

Salud Pública

Osasun Publikoa

3
zenbakia

1998ko urtea
3.Hiruhilekoa

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



EUSKO JAURLARITZA

GOBIERNO VASCO

Osasun saila
Departamento de Sanidad

Aurkibidea

Begiraletza Epidemiologikoa

- Tuberkulosia Euskal Herrian. 2
- Gipuzkoan tuberkulosiaren aurkako sendabidea betetzea. 5
- Endoftalmitisaren agerraldia, zurieri-ebakuntzaren osteroa. 6
- Nahitaez aitortu beharreko gaixotasunak. 1998ko 1etik 26a arteko astei dagozkien datuak. 7

Osasun Publikoko Programak

- Gaixotasun zeliakoa. 8
- Iodoprofilaxia Euskal Herrian (II). 10

Gaur Egun

- Gripearen aurkako txertaketakanpaina. 11
- Tularemiaren agerraldia. 11

Tribuna Irekia

- Tuberkulosiaren urteko eragina: aktiboki bilatu beharra. 12

Editoriala

Nahiz eta infekzio-gaixotasunik ezagun eta aztertuenetako bat izan eta bera sendatzeko bide eraginkorrek aspaldidanik egon, gaur egun, tuberkulosia mundu osoko herri osasuneko adituak gehien kezkatzen dituen gaixotasun transmitigarrietako bat da. Duela urte gutxi pentsatu zen ezen gaixotasun hau eta beste infekzio-gaitz batzuk desagertzeaz zirela. Hori ez da egia: azken urteetan egiaztatu ahal izan dugunez, tuberkulosi-kasuaren zenbakia gehitu dira; berauetariko asko HIESari, sendabide konbentzionalarekiko erresistentzianitzen agerpenari agerraldi nosokomialei lotuta daude. Tuberkulosiaz dauzkagun datu epidemiologikoen arabera, uste da ezen munduko biztanleen herenak hark jota daudela; urtero, gutxi gora-behera, 8 milioi kasu gehiago sortzen dira eta 3 bat milioi hiltzen da tuberkulosiak jota. Garabideko herriak dira egoera hori gehien pairatzen dutenak, baina lauogeiko hamarkadaren bukaeraz geroztik kasuak gehitu dira Europako herri batzuetan eta Estatu Batuetan ere. Osasunaren Mundu Erakundeak (O.M.E.) behin eta berriz alertan jarri gaitu gehikuntza horren gainean, eta herri osasuneko agintari arduradunei gomendatu die gaixotasunaren jarraipen- eta kontrol-programak berriro ikusi eta indartzea.

Nahiz eta azken urteetan Nahitaez Aitortu beharreko Gaixotasunen (N.A.G.) sistemaren bitartez lortutako informazio epidemiologikoak tuberkulosi gaixotasunaren Euskal Herriko gehikuntzarik ez adierazi, Osasun Sailak, aurretik deskribatutako testuingurua kontutan harturik, beharrezkotzat jo zuen 1994aren bukaeran Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan (E.H.A.E.) tuberkulosia kontrolatzeko programa bat abian jartzea. Denbora horretan egindako ahaleginak direla bide, hobeto ezagutu ahal izan dugu gaixotasunaren gure herriko benetako eragina, eta hura txikitzeko oinarriak finkatu ahal izan ditugu. Hala ere, tuberkulosiaren aurkako benetako borrokari begirako oztoporik handiena ez da hura diagnostikatzeko zailtasuna edo sendabide eraginkorrik ez egotea, baizik eta haren zaintzan eta haren aurreko alerta mailan egon daitekeen lasaikeria. Osasun-profesionalek gaixotasuna beti hartu behar izaten dute kontutan. Tuberkulosia ez da iraganekoa, gure garaiko "goranzko gaixotasun" direlakoetako bat baizik.

Begiraletza

Epidemiologikoa

Tuberkulosia Euskal Herrian

Herri garatuetan zaintza-sistemei jakinarazitako tuberkulosi-kasuen kopuruak etengabe egin zuela zenbait hamarkadatan ikusi ostean, 90eko hamarkadaren hasieran herri horietako batzuetan ikusi zen ezen 80ko hamarkadaren bukaeratik joera horretan aldaketa bat gertatzen ari zela. Aldaketa hori faktore ezberdinekin lotu da: hiesaren epidemiarekin, endemia handiko herrietatik pertsonen inmigrazioarekin eta gaixotasuna kontrolatzeko programetarako baliabideak urritzearekin¹. Kasuen jakinarazpeneko joera-aldaketarekin batera, andui erresistentzianitzengatik kasu-igoera eta ernamuinen agerpena ikusi zen. Ernamuinotariko asko nosokomialak ziren. Hilkortasuna handiagoa zen. Egoera hori zela eta, Osasunerako Mundu Erakundeak (OME) alerta jarri zuen tuberkulosiaren igoeraren gainean Europako herri askotan, eta osasun-agintariei gomendatu zien gaixotasunari jarraitu eta berau kontrolatzeko programak berriro ikusi eta indartzea². Europan OMEk eta Tuberkulosiaren eta Arnas-gaixotasunen kontrako Nazioarteko Batasunak osatutako lantalde batek, 37. herriren ordezkarien onespina izan baitzuen, adostasun-gomendio batzuk egin zituen. Bertan sartuta zeuden kasu-definizioa eta bildu beharreko aldagaien gutxieneko multzoa³. Gomendiootan oinarriturik, EuroTB proiektua 1996ko urrian hasi zen ereduzko azterketa batekin. Azterketa horretan datu batzuk lortu dira, etorkizuneko ebaluazioetarako oinarri bezala balio izango dutenak⁴.

