

# Salud Pública

# Osasun Publikoa

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



**EUSKO JAURLARITZA**  
**GOBIERNO VASCO**  
 Osasun saila  
 Departamento de Sanidad

## Aurkibidea

e	Begiraletza Epidemiologikoa	
d	-Kukutxeztularen agerraldi epidemikoa Gipuzkoan.	2
i	-Derrigorrez Aitortu beharreko Gaixotasunak.1999ko lehenengo astetik 48.era arteko astei dagozkien datuak.	4
b	Osasun Publikoko Programak	
i	-Euskadiko hauren txerto-egutegiaren egunerapena.	5
k	-Ingurune-faktoreetatik datozen osasunarentzako arriskuei begirako jarduketa-beharrizanen identifikazioa eta lehenespena.	6
r	-Elikapen-arriskurik Handieneko Jardueren Programaren Ebaluazioa.	7
u	Gaur Egun	9
a	-Elgorria EAetik kentzeko plana. -B.A.D.G.E. -2000rako osasuneko ezberdintasunak %25 txikitzea. -Gripea aurretik zaintzeko estrategia berriak. -Elikapen-industriako osasun- autokontrolari buruzko jardunaldiak.	
	Tribuna irekia	12

## Editoriala

2000. urtea hastearekin batera, indarrean jarriko dira Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak gomendatutako hauren txerto-egutegiko hainbat aldaketa. Aldarazpen horiek, arestiko urteetan egindakoek bezala, hura bai epidemiologi inguruabar ezberdinetara bai txertoen eremuko oraintsuko berritasunetara egokitzea dute xede. Gainera, eta datozen urteetan elgorria kentzeko asmoz, era berean, Osasun Sailak eta Osakidetzak datorren urtean egingo dute 5-11 urtekoei hiru birusen kontrako txertoa (elgorriaren, errubeolaren eta parotiditisaren kontrako) jartzeko aparteko kanpaina bat.

Azken urteotan zehar garatutako haur-txertaketarako programen balantzea oso ona da. Egin-eginean ere, oso txikitu da erikortasuna txertaketaz aurretik zaain daitezkeen gaixotasunik gehienetan. Gainera, poliomielitisa ofizialki ezabatzea lortzeko zorian gaude eta hurrengo helburua elgorria ezabatzeko aurrera egitea da.

Aurrerapenei begira, osasun-profesionalak ezinbestekoak dira arrakasta izateko. Izan ere, beraiek dira biztanleei informazio egokia emateko agente nagusiak, eta horretarako beharrezkoa den sinesgarritasuna dute. Egin-eginean, medikuek, pediatrek eta erizaintzak arlo horretan izandako jarrera aktiboa gure herrian txertaketa-programek iritsitako emaitza bikanetan islatu da. Onarpen maila eta estaldura altuak direla eta, gure txertaketa-adierazkariak nagusi dira herririk garatuener artean. Horregatik, espero dugu txerto-egutegi berriak aurrekoek besteko arrakasta izatea eta, etorkizunari begira, Herri Osasuna hobetzen jarraitzeko orain daukagun kapital garrantzitsu horri eusten laguntzea.

### Kukutxeztularen agerraldi epidemikoa Gipuzkoan

Kukutxeztula zuhaitz trake-bronkiala ukitzen duen bakterio-gaixotasun akutua da. Agente eragile Gram bazilo negatiboa da: *Bordetella*. Bi espezie ditu: *pertussis* eta *parapertussis* direlakoak. Gordailua gizakia da. Kutsapena arnas-bidearen bitartez gertatzen da, katarro goiztiarraren fasean bereziki. Inkubazio-aldia 6-20 egunekoa da.

Koadro klinikoa hasiera maltzurereko katarro-fase batekin hasten da, eztl narritagarriarekin. Fase hori astebetetz edo aste bitan paroxistiko bihurtzen da. Bigarren fase horrek gutxienez 2-4 aste eta gehienez bi hilabete iraun dezake. Fase paroxistikoak eztl-krisi errepikatu eta bortitzak ditu ezaugarri. Arnasa hartzeko tonu altuko karranka berezia dago. Paroxismoekin batera, batzuetan, muki argiaren kanporaketa egoten da, sarritan okaren aurretik.

Diagnostikoa katarro- eta paroxismo-fase goiztiarretan lortutako material nasofaringeoaren hazkuntzarako bitarteko egokietan mikroorganismo eragilea isolatzean datza.

### Zaintza epidemiologikoa

Kukutxeztul-kasuen jakinarazpena 1982an sartu zen Derrigorrez Aitortu beharreko Gaixotasunen (DAG) sistemari. Kukutxeztula 3-4 urteroko mutur epidemikoa dituen gaixotasuna da. Agerraldi-egoeran, hori har dezakeen biztanlerian, %100 inguruko atake-tasak daude. Herri industrializatu gehienetan kukutxeztula endemikoa zen DTP delakoarekiko txertaketa (difteria, tetanoa, kukutxeztula) sartu arte. Txerto hori Estatuan 1965ean sartu zen. 1986az geroztik gaixotasunean beheranzko joera ikusi da.

Kukutxeztula zaintzeko, DAG sistemaz gain, beste informazio-sistema batzuk erabiltzen dira: ospitale-altak eta mikrobiologi informazioaren sistema. Zaintzeko protokoloak kukutxeztul-kasuak (gerta daitezkeenak, berretsia) definitu eta sailkatzen ditu, kukutxeztulak jota gera daitezkeen ukipenak identifikatzen ditu eta kasu bakoitzean jarraitu behar zaien kimioprofilaxi-arauak adierazten ditu.

### Agerraldiaren deskribapena

Gipuzkoan 1999an aitortutako lehenengo kukutxeztul-kasua 14. astean gertatu zen, apirilaren 4tik 10era arte. 23. astean (ekainaren 6tik 12ra artekoan) beste bi kasu jakinarazi ziren; eta hurrengo astean, beste kasu bi. Kasuok 7-12 urteko haurrak ziren eta DTP delakoarekiko txertaketako 4 dosi jasoa zuten. Haurrok eskola-zentro ezberdinetara joaten ziren. Ume horiek guztiak Irunen bizi ziren.

Egoera horri aurre egiteko informazioa bildu edo jaso zen Gipuzkoako ospitaleetako larrialdi- eta pediatria-zerbitzuetan.

Berauek ez zuten Lurraldeko gainerako aldeetan diagnostikoa egin zitzaion kasurik adierazi. Hala ere, Donostiako Laborategi Bateratuak (DLB delakoak) bi hazkuntzaren eta 2 PCR-ren *B. pertussis* delakoarekiko positibotasunaren berri jakinarazi zuten. Gaixotasun hori haurren sudur-laginetan nabaritu zen. Hori zela eta, kasuen bilaketa aktiboa hasi zen.

Gero, udan eta udazkenean, beste herri batzuetako pediatrek beste kasu batzuen berri jakinarazi zuten. Hori zela eta, Gipuzkoako osasun-zentro guztiei haien existentziaren berri jakinarazi zitzaien eta honakoa erabaki zen:

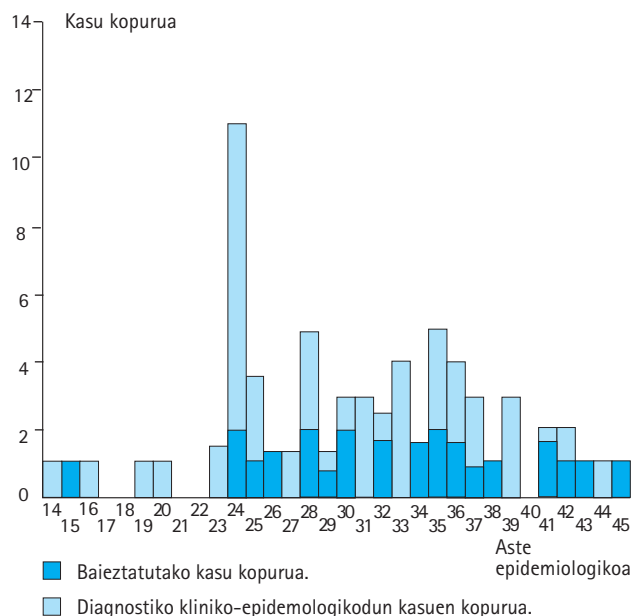
- DAG sistemari kukutxeztularen banakako aitortpena derrigorrezkoa dela gogoratzea, baita aldagai epidemiologikoa (adina, generoa, txerto-aurrekariak, kutsadura-iturri izan daitekeena eta abar) biltzearen garrantzia ere.
- Haiei guztiei kukutxeztularen protokoloa (kimioprofilaxi-neurriak, DTP delakoarekiko diagnostiko-berrespen osoa eta sendabidea) bidaltzea, baita laborategiko probekiko diagnostiko-berrespenaren garrantzia (hazkuntza, PCR delakoa edo serologia, *B. pertussis* delakoarentzakoa).

