, bihotzeko gaixotasun iskemiko eta gaitz kardiobaskularretarako. Heriotza-tasaren joera urteko batez-bestekoaren portzentaiazko aldaketaren bidez zenbatu da, eta horretarako erabili den eredia log-lineala izan da. Gaitz kardiobaskularren ziozko heriotza-tasarik altuenak Valentzia, Extremadura, Andaluzia eta Murtziako erkidegoetan izan dira eta, ordea, baxuenak Madril, Nafarroa, Gaztela-Leon eta Aragoi. E.H.A.E.n eta aipatu diren lau AAEE horietan gaitz zerebrobaskularrengatiko heriotza-tasarik baxuenak daude. Erkidego guztietan heriotzen kopurua gutxitu egin da gaitz zirkulatorioei dagokienean, hala gizonezkoetan nola emakumezkoetan.

Villar F, Banegas JR, Rodríguez F eta Rey J. Med Clin (Bartzelona.) 1998; 110: 321-327.

### Tabakorik gabeko Munduko Eguna

Gaur egun tabakoaren kontsumoagatiko heriotzak, urtero eta mundu osoan, ustez 3 milioi baino gehiago dira eta 2025. urterako egin diren aurreikuspenen arabera 10 milioi pertsona hilko dira. Herri askotan hazi egin da gazteen arteko tabakoaren kontsumoa eta erretzen hasteko adina murrizten ari da. Baldin eta 20 urte bete aurretik ez bada tabakorik erretzeko ohitura hartzen asko murrizten dira gero, heldu bihurtzerakoan, erretzeko aukerak. Maiatzaren 31a tabakorik gabeko Munduko Eguna izan da; "tabakotik gabe hazi" lelopean xedea gazteen artean nikotinarekiko zaletasuna aurrearretaz zaintzea izan da. C.D.C. MMWR 1998;47(19): 385

### Bularreko minbizia eta jaraunspena: Gironan biztanlerian egin den kasuen eta kontrolen azterlanaren emaitzak

Azterlan honen helburua bularreko minbizia eta ugalketa eta botiken eta alkoholaren kontsumoaren arteko erlazioaren ezaugarriak ezartzean datza, beti ere familia horretan bularreko minbizirik azaldu den ala ez den kontuan hartuta. Gironako biztanleriaren erregistroa abiaburutzat hartuta 1986-1989 aldian bularreko minbizia izan zuten 330 emakume identifikatu ziren. Kasu bakoitzerako biztanleriaren osotasunetik udalerrri berean eta kasu horren antzeko adina duen kontrolaren hautespena egin zen. Aztertu diren biztanleen artean bularreko minbizia zuten lehen mailako senideen kopurua da gaixotasuna izateko arriskurik handiena duten emakumeak antzemateko ezaugarriak behinena. Hilekoaren iraupen luzea eta aknearen presentzia izaten dira neoplasia honen famili historiarekiko lokabeak diren bularreko minbiziari lotuta azaltzen diren eragozpen hormonalen adierazpenik arruntenak. Sanjosé S, Viladiu P, Cordon F, Vilardell L, Marcos R. e Izquierdo A. Med Clin (Bartzelona.) 1998; 110: 370-372.

### B motako anti-Haemophilus influenzae (Hib) txerto konjugatuei dagokienean M.O.E.k azaldu duen jarrera

Anti Hib txerto konjugatuak egokiak dira 5 urtetik beherako umeen immunizaziorako. M.O.E.k txerto horiek mundu osoan erabiltzeko gomendioa luzatu du. Anti Hib txerto konjugatuen eraginkortasuna eta erabilgarritasuna argi eta garbi frogatu da herri garatuetan eta Hib-en ziozko patologien eraginaren murrizpen arina dokumentuetan frogatu da immunizazioen egutegietan txerto hauek sartu dituzten herri guztietan. Egun merkaturatzen diren lau txerto motek ez dute eragin adierazgarririk izaten aldi berean ematen diren txartoen immunogeneitatean.