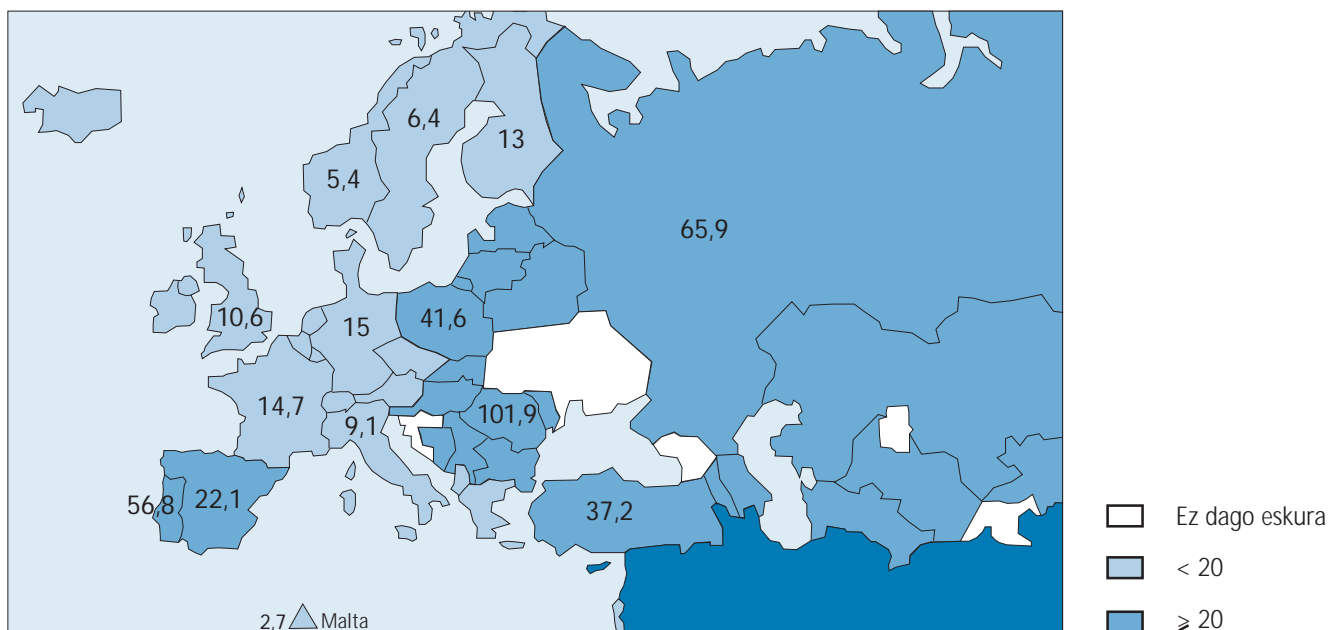
Tuberkulosiaren egoera Europan

Europako tuberkulosiaren egoera ebaluatzeko ahaleginak erabilitako kasu-definizioetan eta herrietako tuberkulosiaren zaintzako sistemen kalitatean egondako ezberdintasunek mugatuta egon dira beti. Horregatik, EuroTB proiektua herriek Europako zaintza sistema baten zati izateko agertzen zuten antolaera ebaluatzeko helburuz sortu zen, aitortutako tuberkulosi-kasuei buruzko informazioa bilduz eta bildutako informazioaren eta lantaldeak egindako gomendioen arteko koherentzia zehaztuz. Herrikako kasu aitortuen kopurua, 1995ari zegokiona, Monakoko 1ekoaren eta Errusiar Federazioko 96.828koaren bitartean egon zen. OMEko Europar Erregiorako eragin globala 100.000 biztanleko 34,6 kasukoa izan zen. Eraginik txikiena Maltakoa izan zen, 100.000ko 2,7koa; eta handiena, Errumaniakoa, 101,9koa (*1. Irudia*). Eragina 20koa baino txikiagoa 22 herritan izan zen; eta 20koa edo handiagoa, 24 herritan. Lehenengo taldean adinarekiko gehikuntza progresiboa eta bigarreanean, modu biko banaketa ikusi ziren. Bi moduko banaketa horretako gehieneko balioak 25-34 urteko eta 65 urteko edo 65 urtetik gorako adin-taldeetan gertatu ziren³.

Tuberkulosi kasuak.

1. Irudia

O.M.E.ren Europako Erregioa, 1995.



Fuente: Eurosurveillance 1998; 3: 2-5

2

3. Zenbakia; 3. Hiruhilekoa. 1998ko urtea

1991n Espainian tuberkulosiaren kontrolerako adostasun nazionalako agiri bat argitaratu zen. Osasun Ikerkuntzarako Fondoak (OIF) eta Osasun eta Kontsumo Ministraritzak sustatutako Tuberkulosiaren aurkako Lantalde batek egin zuen agiri horretan sartuta daude Herri Osasunaren eremuan eta laguntzarenean erabakiak hartzeko baliozko gomendioak eta orientazioak⁵. Gaur egun, ia Autonomi Elkarte guztiek tuberkulosia kontrolatzeko programa espezifiko bat berenganatu dute. 13 Autonomi Elkartek parte hartzen duten eta gaur egun azterbidean dagoen Tuberkulosiko Ikerkuntzako Proiektu Zentroanitzak (TIPZ) Estatuan tuberkulosiaren eraginaren eta ezaugarri kliniko-epidemiologikoen ezagupena hobetzea ahalbidetuko du.

1994ko Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak tuberkulosia kontrolatzeko egitaraua jarri zuen abioan.

Euskal Herrian, Osasun Sailak tuberkulosia kontrolatzeko programa bat abiarazi zuen 1994aren bukaeran. Programa horren helburu orokorra gure Elkartean kasuen %10 urtero urritu eta haiek desagertzea da⁶.

Tuberkulosiaren egoera Euskal Herrian

Gure Elkartean, Tuberkulosia Kontrolatzeko Programak honako oinarriok izan zituen: osasun-eskualde batzuetan burututako eredu-zko programa batzuetako esperientzia, Adostasun Konferentziaren gomendioak eta hainbat eremutako osasun-profesionalek egindako lan-bileretako eztabaidak. Lehen azaldutako helburu orokorra iristeko egin ziren helburu espezifikoak honakook izan ziren:

1. Tuberkulosiaren Euskal Herriko Autonomia Erkidegoko (E.H.A.E.) egoera epidemiologikoa zehaztasunez ezagutzea.
2. Gaixotasuna kontrolatzeko oinarriko neurriak zehaztu eta burutzea.
3. Neurri horiek eraginkortasunez garatzeko laguntza- egitura bat sortzea.

Programa abiarazi zenetik ia lau urte pasata, esan daiteke ezen programa muga gutxi edo gehiagorekin badabilela eta haren helburuak normaltasunez lortzen ari direla.

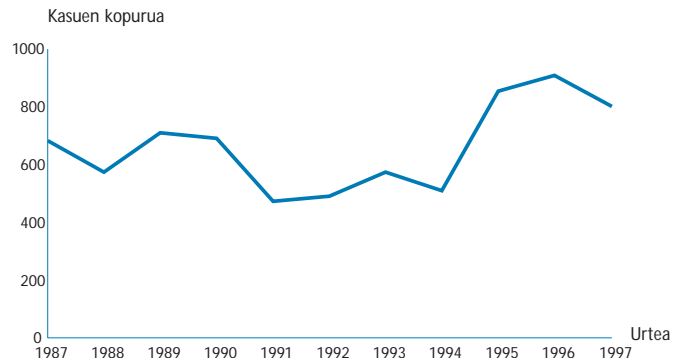
Tuberkulosiaren zaintza epidemiologikoa EHAEn

Gaixotasunaren zaintza aktiboa Nahitaez Aitortu beharreko Gaixotasunen (NAG) sistemara sartu eta zenbait iturriren bitartez kasu aitortugabeak arauz bilatzeak Euskal Herrian tuberkulosi-endemiaren egoeraren ezagupena hobetu du. Horrela, 2. irudian, azken hamar urteetan EHAEn erregistratutako tuberkulosi-kasuen kopurua ikus daiteke. Kopuru horren 1995eko igoera ikus daiteke; izan ere, programa eta zaintza aktiboa abiarazi zen. 1995az geroztik tuberkulosiaren Euskadiko benetako eragina zein den jakitera hurbiltzen ari gara. 1997an kasuek %13 behera egin zuten aurreko urtearen aldean. Behera egite horrek seguraski gaixotasunaren eraginaren benetako

urripena adierazten duke. Eragin horren tasa, azken urte horretakoa, 100.000 biztanleko 38,1ekoa izan dateke.

Tuberkulosi-kasuen kopuruaren bilakaera E.H.A.E.an.

2. Irudia 1987-1997.



Iturria: Nahitaez aitortu beharreko gaixotasunak.

Tuberkulosi kasuak, 1997an, 38,1koak izan ziren 100.000 biztanleko Euskal Herrian.

Era berean, Euskal Herriko Informazio Mikrobiologikoko Sistemak (EHIMS), herri sareko Mikrobiologi Laborategietan detektatutako tuberkulosi-guneko mikrobakterioen isolamendu guztiak biltzen baititu, joera hori erakusten du. Isolamenduen urripen progresiboa ikus daiteke 1995az geroztik (1. Taula).

Tuberkulosi andui konplexuko mikobakterien isolamenduen kopurua.

1. Taula E.H.I.M.S. 1993-97.

Urtea	1993	1994	1995	1996	1997
Andui Kop.	687*	880	822	694	636

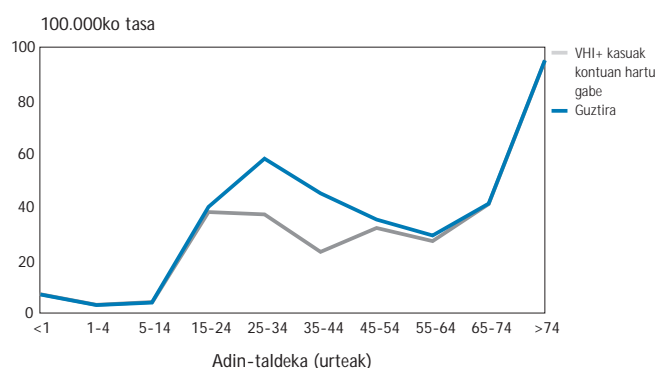
(*) 1993an, artean sartu gabe zeuden E.H.I.M.S.en laboratoriorik guztiak.

