

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



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Aurkibidea

Epidemiologi Zaintza

Gripe pandemia 2-3

Taenia saginata eta *cysticercosis bovis* deiturikoaren ikerketa epidemiologikoa Gipuzkoan. 2005 Urtea 4-5

EDO 2005 6

EDO 2006ko 1-20 aste 7

Osasun Publikoko Programak

Legionella-ren kontrol programa EHAean 8-9

EHAeko gaixotasun endokrinometabolikoen Jaioberrien Baheketa programa 10-11

Tribuna Irekia

HIES epidemiaren eboluzioa EHAean 12-13

Gaurkotasuna

Streptococcus pneumoniaegatikoa gaixotasun erasokorra - Txertaketaren inplikazioa txerto heptabalete bateratuarekin 14

Editoriala

Krisialdiak une gogor eta zailak izaten dira eta erronka bat suposatzen dute hainbat erakundetako profesional ekipoentzat, erantzun bat eman behar baitiete, ikuspegi teknikitik, populazioak mehatxatzen dituzten osasun arazo larriei. Osasun Publikoko Zuzendaritzaz, azken 10 urte hauetan Luis González de Galdeano arduratu da. Hamarkada honetan konplexutasun handiko osasun arazoei aurre eman beharra gertatu zaio –dioxinen krisialdia, entzefalopatia kutsagarriak, infekzio nosokomialeko agerraldiak (aspergilosia), C meningitisa...– eta hainbat jokaera jarri ditu martxan, gure Erkidegoan Osasun Publikoaren arloan lan egiten dutenen prestigioa areagotzen lagundu dutenak, profesional hauen trebetasuna eta etika agerian utziz.

Osasun publikoko zerbitzuen sinesgarritasuna areagotzeko helburua duten jokaerak behar-beharrezkoak dira. Bizi garen gizarteak ez du onartzen ingurumenetik etor litekeen inolako arriskurik, hau gauza seguru edo arriskugabetzat identifikatzen baitu. Bere jatorria ingurumenean daukan eta ezezaguna edo ezohikoa den agente biologiko, kimiko edo fisikok eraginiko edozein osasun arazo agertu bezain laster, osasun zerbitzuei azalpenak eskatzen zaizkie suposa lezakeen mehatxuari buruz, eta arrazoiak eskatzen dira ea zergatik Osasun Sailak ez zituen hartu agerraldi hori eragozteko neurriak, helburu horretara bideraturiko ekintza guztiei lehentasuna eman, une horretako benetako lehentasun eta kostuetan erreparatu gabe.

Gizarte horrek berak, bestalde, ez du onartu nahi edo ulertu nahi zalantza zientifikoa. Nola liteke teknikariak eta zientzialariak gai ez izatea osasun arazoei bat-batean erantzuteko? Eztabaida publikoan garrantzitsuena ez da arrazoiak nork daukan, ez eta nork aurkezten duen argudio tekniko edo zientifiko erabakigarriena ere: eztabaidan, gehien axola duena, sinestazteko gaitasuna da. Eta Horrexegatik daukate komunikabideek hainbesteko eragina joera sozialetan. Komunikazioaren eta informazioaren arloan ezinbestekoa da osasun publikoko eta komunikabideetako profesionalen artean lan-kidetza bideak urratzea, erabat garrantzitsua baita sektore horrek egiten duen lana gizarteak eduki behar dugun sinesgarritasuna bermatzeko, iritzi positibo bat garatzeko eta, areago, zenbait bizi ohitura aldatzeko ere bai.

Buletin honetan hainbat datu eta jarduera proposamen aurkezten dira osasun publikoko erronka larrienei aurre egiteko, une honetan zein etorkizunera begira; horietako batzuk jada ezagunak: HIESa, legionelusia, teniasia edota hegazti gripea; erronka hauek, halere, osasun publikoko beste programa batzuekin partekatzen dute gure ardura, hala noka, jaioberrien baheketa edo haurren txertaketa.

