

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



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Aurkibidea

Epidemiologi Zainketa

Trikinosi agerraldia Arabako Mendialdean 2-3

B hepatitisaren aurkako txertoak duen inpaktuaren estimazioa 3-4

Gripearean zainketa EAEan. 2007-2008 denboraldia 5-6

ABG 2008. 1. astetik 40.era 7

Osasun Publikoko Programak

EAEko kontsumo publikoko uren zainketa eta kontroleko jokaera ildoak 8-9

EAEko itsasoko zein lehorreko bainu uren kalitatea 9-10

Bizitza osasungarriko estrategia 11-12

Tribuna Irekia

Infekzio gonokozikoaren eta sifilisaren berrindartzea 13-14

Editoriala

Zaila da etorkizuna iragartzea, baina osasun publikoaren eginkizuna da, une honetan jadanik bertan dauzkagun osasun arazoentzako konponbidea aurkitzea ez ezik, ahalik ez azkarren detektatzea eta ulertzea zer nolako eboluzioa eta aldaketak gerta daitezkeen gure ingurune fisiko eta sozialean, bizi estilo ohikoenetan eta, azken batean, osasunaren faktore determinatzaileetako aldaketak estimatzea. Eta hori guztia lortzeko baliabide bakarra iraganeko esperientziak eta une honetako ezagutzak ditugula, XXI. mendeko erronkak eta berauei aurre egiteko estrategia eraginkorrenak identifikatzeko helburuaz.

XIX. mendeko azken hamarkadetan Galenok zabalduko higiene agindu ahaztuak berpiztu ziren eta hainbat neurri sanitario ezarri ziren ingurumenaren saneamenduari bitartez osasun publikoa prebenitzeko eta babesteko. XX. mendeko hirugarren herenean txertoen erabilpena orokortu izanari esker, errotik erauzi ziren baztanga eta poliomielitea Europan, baina aldi berean kontrolpean geneuzkala uste genuen beste hainbat gaixotasun berrindartu ziren, adibidez, tuberkulosia, eta berri batzuk agertu ziren, esate baterako hartutako immunoeskasiaren sindromea. Gainera, gero eta gehiago ari dira ugaritzen minbizia eta endekapenezko gaixotasunak, populazioaren zahartzearen ondorioz; nabarmenki gehitu dira, era berean, trafikoa istripuak eta droga kontsumoaren ondorio txarrak ere. Bestalde, eta zorionez, kontzientziazten eta positiboki erantzuten ari gara gizakiaren duintasunaren aurkako atentatuen aurrean, hala nola etxeko biolentziaren kasuan eta, beste arlo batean, ingurumenaren narriaduratik eratorritako osasunerako arriskuen aurrean.

Horregatik, XXI. mendeko osasun publikoak, gaur egungo trantsizio epidemiologikoari arrakastaz aurre egiteko, zientzia gisa eta arte gisa, eboluzionatu eta erronka berri hauetara egokitu behar du, eta horrek osasun zerbitzuen mugak gainditzen dituzten esku hartze ereduak ezartzea exijitzen du. Hori guztia, noski, osasun publikoko betiko arazo klasikoak ahaztu gabe.

Buletinaren ale honetan, hein batean paradoxa hori islatzen da. B hepatitisaren aurkako txertaketa unibertsalaren inpaktu ukaezina aurkezten da eta, bestalde, sexu bidezko transmisioa gaixotasunen gorakadarekin egiten dugu topo. Ingurumen baldintzen aurrean esku hartzeko bi programa bermatu ere sartu dira eta adi berean trikinosi agerraldi baten berri ematen da. Azkenik, osasunean eragina duten faktore batzuen, batez ere faktore sozialen aurrean esku hartzeko eredu berri bat aurkezten da «Bizitza Osasungarriko Estrategia» izenburuarekin, sektorearteko eta partaidetzazko abordatze era berritzaile batekin artikulatzen dena, eskal gizarte eta erakunde agendan osasunaren sustapena barne hartzeko helburuaz.

Margarita Viciola García
Osasun Publikoko Zuzendaria

Trikinosi agerraldia Arabako Mendialdean

Sarrera

Trikinosia edo trikinelusia gaixotasun parasitario bat da eta *Trichinella* izeneko hesteetako nematodoaren larbez kutsaturiko haragia gordinik edo gaizki kuzinatuta jateagatik transmititzen da. Gure ingurunekeo gordailu nagusiak *Trichinella spiralis* (*T. spiralis*) edo *Trichinella britovi* (*T. britovi*) larbez kutsaturiko txerria eta basurdea dira, aipaturiko bi larba horiek direlarik Espainian identifikatu diren espezie bakarrak.

Gizakietan eragin dezake era asintomatikoan, baina bai eta asaldu neurologiko eta miokardiko larriak sorraraziz ere; gaixotasunaren iraupena eta gogortasuna irentsi diren larben kopuruaren eta ostalariaren adinaren eta egoera immunitarioaren menpe daude. Gaixotasunaren adierazpen klinikoak parasitoaren bizi zikloaren menpe dago baina normalean haragi kutsatua irentsi ondorengo 8-15 egunen buruan hasten da, baina 5etik 45 egunera bitarteko aldea ere egon daiteke irentsi diren larben kopuruaren arabera. Gaixotasunaren lehenbiziko sintomak urdail-hesteetakoak izaten dira, batzuetan oso arinak izan daitezke eta inoiz ez dira agertu ere egiten; ondoren sugarra, betazaleko edema eta mialgiak agertzen dira. Bestalde eosinofilia da laborategian aurkitu den infekzioaren ezaugarri argi eta adierazgarriena.

Helburua

Trikinosi agerraldi baten existentziaren berrespena eta deskribazioa, bai eta bertan zerikusia izan zuten elikagaien eta animalien identifikazioa ere, horrek ahalbidetu baitzuen gaixotasunaren kontrolerako neurri prebentibo egokiak proposatzea eta onartzea.

Materiala eta metodoak

Lagranen (Araba) hiru ehizalditan botatuko basurdeetatik eginiko produkturen baten (lukainka, saltxitxoia, basurdekia) arriskupean egon den populazioari buruzko deskribapen epidemiologikoa. Aipatu ehizaldiak egun hauetan izan ziren: 2007ko urriaren 27an (lukainkak egin ziren), azaroaren 17an (lukainkak egin ziren) eta abenduaren 1ean (saltxitxoia egin ziren). Ikerketa egiteaz Arabako Osasun Publikoko Zuzendariordeztako Epidemiologiako Unitatea arduratu da, Elikapen Sanitateko Unitatearen eta Epidemiologiako Zentro Nazionalaren laguntzarekin, Eremuko Epidemiologia Aplikatuako Programaren bitartez.

Definizioak:

- **Arriskupeko pertsona:** hiru basurde ehizaldietatik eginiko produkturen bat kontsumitu zuen edozein pertsona.
- **Kasuaren definizio klinikoa:** 2007ko azaroaren 1etik aurrera honako sintoma edo seinaleren bat aurkeztu zuen edozein pertsona: beherakoa, sukarra, mialgiak, betazaleko edema edo eosinofilia laborategiko analisisietan.

Kasuak honela sailkatu ziren:

- **Kasu susmagarria:** ehizaldietatik eginiko produkturen baten arriskupean egondako pertsona eta gainera kasuaren definizio klinikoa betetzen zuena.
- **Kasu berretsia:** laborategiak, (Ac-s) IgM antigorputzen presentziagatik berretsiriko kasu susmagarria.

Aldagai soziodemografiko, epidemiologiko eta klinikoak jaso ziren. Analisi serologikoak egiteko, guztira 63 lagin kliniko jaso ziren,

40 kasuei zegozkien eta 23 pertsona asintomatikoek. Determinazio hauek gehienbat Karlos III.a Osasun Institutuko Mikrobiologiako Zentro Nazionalan egin ziren. Zentro honek berak analizatu zituen, digestio klorhidropepsikoaren bitartez, basurde ehizatuekin eginiko lukainka eta saltxitxoien laginak.

Datak, lekuak eta basurde laginak analizatzera eraman zituzten ehiztariak ikertu ondoren, Arabako Osasun Publikoko Zuzendariordeztako Elikapen Sanitateko Unitateak aipatu laginak analizatzeaz arduratu zen albaitaritzak klinikari eskatu zion erasandakoek emandako informazioaren berrespena eta ea zer metodo erabili zen analisia egiteko eta zer emaitza lortu ziren. Otsailaren 8an, klinikak datuak berretsi zituen eta adierazi zuen trikinosiaren diagnostikoa egiteko erabilitako teknika trikinoskopia izan zela eta ez zela sumatu trikina larbarik jasotako laginetako bakar batean ere.

Hiru ehizaldietatik eratorritako haragi guztia bilatu eta bildu zen, beronen suntsipen kontrolatua egiteko.

Emaitzak

Guztira 110 pertsona identifikatu ziren hiru ehizaldietakoren batetik eratorritako produkturen baten arriskupean egondakoak, eta horietako 42k aurkeztu zuten trikinosiarekin bateragarria zen klinika. Lehenbiziko kasua 2007/12/28an hasi zen sintomak aurkeztu eta azkenekoa 2008/02/07an. Kasu kopuru handiena 2008ko urtarrilaren bigarren astean izan zen: guztira 18 kasu.

Hiru ehizaldien eta lehenbiziko kasuaren agerpenaren arteko denbora 62 egunekoa da lehenbiziko ehizaldirako, 41 egunekoa bigarreneko eta 27koa hirugarreneko.

Probintziak, honako erlazio hau ezarri zen kasuen eta arriskupekoen artean: Araba (39/94), Bizkaia (0/3); Gipuzkoa (1/7), Alacant (0/1) eta Nafarroa (2/5).

Arriskupeko taldeak batez beste 48 urteko adina aurkezten zuen (tarte 3-84); eta kasuen taldeak, 42koa (tarte 3-61). Adin taldeen arabera, kasuen %42,9 45 urtetik 64ra bitartekoak ziren; ondoren, 15 urtetik 24ra bitarteko taldea zetorren, kasuen %28,6rekin.

Arriskupeko populazioan ez zen erregistratu sexuen arabera desberdintasunik: guztira 55 arriskupeko sexu bakoitzean (%50); kasuei dagokienez, ordea, 42 kasuetatik 26 (%62) emakumeak izan ziren eta 16 (%38) gizonezkoak.

Kasuek sintoma hauek aurkeztu zituzten: mialgiak (%90,5), sukarra (%73,8), betazaleko edema (%69), beherakoa (%21,4) eta eosinofilia (%26,2, datuok 16 kasuri dagozkie). Kasuetako bakar bat ospitaleratu behar izan zen; batzuek, dena dela, laneko baja behar izan zuten. Inkubazioaldiak 5-29 eguneko tarte aurkeztu zuen kontsumituriko produktua saltxitxoia izan zenean, eta 18-78 eguneko lukainka izan zenean. «Sintomen iraupena» aldagaiari buruzko informazioa lortu genuen 42 kasuetako 18tan (%43), eta batez beste 10 eguneko izan zen (tarte 4-25). Gehien iraun zuen sintoma mialgiak izan ziren.