### Azterketa epidemiologikoa emaitzak

1. 45. astera arte (azaroaren 7tik 13ra arte) Gipuzkoan DAG sistemari guztira 80 kasu adierazi zitzaizkion. Berauetarik 4k, bularreko haurrak baitziren, ospitalera sartu behar izan zuten (1. irudia).

Deklaratutako toskerina kasu kopurua.  
1999-ko 14 eta 45 asteak

1. Irudia Iturria: E.D.O. Gipuzkoa. Epidemiologia unitatean.



- 1994 eta 1998 bitarteko bost urteetan DAG sistemari 14, 16, 15, 2 eta 2, kasu adierazi zitzaizkion, hurrenez hurren.
2. Adierazi edo aitortutako kasuen ezaugarriak honakook ziren:
- Egoitza Gipuzkoako eskualde guztietako herrietan zuten pertsonak ziren.
  - Generoari begira ezberdintasun batzuk zeuden: %56 emakumezkoak ziren; eta %44, gizonezkoak.
  - Kasuen %39 hazkuntzarengatik edo PCR delakoarengatik berretsi zen; eta %8, *B. pertussis* delakoarentzako serologiarengatik berretsi zen.
  - Kasuen %71k txerto egutegiaren arabera kukutxeztularentzako txertaketa osatuta zeukan.
  - Ehuneko 43 kasu kasu isolatu bezala adierazi ziren; %35 kasu beste kasu batzuei edo famili agerraldi txikiei lotuta zeuden. Ez zen eskola-agerraldirik detektatu.
  - Kasuen adin-taldekako banaketa 1. taulara bilduta dago.

Gipuzkoan DAG sistemaren bitartez adierazitako kukutxeztul-kasuak.

1 Taula

	Nº	%
< Urtebete	15	18,8
Urtebetetik - 4 urtera	20	25,0
5 urtetik - 9 urtera	28	35,0
10 urtetik - 14 urtera	13	16,3
15 urtetik - 19 urtera	1	1,3
> 19 urte	3	3,8
Gustira	80	100,0

1. taulan ikus daitekeenez, adin-talderik ukituena 5-9 urtekoa izan zen, 28 kasurekin (ehuneko 35 kasurekin). Adin-talde horretan:

- Kasuen %93k DTP txertaketako 4 dosi jaso zuten.
- Kasuen %31 *Bordetella pertussis* delakoarentzako hazkuntzarekin berretsi zen.
- Kasuen %15 *Bordetella pertussis* delakoarentzako serologia positiboarekin berretsi zen.

*Kukutxeztul gaixotasuna larria izan daiteke bularreko haurrengan eta bi urte baino gutxiago dituztenengan baldin eta inmunizatuta ez badaude edo DPT txertaketa osagabea badute.*

3. Osakidetzako akutu-ospitaleetako altak berriro ikusi dira kukutxeztularen diagnostikoarekiko 15 urtetik beherakoei begira (kodea: CIE-9: 033.0, 01, 08, 09). Alta horiek 1994 eta 1998 bitarteko urteei eta 1999ari (1999ari dagokionez urtariletik irailaren 30era arteko altak ikusi dira berriro) dagozkie. Berrikuspen horrek honako datuok dakartza:

- 1994an: 2 ospitalerapen.
- 1995ean: ospitalerapenik ez.
- 1996an: ospitalerapenik ez.
- 1997an: ospitalerapenik ez.
- 1998an: ospitalerapen 1.
- 1999an: 11 ospitalerapen

Kukutxeztul-diagnostikoarekiko ospitalerapenen gehikuntza ikus daiteke 1999ko lehenengo 8 hilabeteetan aurreko urteetako kopuruen aldean.

1999ko 11 ospitalerapenak ekainean, uztailean, abuztuan eta irailean gertatu dira. Beraietarik 8 urtebetetik beherako haurrei dagozkie.

Laburbilduz, bildutako datuek kukutxeztul-agerraldi baten Gipuzkoako presentzia berretsi dute. Kukutxeztul gaixotasunak bularreko haurrengan edo 2 urtetik beherakoengan era larriak ditu, baldin eta inmunizatuta ez badaude edo DTP delakoarekiko txertaketa osagabea badute. Haurren txertaketari begira une honetan indarrean dagoen egutegiaren arabera, *B. pertussis* delakoaren kontrako 4 txerto-dosi ematen dira, difteri eta tetano-toxoideekin batera, 2, 4, 6 eta 18 hilabeteko adinean. Zenbatetsitakoaren arabera, dosi guztietako estaldura %90etik gorakoa da.

*Bosgarren dosia sartuko da kukutxeztularen kontrako txerto azelularren itxuran. Txerto hori difteri eta tetano-toxoideei (DTPa) lotuta dago eta 6 urtekoei emango zaie.*

Txerto-estaldura luzaroan oso altua izan den herrietan, *B. pertussis* delakoak ibiltzen dirau eta oraindik epidemiak daude. 10 urtetik gorakoengan kasuen proportzioa estaldurarekin igotzen da Europako hainbat herritako datuen arabera. Eginginean ere, txertoak ekarritako inmunitatea haur handiengan urritzen da. Izan ere, ez dago *B. pertussis* delakoaren andui basatiekiko errefortzurik. Egoera horrek oroipen-dosi baten sarrera azaltzen du.

Oraintsuko datan (1999ko azaroan) EHAEko txerto-egutegia aldarazi da. Horrela, 2000n zehar, *B. pertussis* delakoaren kontrako bosgarren dosia sartuko da kukutxeztularen kontrako txerto azelularren itxuran. Txerto hori difteri eta tetano-toxoideei (DTPa) lotuta dago eta 6 urtekoei emango zaie.

*B. pertussis* delakoaren kontra txertatzeko egutegia

2 Taula

Orain	2 hilabete	4 hilabete	6 hilabete	18 hilabete	6 hilabete
Orain	DTP	DTP	DTP	DTP	DT
Urte 2000a	DTP	DTP	DTP	DTP	DTPa

## Bibliografia

1. Epidemiologi Zentro Nazionala. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid. Osasun eta Kontsumo Ministerioa. 1996.
2. Benenson AS. Kutsa daitezkeen gaixotasunak kontrolatzeko eskuliburua. 1997. (446-451).
3. Pachón I, Amela C. Gaixotasun Inmunoprebenigarrien Seroprebalentziari buruzko Inkesta Nazionala. 1996. urtea. Lib. Epidem. Astek., 6. Lib., 10 zbk.; 93-100.
4. Pachón I. Situación actual del tétanos y tos ferina 1998. urtea. Lib. Epidem. Aste., 6. Lib., 31 zbk.; 300-303.
5. L. Salleras Sanmartí. Vacunaciones Preventivas. Masson Bartzelona 1998.
6. Guide canadien d'inmunisation Cinquième édition-1998 Comparación de los programas de vacunación. Eurosurveillance 1998; 3:107-110
7. Déclaration concernant la prise en charge des personnes exposées à la coqueluche, et la lutte contre les épidémies de coqueluche; Journal de l'association médicale canadienne 1995, 152: 717-721. Guidelines for Vaccine Prophylaxis and Other Preventive Measures.; MMWR. July 12, 1985 / 34, 37. ; 405-14, 419-26

# Begiraletza

## Epidemiologikoa

Derrigorrez Aitortu beharreko Gaixotasunak.  
1999ko lehenengo astetik 48.era arteko astei dagozkien datuak\*.