Margarita Viciola García
Osasun Publikoko Zuzendaria

Hegazti gripea eta gripe pandemia

Azken hilabete hauetan Osasun Publikoko erakunde, aditu eta zientzialarien iritziak ezagutu ditugu, esanez, 1968az geroztiko gripe pandemia arriskurik handienez aurkitzen dela mundua; 1968koa izan zen, hain zuzen, joan den mendeko hiru pandemietako azkena.

Gripe pandemiak salbuespenezko gertakariak dira gizateriaren historian, eta pandemia azaltzeko hiru baldintza hauek bete behar dira: 1) populazioak aurre egiteko berezko inmunitaterik ez daukan birus berri baten agerpena, 2) birus hori gai izatea gizakiengan gaixotasuna eragiteko eta 3) pertsonatik pertsonara transmititzeko gaitasuna lortzea eta agertze luzatuak eragitea populazioan. «Gripe birus berri» hauen agerpenaren ondorio epidemiologikoa, beti A tipokoa, da populazioak ez edukitzea inmunitaterik berauei aurre egiteko eta ezein txerto ezagunek ez ematea babesik, eta honen ondorioz «gripe pandemia berri» batek hilabete gutxi bazuetan mundu guztiari eraso egin ahal izatea. xx. mendean hiru bider eman da gertakari hau: 1918-1919 A(H1N1) deiturikoak eraginda, 1957-1958 A(H2N2) deiturikoaren eraginez eta 1968-1970 A(H3N2) deiturikoak eragina.

Gripe birus pandemiko hauek giza eta animalia anduien arteko truke genetikoaren ondoriozko «bat bateko aldaketan» emaitza dira. Giza eta animalia andui hauek, berriz, beren aldetik hegazti anduietatik etorri ohi dira (ezagutzen diren gripe birus azpimota guztien berezko gordailua). Halaber, espekulatzen da aldaketa hauek gizakiaren eta beste ugaztunen arteko infekzio gurutzatuetan gertatzen diren aldaketengatik ere eman daitezkeela; birusa egokituz joaten baita gradualki birusari «hobetzea» ahalbidetuz.

Gutxi asko alarmista diren hurbilketak alde batera utzita, esan behar dena hau da: orain arte hegazti gripe agerpenaren A(H5N1) dimentsioak ez daukala aurrekari ezagunik hainbat kausarengatik:

bere hedapen geografiko handia, etxeko edo basoko hegaztietan izan duen inpaktua, espezie afektatu desberdinak edo orain arte erakutsitako birulentzia. Agerpenak bere jatorria Hong-Kong urruenez izan zuen 1997an, baina orduan gelditu ahal izan zen, gutxienez denboraldi baterako, hartutako neurriei esker. Birusa berriro azaldu zen 2002an eta 2003aren azken aldera, seguru aski gordailu basati batetik, eta harrezkero oso azkar hedatu da, hasiera batean foku asko erregistratu direlarik basoko edo etxeko hegaztietan, Asiako hainbat herrialdetan (Txina, Vietnam, Thailandia, Indonesia, Kanbodia, Irak edo Azerbaijan). 2005eko abuztuaren fokuak detektatu ziren Errusia zentralerako hainbat eskualdetan; 2005eko urriaren agerpenak Errusiako zenbait eskualde mendebaldar, Turkia, Errumania eta Kroazia hartu zituen, eta abenduan Ukraina. 2006ko lehen hilabeteetan H5N1 agerpena —seguru aski hegazti migratzaileen bidez beste hipotesi batzuk baztertu gabe— Europako hainbat herrialdetara hedatu da (Alemania, Albania, Austria, Bulgaria, Bosnia, Eslovenia, Frantzia, Italia, Grezia, Erresuma Batua eta Suitza) eta baita Afrikara ere (Egipto, Nigeria, Níger eta Kamerun). Gaur egun adituen eztabaida honako hau da, alegia, hegazti migratzaileen ibilbideen bidez agerpenaren hedadura kontinente amerikarrera iritsiko ote den ondoko hilabeteetan. Aurrekoak argi uzten du epizootiaren hedadura kontrolatzea zeinen zaila den.