2008/02/05ean emaitza positiboa lortu zen saltxitxoiko laginetan, eta lukainkakoak negatiboak izan ziren. *Trichinella Spiralis* identifikatu zen digestio klorhidropepsikoaren bitartez, 7,6 larba/gramoko karga parasitarioarekin. 2008/02/20an lukainka, saltxitxoi eta saltxitxoia egitean sobratuak solomo izoztuko beste lagin batzuk bidali ziren Majadahondara. Oraingoan ere hirugarren ehizalditik eratorritako laginetan bakarrik identifikatu zen trikina: saltxitxoi hestekietan (2 larba/gramo) eta solomo izoztuan (17 larba/gramo).

1. taula Serologiaren eta elikagaien emaitzak

Erasanak	Serologiak			Guztira
	Positiboak	Negatiboak	Zalantzak	
Gaixoak	27	11	2	40
Osasuntsuak	0	22	1	23
Guztira	27	33	3	63

Elikagaiak	Digestio klorhidropesikoa			Guztira
	Positiboak	Negatiboak	Larbak/gr.	
Lukainka	0	2		2
Saltxitxoia	2	0	7,6 eta 2	2
Solomoa	1	0	17	1
Guztira	3	2		5

1. taulan desglosatzen dira analizaturiko lagin guztien emaitzak. Serologiaren %42,9k positibo eman zuten *Trichinella Spiralis*-erako.

Analisi estatistikoak lotura estatistikoki esanguratsua aurkeztu zuen ($p < 0,05$) saltxitxoia jatearen ($RR=3,27$) eta saltxitxoia gehi lukainka jatearen ($RR=14,7$) eta gaixotzearen artean. Bi elikagaiak kontsumitu izanak sortzen zuen «nahaste efektua» izenez ezagutzen dena, ezinezko gertatzen baitzen erabakitzea bi elikagaietako zein zen ze-

hazki erruduna. Halere, analisi estratifikatuaren bitartez argitu ahal izan zen saltxitxoia zela trikinosi agerraldiaren erantzulea, eta horixe berretsi zuen laborategiak ere elikagaien analisia egin ondoren.

Konklusioak

Lagunen, Araba, trikinosi agerraldi familiar baten existentzia berresten da, basurde saltxitxoia kontsumitu izanari zor zaiona. Larbak detektatzeko metodoaren sentikortasun falta eta elikagaia gordinek kontsumitzea izan ziren agerraldiaren eragileak. Populazioa informatu behar da trikinosiaren aurkako metodo profilaktiko eraginkorrei buruz, haragiaren egosketa eta izozte egokiaren bitartez. Era berean gomendatzen da digestio entzimatiokoaren bidezko analisia egitea eta ehizaldi prozesuetan zainketa sanitario areagotzea.

Esker ona

Eskerrik asko Lehen Mailako Atentzioko profesional guztiei beren laguntzagatik.

S. Jiménez-Jorge¹, M.C. Tobalina², E. Urarte³, L. Arriola², T. Garate⁴, E. Rodríguez⁴, D. Herrera¹, F.G. Carril²

- 1 Landako Epidemiologia Aplikatu Programaren Epidemiologiako Zentro Nazionala.
- 2 Zainketa Epidemiologikoko Unitatea. Arabako Osasun Publikoko Zuzendariorde.
- 3 Elikapen Sanitatea. Arabako Osasun Publikoko Zuzendariorde.
- 4 Parasitologia. Karlos III.a Osasun Institutua, Majadahonda, Madril.

Euskadin 15 urtetik beherakoei ematen zaien B hepatitisaren aurkako txertoak duen inpaktuaren estimazioa

Aurrekariak

B hepatitisaren osasun publikorako mehatxurik larrietako bat da mundu mailan. B hepatitisaren birusa prebalentzia altukoa da Asian, Afrikan, Europaren hegoaldean eta Latinoamerikan. B hepatitisaren aurkako txertoaren helburu nagusia gaixotasun kronikoa eta zenbait ondorio prebenitza da, adibidez, zirrrosia eta kartzinoma hepatozelularra. Hamarkadak igaro beharko dute txertoaren ondorio on esanguratsuenak igartzen hasterako eta bitarte horretan erantzuna eman beharreko erroka bat B hepatitisaren immunizazio programen inpaktuaren monitorizazioa da. B hepatitisarentzako haurren immunizazio unibertsala aspaldi ezarri zuten herrialdeen artean honako hauek daude: Taiwan (1984), Israel (1989), Malasia (1990), Gambia (1990), Italia, Espainia eta Iparramerikako Estatu Batuak (1991).

Endemia altuko herrialdeetan, adibidez Taiwanen, txertaketa ezarri aurreko aldirian hepatitisaren ondoriozko haurren hilkortasuna 100.000 pertsonako 5,36koa zen, 1974-1984 hamarkadan, eta txertaketa masiboko programa martxan jarri ondoren, 100.000 biztanleko 1,71ra murriztu zen hilkortasun tasa 1985-1998 urteetan, %86-93ko estaldurarekin.

Populazioaren zainketako datuek, Italiari dagokionez, beharakada nabarmen bat erakusten dute B hepatitis akutuen intzidentzian, hain zuzen, 1987an 100.000 biztanleko kasuak 11 izatetik, 2000 urtean 100.000 biztanleko kasuak 3 besterik ez izateraino.

Estatu Batuetan B hepatitisaren intzidentzia %94 jaitsi zen (100.000 biztanleko 3 kasutik 100.000 biztanleko 0,19ra) 20 urtetik beherako populazioan 1990-2004 denboraldian.

Katalunian 2002an eginiko azterketa seroepidemiologiko batek, B hepatitisaren zainketa sistema katalanak jasotako datuekin bat datozenak bestalde, 100.000 biztanleko eta urteko 3,5eko eta 2,0eko tasak aurkeztu zituen 1990ean eta 2005ean.

70eko hamarkadaren erditik aurrera hainbat txerto garatu dira B hepatitisari aurka egiteko: lehen belaunaldikoak edo plasmatikoko deritzenak, giza plasmatik deribatuak dira (M.S.D., Pasteur) eta hauek eskerrik daukate 15 mg HBsAg formaldehidoan inaktibatua eta

arazuak, aluminio hidroxido zurgatzailea barne hartzen duen soluzio gazi tanponatu batean; beste txerto batzuk, bigarren belaunaldikoak deritzenak ingeniaritza genetikokoak dira (ENGERIX-B - SKF, Glaxo SmithKline, gaur egun); hauek aluminio hidroxidoko gel batean zurgaririk 20 mg antigeno proteiko daramate, tiomersalari gehiturik kontserbagarri gisa. Gaur egun bigarren belaunaldiko txertoak edo txerto birkonbinagarriak erabiltzen dira, bakarrik edo konbinaturik.

Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) 206/829 Dekretuan, 1982ko azaroaren 2koan, aitortu beharreko gaixotasunen (ABG) zerrenda ezarri zen eta horien artean sartzen zen B hepatitis, eta 1985az gero ematen zitzaizkien txerto gaixotasuna jarrateko arrisku altua zeukaten taldeei. Geroago, 93-94 ikasturtean txerto egutegian sartu zen 13 urteko ikasleentzat, eta 2000 urtean hasi zen B hepatitisaren aurkako txertoa emate jaioberriei ematen, horrela txertaketa unibertsala zabalduz eta txerto egutegia gainerako Autonomia Erkidegokoarekin parekatuz. Orain protokolo berri bat aplikatzen ari da (2008 urtea) haur etorkinentzat eta autoktono txertatu gabeentzat egokitua.

Zainketa epidemiologikoko sare nazionalen (Epidemiologiako Zentro Nazionala) aitortu beharreko gaixotasunen protokoloan B hepatitiseko kasuaren definizio gisa zera esaten da:

- **Kasu Susmagarria/Litekeena:** Irizpide klinikoak betetzen ditu (sukarra, ondoez orokorra, anorexia, botagura, sabeleko eragozpenak, koluria eta ikterizia) eta transaminasa maila altuak aurkezten ditu (GOT, GPT), beste gaixotasun hepatikorik jasaten duelako ebidentziarik gabe eta gaixotasun honen transmisioa- rekin bateragarria den aurrekaririk gabe.
- **Kasu Berretsia:** Bat dator kasuaren definizio klinikoarekin eta laborategiak berretsia dago (IgM anti-HBc positiboa).

Lan honek, B hepatitisaren egoera ezagutzeko ez ezik, helburutzat dauka zera ere: EAEan, B hepatitiseko birusaren aurkako 15 urtetik beherako txertaketak izan duen inpaktu epidemiologikoa ezagutzeko, 1986-1993 aldirian (txertaketa aurrekoa) eta 1994-2006 aldirian (txertaketa ostekoa) eta B hepatitiseko kasuen patroiaren deskribazioa egitea.

Metodoak

EAEko nerabe populazioan B hepatitisaren aurkako txertaketa kanpainak izandako estaldura analizatu zen, urte akademikoko 1993an hasi eta 2007 urtera arte.

Era berean analizatu ziren EDO-ABG sistemara jakinarazitako EAEko populazioaren B hepatitis kasuak, azterketa aldagai hauek kontuan hartuta: jakinarazpenaren urtea, kasuen banaketa geografikoa, adin taldeak eta sexua, egoera klinikoa, diagnostikoa, arrisku faktoreak, txerto egoera eta kasuaren aurkezpena. B hepatitisaren intzidentzia tasak 100.000 biztanleko kalkulatu ziren.

Haur eta nerabe populazioan txertaketak izandako estaldura aztertu zen eta inpaktua kuantifikatu zen 15 urtetik beherako populazioan txertaketa masiboko programa hasi aurreko eta hasi ondorengo B hepatitisaren intzidentzia tasen aldaketaren portzentajea kalkulatu. Gainera, txertaketa programa ezarri ondoren 15 urtetik beherakoengan agerturiko B hepatitis kasuen deskripzioa egin zen.

Analisirako, *Epidat*®3.1 datu tabulatuen analisi epidemiologikoko programa libre erabili da. Bi proportzioren konparaketa bat (test binomiala) egin zen lagin independenteetan, %95eko konfiantza tartearrekin, eta estatistikoki esanguratsutzat hartu zen $p < 0.05$ eko balioarekin. Erabili zen populazioa Estatistikako Euskal Institutuko (EUSTAT) 1991, 2001 eta 2006ko erroldetako izan zen.

Emaitzak

EAEko B hepatitisaren intzidentzia 15 urtetik beherakoengan, 1986an 100.000ko 4,71 kasu izatetik, 2006an 100.000ko 0 kasu izatera jaitsi zen (1986-1993 aldia: 43 kasu, tasa 15,6; 1994-2006 aldia: 16 kasu, tasa 6,1) estatistikoki esanguratsua dena ($p = 0,0014$, IC %95: 0,0001-0,0002). Beherakada hau nabarmenagoa izaten hasi zen 1993tik aurrera, 13 urteko ikasleei zuzenduriko txertaketa masiboko programa ezarri zenean, 1993-2007 aldian %96,7ko estaldura globala lortu zuena. Geroago (2000 urtean) jaioberrientzako txertaketa ezarri zen.

Sexuen araberako banaketak gizonezkoen intzidentzia altuagoa erakusten du (G/E: 5.1); hau da, bost gizonezko emakume bakoitzeko. Heldu infektatuetan arrisku faktore garrantzitsuenak (1.918 kasu, %100) hauek izan dira: zainbarneko drogetarako adikzioa (4,9), harreman sexualak (%2,8), kontaktu familiarra (%1,1), odolaren bidez (%0,7), iatrogenikoa (%0,2), bidaiariak (%0,1) eta zehaztu gabeak (%90,2).

