

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



Aurkibidea

Zainketa Epidemiologikoa

Euskadin BCG txertoa emateko politikaren azterketa 2-3

Molusku kutsakorra eta igerilekuak. Gomendio sanitarioak 4

Gripearean zainketa. 2006-2007 denboraldia 5-6

EDO 2007ko 1-42 asteak 7

Osasun Publikoko Programak

Salmonella spp-aren prebalentzia EAEan saltzen diren arrautzetan 8-9

Tabako kearen esposizioari buruzko inkesta 10-11

Nutrizioari buruzko inkesta - II. zatia 12-13

Gaurkotasuna

Papilomaren aurkako txertoa 14

Chikungunya birusa 14

Editoriala

Buletin epidemiologiko honetan Giza Papilomaren Birusaren aurkako txertoa EAEko txertaketa egutegian sartzea aurkezten da. Ez dago gogorarazi beharrik ere prebentzio primarioko estrategien helburua gaixotasunaren agerpena eragozteko izaten dela, faktore eragileetan zein arrisku faktoreetan eraginez. Testuinguru honetan, txertaketa prebentiboko kanpainen esker nabarmenki gutxitu da gaixotasun infekzioso txertagarrien intzidentzia, nahiz eta zenbait gaixotasunen kasuan ezinezko gertatu den erabat ezabatzea edo erazteak. Estrategia honek Plangintza Sanitarioko prozesu baten menpe egon behar du eta, horretarako lehen pauso gisa, Euskadiko Txertaketa Batzorde Aholkulariaren proposamena egoten da Osasun Publikoko Zuzendaritzako zainketa epidemiologiko eta txertaketen ekipoak txerto horren azterketa zehatz bat egin ondoren ematen duena.

Munduko beste arlo batzuetan bezala, txertaketa prebentiboek Euskal Herrian izugarriko eragina izan dute txertaketa badaukaten gaixotasun infekziosoetan, Osasun Publikoko programen markoan populazio guztiari era unibertsalean administratuta eta kontuan edukirik betiere borondatezkoak eta doakoak direla.

Txertaketek gaixotasunen prebentziorantz egin duten bidea ez da beti erraza izan; aitzitik, oztopo larriak gainditu behar izan dituzte. Gaur, txertoen aurkako mugimenduan bi kolektibo mota barne hartzen dira nagusiki: batetik, talde erlijioso integristak, eta bestetik, medikuntza naturalista eta homeopatikoko profesionalak eta erabiltzaileak, 2007ko apirilaren 7ko BMJ aldizkariako artikulu batean adierazten den bezala.

Zoritzarrez, orain bertan "eztabaida" bat bat ari da gertatzen eta Osasun Publikoko hainbat espezialista ospetsu Osasun Sailek sustatzen dituzten txertaketen aurkako kontzientzia soziala sortzen ahalegintzen dira, txertaketen aurkako mugimenduen ohiko argudioak erabiliz.

Halere optimistak gara eta ziur gaude populazioak, orain arte EAEko haurren txertaketa egutegiarekin egin duen bezala, txerto hau ere onartuz, "onura gehigarri nabarmen bat lortuko dela gizartean eta bereziki emakumeen artean inpakto handia daukan gaixotasun baten prebentzio primarioan, kantzerologiaren arloan prebentzio aukera bat eskainiz", Euskadiko Txertaketa Batzorde Aholkulariak 2007ko ekaineko bileran emaniko gomendioa.

Mende berri honetan, txertoetatik onura gehiago eta hobeak espero ditugun honetan, ikerlariak txerto mota berriak aztertzen dihardute, minbiziaren eta neuroendekapenezko beste zenbait gaixotasunen prozesua aldatzea posible egingo dutenak, adibidez Alzheimerren gaixotasuna. Txertatzea, beraz, osasunaren arloan gizateriak aurre egin behar dion erronka bat ez ezik, bere itxaropena ere bada.

Margarita Viciola García
Osasun Publikoko Zuzendaria

Euskadin BCG txetaketa emateko politikaren azterketa

1. Sarrera

Bacillus Calmette-Guerin deritzona *Mycobacterium Bovis*-en andui bat da, tuberkulosiaren aurrea gaixotasuna eragin gabe, immunitata lortzeko aldatua izan dena. Andui honetatik abiatuak presatzen da BCG txertoa; beraz, bakterio bizi ahulduko txerto bat da. Txertoaren efektu babeslea oso desberdina izan ditekete hainbat faktorearen arabera, esate baterako administratzeko bide eta metodoak, ingurugiroa eta populazioaren ezaugarriak edota BCG prestakin desberdinak. Horregatik, eraginkortasunaren maila, azterketen arabera, izan daiteke %0tik %80ra bitartekoa tuberkulosi miliar eta meningitis tuberkulosorako; hori dela eta, tertu kostu-eraginkortzat hartu izan da haurtzaroko tuberkulosi gogorra prebenitzeko.

Espanian 1991n egin zen Adostasun Konferentziak BCG txertaketa bertan behera uztea gomendatu zuen eta Autonomia Erkidego guztiek bete zuten gomendioa, Asturiasek eta Euskadik izan ezik. Une honetan Euskadi da jaioberrientzako txertaketa egutegian BCG txertoa ematen jarraitzen duen bakarra.

2. BCG txertaketa politikak munduan zehar

BCG txertaketa politikan alde handiak daude herrialdeen artean, baina sailka litezke lau taldetan:

- BCG jaiotzean (edo osasun zerbitzuekin lehen harremana izaten den momentuan): Hauxe da une honetan EPI (OMEko Expanding Immunization Team) erakundeak ematen duen gomendioa.
- BCG haurtzaroan, behin bakarrik. Hauxe zen Erresuma Batuen politika, eta horren arabera, haur tuberkulin negatiboak 12-13 urteko adinean txertatzen zituzten. Halere, 2005eko uztai-lean alde batera utzi zuten politika hori eta orain arrisku altuko taldeen txertaketa selektiboa egiten da.
- Txertaketa errepikakorra. Herrialde askok eduki dute BCG txertaketa errepikatze tradizioa. Horietako batzuetan (Suitza, Portugal) haurtzaroan eta eskolara hastean edota amaitzean. Beste batzuetan, batez ere Ekialdeko Europan BCG txertaketa bost bider edo gehiagotan hartzea gomendatu da, jaiotzatik 30 urteko adinera arte (Hungaria, Errusia). Birtxertaketarako irizpideetan aldeak daude herrialdeen artean.
- BCG ohituraz ez erabiltzea. Bi herrialdek, AEBek eta Herbehereek, ez dute sekula gomendatu txertaketa unibertsala, eta beste herrialde batzuk ere orain erabaki horixe bera hartzen ari dira. Herrialde hauetan arrisku altuko taldeak bakarrik txertatzea gomendatzen da. Europako herrialde gehienetan, gaixotasun tuberkulosoko tasak gutxituz joan diren neurrian, txertaketa selektiboko politikak ezarri dituzte, eta orokorrean

tasa altuenak aurkezten dituztenek bakarrik mantendu dute txertaketa unibertsala. Ez da sistematikoki txertatzen herrialde hauetan: Andorra, Austria, Belgika, Danimarka, Alemania, Luxenburgo, Erresuma Batua, Suedia, Hungaria, Frantzia eta Espainia (EAE salbu). Paradoxikoki, nahiz eta Espainia BCG txertaketa ematen ez den herrialdeen zerrendan dagoen, era berean beste herrialde batzuetako zerrendetan ageri da, adibidez Suediakoan, zeinek "arrisku altuko" taldeetan sartzen baitituzte Espainian jaiotako pertsonak edota beraien seme-alabak, eta ondorioz, txertatu beharrekotzat. 2004ra arte, Frantziar derrigorrazkoa zen BCG txertaketa haur guztientzat haurtzaindegian sartu aurretik, eta 6 urte bete baino lehen, derrigorrezko eskolaratzerako. Txertaketaren ondoren, 3tik 12 hilabetera, eta 11-13 urterekin tuberkulina jartzen zen, kasu bietan txertatzen zelarik baldin emaitza negatiboa bazen. Programa honen ebaluazio bat egin ondoren, 2004ko ekainean, birtxertaketa bertan behera uztea erabaki zen. Orain, inpaktu epidemiologikoaren estimazio batean oinarrituz, txertaketa unibertsala ere bertan behera uzteko erabakia hartu da, eta arrisku taldeen txertaketa selektiboko politika onartu da.

Tuberkulosiaren eta beste Arnas Gaixotasun batzuen aurkako Nazioarteko Elkarteak (TAGANE) irizpide batzuk elaboratu ditu tuberkulosiaren prebalentzia baxuko herrialdeetan BCG txertaketa unibertsala alde batera uztea noiz izango litzatekeen bidezkoa erabakitzeko. Gogoeta orokorren artean ezartzen du kontrol programa on bat egon behar duela, zainketa sistema on batekin, txertaketa utzi aurreko gutxienez bost urteetan. Irizpideak honako hauek dira: birikako tuberkulosiaren tasa, listu baziloskopia positiboa duena, 100.000 biztanletik 5 kasu edo gutxiagokoa izan behar du, edo meningitis tuberkulosoaren tasa, 5 urtetik beherako haurrengan 10 milioi biztanleko populaziotik kasu 1 baino gutxiagokoa izan behar du, txertaketa utzi aurreko 5 urteetan, edo urteko infekzio arriskua %0,1 edo gutxiagokoa izan behar du.

3. BCG txertaketa Euskadin

Euskadin erabiltzen den BCG anduia 1331 andui danimarkarra da, munduan gehien erabiltzen dena, urtean 127 milioi dosi produzitzen dituztelarik.

Gure Erkidegoan 2005ean lortu zen estaldura, estimazioen arabera, %96,6koa izan zen.

MEZek 2004an eginiko azterketa batean, BCG txertaketaren ondoriozko linfadenopatiako kasu 1 estimatu zen administraturiko 1.000 dosiko; hortik ondorioztatzen da Euskadi mailan behintzat segurua dela bularreko haurrei administraturiko BCG txertoa. Erregistraturiko azken bi urteetan bezegeitis barreiatu bat gertatu zen Gipuzkoan 2004 urtean, immunodeprimaturiko neskatu baten, beronen heriotza eraginez.