H5N1 birusa aldatzen joan da denborak aurrera egin ahala 1997an Hong Kong lurraldeko agerpenak eragin zuenarekin konparatuta eta orain arte ezagutzen ez zen egokitzapena erakusten du ugaztunekiko, ostalari kopurua handituz (tigreak, katuak, lehoiabarrak, lepahoriak). Aspektu hau da, birusaren ekologia bere ostalari desberdinetan, hegazti migratzaileen paperarekin batera, gaur egungo ikerkuntza lerroetako bat birusaren eboluzioa eta honek gizakienganako transmisioan eduki ditzakeen inplikazio posibleak ezagutzeko.

1. taula H5N1 hegazti gripe kasuak gizakiengan (2006ko apirilaren 21a)

Herrialdea	2003		2004		2005		2006		Guztira	
	Kasuak	Hildakoak	Kasuak	Hildakoak	Kasuak	Hildakoak	Kasuak	Hildakoak	Kasuak	Hildakoak
Azerbaijan	0	0	0	0	0	0	8	5	8	5
Kanbodia	0	0	0	0	4	4	2	2	6	6
Txina	0	0	0	0	8	5	10	7	18	12
Djibouti	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Egipto	0	0	0	0	0	0	14	6	14	6
Indonesia	0	0	0	0	17	11	32	26	49	37
Irak	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
Thailandia	0	0	17	12	5	2	0	0	22	14
Turkia	0	0	0	0	0	0	12	4	12	4
Vietnam	3	3	29	20	61	19	0	0	93	42
Guztira	3	3	46	32	95	41	81	52	225	128

Iturria: OME.

Nahiz eta gizakiengan erregistratu den AH5N1 birusarengatiko gripe kasuen kopurua txiki samarra den (225) hilgarritasuna altua da (%57) (ikus 1. taula). Agerpen hauen epidemiologiak ondoko hau esateko bide ematen du:

- H5N1 birusa hegaztietatik gizakira arnasbideen bitartez transmititzen da, batez ere aipaturiko hegaztien gorotzarekiko kontaktuaren bidez, hor aurkitzen baita birusa.
- Ez da ezagutzen ezein kasu oilasko haragi edo arrautza kontsumoarekin lotuta.

Argitaratutako azken datuen arabera, AH5N1 hegazti birusak ez dira hedatzen gizakien artean oraindik berauen hemaglutinina doitu ez zelako goi arnasbideetako zelulen hartzaileetara sartzeko. Alderantziz, afekta ditzake birika albeoloen inguruan dauden behe arnasbideetako zelulak. Une honetako fasean, birusak egin diezaiotke min afektatua suertatzen den pertsonari, baina ezingo litzateke «irten» berarengandik modu eraginkorrean airez eta beste pertsona batengana transmititzea lortu. Ez da ezagutzen zein den hegaztietatik gizakietara «espezie salto» hau emateko dagoen benetako aukera, nahiz eta aditu gehienak bat datozen esatean pauso hori emango dela etorkizunean. Zalantza da, dirudienez, egokitzapen hori eraginkor izateko zenbat denbora beharko den. Bestalde, agerpena kontrolatzen ez bada eta hedatzen segitzen badu, birusak bere hedadura geografikoa handitzen duen neurrian hedatzea jasaten du bere aniztasun genetikoan ere, eta horrela, asko izan litezke zirkulazioan dauden eta potentzialki pandemikoak diren H5N1 birusak. Gainera, zabalik jarraitzen du nahasketa genetiko bat emateko aukerak gaur egun zirkulazioan dauden giza birusekin.

H5N1 hegazti gripe agerpenak, lehenago, pandemia hasteko beharrezko bezala seinalatu ditugun aurreneko bi faseak bete ditu, baina gaur egun, batez ere, animalia osasunak segitzen du arazo izaten, izan ere, ez baita dokumentatu gizaki batengandik beste batenganako H5N1 birusaren transmisio eraginkorrik eta noiz-behinkakoak izan dira kasuak gizakiengan. Horregatik, OMEak pandemi alertako 3. faseari eusten dio, hau da, «*Gripearen birusaren azpimota berriaren giza infekzioekin, baina pertsonatik pertsonarako transmisiorik gabe*». Gizakiengan europar populazioarentzat gaur egun kasuak erregistratzeko arriskua oso baxua da eta arriskuko talde jakin batzuetara mugatzen da (hegazti hiltzetako pertsonala edota landetxetan bizi eta H5N1 birusak afektatutako eskualdetan hegaztiekin kontaktuan aurkitzen diren pertsonak). Ez dago bazterterik hegazti agerpen eraginkorra daukaten herrialdeetatik inportatutako kasu posibilitaterik.