B hepatitisak 15 urtetik beherakoengan izandako intzidentziaren urteko aldaketaren portzentajeak %3,1eko joera beherakorra erakutsi du 1993-2006 aldian sexu bietan.

1999 urteaz gero EAEan B hepatitiseko 7 kasu bakarrik erregistratu dira 15 urtetik beherakoengan, eta horietako 6 inportatuak izan dira ($p < 0,002$).

1999an aldaketa bat egin zen kasuaren definizioan, kasu intzidenteak bakarrik jasotzeko. Segur aski honek ez du eraginik izango 15 urtetik beherako kasuen multzoan, indize epidemikoen multzoan islatzen den bezala.

Konklusioak

Haurren txertaketa unibertsalaren inpaktua begi bistakoa da, izan ere ezarri zenetik nabarmenki murriztu baita B hepatitisaren intzidentzia 15 urtetik beherakoengan.

Escola zentroetan integraturiko txertaketaren arrakastak %97 inguruko estaldurak bermatu ditu. Erraz ulertzen da txertaketa programa honek, populazioarentzat zuzena eta eroso baita, halako estaldura altua edukitzea, bai eta txertaketa osteko intzidentzia hainbeste murriztu izana ere.

Programak erabateko aldaketa suposatu du B hepatitis kasuen patro epidemiologikoan.

Prebentzio programa egokiekien saihestu daitezke B hepatitisaren agerraldiak bai bertako populazioan eta bai etorkinen populazioan ere, bereziki haur populazioan, babesturik geratuko baita inportaturiko kasuen balizko transmisio horizontal baten aurrean, B hepatitis-a epe laburrean sustraitik erazteko helburuarekin.

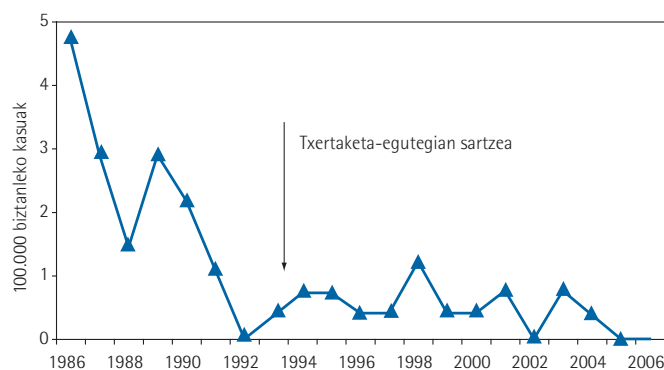
Erreferentziak

- Shepard C, et al. Hepatitis B Virus Infection: Epidemiology and Vaccination. *Epidemiol Rev* 2006;28:112-125.
- Salleras L, et al. Declining prevalence of hepatitis B virus infection in Catalonia (Spain) 12 years after the introduction of universal vaccination. *Vaccine* 25 (2007) 8726-8731.
- Gidding H, et al. The impact of a new universal infant and school-based adolescent hepatitis B vaccination program in Australia. *Vaccine* 25 (2007) 8637-8641.
- Heras C A, et al. Azterketa seroepidemiologikoa: gaixotasun txertagarrien egoera Espainian. Karlos III.a Osasun Institutua. Epidemiologiako Zentro Nazionala (CNE) 2000. RUMAGRAF, S.A. Madril.

Carmen Esmeralda Santana Pérez
Osasun Publikoko Zuzendaritza

B Hepatitisaren eboluzioa EAEan

1. grafikoa 15 urtetik beherakoengan, ABG 1986-2006



1. taula B hepatitis akutuen intzidentzia 15 urtetik beherakoengan EAEan

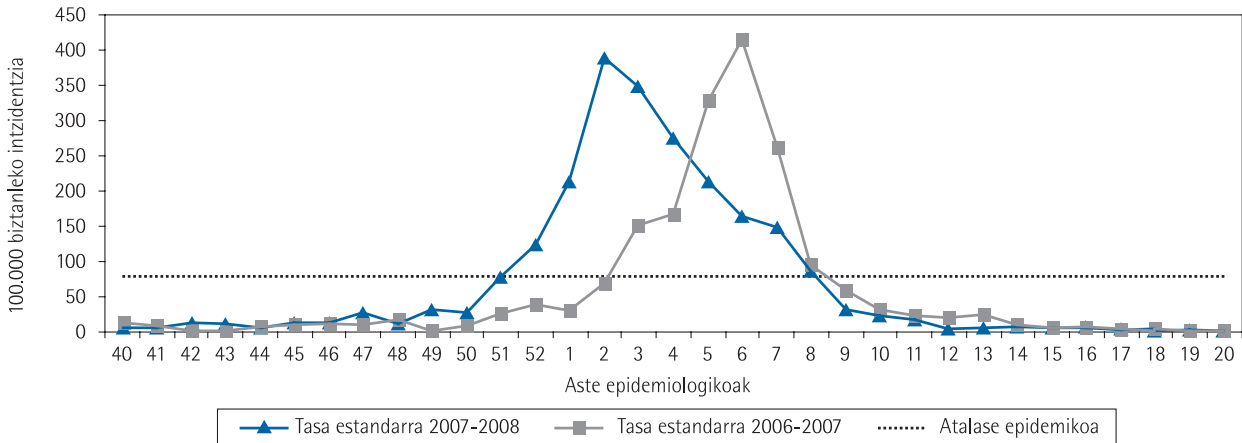
Txerto aurreko aldia			Txerto ondorengo aldia					
Urtea	Kasuak	Tasak*	Urtea	Kasuak	Tasak	Urtea	Kasuak	Tasak
1986	13	4,7	1994	2	0,7	2002	0	—
1987	8	2,9	1995	2	0,2	2003	2	0,7
1988	4	1,4	1996	1	0,4	2004	1	0,3
1989	8	2,9	1997	1	0,4	2005	0	—
1990	6	2,1	1998	3	1,2	2006	0	—
1991	3	1,1	1999	1	0,4			
1992	0	—	2000	3	1,2			
1993	1	0,3	2001	0	—			

* Tasak × 100.000 biztanle.

Gripearen zainketa EAEan. 2007-2008 denboraldia

Gripearen asteroko intzidentziaren konparaketa,

1. grafikoa 2006-07 eta 2007-08 denboraldietan. EAE



Sarrera

1998az gero, Euskadiko Jagoletza Sareak bere helburuen artean mantentzen du urtaroko gripearen zainketa. 2007-2008 denboraldian aipatu sarean jardun dute Osakidetzako Lehen Mailako Atentzioko 34 familiako mediku eta pediatrik, Donostia Ospitaleko erreferentziako laborategiak eta EAEko Epidemiologiako Unitateek. Halaber, sarean jarduten du Lurralde bakoitzeko zahar egoitzetako mediku batek eta ospitaleko pediatriko larrialdi zerbitzuek. Tasen izendatzaile gisa erabili den populazioa mediku deklaratuaren kupoen batura izan da, hain zuzen, 51.009 pertsona, Euskadiko populazioaren %2,5a suposatzen duena.

Jagoletza sareak gripearen intzidentziari buruzko datuak jaso ditu, denboraldi honi dagozkionak: 2007ko 40. astetik hasita (2007ko irailaren 30ean hasi zena) 2008ko 20. astera arte bitartekoak (maiatzaren 17an amaitu zena). Deklarazioen portzentajea altua izan da, %91,1era iritsi baita zainketako 33 asteetan.

Emaitzak

Guztira 1.078 kasu erregistratu dira, gripe definizioaren irizpideak betetzen zituztenak. Honek, 100.000 biztanleko 2.113,4 kasuko intzidentzia metatua suposatzen du zainduriko denboraldi guztirako. Intzidentzia hori 2006-2007 denboraldian erregistratu zena

(1.787 kasu / 100.000) baino zertxobait altuagoa izan da. Oro har, gripearen 2007-2008 denboraldiko urtaro uhin epidemikoa, EAEko jagoletza sarearen historikoarekin alderatuta, esan dezakegu intentsitate ertainekoa izan zela.

Gripe aktibitatea 2007ko azken bi asteetan hasi zen esanguratsua izaten. 51. astean atalase uhin epidemikoa gainditu zen (68,36 kasu / 100.000) eta hortik aurrera erregistraturiko intzidentzia gero eta handiagoa izan zen 2. astera arte (2008ko urtarrilaren 7tik 13ra), hortxe izan baitzen intzidentzia handieneko gailurra 100.000 biztanleko 388 kasurekin, EAEko jagoletza sare guztirako. Gailur hau 2006-2007ko denboraldiko baino zertxobait baxuagoa da, hura 100.000 biztanleko 400 kasutik gorakoa izan baitzen. Bigarren astetik aurrera kasuen gutxiagotze progresibo bat sumatu zen, hori ere aurreko denboraldian baino astiroago, berriro, 9. astean, atalase epidemikoaren azpiko balioetara iritsi arte (1. grafikoa). Kurba epidemikoaren beherakada motelago honi zor izan zaio denboraldiko guztizko intzidentziaren gehikuntza.

Kasuen ezaugarriak

Denboraldi honetan adin talde erasanena 5-14 urte bitartekoa izan da (4.500 kasu /100.000) eta bigarrena 5 urtetik beherako adin taldea. Helduen artean 25-44 urte bitarteko populazioaren intzidentzia altuagoa nabarmentzen da (3. grafikoa). Intzidentzia baxuena 65 urtetik gorak populazioari dagokio. Erregistraturiko kasuen %51 emakumeak izan dira eta %49 gizonezkoak.

Maiztasun handienaz adierazi diren gaixotasunaren sintomak honako hauek izan dira: bat batean agerturiko sukarra (kasuen %97,7), mialgiak (%86,8), arnas sintomak (%83,5) eta zefalea (%80,1). Gripez gaixotu direnen %86,5ek ez dute aipatu patologia elkartuko aurrekaririk, ohikoena arnas gaixotasuneko aurrekariak izan direlarik (%3) eta gaixotasun metabolikoak (%2,3). Kasuen %93,7an ez dago gripe aurkako txertoaren aurrekaririk.

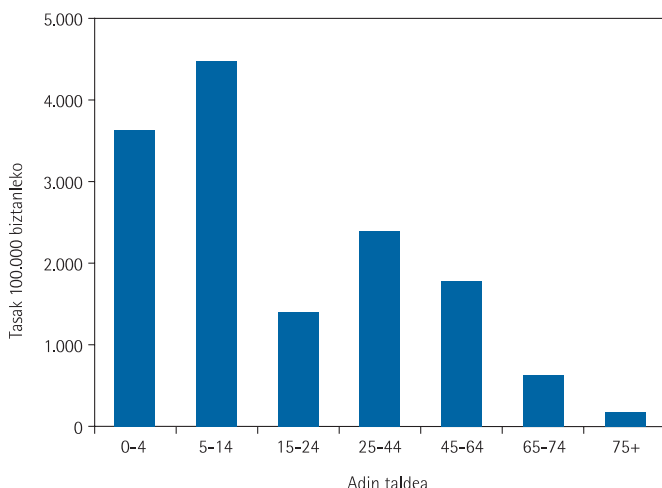
Datu biologikoak

2007-2008 denboraldian zehar Zainketa Sareak 338 frots laringo bidali ditu erreferentziako laborategira hazkuntza eta/edo PCR bidezko detekzio birala egiteko; horrek esan nahi du erregistraturiko kasuen %31,4an hartu zirela laginak. Donostia Ospitaleko griperako erreferentziako laborategiak 201 emaitza positibo berretsi ditu, beraz, bidaliriko laginen errendimendua %59,4koa izan da, gure sarean 1998an gripearen zainketa egiten hasi zenetik iritsi den ratorik altuena.