EHAeko Tuberkulosiko Ikerkuntzako Proiektu Zentroanitzaren aurretiazko emaitzak behin-behinekoak dira, baina aztertutako epealdirako (1996ko maiatzaren 1etik 1997ko apirilaren 30a arte) erakutsitako eragin-tasa 100.000. biztanleko 38,6koa da. Adin-taldearen arabera bereizketak modu biko banaketa erakusten du. Izan ere, gehieneko eragin bat dago 74 urtetik gorako zaharren taldean; eta beste gutxieneko eragin bat, 25 eta 34 urte bitarteko taldean. Sexuaren arabera banaketak erakusten duenez, gaixorik gehienak gizonezkoak dira. Gizonezkoen nagusitasun hori nabarmenagoa da 25 eta 34 urte bitarteko adin-taldetik aurrera. Analisisit GIB kasu positiboak (guztirakoaren %18,6) baztertzen baditugu, ikus dezakegu ezen ia desagertzen dela 25 eta 34 urte bitarteko adin-taldearen gailurra, baita endemia txikiko herrietan ikusten denaren antzeko kurba ageri dela ere (3. Irudia). Gipuzkoa da

eraginik handiena agertzen duen Lurralde Historikoa: 100.000 biztanleko 46,4koa. Bizkaiak jarraitzen dio 35,2eko eragin-tasarekin, eta gero Araba dator 34,1ekoarekin. Gainera, Gipuzkoan, beste Lurralde bietan ageri ez den gehieneko bat ikus daiteke 15 eta 24 urte bitarteko adin-taldean. Gehieneko horrek ez du zerikusirik GIB arrisku-faktorearekin. Tuberkulosia biriketan aurkitu da detektatutako kasuen %64an, eta karkaisa-baziloskopia positiboarekin lortu den bazilodun tuberkulosiaren tasa 100.000 biztanleko 13,02koa izan da.

Tuberkulosiaren eragin-tasa E.H.A.E.an, guztira eta VHI+ kasuak kontuan hartu gabe.

3. Irudia



Iturria: Tuberkulosiaren Iderketarako Zentru Anitzeko Proiektua (behin-behineko datuak).

Gaixotasunaren kontrolerako neurriak EHAEn

Tuberkulosia kontrolatzeko neurriek honako helburu nagusiok dituzte: kasuak detektatzea eta beraien diagnostikoa, gaixotasunaren tratamendua eta jarraipena eta ukipenen azterketa eta kutsatutako pertsona guztienganako kimiofilaxi-agindua.

Gure Elkartean gaur egun badago oinarrizko neurriok burutzeko beharrezko laguntza-azpiegitura, eta ondo dabilela esan daiteke; hala ere, bide horretan jarraitzeko, programaren alderdi garrantzitsu batzuei tinko eutsi beharko zaie eta berauek sendotu beharko dira.

Horrela, diagnostikatutako kasu guztien tratamendua betetzea funtsezko puntuetako bat da gaixotasuna kontrolatzeko programa guztietan, eta, oro har, zuzenean begiratutako tratamenduko (ZBT) planak egotea gomendatzen da. Plan horien bitartez, tratamendua betetzen ez dutelako susmoa sorrarazten duten gaixoen osasun-langileen ikuskapenaren pean jaso dezake tratamendua. Gure Elkartean, estrategia hori urriki ezarri da eta, araz, metadona emateko unitateetan eta osasun-eskualderen batean bakarrik burutzen da. Horregatik, oso garrantzitsua izango litzateke kasu bakoitza aztertzeke laguntza-erantzuna protokolizatzea. Tratamenduari uko egiteko bistako egoeretan, oro har, konponbideak oso zailak dira. Izan ere, aurrez aurre jartzen dira gaixoak tratamenduari uko egiteko duen eskubidea eta hura dagokion erkidegoaren osasunerako eskubidea. Gainera, gizarte arazoak, pobrezia, txirotasuna, drogen gehiegizko erabilera eta abar egon ohi dira.

Hala eta guztiz ere, andui erresistentzianitzen agerpenak ez du arazorik ekarri orain arte gure ingurunera. Hori adierazle ona da. Beste herri batzuetan gertatutakoa kontutan harturik, alertan egon beharko dugu nazioarteko erkidegoak aurre egin behar dion arazo larri-larri honen aurrean. Hura saihesteko bi fronteak indartu beharko dira: kasu guztien tratamendu zuzena bermatzean datzan hori eta andui isolatuen bakterio-erresistentzien azterketa.

Gaiso tuberkuloso baziliferoen isolamenduan neurriak sendotu behar dira.

Ez dugu oraingoz detektatu transmisio nosokomialeko tuberkulosi-ernamuinik gure Elkartean, baina ospitaleek bazilodun gaixo tuberkulosoak isolatzeko neurriak indartu beharko dituzte, gai honi buruz argitaratutako gomendioei jarraituz. TIPZ delakoaren emaitzen arabera, gure Elkarteko tuberkulosi-kasuen %75 ospitalera sartzen da diganostikoa egiteko. Horrek berez gaixotasunaren transmisio nosokomialeko arriskua dakar. Hori dela eta, agerraldi horiek aurrez zaintzeko beste neurri bat ospitalera sartzeko irizpideak hertsiki aplikatzea izango da.

Espero izatekoa da, ildo horretatik jarraituz, gu datozen urteetan tuberkulosi gaixotasunaren eraginik txikieneko herrien zerrendetan egotera pasatzea. Gure kopurua 100.000 biztanleko 20 kasuren azpikoa izango da. Kopuru txiki hori lortzeko, gaixotasuna zaintzeko eta kontrolatzeko ohiko prozedurak indartu beharko ditugu eta gaixotasun askotariko honen arazo batzuetarako konponbideei buruz hausnar egin.

Bibliografia

1. Kaye K, Frieden TR. Tuberculosis Control: the Relevance of Classic Principles in an Era of Acquired Immunodeficiency Syndrome and Multidrug Resistance. *Epidemiologic Reviews* 1996; 18: 52-63.
2. W.H.O. Tuberculosis Programme. Framework for effective Tuberculosis control. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1994 (WHO/TB/94-179).
3. Rieder HL, Watson JM, Raviglione MC. et al. Surveillance of tuberculosis in Europe. *Eur Respir J* 1996; 9: 1097-1104.
4. Perrocheau A, Schwoebel V, Veen J et al. Surveillance of tuberculosis in the WHO European Region in 1995: results of the feasibility study. *Eurosurveillance* 1998; 3: 2-5.
5. Tuberkulosiaren gaineko Lantaldea. Espainian tuberkulosia kontrolatzeko adostasun nazionala. *Med Klin (Bartz)* 1992; 98: 24-31.
6. Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saila. Euskal Herriko Autonomi Elkartean Tuberkulosia Kontrolatzeko Programa. Gasteiz, 1994.