E.A.E.	Kas.Kop.	Tasa	A.E.**1	A.E.**2
Botulismoa	0	-	-	-
Kolera	0	-	-	-
Disenteria	2	0,10	0,22	0,67
Sukar tifo-paratifikoa	7	0,33	0,78	0,64
Trikinosia	0	-	-	-
Gaixotasun meningokozikoa	73	3,47	0,99	0,95
Gripea	139.974	6.657,21	1,02	1,12
Legionelosi	40	1,90	2,22	-
Meningitis tuberkuloso	0	-	-	-
Tuberculosis	575	27,35	0,87	0,96
Barizela	11.086	527,25	1,45	1,13
Infekzio gonokozikoa	53	2,52	0,87	0,76
Sifilisa	11	0,52	0,79	0,85
Difteria	0	-	-	-
Parotiditisa	52	2,47	0,98	0,34
Poliomielitisa	0	-	-	-
Errubeola	7	0,33	1,40	0,10
Elgorria	3	0,14	1,00	0,16
Tetanosak	2	0,10	0,40	2,00
Kukutxetzula	85	4,04	14,17	0,97
A Hepatitisa	38	1,81	0,43	0,43
B Hepatitisa	27	1,28	0,55	0,59
C Hepatitisa	93	4,42	0,83	-
Bestelako hepatitis birikoak	0	-	-	-
Brucelosia	18	0,86	1,80	1,80
Amurrua	0	-	-	-
Sukar horia	0	-	-	-
Paludismoa	18	0,86	1,50	1,80
Izurria	0	-	-	-
Tifus exantematikoa	0	-	-	-
Gebena	1	0,05	-	-
Errubeola kongenitua	0	-	-	-
Sifilis Kongenitua	0	-	-	-
Jaioberrien tetanosa	0	-	-	-

(\*) Urtarrilaren 1etik abenduaren 15era arteko epealdiari dagozkion behin-behineko datuak. Gainera, kontutan hartu behar da ezen prozesu batzuk 1997az geroztik banakako aitortenaren menpean daudela, aurretik kopuruari begira bakarrik baina.

(\*\*) 1. I.E. (1. Indize epidemikoa) aipatutako epealdian gaixotasun horri begira aurkeztutako kasuen eta aurreko urteko (1998) epealdi berdinean gaixotasun horri begira aurkeztutako kasuen arteko arrazioa da. 2. I.E. (2. Indize epidemikoa) aipatutako epealdian gaixotasun horri begira aurkeztutako kasuen eta aurreko bosturtekoko (1994-1998) epealdi berdinean gaixotasun horri begira aurkeztutako kasuen batezbestekoaren arteko arrazioa da.

EAE osoarentzako aitorten-portzentaia = %54,3.

Taulan, orain arte aitortutako kasuen behin-behineko kopuruarekin batera, indize epidemikoak agertzen dira. Horri begira argitu behar denez, oso kasu kopuru txikia erregistratzen duten gaixotasun batzuetan (esate baterako, errubeolan, elgorrian eta tetanoan) kopuru horretako aldakuntza txikiak aldarazpen garrantzitsuak ekar diezazkiekete indize epidemikoei. Beste alde batetik, aurreko buletinetan adierazi den bezala, kukutxetzulak, legionelosiak eta bruzelosiak kasu-igoera erregistratu dute aurreko urteen aldean. Era berean, astanafarreri-kasuak gehiagotu dira, neurri txikiagoan baina. Disenteriak, sukur tifo-paratifikoak eta hepatitisek behera egin dute, eta 1998koen antzeko mailetan mantendu edo apur bat behera egin dute tuberkulosiak, sexu-kutsapeneko gaixotasunek eta elgorriak.

## Euskadiko haurren txerto-egutegiaren egunerapena

Txertoak arauz ematea osasun-ekintzarik eraginkorrenetakoa eta eragin handia du gaixotasuna prebenitzeko eta osasun hobea izateko. Txertoek gizabanakoa larriak izan daitezkeen gaixotasunetatik babesten dute eta,aldi berean, infekzio-agenteen erkidegorako barreadura saihesten dute. Txertaketek nafarrerria bezalako gaixotasunak eraztea lortu dute eta gure ingurunetik ia desagertarazi dituzte beste gaixotasun larri batzuk, hala nola, jaioberriko tetanoa eta difteria.

Txerto-egutegi bat egiteko kontutan hartu behar dira alderdi epidemiologikoak, immunologikoak eta sozioekonomikoak. Herri Osasunean garrantzitsuak diren gaixotasunetatik babesteko txertoak sartu behar dira. Txertoek eraginkorrak, seguruak eta beraiek emateaz arduratzen diren osasun-profesionalek eta gizarteak onartuak izan behar dute.

Azken urteetan, Euskadiko Autonomia Erkidegoan garatutako txertaketa-programek bulkada nabarmena izan dute eta haurren txertaketetan iritsitako estaldurak %90ekoak baino handiagoak dira. Hala ere, atxikimendu handi hori gorabehera, egutegiak berriro ikusi eta egokitu behar dira etengabe merkatura agertzen diren txerto berrien eta adierazkari epidemiologikoen arabera.

Horregatik, Osasun Sailak, Euskadiko Txertaketa Batzorde Aholkulariaren gomendioei jarraituz, 2000ko urtarrilaren 1az geroztik haurren egutegira honako txertook sartzea onetsi du.

**1. Jaioberriarengan B hepatitisaren kontrako txertaketa sartzea:** Txertaketa 13 urteetatik egungo unean 2, 4 eta 6 hilabeteetara aurreratzean B hepatitisaren kontrako immunizazio goiztiarragoa iritsi gura da, ahal bada gaixotasunaren kontrako txerto-estaldura hobetuz. Gainera, egun, txerto hau lehenengo txertaketaren egutegian hobeto sartzen da, beste txerto batzuekin batera eman baitaiteke. Epe ertainera, jaioberriarengan B hepatitisaren kontra txertatzeak 13 urtekoei egun indarrean dagoen txertaketa kentzea dakar. Aukeratutako araua hiru dosikoa da: 2, 4 eta 6 hilabetekoentzako, DTP eta b motako *Haemophilus influenzae* txertoekin batera.

**2. 6 urtekoentzako egungo DT txertoaren ordeztatzeko azelularrekiko txertaketa jartzea:**

Neurri hau kukutxeztularen epidemiologia berriro ikusi ostean hartuta dago. 6 urteko haurrengan 5. txerto-dosia sartzea dakar. Aldaketaren bitartez ziurtatu gura da inmunitate-aldiaren luzapena. Izan ere, ezaguna da azken dosiaz geroztik 6 urte pasatuta antigorputz babesleen mailan dagoen beherapena. Gaur egun, difteriaren, tetanoaren eta kukutxeztularen aurkako DTPa osagai azelularrekiko txerto konbinatua egoteak

eraginkortasuna eta errektogenizitate txikiagoa uztartzea ahalbidetzen du.

**3. Hiru birusen kontrako bigarren txerto-dosia (elgorriaren, errubeolaren eta parotiditisaren kontrakoa) 4 urteetara aurreratzea.**

Neurri honen bitartez lagundu gura da elgorria mundutik kentzen. Helburu hori OMErena da, datozen urteetarako. Gomendio honek hainbat azterketa eta datu epidemiologiko ditu oinarri. Azterketa eta datu epidemiologikook erakutsi dutenez, txertoa behar bezala eta adierazitako adin horrekin jarri zaien haurren %ek ez du serobihurketa egokirik hiru birusen kontrako lehenengo txerto-dosiarekin. Horri txertaketaren ilehen mailako akatsa deitzen zaio. Txertorako erantzun falta horrek zenbait zergati izan ditzake: ama-antigorputzen interferentzia, immunoglobulinak aurretik ematea, hotz-katearen arazoak eta abar. Horrela, eskola-adinean elgorri-agerraldiak agertzea errazten da.

Elgorriaren aurreko serobihurketen nagusitasuna, bigarren txerto-dosiaren ostekoa, %100era hurbiltzen da. Hortaz, gomendagarria da hiru birusen kontrako bigarren txerto-dosia egungo 11 urteetatik 4 urteetara aurreratzea. Bi dosien arteko tarte laburtuta, aurretik txertorik jarri ez zaien edo lehenengo dosiarekin serobihurketa egokirik iritsi ez duten haurrak babestea lortu gura da.