4. Tuberkulosiaren egoera EAEan

EAEan tuberkulosiaren tasa, 2006 urtean 100.000 biztanleko 24,78 kasukoa izan zen (516 kasu), 2001 urteaz gero, gaixotasunaren gainbeheran gelditze egoera bat igartzen delarik, urte hartako tasa 25,26koa izan baitzen. Gelditze honetan baliteke zerikusia edukitzea endemia altuko herrialdeetatik etorri zaizkigun pertsonak, izan ere 2006an gaixo tuberkuloso guztien %13 kasu etorkin horietan agertu ziren.

Birikako tuberkulosiaren tasa, listuko baziloskopia positiboduna, 100.000 biztanleko 8,21ekoa izan zen, 2006 urtean.

Azken 5 urte hauetan EAEan tuberkulosi meningeoko 2 kasu erregistratu dira 5 urtetik beherako haurren; horrek suposatzen duen urteko intzidentzia batez beste 10 milioi biztanleko 1,87koa da, urte horietarako.

5. Eztabaida

Txertaketa unibertsaletik txertaketa selektibora psasa diren herrialde gehienek, erabaki hori hartzeko Tuberkulosiaren eta beste Arnas Gaixotasun batzuen aurkako Nazioarteko Elkartearen irizpideak erabili dituzte, izan ere, mundu mailan onartuak baitira. Baldin geure egoera epidemiologikoa adierazle horien argitan baloratzen badugu, esan dezakegu une honetan tuberkulosiaren jakinarazpenerako sistema on bat daukagula bai eta kontrol programa on bat ere, gutxienez duela 10 urtetik hona. Lehenbiziko baldintza betetzen dugu, beraz, BCG txertaketa unibertsala alde batera uztea planteatzeko.

Elkarteak planteatzen dituen irizpideei dagokienez, ezer baino lehen erabaki beharko genuke proposatzen diren hiru adierazle artean zen den baliagarriena guretzat. Lehenbizikoak, baziloferoen tasak, zuzenean adierazten du zenbateko zirkulazioa daukan erkidego batean baziloak. Bigarrenak, meningitis tuberkulosoaren tasa 5 urtetik beherako haurren, bi eragozpen dauka: lehenengo eta behin, oso ezegonkorra da gurea bezalako populazio txikiatarako, horregatik behaketarako oso denboraldi luzeak behar dira, izendatzaile on bat lortu ahal izateko; eta bigarren, beti geratzen da zalantza ea lortu den azken tasa baziloaren zirkulazio baxuari zor izan zaion ala meningitisaren prebentzioko txertoaren eraginkortasunari. Proposatzen den hirugarren adierazlea Urteko Infekzio Arriskua da, geure populazioan ezagutzen ez duguna. Horregatik, adierazle bezala, baziloferoen tasa da guretzat egokiena, eta EAEa oraindik 3 puntu baino gehiagora aurkitzen da Elkarrekin ezartzen duen 100.000 biztanleko 5 kasu edo gutxiago irizpidera iristeko.

Immunizazio programa eteteko sarritan erabili izan den beste irizpide bat kontrako efektuak izan dira, hori da, adibidez, Hugarriaren kasua, han, erabiltzen zen txertoan eginiko aldaketa baten ondorioz kontrako efektuen gorakada handi bat erregistratu zen, eta horrek txertaketa unibertsala alde batera uzteko erabakia bizkortu zuen. MIEZek EAEan eginiko azterketa baten arabera, gure herikidegoan linfadenopatiaren intzidentzia literaturan adierazten dena baino ere baxuagoa da, eta ez dirudi horrek guretzat arazo larria suposatzen duenik.

Txertaketaren eta tuberkulinaren probaren arteko interferentzia izan da BCG txertaketaren aurka erabiatzeko beste argudio klasikoetako bat. Infekzio tuberkuloso sorraren, BCG txertoak eragiten

ez dionaren, diagnostikorako interferon-gamma detektatzeko metodo berriek eragozpen hori gaindituko lukete, eta diagnostikorako erabili ahal izango lirateke, tuberkulina positiboak txertoaren erreazioagatik izan ote den zalantza leudeken kasuan.

6. Konklusioak

Tuberkulosiaren kontroleko programak sustatzen jarraitu beharra dago, batez ere endemia tuberkuloso altuko herrialdeetatik datozen pertsonak kontrolatzearen garrantzia azpimarratuz.

Ez dugu planteatu behar BCG txertaketa unibertsala alde batera uztea, harik eta TAGANE-k, intzidentzia tuberkuloso baxuetan BCG txertaketa unibertsalak alde batera uzteko proposatzen duen baziloferoen tasara iristen ez garen bitartean.

Bibliografia

1. Fine PEM, Carneiro IAM, Clements CJ. Issues relating to the use of BCG in immunization programmes. Geneva: WHO 1999; 1-45.
2. Infuso A, Falzon D. European survey of BCG vaccination policies and surveillance in children, 2005. *Eurosurveillance* 2006; 11:6-11.
3. Romanus V. Selective BCG vaccination in a country with low incidence of tuberculosis. *Eurosurveillance* 2006; 11:14-17.
4. Lévy-Bruhl. Prospects for the BCG vaccination programme in France. *Eurosurveillance* 2006; 11: 11-14.
5. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Criteria for discontinuation of vaccination programmes using Bacille Calmette-Guerin (BCG) in countries with a low prevalence of tuberculosis. *Tubercle and Lung Disease* 1994; 75:179-181.

Concha Castells

Bizkaiko Osasun Publikoko Zuzendariordetza

Molusku kutsakorra eta igerilekuak. Gomendio sanitarioak

Sarrera

Molusku kutsakorra birusaz (MKB) igerilekuetan kutsatzeko arriskuak, dela uraren bidez dela bertan erabiltzen diren gainerako elementuen bidez (xukaderak, taulak), kezkatuak dauzka gurasoak, irakasleak, entrenatzaileak eta osasuneko profesionalak. Lesioak dituzten haurrei igerileku publikoetan sartzea debekatzeko erabakiak eduki litzake ondorio larriak, izan ere eragin zuzena baita haur horien premia fisikoetan eta hainbat arlo sozial garrantzitsutan, sozialki estigmatizatuak geratzeraino iritsi litezkeelarik. Gainera, kontuan hartzen bada molusku kutsakorra (MK) presente egon litekeela populazio pediatrikoaren %10ean, ez dirudi bidezkoa denik neurri zorrotz hau hartzea justifikazio argirik ez badago.

Azalpen orokorrak

Molusku kutsakorra larruzaleko gaixotasun biral onbera da, normalean asintomatiaoa. Bere ezaugarrietako bat kupula formako papula gutxi batzuen (normalean 2tik 20ra) agerpena da, ongi zehaztuak, haragi kolorekoak edo gardenak, eta batzuk unibilikazio zentralarekin. Lesio hauek ia beti soin enborrean, aurpegian eta gorputz adarretan agertu ohi dira, baina ager daitezke gorputz guztian hedatuak ere. Ekzema daukaten edota immunokomprometituak diren pazienteengan erupzioak hedatuagoa eta sakabanatuagoa izateko joera edukitzen du.

Gaixotasunaren kausa poxvirus bat da eta gizakiak dira birus honen iturri ezagun bakarra. Autoinokulazioaren bidez ugaltzen da eta kutsatzeko bideak hauek dira: ukipen zuzena, sexu harremanak barne, pertsona gaixo baten lesioak edota kutsaturiko materialak, adibidez, xukaderak. Senideen artean kutsatzeko arriskua baxua edo moderatua da. Inkubazio denbora 2 astetik 3-6 hilabetera bitartekoa izan daiteke.

Diagnostikoa egin daiteke lesioen itxura berezian oinarrituta, inklusio intrazitoplasmikoko gorputzak lesioetako material zentralaren tindaketaren bidez ikuskatuz, edo mikroskopia elektronikoa- ren bidez poxvirusa identifikatuz.

Tratamendua erazte mekanikoaren bidez burutzen da, aurretiaz EMLA anestesikoa aplikatuta. Beste aukera batzuk: kantaridinaren edo agente esfoliatzaileen, adibidez, azido salizilikoaren eta laktikoaren, aplikazio topikoa; elektrokauterioa eta nitrogeno likidoa ere gerta daitezke arrakastatsu. Lesioak batzuetan bere kabuz desagertzen badira ere, tratamenduaren bidez eragotzi daitezke autoinokulazioa eta beste pertsona batzuk kutsatzea.

Birusaren kutsapena igerilekuetan

Hainbat ikerlan zentratu dira molusku kutsakorreko (MK) kasuen gehikuntzan, umeen artean, jolaserako igerilekuen testuinguruan. Biologikoki onargarria bada ere, ikerketa epidemiologikoen ezin izan dute frogatu era eztabaidaezinean jolaserako igerilekuek birus honen kutsapenerako bide ematen dutenik. Areago, azterketetako batzuk ez dute ikusten loturarik igerilekuen erabilpenaren eta birusaren kutsapeneraren artean. Gainera, igerilekuak MK-rekin lotzen zituzten ikerketetako batzuek ez zituzten kontuan hartzen beste zenbait faktore birusaren kutsapenean eragina izan zezaketenak, adibidez adina, beste jarduera fisiko batzuetan parte hartzea (ukipeneko kirolak) edo fomiteen (xukadera, taula, etab.) erabilpen partekatua.

MKBaren kutsapenari buruzko azterketen interpretazioa areago konplikatzen duen beste xehetasun bat inkubazio denboraren aldagaia da (2 astetik 6 hilabeterainoko tartea); hori dela eta, zail gertatzen da batzuetan kutsapenaren gertaera sintomen agerpe- narekin lotzea.

Ez dago argi ea garrantzitsua den bakarra fomiteekiko ukipena den al nahikoa ote den ur kutsatuan igeri egitea birusaren kutsapenerako. Litekeena da uretan murgiltzean lesioak biguntzea eta honek pertsonatik pertsonarako edo fomiteen bitarteko kutsadura ahalbidetzea. Existitzen diren hazkuntza teknikekin ez da lortzen MKB haztea; horregatik gerta liteke zalantza hauetako asko argitu gabe geratzea. Ikerlan gehiago egin behar dira MKBak igerilekuetan daukan portaera hobeto ezagutzeko. Ikerketa hauek barne har lezakete hazkuntza teknika berrien eta birusaren erreplikazio markagailuen erabilpena.