Gipuzkoan tuberkulosiaren aurkako sendabidea betetzea

1995eko urtarrilean Gipuzkoan sortu zen Tuberkulosi-kasuen Erregistroa. Beraren informazio-iturriak honakook dira: DAG sistemari egindako jakinarazpenak, mikobakterioak aztertzeko laginak prozesatzen dituzten mikrobiologi laborategien jakinarazpenak, ospitale publiko guztien Alta Erregistroa eta Euskal Herriko Hies Erregistroa. Kasu bakoitzetik biltzen diren aldagaien artean sartuta dago tratamendua beteazeari buruzko informazioa, kasua tratatzen duen medikuak bidaltzen duena edo, hala denean, Epidemiologi Unitateko langileek gaixoaren historia klinikoan aktiboki bilatzen dutena. Urte bakoitzerako Erregistroa hurrengo urteko ekainaren 30ean ixten da beste kasu batzuk sartzeko; eta irailaren 30ean, tratamenduaren jarraipenerako. Kasutzat hartzen da baziloskopia edo/eta *Mycobacterium tuberculosis* guneko hazkuntza positibodun gaixoa, eta tuberkulosiaren kontrako sendabidea ematen zaio. Era berean, horrelakotzat hartuko da bakteriologia positiborik gabeko gaixoa, bukaerarako ezarritako unera arte eutsitako tuberkulosiaren kontrako sendabideari jarraitu badio, hil edo bigarren mailako ondore garrantzitsurik agertu ezean. Aurretiko sendabidearekiko gaixoei dagokienez, kasu berritatz hartuko da sendabiderik burutu gabe urtebete baino gehiago daramana. Jarraian aurkeztuko diren datuak 1995ari eta 1996ari dagozkien eta egoitza Gipuzkoako osasun-aldean duten kasuei buruzkoak dira.

Diagnostikatu diren kasu guztietan tratamendua betetzea funtsezko atala da kontrolerako egitarau guztietan.

Epealdi horretan guztira 713 tuberkulosi-kasu erregistratu ziren. Horietarik 438 gizonezkoak ziren; eta 275, emakumezkoak. 459 kasutan (guztirakoaren %64,4) birika-ukipena zegoen. Kasuen %17,5 GIB delakoak kutsatuta zegoen. Kasu guztietarik, 512k (%71,8k) agindutako sendabidea burutu dute eta sendatutzat har daitezke; 85 kasu (%11,9) zendu dira hura bukatu baino lehen; 38 kasu (%5,3k) sendatzen jarraitzen zuten erregistroa ixteko unean; eta 78 kasu (%10,9k) txarra izan daitekeen sendabidea agertzen dute. Kategoria honetan honako gaixo motok sartu behar dira: sendabidea utzi duten 36 gaixo, informaziorik atera ezin izan zaien 40 kasu eta porrot terapeutikoarekiko kasu 2.

Sendabidea betetzeko tasa, (sendatuak/sendatuak+behar ez bezalako sendabidea) x100 bezala definitua, %87koa da. Urte bakoitza bereiz hartuta emaitzak aztertuta, ez dago ezberdintasun esanguratsurik (1. Taula).

Tuberkulosi kasuak diagnostikoa egin den urtearen eta Gipuzkoako osasun aldean izan duen tratamenduaren jarraipenaren emaitzaren arabera banatzea.

1. Taula

	1995	1996	1997
Trat. bukatua	271 (72,8%)	241 (70,7%)	512 (71,8%)
Heriotza	43 (11,6%)	42 (12,3%)	85 (11,9%)
Trat. luzatua	16 (4,3%)	22 (6,5%)	38 (5,3%)
Emaitza onik eskuratu ez duen tratamendua	42 (11,3%)	36 (10,6%)	78 (10,9%)
Guztira	372 (100,0%)	341 (100,0%)	713 (100,0%)

Ezberdintasun esanguratsuak ikusten dira GIB delakoaren infekzioari begirako kasuen estatusaren araberako emaitzen azterketan (2. Taula). GIB delakoak kutsatutako kasuetarik, %36,8k bakarrik amaitu du agindutako sendabidea, %35,2 zendu da hura bukatu baino lehen, eta %14,4k txarra izan daitekeen sendabidearen emaitza agertu du; talde honetzako betetze-tasa %71,9koa da; eta, GIB delakoak kutsatuta ez dauden kasuentzako, %88,6koa.

Tuberkulosi kasuak VIH infekzioa edukitzearen eta Gipuzkoako osasun aldean izan duen tratamenduaren jarraipenaren emaitzaren arabera banatzea.

2. Taula

1995-96.

	VIH+	VIH-	Total
Trat. bukatua	46 (36,8%)	466 (79,3%)	512 (71,8%)
Heriotza	44 (35,2%)	41 (7,0%)	85 (11,9%)
Trat. luzatua	17 (13,6%)	21 (3,6%)	38 (5,3%)
Emaitza onik eskuratu ez duen tratamendua	18 (14,4%)	60 (10,2%)	78 (10,9%)
Guztira	125 (100,0%)	588 (100,0%)	713 (100,0%)

Endoftalmitisaren agerraldia, zurieri-ebakuntzaren ostekoa

Zurieri-ebakuntza kirurgi prozedura da eta gero eta maizago ikus daitezke horrelako ebakuntzak. Izan ere, kirurgi teknikak sinpletu dira eta horrelako gaixoak ez du ospitalean geratu behar. Gainera, gaixoen eskaria eta bizi-itxaropena gehitu dira.

Martxoaren 18an Epidemiologi Unitateari Gipuzkoako osasun-aldeko ospitale batean egun berean egindako zurieri-ebakuntza banaren ostean sortutako endoftalmitis-kasu biren berri jakinarazi zitzaion. Gertaera hori ez da ohikotzat hartu behar eta agerralditzakoa da: gaixotasun baten kasuak denboran eta lekuan biltzea. Endoftalmitisa eragin txikiko gaixotasuna da, eta zurieri-ebakuntzaren zailtasunik handiena. Epidemiologi ikerketak honakook sartu zituen: kirurgi saio horretan, aurrekoan eta ondorengoan zurieri-ebakuntza egin zaien gaixoen eta kasuen azterketa epidemiologikoa; gaixoen sarreren eta irteeren eta kirurgi prozesuen azterketa; fakoemultsifikazio-prozesuan erabilitako likidoen, ingurune-laginen, kirofanoan erabilitako tresnen eta kolirioen, kirofanoko langileen eta gaixoen biologi laginen laborategiko azterketa. Azkenik, 1997an ebakuntzaren osteko endoftalmitisak Gipuzkoan zuen eragina aztertu zen.

Begietako likidoen hazkuntzak negatiboak izan ziren ukitutako gaixo bietan. Kirofanoko pertsona batengan aurkitutako *Staphylococcus aureus*-eko sudurreko frodis positibo bat izan ezik, gainerako analisiak negatiboak izan ziren bai ingurune-laginetan bai gainerako laginetan. 1997ari dagozkion Gipuzkoaldeko endoftalmitis-datuen azterketak ematen duen eragina 100 zurieri-ebakuntzako 0,6kasukoa da. Agerraldi hori sorrarazi duten kariei dagokienez, berauek ez dira eztaba daezinak, baina badaude hobetu ahal diren elementu batzuk, haren bilakaeran garrantzia izan ahal izan dutenak. Deskribatu denez, gaixoaren eremu periorbitarioko larruazalaren flora da zurieri-ebakuntzetako kutsadura-iturririk garrantzitsuena. Une hartan, gaixoaren eremu kirurgikoaren alboko zonak oihala esterilez estaltzen ziren. Larruazalari atxikitzea bezalako beste neurri batzuen erabilerak eremu horretako inoizkako germen-mobilizazioa neutralizatzeak izango luke helburu.

Lente batzuen erabilera ebakuntzaren osteko endoftalmitisarekin lotu ahal den faktoretzat hartu da. Bakterioak begibarneko lenterari erraztasunez atxiki ahal zaizkio, lente horrek begiaren azala ukitzen badu. Izan ere, azalaren karga elektrostatikoa gertatzen da. Gainera, lenteak azalari atxikitzeke duen gaitasuna plastikoaren osaeraren

arabera alda daiteke. Erabilitako lenterik gehienak polimero akrilikoak (polimetilmetakrilatuz) eginda dago. Polimero akrilikoak karga elektrostatiko handia agertzen du. Iradoki denez, komenigarria da atxikigarritasun txikiko lenteak erabiltzea, beira-barrunbearekiko komunikazioa dakarten ebakuntzetan eta kirurgiako beira-galera ezaugarri dutenetan bereziki.