**4. Tetano-difteriaren (Td) kontrako helduentzako txertaketa, 16 urtekoentzako.**

Ohikotasunez dituela urte batzuetatik egiten izan arren, txerto-egutegi berrian agerian jarriko da tetano-difteriaren kontrako helduentzako txertaketa, 16 urtekoentzako. Beste alde batetik, hobe da tetano-difteriaren (Td) kontrako helduentzako txerto honen dosi batekin bizitza helduan zehar 10 urtean behin txertaketa berriro burutzea.

Bere osasunagatik, guraiz txerto ezazu!

UMEEN TXERTAKETA EGUTEGIA									
1 hilabete	2 hilabete	4 hilabete	6 hilabete	12 hilabete	18 hilabete	4 urte	6 urte	13** urte	16 urte
BCG	B Hepatitis	B Hepatitis	B Hepatitis	Elgorria	Elgorria	Elgorria	B Hepatitis (hiru dosi)		
	Difteria	Difteria	Difteria	Erubeola	Difteria	Erubeola	Difteria		
	Tetanoa	Tetanoa	Tetanoa	Parotiditis	Tetanoa	Parotiditis	Tetanoa		Tetanoa Difteria helduentzako***
	Kukutxeztula	Kukutxeztula	Kukutxeztula		Kukutxeztula		Kukutxeztula azelulara		
	Ahazko polioa	Ahazko polioa	Ahazko polioa		Ahazko polioa		Ahazko polioa		
	Hib*	Hib	Hib		Hib				

\* *Haemophilus influenzae* b mota. \*\* 2. dosia hilabetea; 3. a. lehenengo hartu eta sei hilabete berri. \*\*\* 10 urteik behin gogoratu dosia gomendatzen da.

## Ingurune-faktoreetatik datozen osasunarentzako arriskuei begirako jarduketak-beharrizanen identifikazioa eta lehenespena

Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailak 1994an onetsitako Osasun Planean, osasun-plangintzari begira lehentasunezko 10 arlo identifikatu ziren. Haietako batzuetan, zehazki, minbiziaren, istripuen, infekzio-gaixotasunen eta emakumearentzako eta haurarentzako osasunaren arloetan, ingurune-faktoreak oso lagungarriak izan daitezke gaixotasuna agertzeko. Beste alde batetik, arlo gehigarri bat zehaztu zen, 11.a deitutakoa (Ingurune eta Laneko Agerpena), zeinetan ingurunearen arrisku-faktoreekin lotuta dauden eta gainerako kapituluetan sartuta ez dauden jarduketak sartuta baitaude.

Azken hamarkadan, ingurune-epidemiologiak eta, generikokiago, ingurune-faktoreen osasunarentzako ondoreen ebaluaketak garapen nabarmena izan dute. Horren parean, herri osasuneko zerbitzuentzako eskariak gehiago dira. Izan ere, profesionalak eta, orokorrean, publikoari ingurunearen arrisku-faktoreen arazoa interesatzen zaie eta, batzuetan, horrek kezkatuta daude. Osasun Sailaren azken urteetako lana berriro ikusita ikus daitekeenez, ingurunearen arrisku-faktoreei eta biztanle-faktoreei begirako jarduketak edo proiektu kopurua handia izan da. Hala ere, oro har, esan daiteke ezen ez dela propioki izan plangintzaren ondorioa, eskari zehatzetarako erantzuna baizik. Horrek batzuetan disfuntzio batzuk ekarri ahal izan ditu jarduketaren programazioan eta baliabideen gaitzuntzan, ekimenen koordinazioan eta integrazioan eta proiektuen egokitasunaren balorazioan.

*Efektuen ebaluazioak, ingurune faktoreen osasunerako, jarraipen egoki bat izan du.*

Herri Osasuneko Zuzendaritzak, arazo horretaz konturatuta, ingurune-arriskuei begirako jarduketak-beharrizanak identifikatzeko arazuko berrikuspena egitea sustatu du. Beharrizan horiei erantzuna eman beharko die Osasun Sailak datozen urteetan. Lehen mailako prebentziorako jarduketak ari gara (berauen helburua gaixotasuna agertzea saihestea da). Haien arreta-maila erkidegokoa da (eskuharmenak gizabanako talde edo biztanleei zuzenduta daude). Eta, normalean, haiek diziplina askotatik ekitea beharrezko izaten dute. Ingurunearen arrisku-faktoreak fisikoak, kimikoak edo

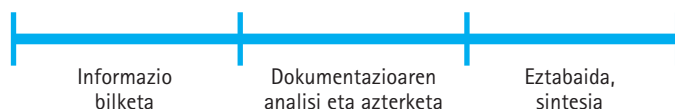
biologikoak izan daitezke eta jarduketarako beharrezko jarduketek haien balorazioa eta zaintza eta eskuharmenerako programen garapena hartzen dituzte barnean.

Lantalde bat osatu da, Saileko, Herri Osasuneko Zuzendaritzako eta Lurralde Zuzendariordearen Epidemiologi Zaintzako eta Ingurune Osasuneko Unitateetako 9 teknikarirekin. Beraren helburua Osasun Sailaren jarduketak-beharrizanak identifikatu eta berauei lehentasuna ematea da. Beharrizan horiek ingurune-faktoreetatik datozen osasunarentzako arriskuei begira daude. Horretarako, honako helburu espezifikoak rizan horiek ingurune-faktoreetatik datozen osasunarentzako arriskuei begira daude. Horretarako, honako helburu espezifikoak jarri ziren:

1. Lan-eremua zehaztea.
2. Beharrizank identifikatu eta berauei lehentasuna emateko metodologia bat ezartzea.
3. Arazoak identifikatu eta jarduketak zehaztea.
4. Identifikatutako arazoei lehentasuna ematea
5. Emaizak hedatzea

### I Fasea

#### 1. Irudia



Lanak bi fasetan banatu dira. I. fasea denboran luzeagoa da, prestatzekoa; beraren helburua II. fasearentzako marko eta baldintza egokiak ezartzea da. Fase horretan emaitzetara heltzen gara. rizan horiek ingurune-faktoreetatik datozen osasunarentzako arriskuei begira daude. Horretarako, honako helburu espezifikoak jarri ziren: Lan-eremua zehaztea. Beharrizank identifikatu eta berauei lehentasuna emateko metodologia bat ezartzea. Arazoak identifikatu eta jarduketak zehaztea. Identifikatutako arazoei lehentasuna ematea. Emaizak hedatzea.

### II Fasea

#### 2. Irudia





## Elikapen-arriskurik Handieneko Jardueren Programaren Ebaluazioa

### Sarrera

Elikapen-toxiinfekzioen agerraldien kopururik handiena talde-jantokietan (jatetxeetan, kafetegietan, erakunde-jantokietan eta abarretan) gertatzen da. Horrexegatik abiarazi zuen Osasun Sailak Osasun Arriskurik Handieneko Jardueren Programa (OAHJP). Beronen helburuak eta ekintzak buletin honen\* aurreko artikulu batean azaldu ziren. Programa hori, funtsean, establezimenduak berauen jarduerak aldean dakarten osasun-arriskuaren arabera sailkatzean datza. Zenbat eta arrisku handiagoa egon, orduan eta eskaera handiagoak planteatzen dira.

OAHJP delakoko lehenengo jarduerak egin ostean, ostalaritza-establezimenduen osasun-baldintzak dauden taldearen arabera baloratu gura dira.

2.339 establezimendu kontrolatu dira, arriskurik handieneko taldeetakoak. Hala ere, jarduketak zabalduko dira arlo osoa barnean hartu arte. Egoera (establezimendu kopurua, egindako ikuskapenak, detektatutako arazoak, emandako baimenak eta abar) eta gertatzen diren desbideraketak une oro ebaluatu ahal izateko informazio-sistema bat dago, EHAEn irizpide homogeneoekiko aplikazio bat burutzeko. OAHJP delakoa garatzeko, 5.500 ikuskapen egin dira.



### Osasun-baldintzen balorazioa

Balorazio hau egiteko 2.339 establezimenduren osasun-baldintzak aztertu dira. Haietarik 211 III. Taldekoak dira; 1.637, II. Taldekoak; eta 491, I. Taldekoak.