Gaur egun, eta birus honen aniztasun potentziala den bezalakoa delarik, ezin dezakegu aurrez esan noiz edo non ager daitekeen birus pandemiko berria, ezta ere ezin dezakegu jakin zein ezaugarri izango dituen beronek eta nolako eragina izango duen gudan. Susma dezakeguna da, baldin, ebentualki, gertatzen bada, behin Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) «birus berriaren pertsonatik pertsonarako transmisio jarraitua» (pandemiaren 5. fasea) existitzen dela determinatzen duenean, ez zaigu geratzen denbora asko beronen inpaktua Euskadin ikusteko; eta, behin hori gertatzen denean, oso zaila izango litzateke erantzun eraginkor bat garatzea baldin aurrez horretarako prestatu ez bagara. Horregatik, beharrezko da osasun sistemak kasu susmagarrien detekzio, kontrol eta maneirako zainketa protokolo eta planak ezartzea eta hauek pandemia posible baten faseetara egokitzea.

Noski, gripe pandemia bati modu eragingarri eta eraginkor baiten aurre egitea osasun sistemaren mugak gainditzen dituen

arazoa da, eskura eduki beharra dago garrantzizko giza eta material errekurtsoak eta honek estamentu administratiboen inplikazio zabala eskatzen du eta baita kolektibo profesional eta sozialetan erlazio luzea ere eta, emanik, azkenik, populazio osoari eragingo dioten neurriak eskura eduki behar direla, ezinbestekoa da komunitate osoaren inplikazioa. Horregatik, eta erronka honi aurre egiteko, Osasun Sailak, beste Sail batzuekin batera eta Eusko Jaurlaritzako Kontseilariaren eskariz, Pandemiari Euskadin aurre egiteko Ekintza Plan bat landu du honako helburu hauekin: a) gaixotasun kasuen erikortasuna eta hilkortasuna murriztea, b) gaixotasunaren barriadura prebenitzea, c) funtsezko zerbitzuen mantenimendua ziurtatzea eta d) inpaktu ekonomiko eta soziala minimizatzea.

Gau erantzuna emateko daukagun gaitasuna aurreko epidemietan baino hobea da eta, ondorioz, optimista behar dugu izan, zeren behar bezala prestatzen bagara, izugarri arindu baitezakegu pandemia posible baten inpaktua. Halere, ez dugu gutxietsi behar beronen larritasuna eta pentsatu behar dugu izuaren inpaktu potentziala oso handia dela Telebistaren eta Interneten aldi honetan. Horregatik, kontuan eduki behar dugu hain sentikorra den gai honen gainean nahasketarik ez sortzeak daukan garrantzia. Zentzu honetan, pertsonal sanitarioak garrantzizko papera jokatu behar du. Orea zehatza lortzen ahalegindu behar dugu ezinbesteko neurri prebentiboen eta osasun publiko eta balioen artean —bakoitzaren askatasuna, intimitatea, konfiantza eta solidaritatea—; hauek dira errespetatu eta populazioari transmititu beharreko gauzak, informazio eta komunikazio politika gardena edukiz—.

Azkenean pandemia gertatu egiten bada pertsonal sanitarioak gure populazioaren osasuna zaintzeko betebeharrak etikoa dauka zailak izango diren egoera eta inguruabarretan eta hori gaitzetzeko arriskua minimizatuz eta gaixotasuna pertsona ez kutsatuei ez transmititzeko moduan egin behar dugu. Zalantzarik gabe estres izugarria eragingo duen egoera baten aurrean, osasun administrazioak pertsonal sanitarioa babestu eta zaintzeko eta, aldi berean, berauen ekarpen erabakigarria ezagutzeko betebeharra dauka.