Kirofanoko pertsonetako baten sudurreko frodisean *Staphylococcus aureus* delakoa aurkitzea zuhurtasunez baloratu behar da eta mikroorganismo horren presentziaren arabera horrelako infekzio nosokomiala gertatzeko probabilitateen gehikuntza beste irakurketarik ezin da burutu. *Staphylococcus aureus*-eramaileen sudurreko nagusitasuna oso handia da: %20-30 ingurukoa. Logikoa denez, probabilitate-gehikuntza hori horrelako ebakuntzetan hartzen diren ohiko higie- eta asepsia-neurriekin neutralizatzen da. Estafilokokoa zurieri-ebakuntzen osteko endoftalmitisetan sarrienera inplikaturako mikroorganismoa dela azpimarratu beharra dago. Hala ere, aipatu behar da ezen gaixoen begietako fluidoetako mikroorganismo-isolamendurik ezak, seguruenera mikroorganismoak menperatzen zituen terapia antibiotiko lokal eta sistemikoaren ondoriozkoak, endoftalmitisa sorrarazten duen agentearen gainean eragina izatea eragozten duela.

Staphylococcus aureus-engatik infekzio nosokomiala gertatzeko aukeren gehikuntza ohiko higie eta asepsia neurriekin neutralizatuko da.

Azkenik, gehitu behar da ezen komenigarria dela profilaxia antibiotiko orokorreko eta lokaleko aukera baloratzea, arrisku handiko gaixoetan bereziki.

Osasun Publikoko Programak

Nahitaez aitortu behar diren gaixotasunak.
1998ko 1etik 26a arteko astei dagozkien datuak*

E.H.A.E.	Kas.Kop.	Tasa	A.E. **1	A.E. **2
Botulismoa	0	-	-	-
Kolera	0	-	-	-
Disenteria	2	0,10	2,00	2,00
Sukar tifo-paratifikoa	6	0,29	2,00	0,86
Trikinosia	0	-	-	-
Gaixotasun meningokozikoa	52	2,47	0,60	1,04
Gripea	113.235	5.385,49	1,61	1,38
Legionelosisia	2	0,10	0,28	-
Meningitis tuberkulosoia	1	0,05	0,50	-
Tuberculosisia	308	14,65	1,20	1,57
Barizela	5.778	274,80	0,83	0,68
Infekzio gonokozikoa	27	1,28	0,54	0,38
Sifilisa	9	0,43	0,64	1,80
Difteria	0	-	-	-
Parotiditisa	31	1,47	1,03	0,19
Poliomielitisa	0	-	-	-
Errubeola	2	0,10	1,14	0,02
Elgorria	1	0,05	0,12	0,05
Tetanosak	2	0,10	-	-
Kukutxetzula	4	0,19	0,57	0,06
A Hepatitisa	31	1,47	1,19	0,42
B Hepatitisa	30	1,43	1,03	1,03
C Hepatitisa	54	2,57	2,35	-
Bestelako hepatitis birikoak	20	0,95	2,50	0,28
Brucelosisia	8	0,38	0,89	2,00
Amurrua	0	-	-	-
Sukar horia	0	-	-	-
Paludismoa	3	0,14	0,37	1,00
Izurria	0	-	-	-
Tifus exantematikoa	0	-	-	-
Gebena	0	-	-	-
Errubeola kongenittoa	0	-	-	-
Sifilis Kongenittoa	0	-	-	-
Jaioberrien tetanosa	0	-	-	-

*) Urtarrilaren 1etik ekainaren 28era arteko aldiari buruzko behin-behineko datuak. Halaber, kontuan hartu behar da 1997an prozesu batzuk norbanakoen aitortpenei lotuta egon direla, baina zenbatekoetaren ondorioetarako baino ez.

(**) 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. osorako aitortpenen portzentaia = %54,1

Azpitarratu behar da aurkeztu den tuberkulosi tasa urtearen erdiari baino ez dagokiola.

Hepatitis B kasuak azken urte hauetan kopuru egonkorretan mantendu diren arren, hepatitis C kasuak eta beste hepatitis biriko batzuen kasu aitortuak asko hazi dira (%100etik gora) 1997arekin erkatuta.

Gaixotasun zeliakoa

Mende bat baino gehiago pasa da Samuel Gee-k Gaixotasun Zeliakoa (GZ) deskribatu zuenetik. Hala ere, gaixotasun hau kliniko askok adin pediatrikoan gaixo batzuk bakarrik ukitzen dituen prozesutzat hartzen izan dute. Egia esan, gaixotasun horrek maiztasun nabarmena du, bizitzaren edozein unetan ager daiteke eta eragin handia izan dezake gaixoen bizikaltatearen gainean. Faktore asko urte askoan lagungarri izan dira gaixotasun hau azpidiagnostikatuta egoteko.

Definizioa

GZ dietako glutenarekiko erantzun ezohikoa da eta adin guztietako gizabanakoak ukitzen ditu. Goi heste meharreko biloen lesio gogorra dakar. Horrek elikagaien erabilerako akatsa ekar dezake eta eragin kliniko eta funtzional aldakor-aldakorra du, gizabanakoaren adinaren eta oraindik ondo zehaztuta ez dauden beste faktore batzuen arabera. Gaur egun dakigunez, glutenarekiko intolerantzia era iraunkorrean mantentzen da bizitza osoan zehar, eta hura jasateko aurretiko jarrera genetikoak duten subjektuetan agertzen da. Glutenik gabeko dieta estua ezartzeak berekin dakartza heste-biloen lesioaren konponketa eta normalizazio kliniko eta funtzionala.

Epidemiologia

GZ pentsatzen dugun baino askoz maizago agertzen da eta familiakoa da. GZren prebalentzia ez da oso ondo ezagutzen eta, zenbatetsitakoaren arabera, 1.000 gizabanakoko kasu 1ekoa da. Hala ere, badaude ezberdintasun handiak Europako herrien artean. Orainsuko azterketa batzuetan screening bidez 300eko 1eko prebalentzia aurkitu da eta, iradoki denez, 100¹eko kasu 1ekoa bezain altua izan daiteke. Zaila da edozein adinetan ager daitekeen era anitzeko gaixotasun honen benetako prebalentzia ezagutzea.

Gaixotasun zeliakoa uste duguna baino askoz ere arruntagoa eta ohikoagoa da.

EHAEn, umeenganako eragina Bizkaian aztertu da 1976 eta 1987 bitarteko epealdian. Epealdi horren ostean etorri ziren GZren markagailu serologikoak. Hura 2.151 jaioberri biziduneko 1koa izan zen².

80ko hamarkadaren hasieran Europan pentsatu zen haurren GZ desagertzen ari zela; hala ere, egiaztatu zenez, kasuak gero eta adin berantiaragoetan diagnostikatzen ziren eta espekto

klinikoa ezohiko era arinagoetarantz aldatzen ari zen. Finlandiar egileek 80ko hamarkadan haurren diagnostikoko adinaren igoera ikusi zuten (1984 eta 1988 bitartean diagnostikatutako kasuen %66 7tik urtetik gorakoa zen), eta, gainera, kasurik gehienak era arin edo ohizkanpokoak ziren (%5ek baino gutxiagok sabeldura zuen). Azken urteetan eta diagnostikorako markagailu serologikoak erabiltzetik abiatuta, egile askok kasu kopuruaren igoera egiaztatu dute. GZ agertzeko era aldatu da³. Logikoa da genetikoki zehaztutako gaixotasun bat urritzen ez dela pentsatzea. Herri batzuetan gaixo gutxiagori egiten zitzairen diagnostikoa, zeren eta agertzeko era eta adina aldatuak baitziren. Aldakuntza horietan eragina izan dezakete haurren aztura dietetikoetako aldaketek edo urdailaren eta hestearen infekzioak urritzean hestearen eragingarri immunologikoak urritzeak.