Datuen iturriak informazioa biltzeko protokoloak dira, ikuskatzaileek ikuskapenen ostean betetzen dituztenak. Establezimendu bakoitzetik, identifikazio-datuez gain, egiturari

16 puntu) eta lan-praktikei (16 puntu) begirako osasun-alderdiei buruzko 32 informazio-puntu bilduak dira. Establezimenduen osasun-egokitasuna globalki baloratu behar da programa informatiko baten bitartez, ebaluatutako 32 puntuak betetzearen edo ez betetzearen arabera. Puntu horiek bakoitzaren osasun-garrantziaren arabera neurtuak dira. Ebaluazio horrek establezimenduak 4 mailatan sailkatu behar ditu. Maila horiek honakook dira onenetik txarrenera: A, B, C eta D.

*Arrisku handiena duten establezimenduak(III Taldea) kondizio sanitario onenak aurkezten dituztenak izango dira.*

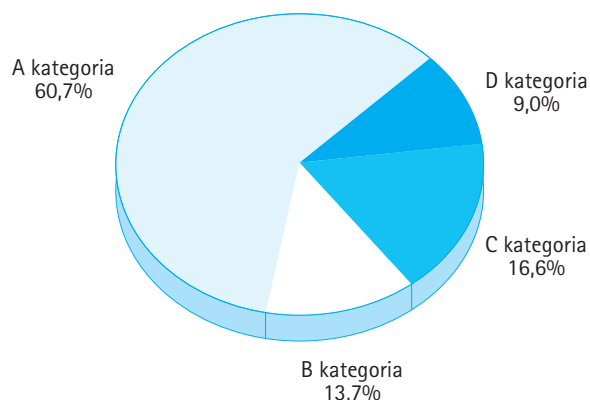
### A) III. Ostalaritza-taldea

Talde honetan sartu dira tamainu handiko jatetxeak (150na leku baino gehiago dutenak), oturuntzak egiteaz ohikotasunez edo noizean behin arduratzen direnak. Osasun-arrisku handiko establezimendutzat hartzen ditugu. Horretarako zio batzuk daude: aldi berean prestatzen dituzten janarien elaborazioko kopuru handia, haien askotarikotasuna. Haien kontsumitu baino lehen prestatzea...

1. irudian establezimenduen kategoriakako banaketa ikus daiteke.

### III Taldearen establezimenduen banaketa kategorietan.

#### 1. Irudia



Talde honen egoera globala osasunari begira onartu ahal da. Egin-eginean ere, establezimendu asko (gutxi gorabehera, guztirakoaren %74) daude kategoriarik onenetan sartuta. Hala ere, oraindik dago alde arloa hobetu beharra. Izan ere, laurdenak baldintza orokor txarrak agertzen ditu eta oraingoz bi herenek bakarrik betetzen dituzte baimenduak izateko beharrezkoak.

Akatsik ohikoenak honakook dira:

- Eskuztatzaileen zerbitzuetako eta aldageletako hutsune edo urritasunak (%46,4).
- Sukaldeko konketei begirako hutsune edo urritasunak (%35,5).
- Biltegi-tako eta zerbitzuetako garbiketa txarra (%36) eta ganbaretakoa (%23,2).
- Egokia ez den izozketa (%28).

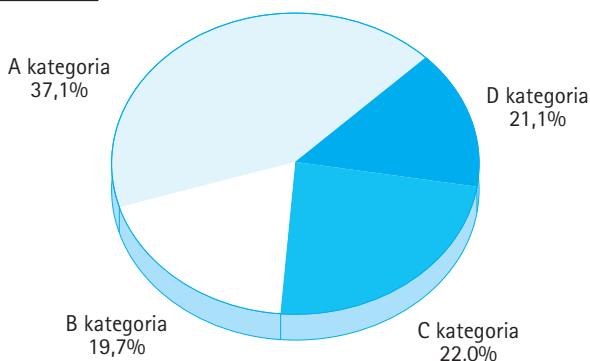
### B) II. Ostalaritza-taldea

Talde honetan jatetxeak sartu dira orokorrean, arrisku txikiko elikagaiak eskaintzen dituztenak izan ezik. Talde honetako establezimenduak osasun-arrisku handikotzat hartzen ditugu, erabilitako lehengaien eta prestatutako produktuen askotarikoarengatik, egindako elikagai motengatik eta, bistan denez, estatistika- eta epidemiologia-datuengatik. Egin-eginean ere, datuok berretsitakoaren arabera, haiek dira elikapen-toxi-infekzioetan gehien sartuta daudenak.

II. taldeko kategoriatan banaketa 2. irudira bilduta dago.

II Taldearen establezimenduen banaketa kategorietan.

#### 2. Irudia



Grafiko hau III. Taldeari dagokionarekin erkatuta ikus daitekeen bezala, B, C eta D kategorietan kokatuta dauden establezimenduen kopurua II. Taldean dagoena baino handiagoa da. Hortaz, era oso generiko baina txit ordezkarri eta argian islatuta dagoenez, II. Taldearen osasun-egoera III. Taldearena baino txarragoa da.

Talde honen osasun-egoera ez da egokia. Izan ere, establezimenduen erdiek baino gehixeagok (guztirakoaren %55ek) merezi dute balorazio positiboa. Beharrezkoa da instalazioak eta lan-moduak hobetzea; ia erdiek agertzen dituzte baldintza orokor txarrak, eta oraingoz %29k bakarrik betetzen ditu baimenduak izateko beharkizun guztiak.

Akatsik garrantzitsuenak honakook dira:

- Eskuztatzaileen zerbitzuetako eta aldageletako hutsune edo urritasunak (%68,4).
- Sukaldeko konketei begirako hutsune edo urritasunak (%51,7).
- Biltegi-tako eta zerbitzuetako garbiketa txarra (%45,3) eta esku-garbiketa eskasa (%38,2).
- Nahikoa ez den hozketa-gaitasuna (%32,8).
- Uraren edangarritasunari begirako berme eskasak (33 establezimendu).

*Akatsik ohikoenak ezkuztatzaile zerbitzuetako, aldageletako jangaien manipuladoreak eta sukaldetako konketak izango dira.*

### C) I. Ostalaritza-taldea

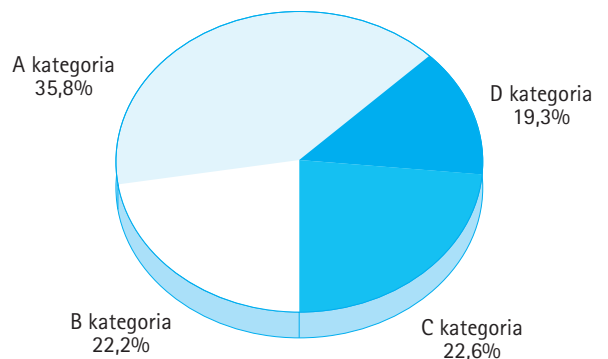
Elikapen-arriskurik Handieneko Jardueren Programaren etapa honetan ez da lan egin pintxo-tabernen gainean (kasu batzuetan baten bat sartu ahal izan dela ere). Talde honetan sartu diren establezimenduak, funtsean, beren jardueran osasun-arrisku txikia duten janariak ematen dituzten jatetxeak edo tabernak dira, baita pintxo-tabernak, pizzeriak eta antzekoak ere.

Talde honek ez du osasun-baldintza bikainik agertzen orokorrean (ebaluatutako punturik gehienak betetzeko maila ez da II. Taldeko establezimenduenaren oso ezberdina) baina arazo gutxiago ditu Ibiltzeko Osasun Baimenak lortzeko, osasun-arrisku txikiagoari esker eskatutako beharkizunak txikiagoak baitira.

Kategoriakako ehuneko-banaketa 3. irudira bilduta dago.

I Taldearen establezimenduen banaketa kategorietan.

#### 3. Irudia



Talde honen osasun-egoera globala ez da ona; baina aplikatzen zaion eskaera maila txikiagoa dela eta, II. Taldea baino erraztasun handiagoz lortzen ari da osasun-baimena. Haren instalazioak hobetu behar dira, eta, bereziki, lan-moduak. Gutxi gorabehera, erdiek agertzen dituzte baldintza orokor txarrak. Orain arte haien 42 baimendu dira.

Akatsik garrantzitsuenak honakook dira:

- Aldagela-armairuei begirako hutsune edo urritasunak (%59,9).
- Sukaldeko konkete-harraskari begirako hutsune edo urritasunak (%58,5).
- Biltegi-tako eta zerbitzuetako garbiketa txarra (%34,2) eta sukaldetako konketeak (%22,6).
- Esku-garbiketa eskasa (%33).
- Nahikoa ez den hozketa-gaitasuna (%44,8) eta elikagaien kontserbazioko tenperatura ezegokia (%20).