Erreferentzia bibliografikoak

1. OME. Hegazti gripe pandemia baten mehatxuari erantzuna. Gomentatutako neurri estrategikoak. WHO 2005. http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_05_8-SP.pdf.
2. Stöhr K. Avian Influenza and Pandemics - Research Needs and Opportunities. NEJM 2005; 352:4; 405-407.
3. La Gripe Aviaria. ¿Una nueva amenaza pandémica? Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 2006. <http://www.csic.es>.
4. Taubenberger JK and Morens DM. 1918 Influenza: the Mother of All Pandemics. Emerging Infectious Diseases 2006, 12: 15-22.
5. Avian Influenza Fact Sheet. Weekly epidemiological record 2006, 81: 129-136.
6. Olsen B et al. Global Patterns of influenza A Virus in Wild Birds. Science 2006, 312:384-388.

José María Artegoitia Axpe
Osasun Publikoko Zuzendaritza

Taenia saginata eta cysticercosis bovis gaitzen ikerketa epidemiologikoa Gipuzkoan. 2005 urtea

Orokortasunak

Teniak mundu mailan zabalduak dauden hesteetako parasitoak dira. Bi tenia mota daude, bat, *Taenia saginata* deiturikoak eragina eta, bestea, *Taenia solium* deiturikoak eragina. Bi kutsadurak zeharkakoak dira, izan ere gizakiak parasitodun behi edo txerri haragia jateagatik hartzen baititu parasito hauek, eta pertsona da behin betiko ostalaria, eta behi edo txerri ganadua ostalari bitartekoa. *T. saginata* delakoa, behi teniaz ezagutzen dena, behi haragian egoten diren *Cysticercus bovis* deituriko larba kiste infektioso bidez kutsatzen da. *T. saginata* zestodoa da, segmentatua, hermafrodita, luzeran 4tik 12 metrora dituena eta pertsona daukana behin betiko ostalari gisa. Burua edo eskoles bat dauka 4 bentosarekin, lepoa edo ernetze zona deituriko segmentatu gabeko zati labur batek jarraitzen diola, eta gainerako gorputz edo estrobiloa progлотideek osatzen dute. Teniaren arrautzak giza gorozkiekin iristen dira ingurumenera eta larretara jausten dira, berarek kutsatuz. Arrautzek, baldintza onetan, 6 hilabeteraino biziraun dezakete. Baldin, praktika sanitario txarren ondorioz, gorozkietan askatutako arrautzak larre lekuetara hedatzen badira *T. saginata*ren zistizeroeekin kutsatzen dira. Zistizerosia daukan haragi gordin edo ongi erre edo egosi gabearen kontsumoa da ohiko transmisio modua. Pazienteak sarritan asintomatikoak dira eta gutxiengo batek kolikoak eta sabeleko mina jasaten ditu. Diagnostikoa progлотideak identifikatuz egiten da eta tratamendua, berriz, Niklosamida edo Prazikuantel bidez gauzatzen da.

Justifikazioa

2000-2003 periodoan Gipuzkoako hiltegiatan behi haragiari post mortem egindako ikuskapenetan *cysticercosis bovis* kopuruaren gehikuntza gradual bat nabaritu zen (2. taula). Inplikaturako ganadutegietako arduradunei egoera honen berri eman zitzaion eta desparasitazio goiztiar bat jarri zen martxan Albendazol erabiliz. Era berean, Elikadura Osasuneko Unitateak gehikuntza honen berri eman zion Epidemiologia Unitateari eta, Donostia Ospitaleko Mikrobiologia Zerbitzuarekin koordinazioan, tenia *saginata* eta tenia spp. deiturikoen isolamenduen zainketa aktiboa eta azterketa epidemiologikoa planteatu zen Gipuzkoako lurralde historikoko pazienteengan 2005ean.

Lan honen helburua teniasis-cisticercosis deiturikoak Gipuzkoako gizaki eta animalia populazioan daukan eragina baloratzea izan zen, arrisku faktoreak ezagutzea eta beharrezko neurri prebentiboak ezartzea.