GZk izaera genetikoak du eta horrela agertzen da maizenik gaixoen senideen artean. Europan egindako azterketa batzuetatik ateratako prebalentzi kopuruak lehen mailako senideen %1 eta %18 bitartekoak dira. Gure inguruan aurkitutako prebalentzia %2,8koa da⁴.

Klinika

Gero eta ohikoagoak dira era arinak eta ezohiko sintomatologiadunak. Gaixotasun honen klinika oso aldakorra da eta patologikoa era askotara mimetiza daiteke. Agertzeko era klasikoa honako hau da: beherakoa edo ezohiko sabelustutzeak, anorexia, tristura, sumingarritasuna, goitikinak, pisu-galera, sabel-distentzioa eta, haurretan, hazkunde-atzerapena.

Gaur egun, gero eta ohikoagoak dira era arinak eta ezohiko sintomatologiadunak: burdin-terapiari ez dagokion anemia ferropenikoa, idorreria, andezak, hezurren dentsitate mineralaren txikiapena, pubertate-atzerapena, aftosia, artritis, hipertransaminasemia eta abar. Helduarengan gaixotasunak honako sintomok ager ditzake: disfagia, dispepsia ez-ultzerosoa, tronbozitosiarekiko hipoesplenismoa edo, sarriagotan, kolon narritakorra baina eragin analitikoduna. GZdun gaixoen honako sintoma neurologikook ager ditzakete: neuropatia periferikoa, ataxia eta abar. Antzutasuna, oinarriko amenarrea eta abortu errepikakorak (bereziki haurdunaldiko lehenengo hiru hilekokoak) ere gaixotasun honek helduarengan agertzeko dituen erak dira. Odontologoen hura datorrelako susmoa izan dezakete hortz-esmaltearen aldaketa bereziak ikusitakoan⁵.

GZ isilik edo lasai gara daiteke, sintomarik agertzen ez duelarik. Jokaera hori lehen mailako senideen artean eta elkartutako gaixotasunetan egiaztatu da bereziki.

Gero eta ugariagoak dira forma arinak eta sintomatologia atipikoa dutenak.

GZren espektro klinikoa egun "Iceberg"¹ bezala deskribatzen da. Bertan txiki edo handiago ikusten ditugunak sintoma klinikoekiko kasuak dira. Flotazio-marraren azpitik daude kasu isilak (sintomarik gabekoak) eta GZren baldintza genetikoak kontutan harturik heste-biloen ohiko lesio histologikoa oraindik garatu ez duten kasuak. Gaixotasun horri egun GZ "isil" edo "potenziala" deitzen zaio.

Aspaldidanik dakigunez, GZ beste entitate batzuekin lotuta dago. Egitate hori ez da behar bezala baloratu urte askotan; izan ere, ikuspegi medikotik zaila da gaixoak bi gaixotasun ezberdin aldi berean izan ditzakeela pentsatzea. Arestian, eta markagailu serologikoen bitartez, hainbat azterketa egin zaizkie gaixotasun ezberdinak dituzten gaixoei. Horren ondorioz jakin denez, GZ, orokorrean isila, askoz ohikoagoa da pertsona talde horietan biztanleria orokorrean baino, beraren prebalentziaren arabera espero izatekoa denaren arabera.

1966a arte Dermatitis Herpetiformea (DH) larruazalaren gaixotasun esklusibotzat hartu zen. Hala ere, gaur egun onartzen denaren arabera, GZ eta DH gaixotasun bera dira baina adierazteko organo ezberdinak dituzte. Biok familia beraren barruan ager daitezke.

GZri lotutako gaixotasun autoinmuneak oso interesgarriak dira, batez ere, Menpeko Diabete Mellitus Intsulinoa (MDMI). Gaixo horiengan agertzen den GZren prebalentzia %2,3 eta 6,45 bitartekoa da. GZ eta MDMI elkarrekin lotzeko azalpen posible bat gaixotasun biotarako amankomuneko aurretiko jarrera izan daiteke. Hala ere, oraindik ez dakigu zehaztasunez lotura klinikoa horrengatikoa den ala gaixotasun batek bestea harrarazten duen. Gure esperientzian, glutenik gabeko dietaz sendatzen ari diren GZdunengan ez dugu MDMIrik diagnostikatu, eta MDMI diagnostikatu zaien haurren prebalentzia %6,45ekoa da, literaturako altuenetako bat. Gure ustez, glutenik gabeko dietak MDMI garatzetik babestu ahal ditu gaixotasun biak izateko aurretiko jarrera genetikoak duten gaixoak⁶.

Down Sindromean (DS) espero baino maiztasun handiagoz agertzen dira gaixotasun immunologikoak, tiroideen gaixotasun autoinmuneak, diabete mellitusa, burusoiltasuna eta bitiligoa bereziki. DSaren eta GZren arteko lotura arestian deskribatu da. Guk GZren %4,3 aurkitu dugu 70 DSdun haurreko talde batean. Haur horiek itxuraz ez zuten sintomarik⁷. Egitate horiek garrantzizkoak dira gaixo horiengan diagnostikatu gabeko GZ baten zailtasun posibleak prebenitzeko.

Ig Aren ments selektiboarekiko gaixoek biztanleria orokorrak baino arrisku hamar aldiz handiagoa dute, GZ izatekoa. Lotura horrek garrantzi handia du; izan ere, Gzren screening bidezko test serologikoak Ig A motako antigorputzen zehaztapenean oinarrituta daude. Horregatik, heste-biopsia planteatu behar da Ig Aren ments isolatuko kasuetan, GZ datorrelako susmorik txikiena dagoenean.

Diagnostikoa

Diagnostikoa ahozko biopsiaren bitartez lortutako hesteko muki-mintzaren alderdi ohikoan oinarrituta dago. Lesioa heste-biloen atrofia batean datza eta beraren gehieneko adierazpide klasikoena "azpiguztirako atrofia" da. Heste-biopsiaren bitartez bakarrik egin ahal dugu GZren diagnostiko zuzena. Gaur egun, gaixotasun horren markagailu serologikoak ditugu, gliadinaren eta endomisioaren kontrako antigorputzak, azterketa horren menpean jarri behar duten gaixoak hautatzea ahalbidetzen dutenak. Markagailu horiek %90etik hurbileko sentsibilitate eta espezifikotasuna dute eta oso baliagarriak dira arrisku-taldeen artean screening bidez detektatutako sintomarik gabeko gaixoengan eta ezohiko eretan heste-biopsia adierazteko.

Sendabidea

GZren sendabidea glutenik gabeko dieta da, hertsiki eta bitzta osoan zehar jarraitu beharrekoa. Egia esan, gaixoentzako prolamina toxikoak honakook dira: gliadina (garia), sekalina (zekalea) eta hordeina (garagarra). Ez dakigu ziur oloaren prolamina ere gaixoontzat toxikoa den. Laboreon industriako erabilera handia dela eta, badaude GZdun gaixoen elkarrekin glutenik gabeko elikagaiei buruz aldizka argitaratzen dituzten liburuak.

Bitzta osoko glutenik gabeko dieta hertsia garrantzi handikoa da, gaixotasunaren sintoma bereziak berriro garatzeko ahalbidearen aurrean, edo gaixotasun autoinmunea edo osteopenia abian jarri ahal delako. Hala ere, garrantzitsuena digestio-tumoreak zailtasun bezala garatzeko ahalbidea da, linfomak bereziki, glutenik gabeko dieta hertsia mantenduz saihestu ahal direnak.