## Ondorioak

1.- III. Taldea baldintza higieniko-sanitario onenak agertzen dituen da. Hala ere, haietako batzuetan beharrezkoa da hobekuntza, txartoen baloratuta daudenetan (D Kategoriako guztirakoaren %9) bereziki. II. eta I. Taldeek hutsune edo urritasun handiagoak agertzen dituzte. Hala ere, I. Taldean baimen-ehuneko handiagoa da, aplikatzen zaizkion eskaera txikiagoengatik. Beharrezkoak dira hobekuntza orokorrak, baita egiturazkoak bai eskuztapenari begirakoak.

2.- Akatsik ohikoenak instalaziokoak dira eta eskuztatzaileen aldagelei eta zerbitzuei eta sukaldeko konketei dagozkie. Garbiketarik urriena biltegietan eta zerbitzuetan gertatzen da.

Era berean, arazoak ikus daitezke, Taldeen arteko ezberdintasunekin baina, hozketa-gaitasunari, esku-garbiketari, edateko uraren eskuragarritasunari eta langileen osasun-prestakuntzari begira.

3.- Une honetan %35 establezimendu baimenduta daude dagoeneko. Beraietariko asko osasun-baimena lortzea ahalbidetzen duten beharrezko berrikuntzak egiteko luzapenen menpean jarri dira. Osasun-baimen hori establezimendu guztiek izan behar dute 2001eko urtarrilaren 1a baino lehen.

(\*) EHAeko Buletin Epidemiologikoa. 1999; 5: 6-7.

## Gaur Egun

### Gaurkotasuna

#### Elgorria EAetik kentzeko plana

Osasunaren Munduko Erakundearen lehenetsunezko helburuetako bat gaixotasun hau datozen urteetan Europatik kentzea da. Era berean, EAEko Osasun Planean ezarrita dago haren apurkako txikipena, hura ezabatzea lortu artekoa. Jomuga hori iristeko, Osasu Sailak 2000n hainbat jarduketa abiaraziko ditu, txerto-estaldurak hobetzekoak: a) EAEko haurren txerto-egutegia aldatzea, 4 urtekoei hiru birusen kontrako bigarren dosia ohikotasunez ematea dakarrena; eta b) 5-11 urtekoei hiru birusen kontrako txertoa (elgorriaren, errubeolaren eta parotiditisaren kontrakoa) jartzeko aparteko kanpaina egitea.

Halaber, Osasun Sailak bereziki kasuen eta agerraldien kontrolean gaixotasunaren zaintza epidemiologikoa indartu gura du. Horretarako, kasu susmagarrien adierazpen izendatu eta premiazkoa burutu behar da eta derrigorrez aitortu beharreko gaixotasunei (DAG direlakoei) buruz indarrean dagoen arautegiari jarraitu behar zaio. Era berean, kontutan hartu behar da elgorri-kasu susmagarrien laborategiko berrespenerako diagnostikoa.

#### BADGE

BADGE (Bisfenol A Diglicidil eter) elikagaiekin kontaktutan egoteko plastikoa, zeramika eta bernizak (estaldurak) fabrikatzeko erabilitako konposatua da. Gaur egun, ez dago bernizei buruzko legeria espezifikorik. Elikagaiekin kontaktutan dauden materialentzako legeria espezifiko bakarrak plastikoei eta zeramikei buruzkoak dira. Edozein kasutan, elikapen-produktuekin kontaktutan dauden materialei buruzko marko-zuzentarau bat (89/109/EEE) dago. Bertan ezarrita dagoenez, haiek ez diete elikagaien osasunarentzat kaltegarriak diren osagairik eman behar. Elkarreak legeria espezifikorik ez duela

eta, Estatu kide batzuek bernizei analogiaz aplikatzen dizkiete gehieneko hondakin-edukiari begira plastikoei eta zeramikei aplika dakizkiekeen Zuzentarauen xedapenak.

1995 eta 1996 bitartean, Europako herri batzuetako kontrol-laboretegiak barneko estaldurekiko latetan ontziratutako elikagaiak analizatu zituzten. Emaitzek agerian jarri zuten, BADGE maila altuak zeuden haietako askotan. BADGEren lipodisolbagarritasuna zela eta, hori koipeak zituzten elikagaietan gertatzen zen bereziki, esate baterako, oliotako arrainetan.

Elikagaien Batzorde Zientifikoak (SCF delakoak) 1996an aztertu zituen Europako Batzordeak eskatuta konposatu honi buruz zeuden datuak, eta, erabaki zuenez, ez zuen Eguneko Ingestio Onargarria (EIO) ezartzeko beharrezko daturik. Batzordeak entseiu toxikologiko gehiago eskatu zituen eta behin-behinean ezarri zuen BADGEren elikagaietarako gehieneko migrazio maila onartua, mg/kg 1ekoa. SCF delakoak 1999ko martxoaren 24an emandako azken zientzi irizpenean ondorioztatutakoaren arabera, ez da nabaritzen BADGE delakoak minbizia sortzeko ondorerik duenik, baina oraindik beharrezkoak dira entseiu gehigarri batzuk EIO bat finakatu ahal izateko. Bitartean, elikagaiaren mg/kg 1eko gehieneko migrazio maila mantentzea proposatu da. Muga hori ofialki ezarri da 2005eko urtarrilaren 1era arte plastikoei buruzko Zuzentarauaren azken aldarazpenean (1999/91/EE delakoarenean).

Eusko Jaurlaritzaren Osasun Sailaren Herri Osasuneko Zuzendaritzak Elikagaien Segurtasun Kimikoa Zaintzeko Programa zabal bat du. Beronen markoan, 1997ko apirilean bildu ziren oliotan kontserbatutako arrantzako hainbat produkturen laginak, zeinetan BADGEren presentzia zehaztu baitzen. Zehazki, 33 lagin analizatu ziren: 13, sardinenak; 11,

atunenak, 7, bokartenak, 1, txibiena; eta 1, muskuiluena. Haietariko 10etan ez zen BADGEren presentziarik detektatu eta gainerako 23etan mailak 0,004 eta 0,901 mg/kg bitartekoak izan ziren. Batez bestekoa 0,162 mg/kg-koa izan zen. Hortaz, haietariko ezeinetan ez zen onartutakoa (mg/kg 1ekoa) baino handiagoa zen BADGE mailarik.

## 2000rako osasuneko ezberdintasunak %25 txikitzea

Goian planteatutako helburua Europako gobernuak izenpetu zuten 80ko hamarkadaren erdialdean. Hala ere, 2000aren ateetan, helburu hori bete ez dela adierazten duten argitalpenak aurkeztu dira. Beraien artean beherago aipatuta daudenak daude.

Danimarkako azterketak elkarren osteko hiru langile talderen lan-estatusaren arabera kardiopatia iskemikoarengatik erikortasun-arriskuaren 1981 eta 1993 bitarteko bilakaera agertzen du. Emaitzek arrisku-gehikuntza erlatiboa agetzen dute esku-langileengan esku-langileak ez diren langileek eta zuzendariak agertzen dutenaren aldean.

Beste alde batetik, Holandako azterketan, erkatu da ospitale-atzerapena, hau da, sintoma-hasieratik ospitale-zentrora heldu arte pasatzen den denbora, miokardio-infartu akutuak jotako gaixoengan. Azterketa horrek gizon eta emakumezkoen arteko ospitaleaurreko atzerapen osoko ezberdintasun nabarmenak erakusten ditu. Atzerapen hori altuagoa da emakumeengan. Kardiopatia iskemikoaren kasuetan hilgarritasuna sendabidea ezartzeko atzerpenak baldintzatuta dagoela eta, emakumeekiko arreta espezifikorik ezak generoaren arabera ezberdintasunak areago ditzake.

Tschens F, Endahl LA. Increasing inequality in ischaemic heart disease morbidity among employed men in Denmark 1981-1993: The need for a new preventive policy. *Int J Epidemiol* 1999; 28: 640-644.

Bouma J, Broer J, Bleeker J, Sonderen E, Meyboom-de Jong B, DeJongste MJL. Longer pre-hospital delay in acute myocardial infarction in women because of longer doctor decision time. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53:459-464.