Weekly Epidemiological Record 1998; 73 (10): 64-68. Txero hau E.H.A.E.n umeen txertoen egutegian dago 1996ko martxotik; 4 dosi ematea aholkatzen da seinak 2, 4, 6 eta 18 hilabate dituenean.

### Laser punteroak eta osasunerako dituzten arriskuak

Kontsumorako Nazio Institutuak jakinarazi egin du begietan edo azalean laser puntero baten erradiazioa luzaro jasotzea arriskutsua dela oso eta osasuna era larri uki dezakeela. Laser punteroek sortzen dutena bezalako laser argien pentzutan luzaro egoteak behin betiko aldaketak eragin ditzakete begian, batez ere erretinan eta baita kristalinoan ere. Zuntz biologiko batzuk ere, adibidez, azala, kaltetuak izan daitezke. Laser erradiazioen menpean egoteko aldia ahalik eta laburrena izango da eta inoiz ez da begietara zuzendu behar. Laser punteroak ez dira jostailuak edota edonork jolasteko eta denbora pasatzeko gaiak. Horregatik, ez da aholkugaria umeen edo erabiltzeko gaitasunik ez duten eta prestakuntzarik jaso ez duten pertsonen eskuetan uztea.

### Dieta eta minbizia

Errasuma Batuko Osasun Sailaren Elikagaien Medikuntzako Alderdiei eta Elikaduraren Politikari buruzko Batzordeak (COMA) oraintsu argitaratu du minbiziaren garapenaren arloko elikadurari buruzko txostena; azterlan horretan ondoko aholku hauek egin dituzte:

- Gorputzaren pisu egokiari eustea eta heldutasunera heldu ondoren pisu hori ez gehitzea.
- Dietako fruta eta barazkien kopurua eta aniztasuna gehitzea.
- Elikatzeko zuntz gehiago jatea, horrelakoak dituzten produktuak janez.
- Baldin eta batez-besteko kopurua baino gehiago kontsumitzen badute, okela gorria eta okelaki gutxiago jatearena kontuan hartzea.

Txosten hau ondoko helbide honetan eskura daiteke: COMA Secretariat, JFSSG, Department of Health, Room 631b Skipton House, 80 London Road, London, SE1 6LH. Tel. No. +44(0)171 972 5097.

## A.B.G.: Jokaeraren aldaketarantz

Aitoritu Beharreko Gaixotasunek (ABGak), euren egindako bide luzean, bizitza ahul antzean izan dute eta dute gaur egun ere, aitorpen eskasa eguneroko konstantea da-eta. Hau ez da bakarrik Euskal Herrian edo estatu espainiarrean gertatzen, ABGak dauden mundu guztiko herrietan baizik, eta Estatu Batuak edo Europa bezalako herri garatuenetan ere.

Legeak medikuek ABGak aitor ditzaten ezartzen duen derrigortasunak, eta horrela izan dadin osasun agintariak egiten dituzten etengabeko ahaleginek, ez omen dute ondoriorik lortzen mediku aitortzaileengan. Komunikabideetan agertu den Valentziako Elkarte Autonomoan gertatu berri den C hepatitiseko izurrietari buruzko azken iskanbilak, non aipatutako gaixotasunaren aitorpenak, batzuren esanetan, ez bait ziren garaiz iritsi, edo, beste batzuren arauera, garaiz heldu baziren ere ez bait ziren onartu, gai hau areagotu baino ez du egin.

Nire ustetan, halan edo holan ABGak esistitu diren 100-tik gorako urteetan sistemak funtzionatzerik lortu ez badugu, bistan dago ildo beretik jarraitzea zentzugabekoa dela. Aitzitik, logiekoea eta egokiena bide berritatik ibiltzen hastea izango litzateke.

Bide berri horiek oinarri bi izan beharko lituzkete batez ere: Epidemiologia-Unitateak laguntza medikoan integratzea, eta aitorpena historia klinikoarekin bateratzea posibilitatuko duen sostengu informatikoa.

Gaur egun, unitate epidemiologikoen eta zerbitzu klinikoen artean urruntasun handia ikusten da, elkarrekiko ezjakintasuna ia. Betidaniko banantze honek zaildu eta eragotzi egiten du elkarrekiko harremana. Gure helburua osasun integrala lortzea bada, unitate epidemiologikoe eta zerbitzu klinikoek elkarren ondoan lan egin behar lukete, dauden isolamendutik irtenez, elkarren arteko informazio-trukea etengabea izan dadin.