Gomendio sanitarioak

Bistako lesioak ura ongi jasaten duten lotura itsaskorrez estaltzea, eskuetako higie- ne ona, xukaderak ez direla partekatzen segurtatzea, bakoitzak bere ohola erabiltzea, etab. MK eta ukipen bidez harrapatzen diren beste zenbait infekzio prebenitzen laguntzen duten neurri onargarriak dira. Gainera oholak erabat desinfektatzeak eta lehorteak ere birusa kutsatzeko arriskua gutxi- tu egingo lukete.

Beste poxvirus batzuekin kutsaturiko gainazalak analizatzen dituzten azterketek adierazten dutenez, lixibak, iodoforoak eta beste hainbat desinfektatzaile kutsapena saihesteko eraginkor- rarak dira, diluzio, ukipen denbora, etab. i buruz fabrikatzaileak ematen dituen jarraibideak betetzen badira kontuan hartzen badira. Kontuan hartzen badugu MK birusak gainerako poxviru- sen antzeko ezaugarriak dauzkala, ondoriozta daiteke desinfek- tatzaile hauek eraginkorrak izango direla MKBari aurka egiteko ere. Desinfektatzaile hauek dira une honetan daukagun baliabi- de bakarra.

MK birusaz kutsatuak dauden haurrei instalazioetarako sarrera eragozteko, diagnostikoak betiere sanitario batek eginga izan behar du, eta ume guztiei urtero egin behar litzaien baheketak, bide batez, beste patologia dermatologiko batzuk ere aztertuz.

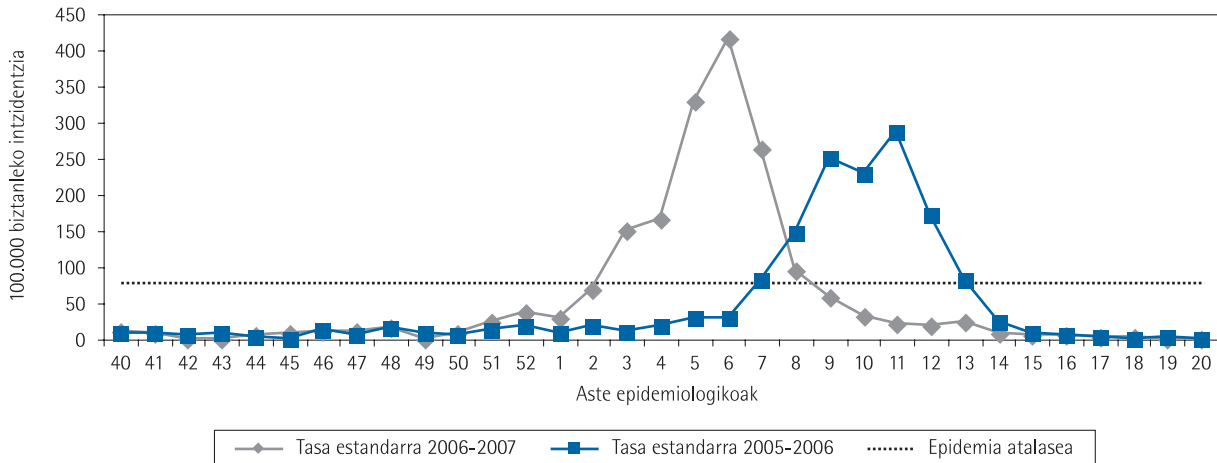
Bibliografia

1. Anna Braue, M.B.B.S., Gayle Ross, M.B.B.S., George Varigos, f.A.C.D., Ph.D., M.B.B.S., and Health Kelly, F.A.F.P.H.M., M.B.B.S. Epidemiology and Impact of Childhood Molluscum Contagiosum: A Case Series and Critical Review of the Literature. *Pediatric Dermatology* Vol. 22 No. 4 287-294, 2005.
2. Recommendations: Patients with Molluscum Contagiosum and Swimming Pool Safety. Department of Health and Human Service. Center for Disease Control and Prevention, U.S.A.

Juncal Artieda Arandia
Loreto Santa Marina Rodríguez
Gipuzkoako Osasun Publikoko Zuzendariordetza

Gripearen asteroko intzidentziaren konparaketa, 2005-06

1. Grafikoa eta 2006-07 denboraldiei dagokiena. EAE



Atalase epidemikoa: aste bakoitzerako eta denboraldirako espero diren kasuak kalkulatu dira. Analizatzen den aste bakoitzerako espero diren kasuen sumatorioa eta populazioa aurkitzen dira. Bi sumatorioen arteko zatidura da epidemia atalasea.

Sarrera

1998 urteaz gero Euskadiko jagoletza sareak bere helburuen artean urtaroko gripea zaintzea dauka. 2006-2007 denboraldian, aipatu jagoletza sarean barne hartzen ziren Lehen Mailako Atentzioko 34 mediku eta pediatra, Donostia Ospitaleko Erreferentziako Laborategia eta EAEko Epidemiologiako Unitateak. Horiez gain, bertan jardun zuten zahar egoitzetako Lurralde bakoitzeko mediku batek eta ospitaletako urgentzia zerbitzuek. Izendatzaile gisa erabili zen populazioa, mediku deklaratuak bakoitzaren OTI txartelean oinarrituz, 53.312 pertsonakoa izan zen, hau da, euskal populazioaren %2,5a.

Aurreko urteetan bezala, gripearen jagoletza sareak gripearen intzidentzia datuak erregistratu zituen denboraldi guztian, hau da, 2006ko 40. astetik hasita (urriaren 1etik) 2007ko 20. astera arte, hau da, maiatzaren 19ra arte. Deklarazio portzentajea altua izan zen, %89,2ra iritsi baitzen, zainketako 23 asteetan.

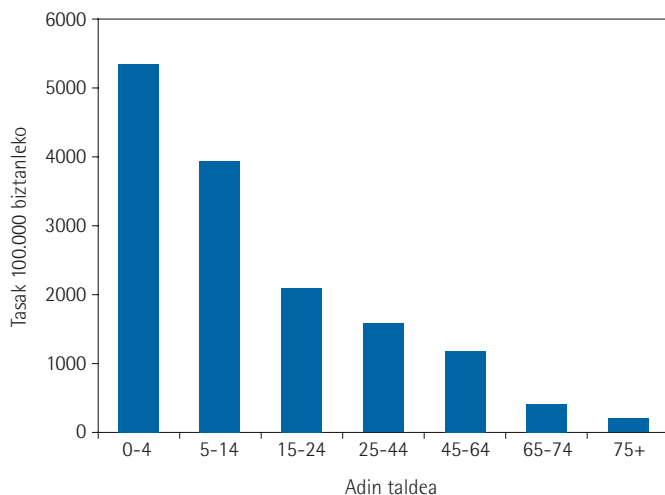
2006-2007 denboraldiko emaitzak

Guztira 952 kasu erregistratu ziren, gripe kasuaren definizio irizpideak betetzen zituztenak. Honek 100.000 biztanleko 1.787,6 kasuko intzidentzia metatua suposatzen du zainduriko denboraldi guztian. Beraz, intzidentzia 2005-2006 denboraldian sumatu zena baino zertxobait altuagoa izan zen (1.667 kasu 100.000 biztanleko) baina askoz baxuagoa 2004-2005 denboraldikoarekin alderatzen badugu (3.183 kasu 100.000 biztanleko). Oro har, 2006-2007 denboraldiko urtaroko uhin epidemikoa esan dezakegu intentsitate moderatukoa izan zela.

Gripe aktibitatea 2007ko urtarrileko lehen astera arte ez zen hasi kontuan hartzekoa izaten. Urtarrileko hirugarren astean erregistraturiko intzidentziak jadanik gaintzen zuen urte horretako atalase epidemikoa (78,9 kasu 100.000 biztanleko). Intzidentziaren gailur gorena seigarren astean erregistratu zen, 2007ko otsailaren 4tik 10era, 100.000 biztanleko 415 kasuko tasarekin, EAEko jagoletza sare guztian. 8. Astetik aurrera, intzidentzia gutxiagotuz joan zen, berriz ere atalaseaz beheko balioetara iritsi arte, 9. astean. (1. grafikoa).

EAEan 2006-2007 denboraldian adinaren

2. Grafikoa arabera metaturiko gripe intzidentzia



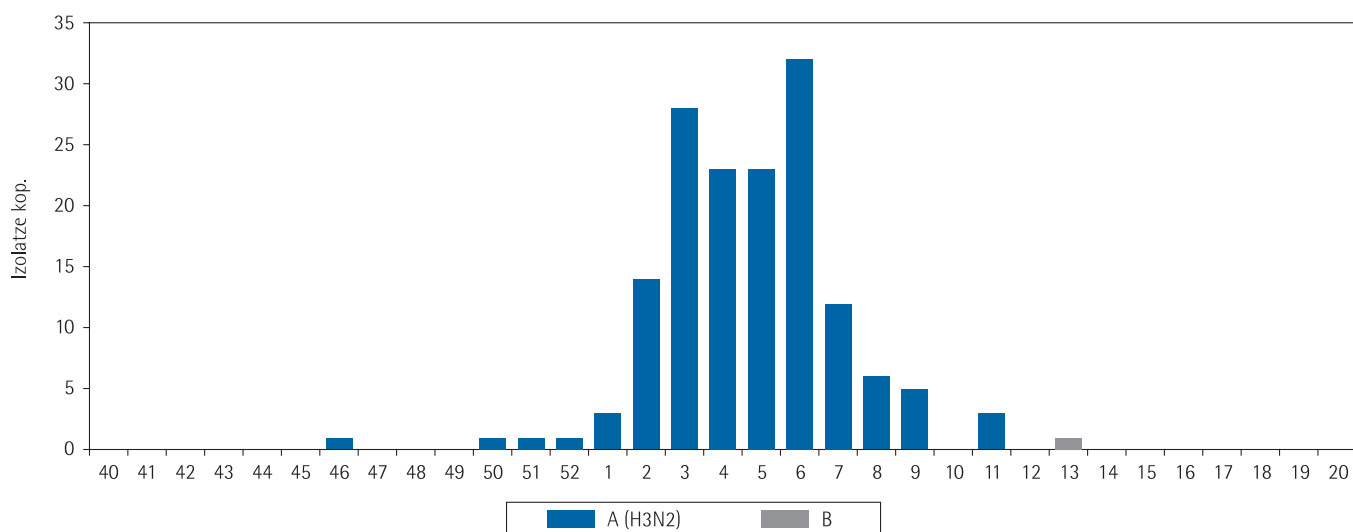
Kasuen ezaugarriak

Gripean ohikoa den bezala, intzidentzia altuagoa izan zen haurren populazioan, eta joera beherakorra aurkeztu zuen helduen artean (2. grafikoa). Intzidentzia handiena 0-4 urteko adin tarteari egokitu zitzaion 100.000 biztanleko 5.354 kasurekin, eta bigarrena 5-14 urteko taldeari, 100.000 biztanleko 3.944 kasurekin. Intzidentzia baxuena 65 urtetik gorako populazioan erregistratu zen. Erregistraturiko kasu guztien %54,2a gizonezkoak izan ziren eta %45,8, emakumeak.