Bibliografia

1. Mäki M, Collin P. Coeliac disease. *Lancet* 1997; 349: 1755-9.
2. Vitoria JC, Sojo A, Martín Bejarano E, Zuazo E, Corera M, Escudero F. Incidencia de la Enfermedad Celíaca en Vizcaya. *An Esp Pediatr* 1991; 35: 251-253.
3. Vitoria JC, Sojo A, Corera M, Zuazo E, Mintegui S, Sánchez J et al. Enfermedad Celíaca. ¿Está cambiando su forma de presentación?. *An Esp Pediatr* 1991; 33: 173-178.
4. Vitoria JC, Arrieta A, Astigarraga I, García-Masdeval MD, Rodríguez-Soriano J. Serological markers as screening test in family members of patients with coeliac disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1994; 19: 304-309.
5. Aguirre JM, Rodríguez R, Oribe D, Vitoria JC. Dental enamel defects in celiac patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1997; 84: 646-650.
6. Vitoria JC, Castaño L, Rica I, Bilbao JR, Arrieta A and García-Masdeval MD. Association of insulin-Dependent Diabetes Mellitus and Celiac Disease: A study based on serologic markers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998; 27: 47-52.
7. Zubillaga P, Vitoria JC, Arrieta A, Echaniz P, García-Masdeval MD. Down syndrome and Coeliac Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1993; 16: 168-171.

Iodoprofilaxia Euskal Herrian (II)

Iodo-urritasunak eragin ditzakeen gaitzak aurretik zaintzea eta kontrolatzea

Iodoaren urritasunak eragin ditzakeen gaitzak (IUG) azkar eta errazki prebenitu eta kontrolatu ahal dira. Izan ere, badaude iodoztatzeko metodo sinpleak, eraginkorrak eta merkeak direnak.

Iodo-beharrizanak adinaren arabera aldatzen dira¹. Jaioberriek 50 gramo iodo eta haurdun emakumeek eta ama bular-emaleek 200 gramo iodo behar dute egunero, behar bezala garatu eta hazteko. Kopuru horiek gutxienekoa eta gehienekoa dira.

Dieta-iturririk hoberenak izan dira gatz iodatua eta itsas-produktuak (arrain eta itsaskiak). Hala ere, arrainetan dagoen iodoaren zati handi bat (%20-58) sukaldeko prozesuetan galtzen da.

Iodoa eskuratzeko dietako erarik onena iododun gatz eta itsasoko produktuak dira.

Elikadurako iodo-urritasuna konpontzea lortu duten herririk gehienek iododun dietaren ordez gatz iodatua erabili behar izan dute. OMEk gatzaren iodazio unibertsala gomendatzen du^{1,2}.

Ezberdintasun horrek hainbat herritan dirau, esate baterako, gurean; baina errazki zuzendu ahal da eguneroko kontsumoan gatz arruntaren ordez gatz iodatua erabiliz. Gatz iodatua merkatuan eros daiteke. Izan ere, beraren Arauketa Tekniko eta Osasuneko 1.424/1983 Erret Dekretuaren bitartez onetsi da. Erret dekretu horrek gatz kilogramoko 60 miligramo iodoko edukia ezarri du³.

Salbuespen zehatzak aparte utzita, biztanle guztiek gatz iodatua erabili beharko lukete gatz arruntaren ordez (*1. Irudia*), bai kozinatzekeo bai mahaiko gatzarako, emakumeek haurdunaldian eta edoskitzaroan bereziki, zertarako-eta fetuaren eta jaioberriaren nerbio-sistema zentralaren garapen normala bermatzeko. Ezin gatzik har dezaketen emakume haurdun edo bular-emaleen kasuan, ahalik eta itsas-produktu gehien (arrainak eta itsaskiak) eta iodo-gehigarria (bitamina eta mineral ugaridun prestakina, dietatiko iodoarekin batera haurdunaldiko eta edoskitzaroko beharrizari fisiologikoak estaltzeko beharrezko den iodo kopurua sartzen duena) kontsumitzea gomendatu behar da.

Bozio noduluanitzak edo Graves-Basedow-en gaixotasunak (atzera eginak edo diharduenak) jotako pertsonen kasuan bakarrik debekatuta daude iodoprofilaxi-neurriok.

Eusko Jaurlaritzaren Osasun Saileko Herri Osasunaren Zuzendaritzak diseinatutako programa burutuz iodo-urritasuna ezabatu behar da Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan 2000 eta 2002 bitartean, 39., 43. eta 49. Osasunerako Mundu Biltzarrek honi buruz hartutako ebazpenekin bat etorririk⁴⁻⁶. Helburu hori lortzeko ezinbestekoa da osasun-profesionalek biztanleen osasun-hezkuntzan parte hartzea. Hezkuntza hori IUG direlakoen izaerari eta haiek gatz iodatuaren bitartez aurretik zaintzeari buruzkoa da.



Bibliografia

1. WHO, UNICEF, ICCIDD. Recommended iodine levels in salt and guidelines for monitoring their adequacy and effectiveness. Geneva: 1996.
2. WHO. Iodine and Health: eliminating iodine deficiency disorders safely through salt iodization. Geneva: 1994.
3. Gobernuko Presidentzia. 1.424/1983 Erret Dekretua. EAO 1983: 130: 15.261-4.
4. The 39th World Health Assembly. Resolution WHA 39.31: The Prevention and Control of Iodine Deficiency Disorders. Geneva: WHO, 1986.
5. The 43th World Health Assembly. Resolution WHA 43.2: The Prevention and Control of Iodine Deficiency Disorders. Geneva: WHO, 1990.
6. WHA 49.13 Ebazpena: Iodirik ez izateak eragindako arazoaren kontrako prebentzioa eta borroka. 49. Osasunerako Mundu Biltzarra. Geneva: OME, 1996.

Gaur Egun

Gripearen aurkako txertaketa-kanpaina

Urriaren 30a arte garatuko da Osakidetzaren Oinarrizko Arretarako Zentro guztietan gripearen aurkako txertaketa-kanpaina. Honako arrisku-taldeok dira helburu:

- 65urtetik gorakoak.
- Honakook agertzen dituzten gizabanakoak: aireko fluxurako butxadura kronikoa (AFBK), diabetea, kardiopatia kronikoa, gaixotasun hepatiko kronikoa, giltzurrun-gaixotasun kronikoa eta beste patologia kroniko batzuk.
- Gripea arrisku handiko pertsonen transmititu ahal dieten unitateei atxikitako osasun-langileak: UCI, dialisia eta abar.

Tularemiaren agerraldia

1997aren bukaeran eta 1998aren hasieran erregistratu zen tularemiaren agerraldi epidemiko bat, bereziki Gaztela eta Leongo Elkartea ukitu zuena. Elkarre horretatik ihiziak (erbiak) manipulatzearekin lotuta zegoen. Autonomi Elkarre batzuetan tularemi kasuek dirautela eta ehizarako denboraldia hurbil dagoela eta, zorrotasunez saihestu behar da gaixotasuna EHAEn kasurik ager ez dadin. Urtearen hasieran kasuak agertu ziren*. Arriskurik gehien duten taldeak ehiztariak, ibaiko arrantzaleak eta ehiziak eskuztatzen dituzten taldeak dira. Gaixotasunaren klinikak honakook agertzen ditu: uhin-sukarra, hotzikarak, astenia, giharreetako eta giltzaduretako minak, zefalea eta goitikinak eta larruazaleko lesio ultzerosoak eta erregio-linfadenopatiak. Hautaketa-sendabidea estreptomizina, gentamizina edo tobramizina da. Kasu susmagarriak agertuz gero, berehala jakinarazi beharko zaie Begiraletza Epidemiologikoko Unitateei.