Atal honek honako hau du helburu: gure Elkarteko profesionalen bai osasun-laguntzako bai herri osasuneko lankideentzat interesgarritzat jotzen dituzten kolaborazioak argitaratu ahal izateko leku bat ematea. Eztabaidarako eta elkartruckerako gune bat ezarri nahi da, EHAEko osasun-profesional ororentzakoa. Kolaborazioak posta-helbide batera bidali behar dira. Helbide hori honako hau da:

EHAeko Epidemiologi Aldizkaria.  
Herri Osasunaren Zuzendaritza.  
Osasun Saila.  
K/ Duque de Wellington, 2.  
01010 - GASTEIZ

Era berean, kolaborazioak posta elektronikoko helbide batera bidali ahal dira. Helbide hori honako hau da:  
bolepi-san@ej-gv.es

Epidemiologi Aldizkariaren ale bana jaso gura duten profesionalak alea idatziz, telefonoz edo posta elektronikoen bidez eska dezakete (aldizkariaren datuak Idazlaritza atalean daude). Posta-helbide bat ematea bakarrik da beharrezkoa. Era berean, hura sare batean eskuratu ahal da. Sare hori honako hau da:  
<http://www.euskadi.net/sanidad>

Bestalde, garrantzirik gabeko gauza dirudien arren, aitorpena egitea beharrezkoa eta derrigorrezkoa dela behin eta berriro gogoratu behar diogu medikuari, bere lana erraztuz bide batez. Gaur egungo hizkeran honi informatizazioa deitzen zaio. ABGak aitortzeko, asteroko orri epidemiologikoa, eta baita behar diren kasuetan aitorpen indibidualeko orria ere, bete baino ez dugula egin behar jakin badakigu. Baina arazoa zerean datza, maiz ez dugula gogoratzen hori egitea eta, gainera, konsulta baten barruan dauzkagun inprimaki espezifikoaren kopurua hain handia da - begirada azkar batez, nik kontsultan 20 inprimaki ezberdin baino gehiago zenbatu izan dut!- ezen gure nagia handitu eta gogaitu egiten garela. Programa informatiko on batek, orain dagoen OMI-AP bezalakoak, edo etorkizunean egon daitekeen besteren batek, asteroko orri epidemiologikoa zentruko unitate administratibotik bertatik betetzen baimenduko liguke, benetako datuekin gainera, eta ez orain erabiltzen diren gutxi gora-beherakoekin. Aitorpen indibidualeko gaixotasunen bat diagnostikatzerakoan, programak berak aitorpen indibidualeko orria eskaini liguke pantailan, gaixoaren datu guztiekin, hiruzpalau gauza soilik gehitu beharko genizkiekeelarik datu horiei. Oroigarri honek eta erraztasun honek gaurko aitorpen-kopuru eskasa gehitu egingo lukeelakoan nago. Beste argudioez gain, eta beharbada oinarritzakoa izan ez arren, beste arrazoi bat da hauxe kontsultak informatizatzeke.

Angel Alayo  
Otxarkoagako Osasun Zentrua

## Erredakzioa

Salud Pública  
Osasun Publikoa  
Osasun Publikoa

Eusko Jaurlaritza.  
Osasun Saila  
Duque de Wellington, 2  
01010 Gasteiz  
Tel.: 945. 18 92 03  
Fax: 945. 18 91 92  
e-mail: bolepi-san@ej-gv.es

### Erredakzio-batzordea

José María Arteagoitia  
Santiago Esnaola  
Javier García  
Miguel Ángel García Calabuig  
Nerea Muniozguren  
Enrique Peiró  
Juan Manuel Sanzo  
Luis González de Galdeano

### Edizioa

Enrique Peiró

Diseinua: Neverland, S.L.  
Impresioa: Gráficas Berriz, S.L.  
2. Hiruhilekoa  
2. Zenbakia; 1998ko urtea