Gehien aipatu ziren gaixotasun sintomak hauek izan ziren: bat bateko agerpeneko sukarra (kasuen %98,5), arnas sintomak (%83,5) eta mialgiak edota muskuluetako oinaze orokortua (%81,7). Gripez gaixotutako %87,6ak ez zuen aipatu patologia elkarturiko aurrekaririk eta, jasan zituztenetan ohikoenak arnasketakoak izan ziren (%5) eta zirkulazio aparatukoak (%2,1). Kasuen %0,5 bakarrik bideratu zituzten espezialistarengana (5 kasu). Kasuen %94,2tan ez zen agertu gripearen aurkako txertaketaren aurrekaririk.

Gripe birusen isolatzeen tipoaren arabeko banaketa EAEan,

3. Grafikoa 2006-2007 denboraldian



Datu biologikoak

2006-2007 denboraldian guztira 276 frots laringeo bidali ziren erreferentziako laborategira hazkuntza egiteko eta/edo birusaren detekziorako; horrek erregistraturiko kasuen %29a suposatu zuen. Donostia ospitaleko erreferentziako laborategiak 154 emaitza positibo berretsi zituen (117 hazkuntza bidez eta 37 PKR bidez); beraz, bidaliriko laginen errendimendua %55,8koa izan zen, ratio altuenetako bat 1998an gripearen zainketa egiten hasi zenetik.

Lehenbiziko birus isolatze positiboa, 46. astean lortu zena, A(H3) birus bat izan zen eta Bizkaian erregistratu zen. 2006-2007 denboraldian AH3N2 isolatzeak izan ziren ohikoenak (%98). Izan ere A(H1N1) birusaren isolatze bakar bat erregistratu zen eta beste bat B tipokoa. Hauxe izan zen denboraldiko azken positiboa, 2007ko 13. astean (3. Grafikoa), eta 20. astearen ondoren B tipoko beste birus bat isolatu zen Gipuzkoako jagoletza sarean. Tipatuak berretsi zuen A/Wisconsin/67/05(H3N2) eta A/NewCaledonia720/99(H1N1) anduien antzekoak zirela.

Laburbilduz, 2006-2007 denboraldiko urtaro gripean A tipoko birusak nagusitu ziren. Litekeena da aurreko denboraldietan nagusitu

zen birusa B tipokoa izan zelako populazioa 2006-2007 denboraldian babestuagoa egotea B tipoko birusen aurrean (4. Grafikoa).

Gomendioak 2007-2008 denboraldirako gripe aurkako txertoa dela eta

2007-2008 denboraldirako gripe aurkako txertoaren eraketarako Osasunaren Mundu Erakundeak ipar hemisferiorako honako andui hauek barne hartzea gomendatzen du:

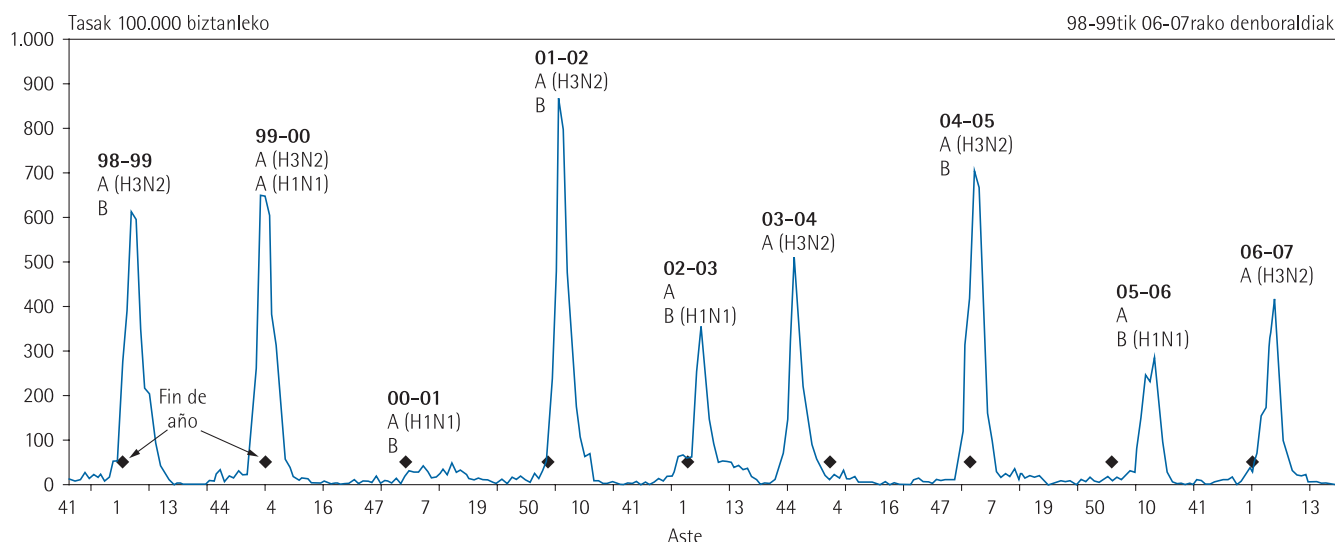
- A/Solomon Islands/3/2006 (H1N1)
- A/Wisconsin/67/2005 (virus de H3N2) y A/Hiroshima/52/2005
- B/Malaysia/2506/2004

Iturria: <http://www.who.int/csr/disease/influenza/recommendations2007north/en/index.html>

Euskadiko gripearen jagoletza sarea

Urtaro gripearen eboluzioa eta birus tipo nagusiak.

4. Grafikoa Euskadi. 1998-2007



**Derrigorrez aitortu beharreko gaixotasunak.
2007 urteko 1-42 astei dagozkien datuak***

E.H.A.E.	Kasu kop.	Tasa	I. E.** 1	I. E.** 2
Botulismoa	0	0,00	—	—
Kolera	0	0,00	—	—
Disenteria	12	0,58	0,71	0,86
Sukar tifo-paratifikoa	4	0,19	0,67	1,33
Trikinosia	3	0,14	—	—
Gaixotasun meningokozikoa	52	2,50	0,84	0,61
Gripea	28.150	1.351,68	1,22	0,84
Legionelosisia	87	4,18	0,88	1,01
Meningitis tuberkuloso	5	0,24	1,00	0,71
Tuberkulosia	346	16,61	0,79	0,84
Barizela	12.555	602,86	1,65	1,29
Infekzio gonokozikoa	85	4,08	1,60	3,27
Sifilisa	72	3,46	1,71	4,50
Difteria	0	0,00	—	—
Parotiditisa	1.818	87,30	17,31	60,60
Poliomielitisa	0	0,00	—	—
Errubeola	2	0,10	2,00	2,00
Elgorria	0	0,00	—	—
Tetanoa	1	0,05	0,14	1,00
Kukutxetula	21	1,01	1,17	2,10
A Hepatitisa	35	1,68	0,27	0,81
B Hepatitisa	25	1,20	0,89	0,93
C Hepatitisa	6	0,29	0,40	0,67
Bestelako hepatitis birikoak	0	0,00	—	—
Bruzelosia	1	0,05	0,50	0,50
Amorrua	0	0,00	—	—
Sukar horia	0	0,00	—	—
Paludismoa	10	0,48	0,50	0,59
Izurria	0	0,00	—	—
Tifus exantematikoa	0	0,00	—	—
Lepa	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 (2006) denboraldi berean gaixotasun horretarako aurkezturiko kasuen arteko arrazioa da.

I. E. 2 (2 Indize epidemikoa) aipaturiko denboraldian gaixotasun baterako aurkezturiko kasuen eta aurreko bosturteko (2002-2006) denboraldi berean gaixotasun horretarako aurkezturiko kasuen arteko arrazioa da.

EHAE guztiko aitortpenen portzentajea = %81

Analizatu den denboraldian aipatu beharra dago parotiditis agerrialdia bat, urtearen hasieratik 30. astera arte luzatu dena; kasuen kopurua jadanik murrizten ari da. Barizelari dagokionez ere, aurreko urtean baino kasu gehiago erregistratu dira, baina hori gaixota-

sunaren aldaketa ziklikoei zor zaie, gripearekin gertatzen den bezalaxe. Alderantziz, beste gaixotasun batzuk, adibidez, tuberkulosia, hepatitisak, eta gaixotasun meningokozikoa gutxitzen ari dira, bai aurreko urtearekin eta bai aurreko bosturtekoarekin alderatuta.

Salmonella spp-aren prebalentzia EAEn saltzen diren arrautzetan

Sarrera

Salmonella infekzioa Osasun Publikoko arazo bat da. Bere transmisioan elikapen kate guztiak dauka zerikusia, arrautzaren sortzetik beretik azken kontsumitzaileeraino. Arazo honi aurre egiteko, salmonelosiaren kontrol eta minimizaziorako Euskal Autonomia Erkidegoan Sailen arteko programa jarri zen martxan; hala, marko horren barruan egin da azterketa hau.

Lehen urrats gisa, Osasun Sailak beharrezko iritzi zion salmonellari buruzko azterketa bat egiteari, Euskal Autonomia Erkidegoan egunero merkatuan sartzen diren salmonellaz kutsaturiko arrautzen prebalentziaren estimazioa egiteko helburuaz.

Materiala eta metodoak

Egunero Autonomia Erkidegoan merkaturatzen diren arrautzetatik abiatuturik, bi etapatan egiteko laginketa bat diseinatu zen. Lehenengoan, eta, establezimenduen errolda oinarritzat hartuta, hainbat establezimendu, almazen eta enbalaje zentro hautatu ziren. Bigarren etapan, dozena erdi arrautzako laginak hautatu ziren aipatu lekuetako bakoitzean. Enbalaje zentroetako laginak EAEn kokuak dauden oilategietako arrautzei dagozkie, eta almazenetako laginak beste Autonomia Erkidego batzuetako oilategietakoei.