Materiala eta metodoa

Gizakiengan behatutako tenia kasuak Informazio Mikrobiologiko Sistemaren bidez lortu ziren eta pazientearen eta medikuaren filiazio datuak ematen zituen. Kasu bakoitzari inkesta egin baino lehen, medikuarekin kontaktatzen zen, epidemiologia eskuhartzearen berri ematen zitzaion eta pazientearen datu klinikoak osatzen ziren. Datu demografikoak Banako Osasun Txartelaren (B.O.T.) bidez lortu ziren.

Kasu bakoitzari azterketarako diseinatutako inkesta epidemiologikoa egin zitzaion. Inkestak datu demografikoak, sintomatologia, kutsadura baino 3 hilabete lehenagoko azalpen faktoreak, elikadura ohiturak behiari dagokionez eta gizentze intentsibo erregimeneko edo etxeko edo baserri mailako ustiategietako ganadua- ren ekoizpen baldintzak biltzen zituen.

Behi ganaduan behatutako zistizerkosi kasuak Gipuzkoako Hiltegiatiko Ikuskapen Aktibitateko Erregistro Informatikotik lortu ziren (EHAeko datu normalizatu basea).

Hiltegiatan gauzatutako haragiaren ikuskapen sanitarioaren bidez (147/1993 ED), eta hildako eta goitik behera zabalduetako animalien erraietan post mortem egindako azterketaren bitartez, bihotz, muskulu masetero, diafragma eta mihiaren kanpoko eta barruko azala behatu zen.

Aipaturiko muskulaturan azalduetako kisteen aurrean, laborategian egiaztatzea burutu zen ikerketa anatomopatologikoa bat eginenez parasitoaren identifikazioarekin.

Emaitzak

2005ean mikrobiologia zerbitzuek 39 kasu (25 *Taenia saginata* gatik eta 14 *Taenia spp* gatik) deklaratu dizkiote Epidemiologia Unitateari. 1. taulan azaltzen dira aurreko urteei dagozkien datuak.

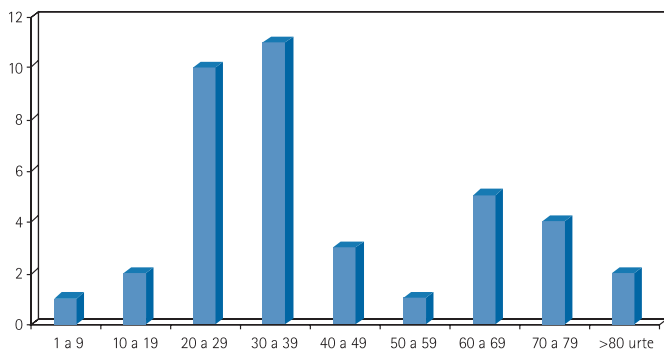
Ospitale bakoitzeko deklaraturiko teniasis kasuen kopurua. S.I.M.

1. taula 2000-2005 aldia

Urtea	H. Donostia	H. Bidasoa	H. Zumarraga	H.I Mendaro	H. Goia Deba	Guztira
2000	29		9		5	43
2001	30		9	4	5	48
2002	22		4	3		29
2003	42		6	8	1	57
2004	24	3	8	4		39
2005	26		10	2	1	39
Guztira	173	3	46	21	12	255

Teniasis kasuen banaketa adin taldeen

1. grafikoa arabera



Guztira deklaraturako kasuetatik 35i (%90) egin zitzairen inkesta. Pazienteen adina 4 eta 84 urte artekoa izan zen eta batez bestekoa 33 urte izan zen.

Jakinaztatutako kasuetatik 16 gizonetakoak ziren eta 23 emakumeak. Banaketa geografikoari dagokionez, kasuen %23,1 donostiarrek ziren, %10,3 azkoitiarrak, %7,7 zumaiarrak eta %58,9 probintziako udalerririk desberdinetan banatzen ziren. Kasuen aurkezpena banakakoa izan zen eta ez zen detektatu kasu erlazionaturik.

35 inkestatuetatik 22k (%63) arrisku faktore gisa haragi gordina edo gutxi egina jatea zen. 2 kasutan kontsumitutako behi haragia ustiategi partikular batetik zetorren eta haiekin bizi zirenei egingandako analitikak negatiboak izan ziren. 3 kasu sintomak hasi aurreko 3 hilabeteetan espainiar Estatutik kanpoko beste herrialderen batean bizi izan ziren.