Lehenbiziko isolatze positiboa, 42. astean gertatu zena, A(H1N1) birus bat izan zen eta Araban erregistratu zen. Denboraldi honetan,

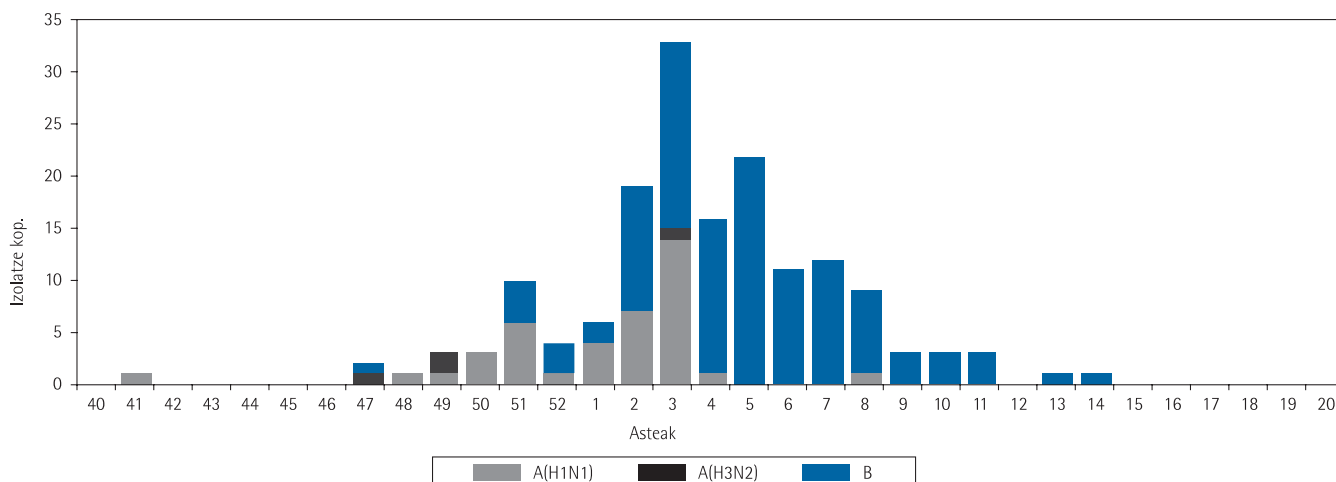
Gripearen 2007-2008 denboraldiko

2. grafikoa intzidentzia metatua adinaren arabera, EAEan



Gripe birusen isolatzen banaketa tipoaren arabera

3. grafikoa EAEan 2007-2008 denboraldian



oro har, ugariagoak izan dira B tipoko gripe birusen isolatzeak (%73), batez ere 4. astetik aurrera birus tipo honen zirkulazioa nagusitu baita; bigarren lekuan A(H1N1) birusa, laginen %25etan isolatu dena (ikus 3. grafikoa). Anduien tipaketak antzeko anduiak direla berresten du B/Florida/4/2006(B/ Yamagata) eta A/SolomonIslands/3/2006(H1N1).

Gripearen zainketa espainiar estatuan eta Europako Batasunean

Jagoletza Sareen bitartez gripearen zainketa parte hartzen duten Autonomia Erkidegoetan, denboraldi honetako ezaugarriak gure Erkidegoan deskribatu diren antzekoak izan dira, zirkulazioan egon diren birusei, adinaren arabera banaketari eta iraupen denborari dagokienez. Sare guztietan gailur epidemikoa 2008ko 2. astean detektatu zen (<http://vgripe.isciii.es/gripe/inicio.do>).

Europar, EISS sistemak (<http://www.eiss.org/index.cgi>) jakinarazi duenez, 2007-2008 denboraldiko gripe aktibitate epidemikoa urteko lehenbiziko asteetan detektatu zen era esanguratsuan Irlandan, Erresuma Batuan eta Espainian; halere, Europako herrialde gehienetan intzidentzia altueneko gailurrak 2008ko 4. astetik 8.era bitartean izan ziren.

Europar nagusitu den birus tipoa zalantza gabe B tipoa izan da, jagoletzako isolatzen %58arekin, eta jagoletzatik kanpoko isolatzen %80arekin. Guztira karakterizatu ziren 3.504 birusetatik 10 A/New Caledonia/20/99 (H1N1) izan ziren; 2.141, A/Solomon Island/3/2006 (H1N1); 21, A/Wisconsin/67/2005 (H3N2); 23, A/Brisbane/10/2007

(H3N2); 1.293, B/Florida/4/2006 (B leinua/Yamagata/16/88, 2007-2008 denboraldirako txertoan barne hartua izan ez zena. Oseltamiviraren aurrean erresistenteak diren A(H1N1) gripe birusak aurkitu dira Europako 19 herrialdeetan, %23ko prebalentzia globalarekin (586/2.533)

Laburbilduz, 2007-2008 denboraldiko urtaro gripean B tipoko birusa nagusitu da, batez ere denboraldiaren erditik aurrera eta, intzidentziari dagokionez ertain gisa kalifika daiteke aurreko gripe denboraldietako aurrekariekin alderatzen badugu (ikus 4. grafikoa).

2008-2009 denboraldirako gripe aurkako txertorako gomendioak

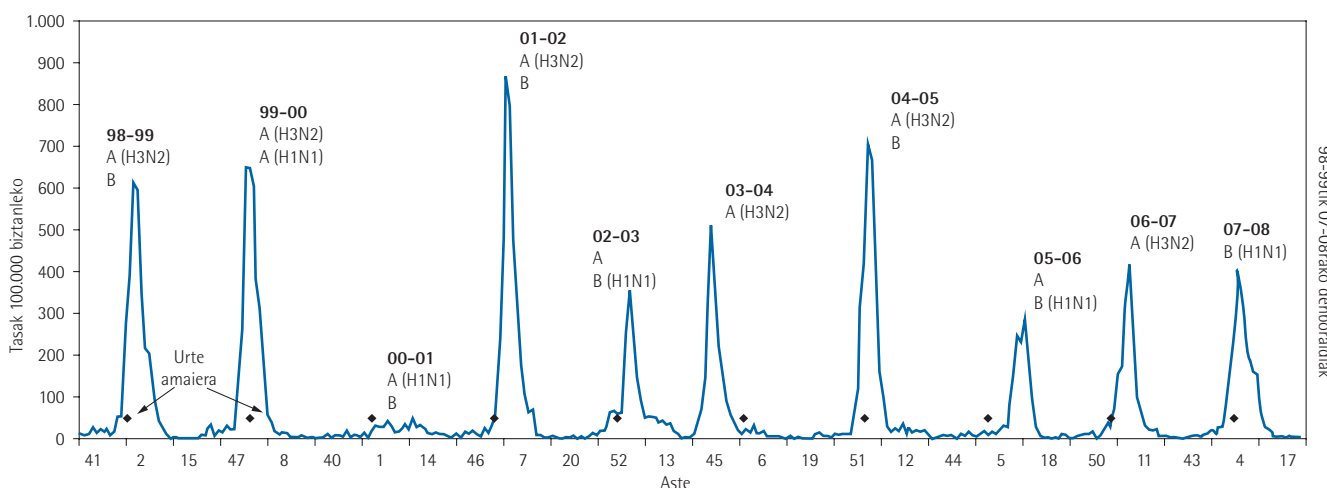
Osasunaren Mundu Erakundeak 2008-09 denboraldirako gripe aurkako txertoaren konposizioari dagokionez, ipar hemisferioan honako andui hauek barne hartzea gomendatzen du:

- A/Brisbane/59/2007 (H1N1)
- A/Brisbane/10/2007 (H3N2)
- B/Florida/4/2006

Iturria: http://www.who.int/csr/disease/influenza/recommendations/2008_9north/en/index.html

Euskadiko Gripearen Jagoletza Sarea**Urtaro gripearen eboluzioa eta birus tipo nagusiak.**

4. grafikoa Euskadi. 1998-2008



Derrigorrez Aitortu Beharreko Gaixotasunak. 2008 urteko 1-40 asteei dagozkien datuak*

E.H.A.E.	Kasu kop.	Tasa	I. E.** 1	I. E.** 2
Botulismoa	0	0,00	–	–
Kolera	0	0,00	–	–
Disenteria	28	1,31	2,00	2,00
Sukar tifo-paratifikoa	2	0,09	0,50	0,67
Trikinosia	40	1,88	13,33	0,00
Gaixotasun meningokozikoa	53	2,49	1,06	0,70
Gripea	42.015	1.973,15	1,49	1,49
Legionelosisia	59	2,77	0,79	0,76
Meningitis tuberkulosoia	6	0,28	2,00	1,00
Tuberkulosia	288	13,53	0,82	0,75
Barizela	5.495	258,06	0,44	0,53
Infekzio gonokozikoa	72	3,38	0,82	1,57
Sifilisa	78	3,66	1,00	2,79
Difteria	0	0,00	–	–
Parotiditisa	363	17,05	0,20	7,56
Poliomielitisa	0	0,00	–	–
Errubeola	0	0,00	–	–
Elgorria	0	0,00	–	–
Tetanoa	1	0,05	1,00	1,00
Kukutxetzula	36	1,69	1,80	2,40
A Hepatitisa	37	1,74	1,06	0,97
B Hepatitisa	33	1,55	1,32	1,32
C Hepatitisa	9	0,42	1,50	1,00
Bestelako hepatitis birikoak	0	0,00	–	–
Bruzelosia	2	0,09	2,00	1,00
Amorrua	0	0,00	–	–
Sukar horia	0	0,00	–	–
Paludismoa	11	0,52	0,73	0,69
Izurria	0	0,00	–	–
Tifus exantematikoa	0	0,00	–	–
Lepra	0	0,00	–	–
Errubeola kongenitua	0	0,00	–	–
Sifilis kongenitua	0	0,00	–	–
Jaioberrien tetanosa	0	0,00	–	–

(*) Behin-behineko datuak.

(**) I. E. 1 (1 Indize epidemikoa) aipaturiko denboraldian gaixotasun baterako aurkezturiko kasuen eta aurreko urteko (2007) denboraldi berean gaixotasun horretarako aurkezturiko kasuen arteko arrazioa da.

I. E. 2 (2 Indize epidemikoa) aipaturiko denboraldian gaixotasun baterako aurkezturiko kasuen eta aurreko bosturteko (2003-2007) denboraldi berean gaixotasun horretarako aurkezturiko kasuen arteko arrazioa da.

EHAE guztiko aitortpenen portzentajea = %82,10

Analizaturiko denboraldian aipatu beharra dago parotiditis agerriaren amaiera, nahiz eta oraindik ere erregistratzen diren kasu esporadiko batzuk. Barizela kasuak ere gutxitu egin dira; hain zuzen, azken bost urte hauetako intzidentzia baxuena izan

dugu. Eta alderantziz kukutxetzul kasuak gehitu egin dira. Aipatzekoak dira, era berean, trikinosi kasuak ere, Arabako Mendialdean erregistraturiko agerraldi bat, basurdea jateagatik gertatua.