Arrautza oskolean eta arrautza barruan analizatu zen *Salmonella spp-aren* presentzia. Determinazio analitikoak Osasun Publikoko laborategian egin ziren, hain zuzen, Bilboko eta Donostiako egoitzetan, biak ere ISO 17025 Arauarekin kreditatuak. Aurrena screening bat egin zen entzimoinmunoentseiuarekin, miniVIDAS, hazkuntza bidezko berrespena ISO 6579 standart oinarri hartura, eta serotipatua aglutinazio testaren bitartez suero polibalente eta espezifikoei. Isolaturiko *Salmonella enteritidis* anduiak fagotipatu egin ziren Erreferentziako Laborategi Nazionalan, hau da, Elikadura Zentro Nazionalan, Elikapen eta Nutrizio Seguratasuneko Espainiar Agentziaren menpeko erakundea bera.

Hautatuak izan ez ziren ustiatzei elkaturiko enbalaje zentroetan lagin batzuk hartu ziren Animalien Osasuneko arduradunek oilategietan eginiko azterketa baterako lagungarri gisa. *S. enteritidis* isolatu zenetan, anduiak Erreferentziako Zentro Nazionalera bidali ziren fagotipatua egiteko.

Kanpoko lana 15 establezimendu, banaketa almazen eta enbalaje zentroetan egin zen 2005 urteko bigarren seihilekoan eta 2006 urtearen hasieran.

Emaitzak

Guztira 890 lagin bildu ziren, 561 (%63) enbalaje zentroetan, eta 329 (%27) almazenetan.

Salmonella spp analizatu zen oskolean 885 laginetan eta arrautza barruan 882 laginetan. Bost lagin prozesatu gabe utzi ziren,

laborategira egoera txarrean iritsi zirelako eta 3 laginetan ez zen analizatu arrautza barrua laborategiko arazoengatik..

EAEn egunero merkaturatzen diren eta *Salmonella spp*-az kutsatuak dauden dozena erdi arrautzen proportzioa %8,2koa da (%6,4-,%19 IC %95). *Salmonella spp*-aren kokapenari dagokionez, arrautza oskola kutsatua dago %7,3an (analizatu ziren 885 laginetako 64tan); arrautza barrua %1,1ean, eta aldi bereko kutsadura, alegia, oskolekoa eta barrukoa %0,2koa da.

Oskolean identifikatu ziren serotipoak hauek izan ziren: *S. enteritidis* (27 lagin), *S. infantis* (1 lagin) eta *S. Ohio* (37 lagin). Laginetako batean aldi berean agertu ziren *S. enteritidis* eta *S. infantis*. *S. Ohio* agertu zen 37 laginak enbalaje zentro berekoak ziren.

Arrutza barruan honako hauek isolatu ziren: 4 *S. enteritidis*; 1, *S. goldcoast*, eta 5 *S. gallinarum*.

Bi laginetan oskolean eta arrautza barruan aldi berean isolatu zen *Salmonella*. Horietako batean bi kokapenetan isolaturiko serotipoa berbera izan zen (*S. enteritidis*); bestean, ordea, oskolean identifikaturiko serotipoa *S. Ohio* izan zen eta barrukoa, *S. enteritidis*.

Salmonella gallinarum ez zaio kutsatzen gizakiari baina garrantzi handia dauka animalien osasunean: Aurkituriko laginak txertagarri gisa identifikatu ziren. Salmonelaz kutsaturiko dozena erdien proportzioa ez da asko aldatzen *gallinarum* serotipoko bost isolatzeak alde batera utzi ondoren: %7,6 (%5,9 - %9,3 IC %95). Dena dela, arrautzaren barruko isolatzeen proportzioa erdira murrizten da (%0,55).

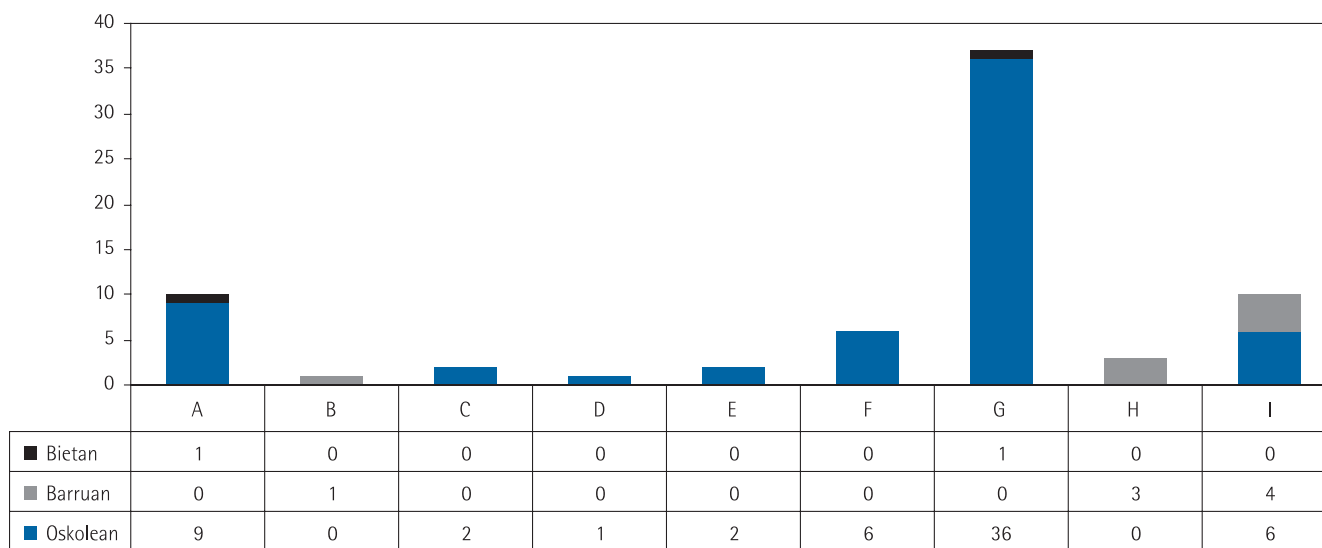
Almazenetatik zetozen laginetan 4 isolatze egin ziren, 3 oskolean eta 1 barruan; enbalaje zentroetatik zetozenetan 68 izan ziren isolatzeak (gutzizkoaren %94a), oskolekoak 59 eta barrukoak 7, eta bi kokapenetan aldi berean, 2. .

Salmonellaren kokapena arrautza

1. Taula oskolean eta barruan

Maiztasuna %		Barruan		Guztira
		Ez dago	badago	Tasak
Oskolean	Ez dago	810 91,84	8 0,91	818 92,74
	Badago	62 7,03	2 0,23	64 7,26
Guztira		872 98,87	10 1,13	882 100,00

2. Taula establezimenduetako bakoitzean



Isolatzeak egin ziren laginak 9 establezimendutatik ekarriak ziren; gainerako 6etan ez zen egin isolatzerik ezein laginetan. Kutsaturiko dozena erdian %51,4a establezimendu bakar batek ekarria zen, eta horien artean zeuden *S. Ohio*-az kutsaturiko 37 laginak.

Elikapen Zentro Nazionalako Erreferentziako Laborategi Nazionalera *S. enteritidis*-eko 34 andui bidali ziren. 1 fagotipoa izan zen ohikoena (10 anduietan), eta jarraian 1C eta 6A fagotipoak (4 andui bakoitzean); hiru lagin 4 fagotipoari egokitu zitzaizkion eta lagin bat honako fagotipo hauei: 6B, 7, 12, 30, 35, 37 eta 39. Azkenik, laginetako batek ezagutu ezinezko patroia bat (EEP) aurkeztu zuen, eta bi ez-tipagarriak (ET) izan ziren.

Eztabaida

Salmonellak eragindako kutsadura, dozena erditan estimatua, gehitu egin da 1989¹ urtean Autonomia Erkidegoan eginiko azterketa baten emaitzekin alderatzen bada: %7,6 orain eta %0,6 orduan; dena dela, azterketa hura puntuala izan zen eta ez adierazgarria estatistikoki; azterketa horretan, isolatze guztiak *S. enteritidis*-arenak izan ziren, *S. Typhimurium* agertu zen lagin batekoa salbu.

Europako beste herrialde batzuetako emaitzekin konparatuz, prebalentzia askoz ere altuagoa da EAEan. Irlandak³ azterketa bat egin zuen 2.090 dozena erdi arrautzekin eta %0,4ko prebalentzia aurkitu zuen, eta Ingalaterran⁴ 1993an inportatuak ez ziren 7.045 dozena erdi arrautzarekin eginiko azterketa batean %0,9ko prebalentzia estimatu zuten. Azken azterketa honetan isolatze ohikoena *S. enteritidis*-ena izan zen (isolatzeen %85a). EAEan isolatze ohikoena *S. Ohio* izan da, baina establezimendu bakar batetik etorria. Azkenik, Erresuma Batuan 2006an beste herrialdeetatik inportaturiko arrautzen kutsadurari buruz eginiko azterketa baten emaitzek Espainiar estatua %13,3rekin kokatzen dute, EAEan eginiko azken azterketa honek eman dituenak baino portzentaje altuagoa, alegia.

Azpirarratzea da 37 laginetan isolatu den *S. Ohio*, estatu mailan arrautza eta eratorrietan aurkitu den presentzia 5,2%⁵-ekoa izan baita. EAEan *S. Ohio* agerraldi hidriko batean isolatu zen Araban 1995ean.

S. infantis-ari dagokionez, isolatze bakar bat egin zen, emaitza nabarmenki baxuagoa estatu mailan arrautza eta eratorrietan eginiko isolatze guztien %8,3%⁵-arekin alderatzen bada.

Ez da isolatu *S. Virchow* bakar bat ere EAEan (%7,3⁵ estatu mailan). Ez dugu aurkitu erreferentziarik arrautzetan eginiko *S. gallinarum*-ari buruz, baina ulertzekoa da emaitzetan hori ez aipatzea, animalien osasunerako bakarrik baitauka garrantzia *Salmonella* horrek.

Azterketa hau izan da azken urte hauetan espainiar estatuan argitaratu diren guztien artean lagin ugari eta adierazgarriena; dena dela, egia da egin direla antzeko azterketak beste Autonomia Erkidego batzuetan baina ez dituzte emaitzak argitaratu.