## Gripea aurretik zaintzeko estrategia berriak

Joan diren hiru hamarkadetan zehar, gripea aurretik zaindueta kontrolatzeko ahaleginak arrisku-taldeei emandako aktibatu gabeko birusen txertoen erabilerara bildu dira. Azken hamarkadan zehar, neuraminidasaren inhibitzaile ahaltsuak aurkituta, gaixotasuna kontrolatzeko etorkizun handiko estrategia berriak planteatzen ari dira.

Oseltamivir delakoarekiko ahozko sendabidea, neuraminidasaren inhibitzailea eta sei astetan dosi bakarrean emana baita, eraginkorra eta segurua izan da gripearen prebentzioan. Birusen aurkako epe luzerako edo urtaroko kimioprofilaxia, pandemiarteko epealdietan aplikagarritasun mugatua badu ere, onuragarria izan daiteke pandemietan, txertoa eskuratu ezin bada edo eraginkorra ez bada. Halaber, lagungarria izan daiteke arrisku handiko pertsonenganako txertaketan. Hala ere, erantzuteke galdera asko geratzen dira. Nola erabiliko dira neuraminidasaren inhibitzaileak praktika klinikoan? Nolako eragina izango dute sendabidea betetzeak eta haren kostuak eraginkortasunean? Nola erabili ahalko dira drogok hurrengo pandemia kontrolatzeko?

Cox NJ, Hughes JJ. New options for the prevention of influenza. *N Engl J Med* 1999; 341:1387-8.

Hayden FG, Atmar RI, Schilling M, et al. Use of the selective oral neuraminidase inhibitor oseltamivir to prevent influenza. *N Engl J Med* 1999; 341:1136-43.

## Elikapen-industriako osasun-autokontrolari buruzko jardunaldiak

Joan den urrian Getxon Elikapen-industriako osasun-autokontrolari buruzko Jardunaldi batzuk egin ziren. Jardunaldiok Osasun Sailak antolatu zituen. Jardunaldi hauetan Erresuma Batuko, Australiako eta Estatuko adituek parte hartu zuten. Ondorio nagusi bezala nabarmendu behar denez, elikapen-industriako autokontrolerako sistemak ikuskatzeko auditoretza-teknikak erabili behar dira eta ekoizpen-arlo bakoitzarentzat arrisku-kategoriak ezarri behar dira zaintza-irizpideak ezarri baino lehenagoko urrats bezala.

## Miokardio-infartu akutuaren ostean erikortasunaren gainean eta prozedura kardiako inbasiboak atzitzearen gainean gizarte-ekonomiazko estatusak duen ondorea

Estaldura unibertsaleko osasun-zerbitzuen sistemen bitartez ziurtatu gura da hiritarren beharrezkoen arabera (ez sarreraren arabera) zaintza atzitzea, eta hiritar guztien osasuna hobetu. Egileek Kanadako osasun-sistemaren helburuoi begirako ibilera aztertu zuten, egoitza-auzoko sarrera mailak prozedura kardiako inbasiboak atzitzearen gainean zituen ondoreak baloratu. Miokardio-infartu akutuak jotako 51.591 gaixo aztertu zituzten. Egoitza sarrerarik handieneko auzoetan (goi-kintiloa) zuten gaixoei egoitza sarrerarik txikieneko auzoetan (behe-kintiloa) zuten gaixoei baino angiografia gehiago (%23 gehiago) izan zituzten eta haiek baino denbora gutxiagoz (%45 gutxiagoz) itxaron behar zuten angiografiarako. Auzoaren sarreraren batezbestekoko 10.000 dolarreko igoera lehen urteko erikortasunaren %10eko txikiapenarekin lotu zen..

Emaitzak Kanadako bezalako sistema baten berdintasunezko abiaburuentzat erronka dakar, herri finantzaketako osasun-zerbitzuei begira.

Alter DA, Naylor CD, Austin P, Tu JV. Effects of socioeconomic status on access to invasive cardiac procedures and on mortality after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1999;341:1359-67.

## Alkohol-kontsumo arin-neurrizkoa eta istripu zerebrobaskular akuturako arriskua

Physicians' Health Study delakoan parte hartutako 40-84 urteko 22.071 gizonezko medikuz osatutako taldean oinarritutako azterketan, alkohol-kontsumo arin-neurrizkoak istripu zerebrobaskular akuturako arriskuaren gainean zuen ondorea aztertu zen, istripu iskemikoak hemorragikoetatik bereiziz. 12,2 urteko batezbesteko jarraripenaren ostean, astean behin baino gutxiagotan edaten zutenekin erkatzean, gutxienez astean behin edaten zutenek istripu zerebrobaskularren arrisku orokorraren txikiapena izan zuten (arrisku erlatiboa: 0,79; %95eko konfiantza-tartea: 0,66-0,94), istripu iskemikorako

arriskuaren txikipena (arrisku erlatiboa: 0,77; %95eko konfiantza-tartea: 0,63-0,94). Ez zen istripu hemorragikoei begira emaitza estatistikoki esanguratsurik ikusi. Astean behingo kontsumoan ikusitako onura ez zen alkohol-kontsumo handiagoarekin areagotzen.

Light-to-moderate alcohol consumption and the risk of stroke among U.S. male physicians. *N Engl J Med* 1999; 341:1557-64.

### Espainiako Autonomia Erkidegoetako tuberkulosi-kontrolerako programen ebaluazioa

Tuberkulosia laurogeiko hamarkadako urteetan berriro piztu ostean, zenbait erakundek kontrolerako programak sortzeko eta daudenen eraginkortasuna areagotzeko premia ikusi eta planteatu zuten. Azterketa honek Espainiako Autonomia Erkidegoetako programak ebaluatzea du xede. Adierazkari epidemiologikoei inkesta bidali zitzaien 17 Autonomia Erkidegoei eta Ceutari eta Melillari. Gutxieneko helburuen taula bat egin zen eta, horri begira, programen eragina ebaluatu zen. Azterketa-epealdia 1996. urteari dagokio. Autonomia Erkidego guztiek (%100ek) erantzun zuten. Beraietarik hamalauk (%82k) berretsi zuten kontrolerako programa ezarrita zutela, muga nabarmenekin baina. Horrela, Espainia osoan 1.000 tuberkulosi-kasuko herri osasuneko 3,8 langile egongo ziren. Autonomia Erkidegoetarik hamaikak zaintza aktiboa zuten (baina lauk bakarrik ezagutzen zituzten sendabidea betetzeko tasak, eta hiruk egiten zituzten terapia ikuskatuak) eta hiruk diagnostiko-atzerapenari buruzko datuak zituzten. Hamarrek berrikusitako kontaktuekiko kasuenehunekoari buruzko emaitzak ezagutzen zituzten. Berrikusitako 19 programen %70ek ez zituen oinarritzko helburu gomendagarriak betetzen.

Espainiako tuberkulosi-kontrola ez da egokia, hura herri garatua dela kontutan harturik. Programak hobetu behar dira baliabideak gehituz. Era berean, laguntza eman eta urteroko ebaluazioak egiten dituzten erreferentzi unitateak izatea beharrezkoa da.

Rodrigo T, Cayl† JA, GaldÛs-Tang, is H, Jans† JM, Brugal T eta García de Olalla P. Espainiako Autonomia Erkidegoetako tuberkulosi-kontrolerako programen ebaluazioa. *Med Klin* 1999; 113: 604-607.

### A+C meningokokoaurkako txertoaren segurtasuna. Espainiako Farmakozaintza Sistemak bildutako datuak

A+C meningokokoaurkako txertoaren segurtasunari buruzko datuak urriak dira. 1997an zehar gure herrian A+C meningokokoaurkako txertoarekiko txertaketa masiborako kanpainak egin ziren. Egoera hori haren segurtasun-profila ezagutzeko probetxatu da Espainiako Farmakozaintza Sistemaren zati ziren Farmakozaintzako Erregio Zentroei inkesta burutu zitzaien A+C meningokokoaurkako txertoa jarri zitzaienen kopurua eta Autonomia Erkidegoetan detektatuak ziren kontrako erreakzioen susmoen kasu kopurua eta mota ezagutzeko. Espainiako Farmakozaintza Sistemak A+C meningokokoaurkako txertoaren kontrako erreakzioen 133 susmo-kasuren berri jakin du, 1998ko ekainaren 1era arte. Erreakziorik gehienek larruazala (%25,3) edo nerbio-sistema (proportzio berbera) ukitu zuten.