EAEko kontsumo publikoko uren zainketa eta kontroleko jokaera ildoak

Ura funtsezkoa da aurrerakuntzarako eta baliabide mugatua da. Ingurumeneko arriskuen zainketa eta kontrolaren barruan, kontsumoko urari beti eman izan zaio lehentasuna Osasun Publikoaren aldetik. Herritar guztiak dira uraren kontsumitzaileak eta, horrexegatik, arrisku hidrikoek populazio osoetan dute eragina, edozein dela ere gizabanakoen adina edota osasun egoera. Hala, arrisku ertainek, eta are txikiak, eduki ditzakete garrantzi handiko ondorioak. Errealitate horri erantzunez, jatorri hidrikoko arriskuen zainketa informazio sanitarioko sistemetan barne hartu da eta, Europako Batasunean, uraren kalitatearen kontrolak eta baldintzak arau bidez erregulatuak daude.

140/2003 Errege Dekretuak, otsailaren 7koak, zeinaren bidez egokitu baitzen 98/83 zuzentaraua, ezartzen ditu kontsumoko urretan egin behar den gutxieneko zainketa eta urak bete behar dituen kalitate baldintzak. Beste hainbat zehaztasunen artean erabakitzen dira urretako kutsatzaileen gehieneko mailak 51 parametro fisikokimiko eta mikrobiologikotarako, bai eta analisiak egiteko gutxieneko maiztasuna eta metodoak ere. Euskadin, 178/2002 Dekretuak zehaztu zituen ur hornikuntzekin erlazionaturiko agenteen erantzukizunak, *Kontrol eta Zainketa Unitatea* (KZU) sortuz eta arautuz, berau delarik Osasun Sailaren aldetik kreditatua dagoen agentea hornikuntzetako kontrol eta gestio programak idazteko eta betearazteko, funtsezko elementua berauen autokontrolerako. Hornitegi guztiak eduki behar dute, 2004ko uztailetik aurrera, beren KZU. KZUek, osasun publikoko zentroek eta analisi laborategiek osatzen dute Euskadiko Kontsumo Uren Kontrol eta Zainketako Sarea, 178/2002 Dekretuan ezartzen diren funtzioekin. Halaber, dekretu horrek berak sortu zituen EAEko kontsumoko uren informazio sistemaren (EKUIS) oinarriak, Kontrol eta Zainketa Sarearen, udalen eta herritarren zerbitzura jarritako sistema ireki gisa.

Uren kontrol eta zainketa egokia egitea ez da nahikoa; hori ez ezik beharrezkoa da sortzen den informazioa zabaltzea, hartzailenganaino iritsi dadin, hau da, planifikatzaile, erantzule politiko, profesional eta herritarrengana. Errealitate bat da gaur egun herritarrek agintari publikoei exijitzen dietela, ingurumeneko arriskuak kontrolatzea ez ezik, bai eta arrisku horiei buruzko informazioa ere, eta eskubide hori jasoa dago 2003ko urtarrilaren 3ko Europako Parlamentu eta Kontseiliaren 2003/4/EE Zuzentzarauan, publikoak ingurumenaren informaziorako daukan eskubideari buruzkoan.

EKUIS 2004an jarri zen funtzionamenduan, hau da, informazio zehatza jasotzen bai hornikuntzen azpiegiturei buruzkoa eta bai uren analisisen emaitzei buruzkoa. Informazioa gordea geratzen da sortu duenaren sisteman: KZUan, laborategietan eta Osasun Saileko zentroetan. Hala gaur egun EKUISen alta emanda daude 455 hornikuntza gune (geografikoki definituriko guneak zeinetatik hornitzen den uraren kalitatea homogeneotzat har daitekeen), 985 (ur) bilketa, 1.300 depositu baino gehiago eta 4.600 laginketa puntu baino gehiago, horietan, 2007an adibidez, gutxi gorabe-

hera 19.000 lagin hartu eta 300.000 determinazio analitiko egin baitziren.

EKUIS sistema gardena da eta ez zaio bertan langarik jartzen informazioari. Hasiera-hasieratik Kontrol Sareko kide guztiak eduki zuten sarbidea EAEko ur hornitegi guztietako informaziorako. Ildo horretatik jarraituz, sarbide libre bar zabaldu zen Osaneten (Euskal Sanitatearen Interneteko Ataria) eta horren bidez pertsona interesatu guztiak kontsulta dezakete EAEko udal guztietako kontsumo urrei buruzko informazioa. Zehazki, profesionalentzako atzipena erabiliz (<http://www.osanet.euskadi.net/r85-20415/es/>), nahiz herritarrentzako erabiliz (<http://www.osanet.euskadi.net/r85-20458/es/>) lor daiteke informazioa alderdi hauei buruz:

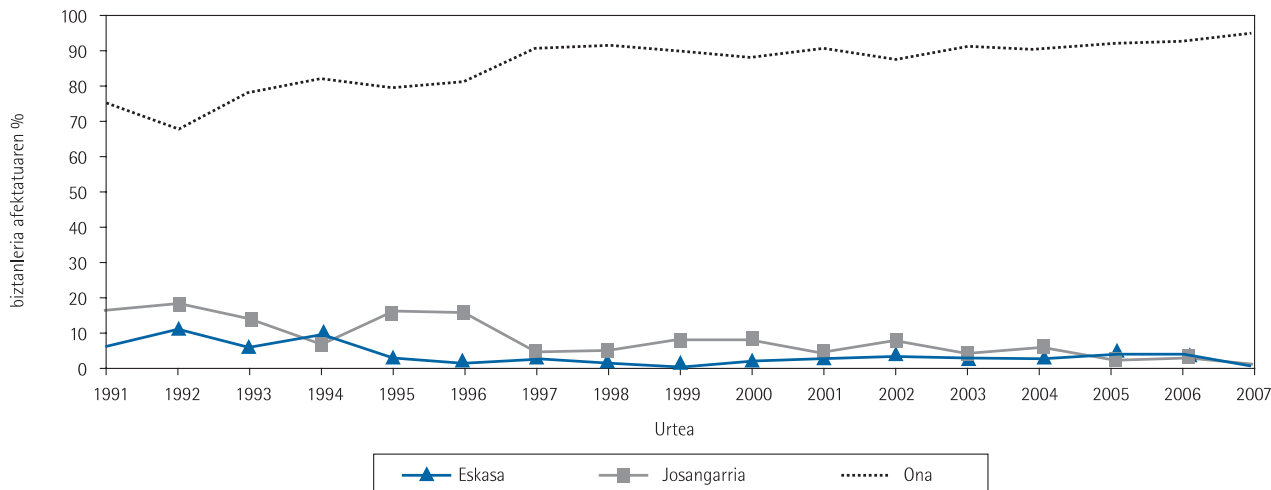
- **Jatorria eta tratamendua.** Udalerri, herri edo hornikuntza gunea kontsulta daiteke zein bilketatik datorren ura, zer tratamendu egin zaion, non egiten den tratamendu hori, fluorrik gehitzen zaion ala ez eta kontsultaturiko hornikuntza guneko ardura daukan Kontrol eta Zainketa Unitatearen identifikazio datuak.
- **Uraren analisisa.** Hor kontsulta daitezke era berezian azken hiru urteetako analisisen buletin guztiak, kalifikazioak eta analizaturiko parametro guztien emaitzak barne.
- **Kalifikazio sanitarioa eta estatistikak.** Hor aurkezten dira hornikuntza guneen datu historikoak eta kalifikazio sanitarioa. Kalifikazio sanitarioa urte guztiko emaitzen arabera egiten da hiru kategoriatan: *Ona*, baldin ura kontsumorako egoki gisa kalifikatua izan gutxienez analisisen %95etan; *Jasangarria*, baldin kontsumorako egoki gisa kalifikatua izan bada analisisen %90-95 alditan; *Eskasa*, baldin egoki gisa kalifikatu bada analisisen %90 baino gutxiagotan.

Urteroko estatistikak barne hartzen ditu, analizaturiko parametro bakoitzeko, determinazioen kopurua, 140/2003 EDarekin bat ez datozen emaitzen kopurua, gehieneko balioa, gutxienekoa eta erdiko balioa, besteak beste.

EAEan banatzen diren kontsumo urak, salbuespenak salbu, ur tratatu eta kontrolatuak dira. 1987an Kontsumoko Uraren Kontrol eta Zainketako Sarea sortu zenetik, beren etxetan *gogobeteko* gisa kalifikaturiko ura hartzen duten EAEko biztanleen kopurua nabarmenki gehitu da, 80ko hamarkadaren amaieran %70 izate-tik 2007an %95 izateraino (1, grafikoa). Hala eta guztiz ere, oraindik badago zeregina uraren erabilpena hobezina izan dadin lortzeko, bai sistemen gestioari, bai azpiegitura berrien garapena-ri eta bai baliabide hidrikoen babesari dagokienez.

Hobetu daitezkeen arazoaren artean, bilketen eta uraren sorburuko kalitatearen babesaren gabe, garrantzitsuenetako bat. Uraren Zuzentzarau Markoak (UZM), plan hidrológico berriekin, aprobeztatu beharra daukagun erronka bat eta aukera bat eskaintzen digu, bai une honetako arazoak ebazteko eta bai etorkizuneko

1. grafikoa EAEko kontsumo uraren kalitatearen eboluzioa



belaunaldiek behar besteko baliabide hidrikoak eduki ditzaten gurtatzeko. Noski, Uraren Euskak Agentzia (URA) da UZMaren aplikazioan erantzukizun handiena dagokiona. Halere, hornikuntza sistemen zainketa eta kontroletik asko egin dezakegu aipatu helburuen lorpenaren alde, *kontrol eta gestioko programak* hornikuntzetako arriskuen identifikaziora eta prebentziora bideratuz.

Tradizioz, uraren kontsumotik eratorritako osasunerako arriskuen zainketa, neurri handi batean behintzat, zerean oinarritu izan da, sorturiko uraren kalitatearen analisisan eta balio parametrikoko edo gida balio multzo baten konplimentuaren zainketan. Halere, eta zainketa analitikoak betiere garrantzitsua den arren, kontrol eta gestio planak, lehenengo eta behin, arriskuen prebentziora bideratu behar dira, hau da, hornitegiaren kutsapen jazoerarik gerta dadin eragoztera. Analisi batek erakusten badu gune jakin batean banatzen den ura ez dela egokia kontsumorako, horrek esan nahi du zerbaitek huts egin duela sisteman lehenago eta kontsumitzaileentzako arriskua jadanik presente dagoela uraren.

HACCP edo AKPKA (arriskuen eta kontrol puntu kritikoaren analisia) sistema elikabean industriarako garatu zen, eta gaur egun nazioar-

te mailan aintzat edukia den sistema da elikagaien prozesamendutik erator litezkeen osasunerako arriskuak prebentzeko edo gutxitzeko. Kontsumo publikoko uraren sisteman aplikatuta, marko egoki bat sortzen da uraren kalitatea gestionatzeko, hornitegiaren kontrol eta gestio programen orientazio prebentiboa sendotzen baita. Printzipio hauetan oinarrituz, Osasun Sailak *EAEko kontsumo uraren kontrol eta gestioko programen elaboraziorako Gida* garatu du. Gradualki aplikatuz joatea aurreikusten da, hain zuzen, hornitegi handienetatik hasita 2010etik aurrera, eta gero EAEko hornikuntza sistema guztietara hedatzea.