Azpirarratu beharreko datua da diseinuan kontuan hartu dela establezimendu, enbalaje zentro eta almagaztetako bakoitzak egunero salmentan jartzen dituen arrautzen kopurua.

Aurkitu diren estimazioak adierazgarriak dira Salmonellen guztizkorako. Serotipo mota desberdinetarako kutsadura puntaletako datuek balio orientatiboa besterik ez daukate.

Identifikatu diren *S. enteritidis*-aren fagotipoak dagokienez, ohikoena 1 fagotipoa izan da, %29,4arekin. Aipatu dugun Erresuma Batuko azterketan ere beronek aurkeztu zuen prebalentziarik altuena: %83.

Dolores Coll Jordá
Osasun Publikoko Zuzendaritza

¹ Perales, Audicana. The role of hens eggs in outbreaks of salmonellosis in north Spain. *International Journal of Microbiology*, 8 (1989) 175-180

² Little CL, Walsh S, Hucklesby L, et Al. Survey of Salmonella Contamination of Non-UK Produced Shell Eggs on Retail Sale in the North West of England and London. Final Report-Project B18012 November 2006

³ De Louvois J Salmonella contamination of stores hens eggs PHLS Microbiology Digest 1994 11:203-205

⁴ Wilson MW, Lake RJ, Kieft CJ Background for Risk assessment of imported poultry products. 2000 FW0078 A report for the Ministry of Health. Mount Albert Science Centre:ESR

⁵ AESA *Salmonella*-ri buruzko lan taldea, arrautza eta eratorriei dagokienez. Espainia, 2006.

Tabako kearen aurreko esposizioa Euskadin familiako zein laneko eremuan

Ingurunekeo tabako kearen aurreko esposizioa (tabakismo pasibo) osasun publikoko arazo serioa da. Gauza jakina da badagoe-la lotura tabakismo pasiboaren eta osasunerako hainbat efektu larriren artean. Leku itxietan tabako kea arnasteak, besteak beste, arnas bide altuetako infekzioak, sinusitisa, bronkitisa, pneumoniak eta beste zenbait patologia nahiko larri nozitzeko arriskua areagotzen du —nahita zein nahi gabe— tabako kea dagoen leku itxietan bizi diren, lan egiten edo denbora tarte luzeak ematen dituzten pertsonen artean.

Tabakismoari aurre egiteko neurri sanitarioen Lege Estatu mailakoak, 2005eko abenduan onartu zenak, nazioarteko erakundeen jarrera berretsi du, tabakismoa osasun publikoko arazo larria dela deklaratu. Aldi berean, osagarri eta indargarri gisa balio izan du Eusko Legebiltzarrak drogamenpekotasunei buruz emandako 18/1998 Legearentzat. Edonola ere, araudi honek aldaketa garrantzitsu bat ekarri du zenbait lekutan kontsumoaren debekua eta kontrola ezarri eta, ondorioz, tabakorik gabeko espazioak gehituz. Bestalde, Osasunaren Mundu Erakundeak 2007ko tabakorik gabeko mundu egunerako lema hau hautatzea erabaki zuen «Tabako kerik gabeko inguruneak».

Tabako kearen esposizioari buruz EAEan erabilgarri geneuzkan datuak 1997an eta 2002an eginiko Osasun Inkestetarik hartuak zirenez, egoki iruditu zitzaigun informazio hori aztertzea eta eguneratzea, 2007ko egoera zein zen erabaki ahal izateko.

Helburuak

Nahiko hurbileko informazioa lortzea tabako kearen esposizioari buruz, familiako eta laneko ingurunean.

Zeharka eta gutxi gorabehera ezagutzea zenbatekoa den tabako kontsumoaren maila EAEan.

Metodologia

Telefono bidezko elkarrizketa bat egin zitzaion 2007ko apirilaren 30etik maiatzaren 4rako astean 16 urte edo gehiagoko 350 pertsonako lagin bati. Laginaren hautaketa zozketa bidez egin da adin eta sexu kuoten arabera. Sexu eta adin taldeen arabera banaketa EAEko populazio egiturari egokituta egin da, Eustat/Euskal Estatistika Institutuak 2005/12/30 datan eginiko estatistika eguneratua oinarritzat hartuz.

Lortutako emaitzak periodikotasunez egiten diren Osasun Inkestetako emaitzekin konparatu ahal izateko, 25 item edo galderatan egituraturiko itaun sorta bat prestatu zen, gehienak Osasun Inkestetan erabiltzen diren transposizioak. Osasun Inkestetako irizpide berari jarraituz, pertsona erretzailatzat hartu da egunean gutxienez zigarro bat erretzen duela deklaratu duena

Emaitzak

Populazio orokorrari dagozkion emaitza nagusiak era honetan laburbil daitezke (1. Taula):

- 16 urtetik gorako EAEko populazioaren %17ak adierazten duenez, egunero (%14) edo oso sarritan (%3) tabako kearen esposizioan aurkitzen da etxe barruan. Esposizio hori jasaten dutela adierazten dute emakumeen %20ak eta gizonezkoen %14ak.

- EAEko populazioaren %7ak adierazten duenez, egunero (%5) edo oso sarritan (%2) tabako kearen esposizioan aurkitzen bere lantegian. Gizonezko eta emakume portzentaje berberak adierazten du egoera hori jasaten duela.
- Tabako kearen esposizioiko portzentaje hauek populazioaren %33ra iristen dira beste leku itxi batzuetan biltzen direnean, eta esposizio honi dagokionez, askoz ugariagoa da gizonezkoen taldea emakumeena baino.

Tabako kearen aurreko esposizioaren

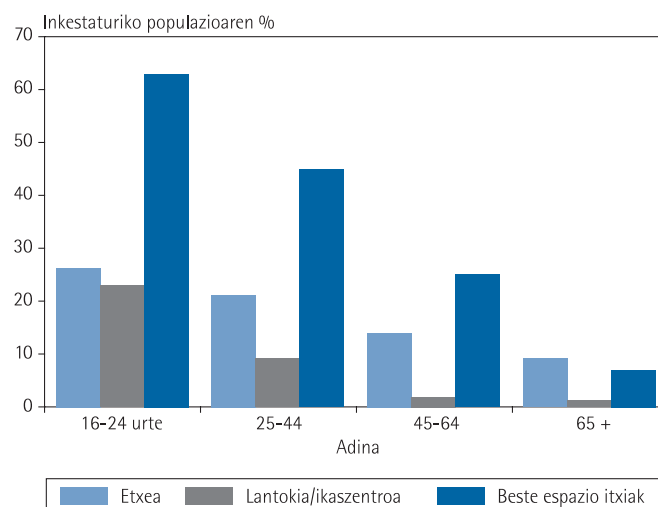
1 Taula maiztasuna (portzentajea)

	Bai, egunero	Bai, oso sarri	Bai, noizean behin	Bai, baina gutxitan	Inoiz ez
Etxean	14	3	11	6	66
Lantegian, ikastetxean	5	2	2	2	89
Beste leku itxi batzuetan (taberna, jatetxe, klub, automobil, etab.)	11	22	36	19	12

Adin talde gazteenari dagokionez (16-24 urte), %26ak adierazten du egunero edo oso sarri jasaten duela tabako kearen esposizioa etxean; %24ak gauza bera lantegian edo ikastetxean; eta %63ak, erretzea baimendua dagoen leku itxietan. Populazio orokorrari dagokionez, adina gehitzen den neurrian, gutxiago dira tabako kearen esposizioa jasaten dutela adierazten dutenak, etxean, lantokian eta gainerako espazio itxietan (1. Grafikoa).

Tabako kearen aurreko esposizioa

1. Grafikoa adin taldeen arabera (portzentajea)



Tabakismo pasiboa, bestalde, tabakismo aktibotik, erretzailen-gandik, eratorritako egoera bat da. Elkarrizketatu dugun populazioaren %20ak erretzaila dela adierazi du: emakumeen %17ak

eta gizonzkoen %24ak. 2. taulan jasotzen dira, bertan dauden pertsonen tabako kearen esposizioa jasateko arrisku handiena daukatenak.

- Erretzaileen erdiak baino gehiagok adierazten du etxe barruan erretzeko ohitura daukala (%47).
- Pertsona erretzaileek adierazten dute erretzeko ohitura daukela erre ezin/behar ez den lekuetan (%5), lantokia barne (%18).
- Erretzaile deklaratu diren ia pertsona guztiek kontsumitzen dute tabakoa erretzea baimendua dagoen espazio itxietan (%92) eta leku irekietan (%96).

Populazio erretzaileak erretzen omen duen

2 Taula lekuak (portzentajeak)

	Si	No
Etxe barruan	47	53
Lantegian edo ikastetxean	18	82
Erretzea baimendua dagoen leku itxietan	92	8
Leku irekietan	96	4
Erre behar ez litzatekeen lekuetan	5	95

Eztabaida

Azterketa honek, zenbait analisi egiteko, bere mugak badituen arren, lortu diren emaitzekin jakin daiteke zein den gutxi gorabehera EAEko egoera, familian eta lantokian jasaten den tabako kearen esposizioari buruz.

Adierazi ditugun emaitzetatik, ondoriozta daiteke tabako kearen esposizioa nabarmenki gutxitu dela azken hamarkada honetan, neurri berean ez bada ere, ingurumen itxi guztietan. Hobekuntza diakroniko hau izan daiteke sentsibilizazio gero eta handiagoa dagoelako populazioan, erretzaileak izan zein ez, prozesu didak-

tiko-terapeutiko luze baten emaitza; eta bestetik, bai autonomia mailan eta bai estatu mailan, tabako kontsumoaren aurrean egiten den presio normatibo-erregulatzaileagatik.

Hala, lantokian jasaten zen tabako kearen esposizioari dagokionez, portzentajeak gutxituz joan dira era honetan: 1997ko Osasun Inkestan %38ak adierazten zuen tabako kearen esposizioeko egoera jasaten zuela egunero edo oso sarri; 2002ko Osasun Inkestan %22ra jaitsi zen portzentajea eta azken inkesta honetan, %7ra (2. Grafikoa).

Era berean igartzen da, hain nabarmenki ez bada ere, nola joan den gutxituz etxe barruan jasaten den tabako kearen esposizioa: 1997ko Osasun Inkestan %32 ziren esposizio hori jasaten zutenak; %21 ziren 2002koan, eta %17 gaur egun.