(*) EHAeko Aldizkari Epidemiologikoa. 1998; 1: 2-3.

Legeria

Joan den uztailaren 14an argitaratu zen Euskal Herriko Agintaritzaren Aldizkarian ekainaren 25eko 18/1998 Legea, droga-menpekotasunaren gaiko prebentzioari, laguntzari eta gizarteratzeari buruzkoa. 15/1988 legearen egunerapena da alkoholarekin eta tabakoarekin lotutako publizitateari, salmentari eta kontsumoari buruzko gaietan.

Tuberkulosiaren aurkako sendabidearekiko erresistentzia

Gero eta zabalduago egon da antibiotikoen erabilera (sarritan gehiegizkoa). Horrela, mikroorganismo mota ezberdinen erresistentziak sortuz joan dira. Mikroorganismo horien artean *Mycobacterium tuberculosis* delakoa dago. *M. tuberculosis* mikroorganismoaren antibiotikoekiko erresistentziaren zergatia berezko mutazio genetikoaren aplikazio artifiziala da. Tuberkulosi erresistentzianitzak, bi botika nagusiak diren isoniazidarekiko eta rifanpizinarekiko erresistentziarengatik definituak, mehatxu handia dakarkio gaixotasunaren kontrolari. Izan ere, mota horretako anduek jotako gaixoak sendatzea zaila da. Egin-eginean, askoz botika toxiko eta garestiagoak behar dituzte.

Agiri honetan egindako gomendioen artean daude botika-erresistentziak zaintzeko munduko sareari eustea eta zuzenean sendatzeko programarik ez duten herrietan ikusitako horrelako programen garapena.

Weekly Epidemiological Record 1998; 73 (33): 249-254.

Mycobacterium tuberculosis delakoaren infekzioaren prebalentziaren bilakaera presoengan, espetxeratzean, 1991 eta 1996 bitartean

Espainiako kartzeletan, tuberkulosia herri osasunaren arazo larria da. Azterketa honetan kontutan hartu ziren 1991ko uztailetik 1996ko ekainera arte tuberkulosiaren aurkako kimioterapia- edo kimioprofilaxi-aurrekorik gabe espetxeratutakoak. Aldagai soziodemografikoak eta presondegikoak eta giza immunoeskasiaren biruserako (GIB) arriskuko faktoreak bildu ziren. Era berean, araz egin zen tuberkulinaren proba. Tuberkulosi-infekzioaren prebalentzia altua detektatu zen eta espetxeko denbora arrisku-faktoreetako bat izan zen. Calmette-Guerin-en baziloarekin (CGB) txertatuengan seguraski gutxietsi zen erabilitako irizpidearengatik infekzioaren prebalentzia. Tuberkulosi-infekzioa handiagotu zen bide parenteralaren bidezko droga-erabiltzaileengan (BPDE) eta lehenago ere espetxeratutako zirenengan.

Martín V., Caylà J.A., Bolea Á. eta Paz J.A. Med Klin (Bartz.) 1998; 111: 11-16.

Tuberkulosiaren urteko eragina: aktiboki bilatu beharra

Tuberkulosia oso atal garrantzitsua izan da beti giza patologian. Gaur egun, infekzio-gaixotasunik garrantzitsuena izaten dirau, tuberkulosi-baziloak munduko biztanleen herenak kutsatzen baititu. Gaixotasuna sendatzeko antimikrobiano eraginkorren azken berrogeita hamar urteetako aurkikuntza zela eta, jendeak uste zuen tuberkulosiak herri garatuetan bereziki arazoa izateari utziko ziola. Hori Holandan gertatu zen, non tuberkulosiaren kontra borrokatzeko bide eta bitartekoak baitzeuden eta behar bezala aplikatzen baitziren. Hala ere, 1990eko hamarkadan alarma zabaldu da: egin-eginean, tuberkulosia berriro gogortu bide da herri garatuetan, tuberkulosi eta mikobakteriosi ezohikoen kasuen igoera dakarren GIBaren pandemia agertu baita. Gainera, herri horietan andui erresistentzianitzak agertzeak oso zailtzen du sendabidea.

Gurea bezalako herri askotan, arazoa gaixotasuna oso kasu gutxitan aitortzea da. Horrek gaixoen urteko eraginari buruzko estatistika urriki fidagarriak izatea dakar. Egoera hori oso orokorra da munduko herri guztietan aitortu beharreko gaixotasunetan. Zailtasuna klinikoak batzuetan kopuru handiak batzen dituzten inprimaki batzuk banaka bete eta Epidemiologi Unitateei zuzendu beharrean datza. Unitate horiekiko harremana administraziozkoa bakarrik da. Arazoa ez da baliabiderik eza, beraien ustiapen desegokia baizik. Arestian, Angel Alayok, aurreko Tribuna Ireki batean, Nahitaez Aitortu beharreko Gahixotasunen (NAG) aldaketa bat planteatu zuen, zeuden baliabideak berriro egituratzea zekarrena. Nire ustez, konponbidea ezberdina izan daiteke kontutan hartu beharreko gaixotasunaren arabera. Tuberkulosian gaixoei (gaixorik gehienek amasarazoak dituzte) zehaztaperen bakteriologikoen edo/eta anatomopatologikoen bitartez egiten zaie diagnostikoa ospitalean edo erkidegoan, gehienetan pneumologoek tratatu edo sendatzen dituztelarik. Euskadiko laguntza espezializatuaren egungo osasun-egituraren barruan ospitalea erkidegoarekin sartuta dago; eta oinarriko arretarako unitateekiko khipen estua, ahalbidetuta. Hortaz, Pneumologiako zerbitzuek administrazio-egitura eta tuberkulosia sendatzeko esperientzia ona dute. Hori dela eta, zerbitzu horiek oso egokiak dira gaixotasunaren Derrigorrezko Aitorpenaz arduratzeko.

Atal honek honako hau du helburu: gure Elkarteko profesionalei bai osasun-laguntzako bai herri osasuneko lankideentzat interesgarritzat jotzen dituzten kolaborazioak argitaratu ahal izateko leku bat ematea. Osasun Saileko Herri Osasun Zuzendaritzak ez du nahitaez bat egiten tribuna ireki honetan eman diren iritziekin. 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 profesionalek alea idatziz, telefonoz edo posta elektronikokoaren 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>

Ikuspegi hau Bizkaian 1995etik hasita burutu da. Neumologia Zerbitzuek, probintziako Herri Osasuneko Zuzendaritzarekin batera, ospitale eta anbulategietako altetan tuberkulosi kasuak era eraginkorrean bilatzeko protokoloa gertutu dute. Proiektu honek, aitortu diren kasuak gehitzeko ezezki, protokoloa aplikatu aurreko eta geroko kasu aitortuak bikoizteko balio izan du, kasu guztien arteko kontaktuen azterlana egiteko eta tratamendua betetzen dela gainikusteko, beraz, gaisotasuna era egokian kontrolatzeko urrats guztiak ematen ditugu. Halaber, ziur gaude eskuratzen ditugun kopuruak fidagarriak direla, gaisotasunak denboran zehar duen bilakaera jarraitzeko aukera ematen digu eta kontrolari ekiteko politikarik egokiena hautatzeko bidea eskaintzen digu.

Oro har jendeak uste du N.A.G.k ez dituela bere xedeak era egokian betetzen eta hobetu egin behar dela diote. Tuberkulosia gaisotasunaren eskuztaketa nola hobetu eta egon dauden bitartekoan aprobetxamenduaren adibidea da.

Victor Sobradillo dok.
Neumologia Zerbitzuko zerbitzuburua, Gurutzetako Ospitalea
Euskal Herriko Unibertsitatea

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 Angel 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.
3.Hiruhilekoa
3. Zerbakia; 1998ko urtea