%35,2 alergikotzat hartu ziren. Bi kasu bakarrik hartu ziren larrizat. Bi kasu horiek arrastorik edo ondorio txarrik utzi gabe konpondu ziren.

Ez zen txertoa jarri zitzaientzat arrisku handirik identifikatu. Espainiako Farmakozaintza Sistemaren zaintza epidemiologikorako neurria onuragarria izan zen benetako erabilera-baldintzetan A+C meningokokoaurkako txertoari lotuta dauden segurtasun-arazoak ezagutzeko.

Espainiako Farmakozaintza Sistemaren meningokokoaurkako txertoaren gaineko Ikertaldea. *Osas Kaz* 1999; 13 (6): 462-467.

### Bartzelonako, Madrilgo eta Sevillako heroina-kontsumitzaileen arteko giza immunoeskasiaren birusarengatiko infekzioaren eta jokaeren nagusitasuna: azterketak benabarneko bidezko erabiltzaileengana ezezik kontsumitzaileengana ere biltzearen abantailen adibide bat

Heroina kontsumitzeko benabarneko bidearen ordeztar bidea jartzea GIB delakoarengatiko infekzioaren eta arrisku-praktiken nagusitasunaren bilakaera baldintzatzen aritzea gerta daiteke espainiar kontsumitzaileen artean.

Menpekotasuna sendatzeko zentron barruan eta zentrootatik kanpo harrapatutako 909 heroina-kontsumitzaile erregularrak zeharka aztertu dira. GIB delakoarengatiko infekzioaren eta arrisku-praktiken nagusitasuna aztertu da lagin globalean eta benabarneko bidezko erabiltzaileen artean.

Heroina-kontsumitzaileen %86,7k (Bartzelona), 71,1ek (Madril) eta 56,1ek (Sevilla) heroina beren buruari xiringatu zioten inoiz bizitzan; eta %79,7ek, 35,6k eta 29,2k, hurrenez hurren, azken 30 egunetan. GIB delakoarengatiko infekzioaren nagusitasuna %46,2koa (Bartzelona), 39,6koa (Madril) eta 47,1ekoa (Sevilla) izan zen, hura beren buruari bizitzan inoiz xiringatua ziotenen artean; eta %40koa, 31,1ekoa eta 28koa, heroina-kontsumitzaile guztien artean, hurrenez hurren. Beste batzuek aurretik erabilitako xiringaz azken 30 egunetan zehar beren buruari xiringatu ziotela aitortu zuten %10,9k (Bartzelona), 13,9k (Madril) eta 23,6k (Sevilla), egungo erabiltzaileen artean; eta %8,7k, 4,9k eta 6,9k, kontsumitzaile guztien artean, hurrenez hurren. Gainera, benabarneko bidezko droga-kontsumitzaileen %19,2k (Bartzelona), 16,7k (Madril) eta 16,9k (Sevilla) azken 30 egunetan jaso zuten erabilitako xiringetan disolbatutako droga. Beraien erdiek baino gehiagok ez zioten beren buruari hura xiringatu epealdi horretan beste batzuek erabilitako xiringekin.

GIB delakoarengatiko infekzioaren eta arrisku-jokaeren nagusitasunak, heroina-kontsumitzaileen artekoak, ezberdinak dira kontsumitzaile guztiak ala droga benabarneko bidez erabiltzen dutenak bakarrik kontutan hartzen diren kontu. Horrek adierazten du ezen xiringatzeari uztea dela Espainian GIB/HIES delakoaren epidemia kontrolatzen seguraski gehien laguntzen ari den faktoreetako bat. Laguntza hori, neurri handi batean, prebentziorako erregio-politikatik kanpo dagoena, kontutan hartu behar da eraginkortasuna erkatzerakoan.

De la Fuente L, Bravo MJ, Lew C, Barrio G, Soriano V eta Royuela L. *Med Klin* 1999; 113: 646-651.

Bereziki hestegorrian kokatutako goiko liseri-traktuan gorputz arrotzak (GA) aurkitu eta kanporatzea ohiko premia da endoskopi unitateetan. Gorputz arrotz ohikoenak arantzak, hezurak, jotako elikagaiak, txanponak, jostailu-piezak, pilak eta abar dira.

Edari-laten estalkiak urriki ohikoak dira. Hala ere, batzuetan diagnostiko-arazoak ekartzen dituzte. Izan ere, erradiodentsitate txikia dute eta erradiografikoetan haiezaz ez ohartzea gerta daiteke. Oraintsuki, bi kasu ikusi ditugu denbora laburrean.

16 urteko mutil bat larrialdietara joan zen 12 orduko bilakaerako sialorrea eta bularrezur atzeko minarengatik. Berak adierazitakoaren arabera, zerbait irentsi zuen freskagarri-lata batetik zuzenean edatean. Torax- eta lepo-erradiografia (kopetakoa eta zerbikala) normala zen. Minak zirauela eta, esofagogastroskopia bat egitea erabaki zen. Esofagogastroskopia horrek metalezko GA bat erakutsi zuen hestegorriaren beheko herenean. Hura atera zen eta egiaztatu zen ezen errefreskagarri-lata baten estalkia zela.

28 urteko mutil batek kontsulta egin zuen ordubeteko bilakaerako bularrezur atzeko gorputz arrotzaren sentzaziorengatik. Berak nabaritu zuenez, gorputz arrotz bat irentsi zuen errefreskagarri-lata batetik zuzenean edatean. Orofaringearen ikuskapena eta torax- eta lepo-erradiografia (kopetakoa eta zerbikala) normalak izan ziren. Esofagogastroskopiak metalezko GA bat erakutsi zuen hestegorriaren beheko herenean. Hura atera zen. GA errefreskagarri-lata baten estalkia zen.

Edarien estalkiak GA urriki ohikoak dira. Ekarrirako lehenengo kasuak haurrenak izan ziren. Haien jolasean zebiltzan aldeetan lurretik jaso eta irentsiak zituzten, beraien itxura distiratsurengatik eta tamainu txikiarengatik. Azken urteetan, latak irekitzeko sistema aldatu da. Horrela, latak aluminiozko estalkian uztaiaz beherantz presioa eginez irekitzen dira. Estalkia barrura doa eta metalezko banda mehe batez lotuta dago. Kasu batzuetan, gutxitan, estalkia likidoaren artera joan eta irentsi ahal da nahi gabe. Aurkeztutako kasu biak gazteenak ziren eta ez zuten GA irenstea errazten zuten arrisku-faktoririk agertzen. Erantsitako bat arazo bat aluminiozko estalkiaren erradiodentsitate txikia da. Hori dela eta, erradiografietan harzaz ez konturatzea gerta daiteke. Haren diagnostikoko atzerapenak zailtasunak eragin ditzake, baita heriotza ere. Kasu biok eta aurretik ekarrirakoak ikusita, uste dugu ezen latak irekitzeko sistema aldarazi behar dela edo/eta aluminiozko estalkiari segurtasun-osagai erradioopakoren bat erantsi behar zaiola.

Andre Araceli Sánchez eta Jaun Luis Bujanda  
Liseri-zerbitzua. San Eloy ospitalea. Baracaldo

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 nahitaz 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 elektronikoko 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>

## Erredakzioa

## Salud Pública Osasun Publikoa

Eusko Jaurlaritza.  
Osasun Saila.  
Duque de Wellington, 2  
01010 Gasteiz  
Tel.: 945 01 92 03  
Fax: 945 01 91 92  
e-mail: bolepi-san@ej-gv.es

### Erredakzio-batzordea:

José María Arteagoitia  
Inmaculada Baonza  
Santiago Esnaola  
Javier García  
Miguel Ángel García Calabuig  
Nerea Larrañaga  
Nerea Muniozguren  
Enrique Peiró  
Luis González de Galdeano

### Edizioa:

Enrique Peiró

Diseinua: Neverland, S.L.  
Impresioa: Gráficas Berriz, S.L.  
4. Hiruhilekoa  
8. Zenbakia; 1999ko urtea  
Legezko Gordailua: BI-2874-98

### Zenbaki honetako lankideak:

Koldo Cambra  
Mercedes Jalón  
M<sup>a</sup> Teresa Robertson  
Santiago Valcárcel