Argi dago oraindik ere etxea —espazio itxia eta normalean familiako hainbat kide elkarrekin bizi ohi diren lekua— helburu nagusietako bat dela "esposizio gabeko gune" bihurtzeko lehen aipatu dugun prozesu didaktiko-terapeutikoaren bitartez, izan ere, pertsona erretzaileen %47ak —erre behar ez litzatekeen lekuetan erretzen ez duenak (%95), lantokiak barne (%82)— etxean erretzen jarraitzen baitu, noizean behin edo gutxitan bada ere.

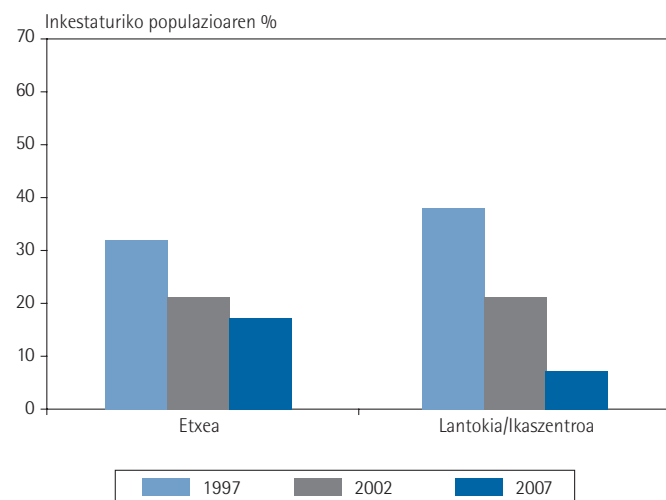
Ematen du zigarro paketeak etxeko ezinbesteko "elementu" izaten jarraitzen duela; horregatik, areagotu egin behar lirateke tabako kearen esposizio hori prebenitzera bideraturiko jokaerak. Hau guztia kezkarria da osasunaren ikuspegitik, izan ere, espazio itxietan erretzea legalki baimendua egon edo ez egon, tabakoa betiere arrisku faktorea baita pertsonen osasunerako. Sanitatearen aldetik tabakoa sekuka ere ez da izango faktore osasungarria. Agintari sanitarioek osasun publikoaren arloan daukatren erantzukizun nagusia pertsona guztien osasuna babestea da, batez ere haur-gazteen populazioa, dokumentu honen hasieran aipatu ditugun legetan behin eta berriro azpimarratzen den bezala.

Inma Zubia
Itxaso Manzano
Yolanda Cantera
Isabel Martin

Osasun Publikoko Lurralde Zuzendariordetza

Tabako kearen esposizioa etxean eta

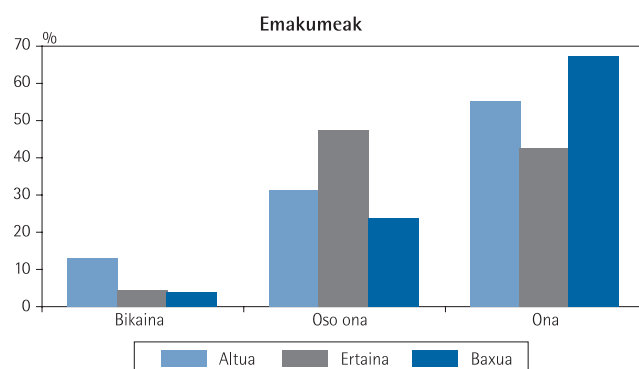
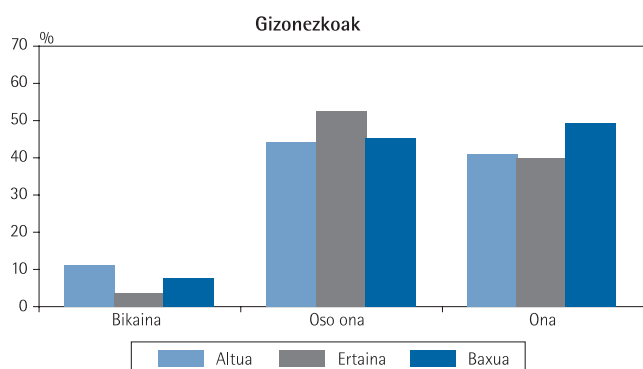
2. Grafikoa lantokian/ikaszentroan. 1997-2007



Nutrizioari buruzko inkesta – II. Zatia

Osasun bikaina, oso ona daukatela deklaratzeko duen 12-18 urteko populazioa (%),

1. Grafikoa sexuaren eta talde sozioekonomikoaren arabera



21. zk. buletinean aurkeztu ziren Nutrizioari buruz, zehazkiago elikapen ohiturei buruz eta dietaren kalitate nutrizionalari buruz, eginko inkestaren lehen emaitzak. Ale honetan, aurkezten ditugu sumatzen den osasunarekin, obesitatearen prebalentziarekin, gorpuzkera irudiaren pertzepzioarekin, tentsio arterialarekin, kolesterolarekin eta zenbait bizi ohiturekin, hala nola tabako eta alkohol kontsumoarekin, erlazonaturiko emaitza azpimarragarrienak. Definizioak jadanik deskribatuak daude aurreko buletinetan, 16. eta 18. zk.etan. Kanpoko lana 2004ko martxoaren 1ean hasi eta 2005eko otsailaren 28an amaitu zen. 1.187 elkarrizketa egin ziren etxebizitzetan eta erantzun tasa %76,7koa izan zen.

Sumatzen den osasuna

Nerabeen %45ak beren osasuna bikaina edo oso ona dela uste du. Pertzepzio hau gehiago partekatzen dute mutilek (%51,6), neskek baino (%37,5). Mutil gazteenak dira, 12-14 urtekoak beren osasunari puntuaziorik altuena ematen diotenak, izan ere %11,3ak bikain gisa kalifikatzen du bere osasuna. Eta baxuena, berriz, 15-18 urteko neskatxek ematen diote, hauetako %6,9 baitira bikain gisa kalifikatzen duten bakarrak. Maila sozioekonomiko altuenetako gazteek proportzio handiagoan sumatzen dute beren osasuna bikain gisa, eta pertzepzio hori beheraka dator maila sozioekonomikoa beheratzen den neurri berean. (1. Grafikoa)

Obesitatea

4 urtetik 18ra bitarteko populazioaren %12,2a obesoa da, mutilen %12,7 eta nesken %11,7. Obesitate prebalentzia altuena 11-14 urteko mutikoengan (%19,4) eta 15-18 urteko neskatxengan (%15,6) ematen da.

Gainkargari dagokionez, proportziorik altuenak 7-10 urteko eta 11-14 urteko taldeetan ematen dira mutikoengan (%31,2 eta %36,1); neskatxen artean, berriz, adinarekin batera gehituz joaten da gain-

karga eta 15-18 urteko adin taldean izaten da altuena (%32,8). Aipatzekoa da era berean, gutxiagiko pisua 4-6 urteko haurren, neskatxoaren zein mutikoaren, %4,3an ematen dela.

Besitatearen prebalentzia altuagoa da maila baxueneko talde sozioekonomikoetan, bai mutikoetan bai neskatxoetan. Gainkargak aldeartantziko gradientea aurkezten du maila sozioekonomikoarekiko, batez ere neskatxoengan. (2. Grafikoa)

Gorputz irudiaren pertzepzioa

Neskato nerabeek erantzuten dute proportzio altuenean beren pisua normala baino handiagoa dela eta argaldu egin nahi luketela; eurak dira beren gorputz pisuarekin gehien kezkatzen direnak eta egina dute gutxienez behin, dietaren bat. 12-18 urteko populazioaren %28,7ak uste du bere pisua normala baino altuagoa dela, neskatxoaren %35ak eta mutikoaren %2,9ak. Gutxiagiko pisuaren pertzepzioari dagokionez, mutilena nabarmentzen da %12,2arekin, neskatxoena baino bi bider portzentaje altuagoa. Maila sozioekonomikoa jaisten den neurrian, gorputz pisua normala baino handiagoa delako pertzepzioa gehitu egiten da, batez ere neskatxo nerabeen kasuan (%37).

Nerabeen erdia ez dago pozik daukan pisuarekin, mutilen %40,6a eta neskatxen %56,1a. Neskatxa nerabeen kasuan, erdiei pisua galtzea gustatuko litzaieke. Beren pisuarekin pozik ez dauden mutiko nerabeen artean, gehienei pisua galtzea gustatuko litzaieke baina badago %12,5 bat irabaztea gustatuko litzaiokeena. (3. Grafikoa)

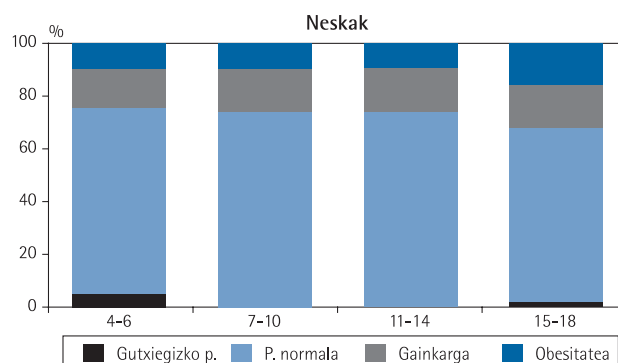
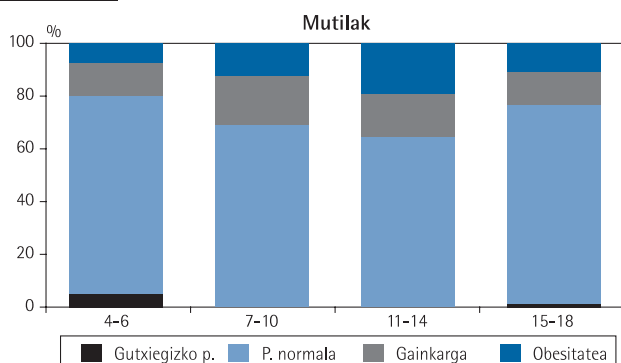
Bere gorputz pisua dela eta gutxien kezkatzen den populazio nerabea egoera sozioekonomiko oneneko taldeetan aurkitzen da. Kezka handiagoko gradientea agertzen da egoera hori txarragora doan neurrian. Betiere neskatxa nerabeak dira gehien kezkatzen direnak.