Bidezkoa da espero izatea kontrol eta gestioko programak arriskuen identifikazio eta prebentziora orientatu izanak, hornitegiaren autokontrola erraztu eta normalizatzeaz gainera, jokabide positiboak sustatuko dituela, ezinbestean sektoreartekoak, baliabide hidrikoen egoera eta babesa hobetuko eta kontsumoko uraren segurtasuna eta kalitatea areagotuko dutenak.

Koldo Cambra Contin
Osasun Publikoko Zuzendaritza

EAEko itsasoko zein lehorreko bainu uraren kalitatea

Joan den mendearen erdialdeaz gero, turismoaren eta aisialdiko jardueren gorakadarekin, gizartea eta administrazio sanitarioak ohartzen hasi ziren hondartzak jolasleku gisa erabiltzeak osasunerako ekar zitezkeen arriskuez. Horrekin batera, kontzientzia soziala garatuz joan da garapen industrialaren eta hirien hazkuntzaren ondoriozko ingurumenaren narriadura progresiboaren aurrean.

Iaz, 1341/2007 Errege Dekretu berri bat argitaratu zen, bainu uraren kalitatearen gestioari buruzkoa, Europako Parlamentuaren eta Kontseiluaren 2006/7 Zuzentaraua egokitzen duena. Araudi berriaren lehenetsuneko helburuak honako hauek dira:

- Bainu urek bete behar dituzten irizpide sanitarioak ezartzea, Osasunerako Mundu Erakundearen gomendioak oinarritzat hartuta.

- Kalitate irizpideak betetzen ez diren kasuan, beharrezko izango da azpian dagoen kausa aztertzea eta osasunaren babeserako neurri zuzentzaile eta prebentiboak ahalik eta azkarren ezarriko direla bermatzea.
- Bainu gune bakoitzaren ezaugarrien profil deskriptiboa ezartzea.
- Ingurumenaren kalitatea zaintzea, babestea eta hobetzea.
- Bainu urei buruzko informazio sistema berri bat sortzea –NÁYADE (<http://nayade.msc.es/Splayas/home.html>)–, hiritarren esku Estatu zein Europa mailako hondartza guztiei buruzko informazioa jarriko duena.

EAEko bainu uren programak

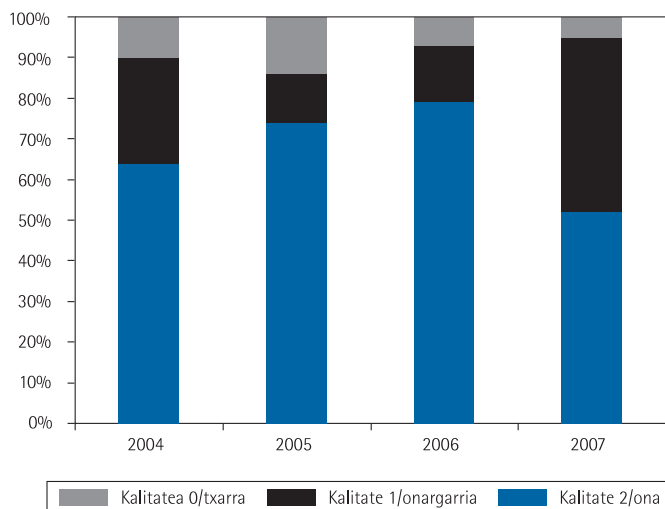
EAEko bainu uren programak helburutzat dauka hondartzako uren eta hondartza ingurunearen baldintza higieniko-sanitarioen Zainketa eta Kontrola egitea, erabiltzaileen osasuna babesteko. Era berean, publikoarentzako informazio jarduerak egiteaz eta istripuak erregistratzeaz arduratzen da. Aipatu eginkizuna gauzatzaren dutenak honako hauek dira: Osasun Publikoko Eskualdeak eta Erakunde Laguntzaileak, Laborategiak, Ingurumen Sanitateko Unitateak eta Osasun Publikoko Zuzendaritza.

1. Uraren baldintza sanitarioak

EAEko bainu guneen zentsu ofizialean 58 laginketa puntu daude erregistratuak, uren kontrolak egiteko. Honela daude banatuak: 5 Araban, 30 Bizkaian eta 23 Gipuzkoan.

Kalitate oneko eta onargarriko hondartzen kopurua gehitu egin da; hori dela eta, espero dugu bete ahal izango dugula Europako Batasunerako ezarria dagoen helburua, zeinak horretarako esku-mutza duten agintariak derrigortzen baititu beharrezko neurri guztiak hartzera 2015erako bainu ur guztien kalitatea gutxienez «onargarria» izan dadin, gaur egungo araudiak ezartzen duen kalifikazio berriaren arabera.

1. grafikoa EAEko bainu uren urteroko kalifikazioa



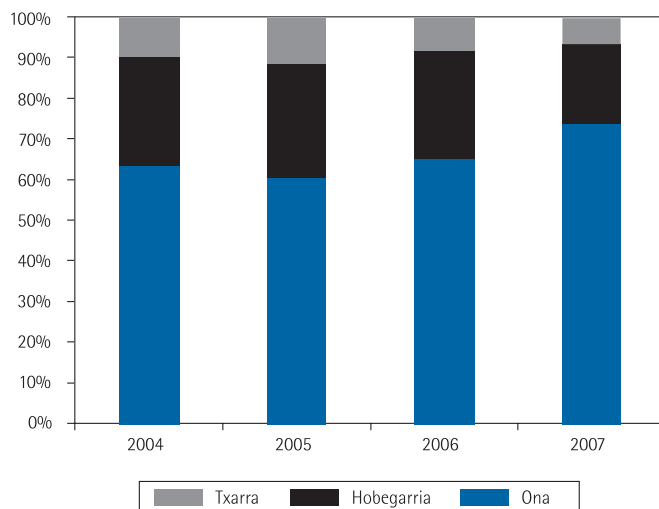
2. Hondartza ingurunearen kalitatea

Puntu honen zehaztapena baldintza orokor multzo baten azterketaren eta kontrolaren bitartez egiten da (hondartzaren seinaleztapena; zainketa, salbamendu eta sorospen zerbitzuak; dutxak, zerbitzu higienikoak, ur edangarriko puntuak, jantzitegiak eta denboraldiko establezimenduak); halaber aztertzen eta kontrolatzen dira saneamendua eta zaborren bilketa, eta hondartzan eragin zuzena edo zeharkakoa duten hondakin uren isurketa. Erabiltzaileentzako berme sanitarioak eskaini behar ditu, eragile infekziosoen kutsapen arriskuak eta, oro har, istripu arriskuak minimizatuz.

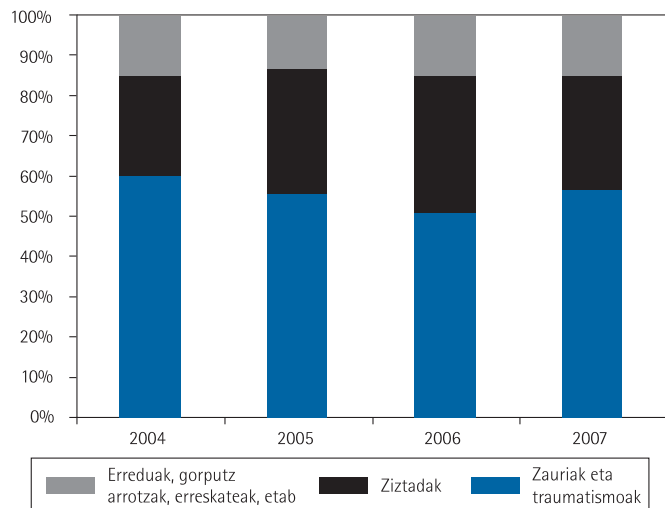
3. Informazio jarduerak

Bainu denboraldiaren bitartean astero ematen zaie informazioa hondartzen arloan eskumena daukaten instituzio eta erakunde guztiei, bai eta publiko orokorrari ere uraren unean uneko kalitateari buruz in situ egiten diren jakinarazpenen, komunikabideen edota (<http://www.osanet.euskadi.net/r85-20338/es/>) web gunearen bitartez. Bainu uraren kalifikazioaren arabera ematen da bainatzeko baldintzei buruzko informazioa: bainu libre, arretazko bainua, bainu ez egokia, gomendio sanitarioen adierazpenekin.

2. grafikoa Hondartza ingurunearen kalifikazioa



3. grafikoa Istripuen erregistroa



4. Bainu gune guztietako istripuen erregistroa

Bainu denboraldi guztian edukitzen da zabalik sorosleen edo asistentzia sanitario espezializatuen esku hartzea behar izan duten istripu guztien erregistroa.

Bainu lekuen eta uren kalitatearen gestioa optimizatzeko, Osasun Sailak lankidetzan jarduten du Foru Aldundiekin eta Udalekin zein bere eskumenen eremuan.

Informazio gehiago nahi izanez gero, Osasun Publikoaren Txostenak erabilgarri daude osaneten web gune honetan: (<http://www.osanet.euskadi.net/r85-20338/es/>)

María Antonia Sancho Bernad
Osasun Publikoko Zuzendaritza

Osasunaren faktore erabakigarriak direnetan esku hartzea, batez ere faktore sozialetan (ingurune soziala, lana, etxebizitza, garrarioa, hezkuntza, hirigintza...) eta bizi estiloetan funtsezkoa da populazioaren osasuna hobetzeko.

Osasun Saila, oharturik beharrezkoa dela aipaturiko faktoreetan esku hartzea, 2000-2010 Osasun Planean jasoa geratu den bezala, erabaki zuen aurrera egin beharra zegoela inpaktu sozial handiko arazo batzuen abordajearen sorrarazten dituzten faktoreetan esku hartuz. Bizitza Osasungarriko Estrategia (BOE) pertzepzio horren erantzun gisa sorturiko osasunaren sustapen proposamen bat da.

BOE, aipaturiko helburuekin 2008ko maiatzaren 27an antolatuta eta Vitoria-Gasteizen gauzatu zen Jardunaldi batean aurkeztu zen. Jardunaldi horretan parte hartu zuten, dela txostengile gisa dela entzule gisa EAEko Udaletako, hiru Foru Aldundietako, Osakidetzako eta beste Autonomia Erkidegotako batzuetako hainbat ordezkariak.

Oinarrizko premisatzat honako hauek hartzen dira: osasunaren determinatzaile sozialen garrantzia, ingurune mesedegarrien sortuntza eta sektorearteko eta erakundearteko lankidetzaren sustapena, eta 2002-2010 Osasun Planean jasotzen den ideia nuklear honen inguruan garatzen da: erakundearteko lankidetzaren funtsezko mekanismoa da osasunaren hobekuntzarako.

BOEren helburu nagusia hau da: «Euskal Autonomia Erkidegoko populazioan ohitura osasungarriak har daitezkeen bultzatzea eta erraztasunak ematea, euskal erakundeetatik sorturiko osasunaren sustapeneko ekimenen arteko koherentziaren, eta sustapen horretan inplikaturiko erakundeen arteko koordinazioaren eta lankidetzaren bitartez, eta euskal agenda instituzional eta sozialean osasunaren sustapena sar dadin ahaleginak eginez.

Horretarako, BOEk, organo zentral gisa, Sektorearteko Batzorde Tekniko bat sortu ondoko erakunde hauek ordezkari osatuak: Eusko Jaurlaritza; Araba, Bizkaia eta Gipuzkoako Foru Aldundiak; Eudel, Osakidetzak eta O+berri, Berrikuntza Sanitarioko Euskal Institutua. Batzorde honek dauzkan eginkizunen artean daude garatu beharreko ekimenak definitzea eta proposatzen diren ekintzak Osasun Planeko Sektorearteko Batzordera helaraztea. Bertan analizatuko dira proposaturiko sektorearteko jardueren eboluzioa eta lortzen diren emaitzak.

Lehenbiziko esku hartzea, daukan garrantziagatik lehenetsuna ematen zaiona, haur eta gazte populazioan jarduera fisikoa eta elikapen osasungarria sustatzea da.

Osasun Sailak 2005ean EAEko 4 urtetik 18ra bitarteko populazioari eginiako Elikapenari buruzko Inkestak erakusten zuen EAEko 4 urtetik 18ra bitarteko populazioaren %28,1ek gehiegizko pisua zeukala, obesitatearen prebalentzia %12,2koa zelarik eta gaitzgarrena %15,9koa. Obesitatearen prebalentzia altuagoa zen mutikoengan eta gaitzgarrena neskatuenengan. Era berean ikusten zen talde sozial behartsuenek obesitatearen prebalentzia maila altuagoak aurkezten zituztela.

Beste datu aipagarri bat zen mutikoen artean aktibitate fisikoaren maila altuagoa zela neskatuen artean baino eta (%28,1 vs

%14,6) eta gainera populazio aktiboa murriztu egiten zela maila sozioekonomikoa apalago bihurtzen zen neurrian.

BOEren ildo estrategikoak

EAEan, elikapen osasungarriaren eta jarduera fisikoaren sustapeneko errealitatearen analisia, eta mota honetako esku hartzeen inguruko ebidentzia onenaren azterketa abiapuntutzat hartuta, BOE garatzeko jarraituko ziren ildo estrategikoak definitu ziren. Bi ardatzen inguruan planteatu ziren ildo horiek:

Ingurunearen hobekuntzarako estrategiak

Legegintza estrategiak, adibidez, elikapen etiketatuen ezarpenaren segimendua eta kontrola eta elikagai ez osasungarrien publikitatearen kontrola, batez ere, haur eta gaztetxoaren audientzia orduetan zabaltzen denarena.

Jarduera fisikoa gauzatzeko erosotasuna eta partaidetza hobetzeko estrategiak, adibidez, azpiegituren mantentze eta hobetzea; eskola zentroetan eta udal instalazioetan aisia osasungarri eta jarduera fisikorako zuzkidurak eta giza baliabideak areagotzea; eskola zentroetako jolas eta atsedean orduetan joko aktiboak eta partaidetzakoak sustatzea, joko pasiboen aldean hobetsiz. Ikasketetako kirol instalazioak zabalik edukitzea eskola orduetatik kanpo eta jai egunetan ikasle populazioaren eta berauen familiartekoen gozamenarako; eskola kirolaren eskaintza aztertzea eta egokitzea.

Elikapen osasungarriko eskuragarritasuna hobetzeko estrategiak, adibidez, eskolako jantokietako elikagai eskaintza mantentzea eta hobetuz; hezkuntza zentroen barruan dauden denda eta tabernetako elikapen produktuen eskaintza kontrolatuz, eta haur eta gaztetxoaren aisia eta jolaserako eremu edo auzoetan elikagai osasungarrien eskuragarritasuna hobetuz (sustapena eta arreta berezia eremu deprimituei).

Komunitateko elementu sozialen hobekuntzarako estrategiak, adibidez, familia eta talde zaurgarrien formazioa menu osasungarriari buruz, komunitate eta hezkuntza ingurune mailan; egoera sozioekonomiko behartsuan aurkitzen diren haur eta gaztetxo populazioarentzat kirol instalazioetarako sarbidea errazteko ekimenak bultzatzea; familia behartsuentzako elikagai osasungarrien erosketa (frutak, barazkiak, arraina...) errazteko akordioak bultzatzea.

Pertsonak gaitzeko estrategiak

Komunikazio estrategiak, adibidez, osasunaren sustapenean existitzen diren informazio bideak sendotzea, osasunaren sustapenean komunikazio espazio berriak sortzea, eta haur eta gazte populazioarentzat kontsulta mekanismoak ezartzea.

Hezkuntzaren arloan, osasunaren sustapenerako ekitaldiak garatzea, hainbat osagaiz (iturri desberdinetatik) eta hainbat faktorez eratuak (hezkuntza komunitate guztia, familiak barne), haur eta gazte populazioarentzat ohitura osasungarrien sustapenera bideratuak, bai jarduera fisikoari eta bai elikapen osasungarriari dagokionez; eskolako curriculumak aztertzea jarduera fisikoaren eta elikapen osasungarriaren arloan, eta tresna eta metodologia be-

rritzaileak garatzea, irakasleak zein ikasleak osasunaren sustapenean formatzeko.

Zeharkako estrategiak, adibidez, osasunaren sustapenari buruzko formazioa barne hartzea unibertsitateko titulazioetan, arlo horretan eragin potentziala izango duen eran; osasunaren sustapenari buruzko ikerketa bultzatzea; erakundearteko lankidetzak hobetzea, eta sektore pribatu industrial eta komertzialarekin lankidetzan jardutea.

Osasun Sailaren BOEren aldeko ekimenak

BOEren garapena bultzatzeko helburuaz eta bere ardatzen arabera definituriko bidean aurrera egiteko, Osasun Saila hainbat ekimen proposatu ditu, horien arteko aipagarrienak honako hauek:

Erakundeen arteko kohesioa, koordinazioa eta dialogo politikoa erraztuko duten egitura eta tresnen iraupena bermatzeko, BOEren egitura antolatzailea finkatuko da eta Osakidetzarekiko, Hezkuntza, Kontsumoa eta Nekazaritzarekiko eta beste zenbait erakundearekiko akordio iraunkorrak bultzatuko dira.

Hezkuntza zentroetan gauzatzen diren osasunaren sustapenari buruzko ikerketa eta berrikuntza proiektuentzako diru laguntzak gehituko dira, osasunerako hezkuntzan eta sustapenean garatzen diren berrikuntza proiektuentzako laguntzei orientazio berri bat emanez; irabazi asmorik gabeko elkarteentzako diru laguntzak emango dira; Osasun Publikoko Zuzendaritzak parte hartuko du ikerketa sanitarioarentzako laguntzak esleitzeko batzordean eta laster EAEko osasunaren sustapeneko ekimen onena Saritzeko Deialdia egingo da.

Sendotu egingo Osasun Sailaren irudia osasunaren sustapenaren aldeko apustuan eta inplikazioan, ildo horretan deialdi bat egingo baitu, hori ere oso gutxi barru, haur eta gaztetxo populazioarentzat Bizitza Osasungarrirako Estrategiaren elementu sinboliko bat aukeratzeko helburuarekin.

Arlo honi buruzko informazioaren eta ezagutzaren zabalkundea areagotzeko, Web gune bat prestatzen ari gara www.osanet.net

helbidean. Bertan, gainera, informazioa emango da BOEan parte hartzen duten erakundeek burutzen dituzten ekimenen gainean eta segimendu periodiko bat egin ahal izango da haur eta gaztetxo populazioan gauzatzen den jarduera fisikoaren eta egiten den elikape osasungarriaren maila dagokienez.

Azkenik, arlo honetako praktika onen ezarpena bultzatzeko, hainbat neurri planteatzen dira, besteak beste, Osakidetzako Hitzarmen-Programetan osasunaren sustapenaren presentzia berraztertzea, jarduera fisikoa sustatzen duten osasun zentroak saritzea, praktika onen gida gisa antolatuak dauden material didaktikoak beste ingurune ez sanitario batzuetarako baliagarriak direnak banatzea, Lehen Mailako Atentzioan obesitatearen eta ginkargaren detekziorako protokoloak elaboratzea, edota haurrei bularra ematea potentziaztea.

Konklusioa

Pertsonak eta populazioak aurkitzen diren edo bizi diren eremu eta egoeren aniztasuna askotarikoa eta konplexua da. Errealitatearen ulerkuntzarako ikuspegiak eta osasunaren sustapenerako esku hartzeen eredu teorikoak ere, modu berean, askotarikoak eta iradokitzaileak dira.

Osasunaren determinatzaileen aurrean, batez ere determinatzaile sozialen aurrean, esku hartzeko premia gaur egun jadanik ukaezineko gauza da eta, horien konplexutasuna kontuan edukirik, modu eraginkorrean aurre emango bazaie ezinbestekoa da sektorearteko partaidetza.

Kontuan edukirik BOE zer nolako babesa ari den jasotzen osasunaren sustapenarekin erlazionaturiko erakundeen aldetik, aparteko aukera bat eskaintzen digu lankidetzarako eta berrikuntzarako eta, azken batean, populazioaren osasunaren eta beronen determinatzaileen abordatze global baterantz aurrera egiteko. Ez dezagula abagunea alferrik galdu.

Itziar Vergara
Inma Zubia
Yolanda Cantera
Itxaso Manzano
Jon Zuazagoitia
Osasun Publikoko Zuzendaritza

Infekzio gonokozikoen eta sifilisaren berrindartzea

Populazio orokorrean, eta osasuneko profesional askoren artean ere bai, nahiko zabaldua dagoen iritzi baten arabera, sexu bidezko transmisioeko infekzioak (STI) herrialde garatuetan jadanik gainditua dagoen arazoa dira, baina oso besterik da errealitatea, izan ere gaur egun STIek Osasun Publikoko arazo gero eta larriagoa suposatzen dute gure ingurunean. Beraien diagnostiko eta tratamendu goiztiarreko porrotak konplikazio eta ondorio txar larriak ekar ditzake: pelbiseko inflamazio gaixotasuna, antzutasuna, haurdunaldi ektopikoak, uzki edota genitaletako minbiziak, eta jaioberrien hilkortasuna. Gainera, oso lotura estua dago STI klasi-koen eta Giza Immunoeskasiaren Birusaren (GIB) transmisioaren artean: STIek GIBaren sexu bidezko transmisioaren arriskua areagotu egiten dute.

STI desberdinen intzidentziak eta prebalentziak eboluzionatu egin dute hainbat faktoreren ondorio gisa: populazioaren sexu jokae-retako aldaketak, tratamenduen eskuragarritasuna, transmisio katea eteteko ezarriko neurriak eta teknologia diagnostiko zehatzagoak garatu izana.

Egia da infekzio gonokozikoak (IG), sifilisa eta beste STI batzuk gutxitu egin zirela Europan 80ko hamarkadaren amaieran eta 90ekoaren hasieran, HIESA prebenitzeko kanpainei esker, baina 90eko hamarkadaren erditik aurrera infekzio hauen kopurua nabarmenki gehitu da, eta europar herrialde guztietako datuek erakusten dute IG eta sifilis tasen gehikuntza. Euskadi ere ez da salbuespen infekzio hauen joeraren aldaketari dagokionez.