Tentsio Arteriala

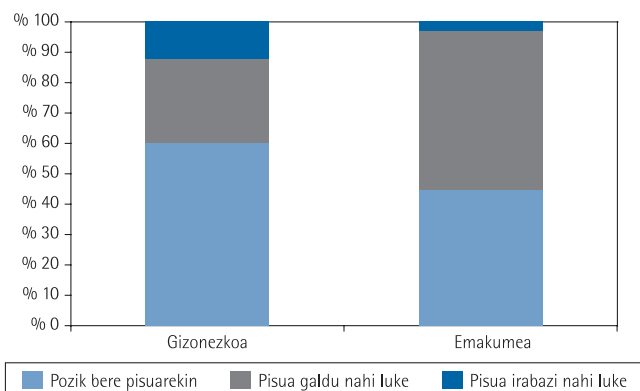
EAEko 7-18 urteko populazioan Hipertentsio Arterialaren prebalentzia %4,0koa da sistolikorako, %2,7koa diastolikorako eta

Gutxiagiko pisua, gainkarga eta obesitatea daukan 4-18 urteko populazioa,

2. Grafikoa adin talde eta sexuen arabera



3. Grafikoa



%6,3koa globalerako. Portzentaje hauek erreferentziako populazioari dagozkionak baino zertxobait baxuagoak dira. Tentsio artetrialaren batez bestekoa gehitu egiten da adinarekin, eta gehikuntza hau nabarmenagoa da Tentsio Arterial Sistolikorako eta gizonezkoengan.

Kolesterola

7-18 urteko neskato eta mutikoen %2,3ak 200 mg/dl-tik gorako kolesterol maila dauka, hiperkolesterolemiaren prebalentzia handiagoarekin maila sozioekonomiko baxuenetan. 200 mg/dl-tik gorako kolesterol maila daukaten haur eta nerabeen portzentajea gutxituz joaten da adinarekin; txikien taldean, handiagoa da mutikoen artean kolesterol maila altuak dauzkatenen portzentajea eta adinarekin gutxitzeko joera haurtzaro guztian zehar kolesterolaren banaketa patrioiaren arabera gertatzen da.

Bizi ohiturak

Loaren higieena

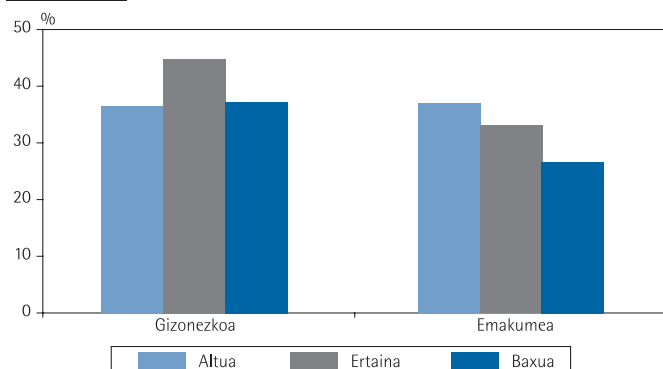
Lo orduen batez bestekoan ez dago aldaketarik sexuen artean baina adinarekin aldatuz joaten da, izan ere batez besteko hori murriztuz joaten baita adina gehitu ahala. 4-10 urtetan, lo orduen batez bestekoa 10 ordukoa da; 9ra jaisten da 11-14 urteko taldean, eta 8ra 15-18 urteko taldean. Loaren higieanean ez dago maila sozioekonomikoaren araberrako alderik.

Tabako kontsumoa

15-18 urteko populazioaren %22,5ak ohiko erretzailea dela deklaratu du: gizonezkoen %22ak eta emakumeen %22,9ak. 12-14 urteko adin taldean proportzio hori %6,1era murrizten da mutikoentzat eta %2,7ra neskatoentzat.

15-18 urteko populazio ohiko edalea. Sexu talde

4. Grafikoa sozioekonomikoaren araberrako portzentajeak



Maila sozioekonomikoaren araberrera, sekula erre ez duten mutikoen proportzioa handiagoa da maila sozioekonomiko altuenetan maila apalagoetako taldeetan baino. Eta alderantziz, sekula erre ez duten neskatoen proportzioa handiagoa da maila sozioekonomiko apalenetan, maila altuetan baino. Kontuan hartzen dena nerabeak bizi diren familien hezkuntza testuingurua bada, ez da nabaritzen tabako kontsumoarekin erlaziona daitekeen patroirik.

Alkohol kontsumoa

Alkohol kontsumoa asko aldatzen da bai adinarekin eta bai sexuen araberrera. 15-18 urteko adin taldean noizbehinkako edaleen proportzioa %38,2ra iristen da; mutilen %32,6a eta neskaten %44a. Adin horretan, edateko ohitura daukaten mutilak %39,4 dira eta neskak %30,7. (4. Grafikoa)

15-18 urteko mutilen artean ez da sumatzen gradiente sozioekonomikorik alkoholaren kontsumoan; nesken artean, ordea, altuagoa da ohiko edaleen proportzioa maila sozioekonomiko altuenetan. Asteko egunaren araberrako alkohol kontsumoa asko aldatzen da 15-18 urteko populazio gaztean: %7ak lanegunetan edateko ohitura dauka, baina portzentaje hori %34ra iristen da asteburuetan.

Ariketa fisikoa aisialdian

Ariketa fisikoen aisialdiko praktika bi bider maiztasun handiagoz gertatzen da mutikoengan (%28,1), neskatoengan baino (%14,6). Aktiboenak, bai mutikoen eta bai neskatoen artean 11-18 urte bitarteko taldeak dira. 7-18 urte bitarteko mutikoen heren bat eta neskatoen bi heren sedentarioak dira beren aisialdian. (5. Grafikoa)

Maila sozioekonomiko altuenei dagozkien bai mutiko eta bai neskatoek maiztasun handiagoz praktikatzen dute jardura fisikoren bat beren aisialdian.

Mutikoen artean, portzentajea %32koa da maila altuetan eta %24koa maila apaletan, neskatoen artean, berriz, portzentaje horiek %18 eta %13 dira, hurrenez hurren.

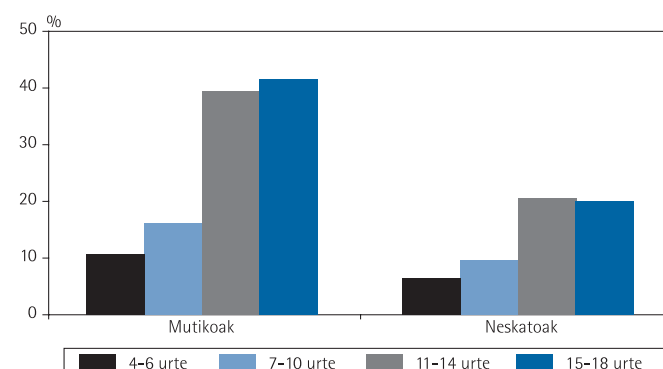
Pilar Amiano, Nerea Larrañaga
Gipuzkoako Osasun Publikoko Zuzendariorde

Yolanda Pérez
Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza

Cristina Sarasqueta
Donostia ospitalea

Aisialdian aktiboa den 4-18 urteko populazioa

5. Grafikoa sexuaren eta adin taldearen araberrako portzentajeak



Papiloma birusaren aurkako txertoa Euskal Autonomia erkidegoko txertaketa egutegian barne hartua

Osasun Publikoko Batzordeak 2007ko irailaren 26an zera proposatu zuen cervis-eko minbizia prebenitzeko estrategien markoan, "neskatxen txertaketa sistematikoa ezartzea, 11 urtetik 14ra bitartean hautaturiko kohorte bakar batean, eta txertaketa hori 2010 urtea amaitu baino lehen ezartzea Autonomia Erkidego bakoitzaren txertaketa programetako premia, lehenetasun eta logistikaren eta eskura dituzten txertoen arabera".

Euskadiko Txertaketan Batzorde Aholkulariak Osasun Sailari aholkatu zion Derrigorrezko Bigarren Hezkuntzako (DBH) lehen mailako

lako neskatxa nerabeen populazioarekin hasteko txertaketa, hau da 12-13 urteko neskatxekin.

Txertaketa pautu hiru dosi dira (0, 1 edo 2 eta 6 hilabete) eta administra daiteke B hepatitisaren aurkako txertoarekin batera. Txertaketa 2007 urtean hasiko da eskola zentroetan, gurasoen edo tutoreen berariazko baimenarekin.

Osasun Publikoko Zuzendaritza

Chikungunya birusa

Joan de abuztuan Italiako Osasun Ministerioak Chikungunya birusaren kutsapen autoktonoko lehenbiziko europar agerraldia deklaratu zuen, inportaturiko kasuak bakarrik ezagutzen baitziren ordura arte europar lurraldean.

Aedes albopictus eltxoak, eltxo tigrearen izenaz ere ezaguna, bektore gisa aktuatzen du, *Chikungunya* sukarraren kutsapena ahalbidetuz. Horregatik, birusa finka daiteke aipatu eltxoa bizi den inguruneetan. Estatu mailan, *Aedes albopictus* detektatu den lekuak Kataluniako eta Valentziar Komunitateko eskualde batzuk izan dira.

Funtsean bi neurri daude Chikungunya birusaren aurka borrokatzeko. Lehenengoa, nahitaezkoa da jakinaraztea inportaturiko ka-

suren baten edozein susmo izanez gero: pazienteak sukar altua (>38,5 °C) edo artralgia intentsoa aurkezten baditu beste azalpen medikorik aurkitzen ez zaiola, eta sintomak agertu aurreko 12 egunetan gaixotasunaren kutsapen gunean izan bada bisitaz edo egoitza. Bigarrena, eltxoen zainketa eta kontrola, ugal daitezkeen lekuak ezabatuz eta eltxo helduak akabatuz.

Gainera, birusa kutsa daitekeen herrialdeetasra bidaiatzen duten pertsonen neurriak hartu behar dituzte eltxo horien ziztadurak saihesteko.

Iraida Hurtado de Saratxo
Osasun Publikoko Zuzendaritza

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 Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Erredakzio-batzordea:

Margarita Viciola
José María Arteagoitia
Javier García
Miguel Ángel García Calabuig
Mikel Basterretxea
Nerea Muniozguren
Enrique Peiró
Larraitx Arriola

Edizioa:

Miguel Ángel García Calabuig
Fotokonposaketa IPAR, S. Coop.
Inpresioa: Grafo, S.A.
2. seihilekoa.
22. zenbakia; 2007. urtea
ISSN: 1697-2430
Lege gordailua: BI-2874-98