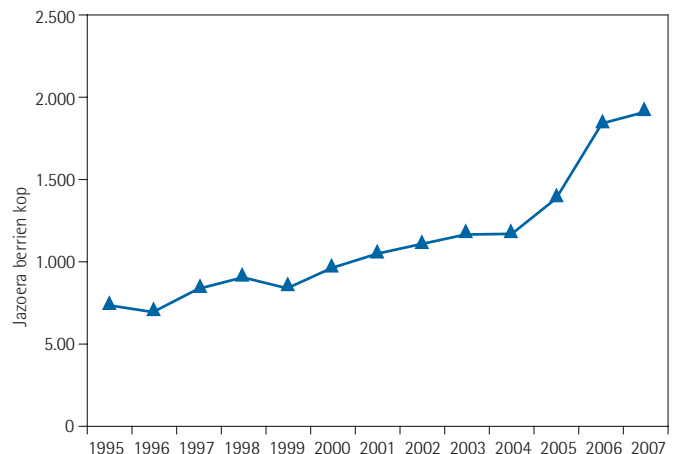
STGen kutsapenean sexu jokaerek funtsezko garrantzia daukatela ukatu gabe ere, beste faktore batzuk ere badute eragina gaixotasuna hedatzeko posibilitatean: infekzio asintomatikoen proportzio altua, kontaktuei buruzko ikerketa egokirik ez egotea, osasun zerbitzuak eskura ez edukitzea, etab. Alderdi hauei guztiei aurre egiteko, STIetako zentro espezializatuak sortu ziren, aipatu gaixotasunak diagnostikatu eta tratatzeko eta jasaten dituztenen sexu harremanak aztertzeko helburu nagusiarekin. Kontsultategi hauek erraztasunak ematen dituzte erabiltzaile kopuru handi bat osasun sisteman barne hartu ahal izateko, pazienteari ez zaiolako exijitzen inolako baldintzarik edo paperik, atentzioa doakoa delako eta erabateko konfidentzialtasuna gordetzen delako. Honek bide ematen du azterketa periodikoak eta STIen baheketak egiteko prostituzioan diharduten edota STIak jasateko arrisku egoerak aurkeztu dituzten pertsonen. Kontsultak, bestalde, GIBaren diagnostikoa ahalbidetzen du populazioan, borondsteko GIB probak eginez. Asistentzia jardueraz gainera, STIetako zerbitzuek STI/GIBari buruzko ikerketa kliniko-epidemiologikoa egiten dute eta beraien diagnostiko eta tratamenduko espezialitate desberdinetako profesional sanitarioak formatzeaz arduratzen dira.

Osakidetzak hainbat STI kontsultategi dauzka, horietako bat Basurtoko Ospitaleko Gaixotasun Infekziosoen Zerbitzuko STGen Unitatea da. Etxaniz Suhiltzailea Plazako Osasun Zentroko lehen solairuan kokatua dago eta bertan bi medikuk, bi erizainek eta administratibo batek lan egiten dute pertsonal finko gisa.

Unitateak Bizkaiko eremu sanitario guztiari ematen dio estaldura eta honako eginkizun hauek betetzen ditu:

Asistentzia eskaeraren eboluzioa 1995-2007 den.

1. grafikoa STI kontsulta (Basurtoko Ospital. G. Infek. Saila)



1. Asistentzia jarduera

1.1. Era guztietako STIen diagnostikoa, tratamendua eta prebentzioa

STIen joeraren eta, beraz, komunitateak arlo horretan daukan premiaren adierazle gisa pertsonen gaixotasun horietan espezializaturiko zerbitzuetara egiten dituzten kontsulten kopurua hartzen badugu, ikusten da gure unitate honetan, bertara iristeko erosotasunean etab inolako aldaketarik egin gabe ere, emandako atentzio jazoeren kopurua %166 igo dela azken 12 urte honetan (1. grafikoa). Antzeko gorakada sumatzen da gure inguruneke beste herrialdeetan ere, adibidez, Erresuma Batuan, han STIetan espezializaturiko klinikan urtero atenditzen diren STIko jazoera berrien kopurua %268 gehitu baita 1996tik 2005era bitartean.

Kontsultaren arrazoi nagusia sintomen agerpena izaten da, eta bigarrena, sintomarik eduki gabe ere, STI jasateko arriskua daukatela uste duten pazienteek egiten dituzten azterketak. STI jasateko arriskua daukaten kolektiboen baheketa (nerabe sexualki aktiboak, sexu bikotekide asko dituztenak, STIen aurrekariak dituztenak, sexu profesionalak, prostituten bezeroak eta droga ez legalen kontsumitzaileak), klinika nabarmenik ez badaukate ere, funtsezkoa gertatzen da patologia hauen kontrolerako Osasun Publikoko ikuspegitik begiratu.

1.2 Diagnostikoa, tratamendua eta GIB infekzioaren prebentzioa

Unitatea da Bizkaiko Eremu Sanitarioko erreferentzia zentroa GIB serologiak egiteko. GIB serologia egitera joaten diren guztiei historia labur bat zabaltzen zaie bertan jasoz beren datu demografikoak eta GIB jasateko eduki ditzaketen arrisku faktoreak; era pertsonalizatuan ebaluatzen da arriskua eta aurretiazko-ondorengo kontseilaritza bat egiten da GIBari dagokionez. Jarduera hau erizaintzako kontsultategian egiten da.

Estatuko STI zentro gehienetan ez bezala, gure Unitatean, proban positibo ematen duten pertsonak bertan geratzen dira infekzioaren segimendua eta kontrola egiteko eta, beharrezko gertatzen den kasuan, tratamendu antirretrobirala ere bai. Unitatean bertan diagnostikaturiko pertsonen ez ezik, atentzioa ematen zaie beste atentzio zerbitzuetatik bidalitako pazienteei ere.

2. Epidemiologia

2.1. STI Erregistroa

Erregistro honetan jasotzen dira Unitatean atenditu diren STI guztien datu garrantzitsuenak. 1993an jarri zen martxan, besteak beste, STI jazoeren eta pazienteen ezaugarriak zein diren jakiteko.

Erregistroan jasoa dagoen informazioa funtsezkoa da STIek gure ingurunean nola eboluzionatu duten jakiteko, hemen sifilisa eta gonorrhea baitira derrigor aitortu beharrek bakarrik, eta gainera zenbakizko datu soilak jasotzen direnez, ez dago jakiterik zein diren jasaten dituztenen ezaugarriak, eta are gutxiago gainerako STIen egoera. Erregistroak Unitatera iristen diren pazienteei buruzko datuak bakarrik jasotzen baditu ere, bide ematen digu gai-xotasun hauek gure ingurunean dituzten unean uneko joerak analizatzeko eta beraien deskripzio epidemiologikoa ezagutzeko. Hala, ikus dezakegu gure artean ere, Europako gainerako herrialdeetan bezala, infekzio gonokozikoen joera gorakorra dela azken urte hauetan (2. grafikoa). Gorakada hau ez da gertatu era uni-

formean geure ingurune herrialdeetan bezala eta gizonezko homosexualetan izan du intzidentziarik altuena; halere, azken bi urte hauetan gorakada bat sumatu da gizonezko eta emakume heterosexualei dagozkien kasuen kopuruan.

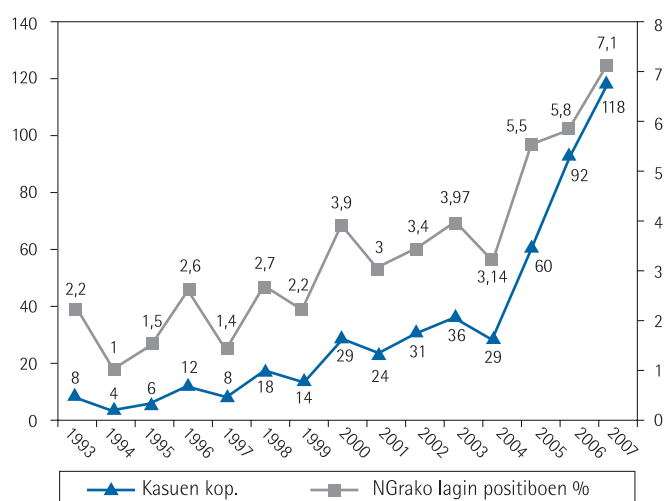
Sifilisari dagokionez gure datuek zera erakusten dute, kasuen gehiegizko gorakada 2003tik aurrerako espero zenarekin alderatuta (3. Grafikoa). Pazienteen patroizko soziodemografikoak gehien-goia gizonezkoak direla erakusten du (%95,6) eta horietako %89,5 joera homosexualekoak. Sifilis goiztiarreko kasuen %29ak, horrez gain GIB infekzioa zeukaten.

Argi dago STIak gehitzen ari direla, eta gakoa prebentzioan datza. Ahaleginak egin beharra dago hainbat programa garatzeko populazio orokorrari eta bereziki kolektibo zaugarrienei zuzendurik, informatzeko eta ohitura eta jarrerak aldatzea lortzeko. Horrekin batera neurri batzuk hartu behar dira STI Zerbitzuak sustatzeko eta lankidetzeta estuago bat egon dadin aipatu zerbitzuen, Osasun Publikoko espezialisten eta Lehen Mailako Atentzioko medikuen artean, gure populazioaren sexu osasunean asistentzia hobea lortzeko helburuaz.

M.M. Cámara Pérez eta J. López de Munain López
STI Unitatea. Basurtoko Ospitaleko Gaixotasun
Infekziosoen Unitatea. Bilbo

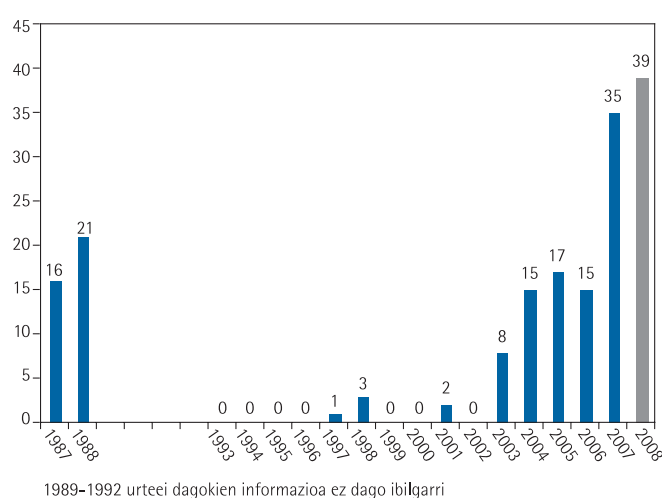
Infekzio gonokozikoen eboluzioa 1993-2007 den.

2. grafikoa STI Unitatea (Basurtoko Ospital. G. Infek. Saila)



Sifilis goiztiarreko kasuen 1993-2008 den. dagokion

3. grafikoa ebol. STI Unitatea (Basurtoko Ospital. G. Infek. Saila)



Erredakzioa

Salud Pública Osasun Publikoa

Eusko Jaurlaritza.
Osasun Saila.
Donostia-San Sebastián, 2
01010 Vitoria-Gasteiz
Tel.: 945 01 92 03
Fax: 945 01 91 92
e-mail: boletinsalud-san@ej-gv.es

Eusko Jaurlartzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Erredakzio-batzordea:

José María Arteagoitia
Javier García
Miguel Ángel García Calabuig
Mikel Basterretxea
Nerea Muniozguna
Enrique Peiró
Margarita Viciola
M.ª Teresa Martínez

Edizioa:

Miguel Ángel García Calabuig
Fotokonposaketa IPAR, S. Coop.
Inpresioa: Grafo, S.A.
1. seiñilekoa.
23. zenbakia; 2008. urtea
ISSN: 1697-2430
Lege gordailua: BI-2874-98