Inkestatutako %71,4 asintomatikoak izan ziren, %14,3 sabeleko minaz kekatzen zen, %11,4k digestio arazoak zeuzkan, %8,6k pisu galera, %2,9k urduritasuna, %2,9k insomnioa eta %2,9k zefalea. Kasu guztietan mediko kontsultaren arrazoia gorozkintan segmentuak ikustea izan zen. Segmentu horiek ikusten hastetik kontsulta egitera joatea bitarteko denbora 5 egunetik 4 urterakoa izan zen, eta inkestatutako %28,6k urtebete igaro zela esan zuen.

32 pazienteri gomendaturako tratamendua honako hau izan zen: 27 niklosamida, 1 prazikuantela, 2 mebendazola eta 2 paromizina. 4 kasutan tratamendua errepikatu zen, eurretako 2 aurrez mebendazolez tratatuak eta 2 niklosamidaz tratatuak.

Post mortem ikuskapenetan diagnostikatutako cisticercosis bovis kasuen kopurua 49koa izan da 2005ean. Zifra hau 2004 eta

2003koa baino txikiagoa da. Gipuzkoako hiltegiatan hildako behi ganaduan azaldutako cisticercosis bovis kasuen emaitzak 2. taulan ematen dira.

Eztabaida

2003 urtean gehikuntza handia eman zen bai teniasis kopuruari dagokionez (57) eta bai cisticercosis kopuruari (146), urte hori izan zelarik kasu gehien detektatu zirena aurreko eta ondoko urteekin konparatuta. 2005ean *T. saginata*ren 39 kasu erregistratu dira, kasuen batezbesteko adina 33 urtekoa izan da eta 22tan (%63) arrisku faktorea haragi gordina edo gutxi egina jatea izan da. Bi kasutan bakarrik zetorren ustiategi partikularretik kontsumitutako haragia. Kasuen hirutik bik ez dute azaldu sintomatologiarik, susmoa gorozkintan segmentuak detektatzean gauzatu da eta diagnostikoa laborategian egiaztatu da.

Cisticercosis kasu kopuruaren gehikuntza, integrazio erregimenean gizenketa intentsiboko ustiatagietatik zetozen animalien eman zen parasitosiaren garapen puntualarekin batera gertatu zen Gipuzkoan; honelako ustiategiak daude eskualde geografiko desberdinetan (Gipuzkoa, Nafarroa eta Aragoi).

Honek ura edo bazka ez zen kutsatzeko beste moduren baten existentzian pentsarazi zuen; hori dela eta kontuan hartu zen beste transmisio bideen existentzia, hala nola, kutsatutako bektoreak (karraskariak, intsektuak) pentsuak edo saraleak. Halere, integratutako ganadutegietako arduradunei egoeraren berri eman zitzaizen bezain laster, desparasitazio kanpaina goiztiar bat egin zen (Albendazul) eta beharrezko higie-neurriak hartu ziren. Esku hartze hau egin ondoren, teniasis eta cisticercosis kasuen kopuruak beherakada nabarmena jasan du Gipuzkoan.

Konklusio

2003an, *T. saginata* eta cisticercosis bovis kopuruak garrantziko gehikuntza jasan zuen Gipuzkoan. Gehikuntza hau gizentze intentsibo integratutako ustiatagietatik zetorren behi ganaduan azaldutako parasitosiaren garapen puntualarekin batera gertatu zen. Ganaduaren desparasitazio goiztiarrerako tratamenduak eta hartutako higie-neurriek ondoko urteetan nabaritutako beherakada eragin zuten. Jarraian, zainketa aktiboak ezarri zen, bai cisticercosis zein teniasis kasuetan, Gipuzkoako giza eta animalia populazioan teniasis-cisticercosis kasuen eragina baloratzeko, arrisku faktoreak ezagutzeko eta beharrezko neurri prebentiboak ezartzeko. Bi prozesuen gutxitzea esanguratsua izan da.

Ganadu ustiatagiekin zerikusia daukaten datuak Elikadura Sanitate Unitateari igortzen zaizkio eta Diputazioko Abel Zerbitzuak ikertzen ditu.

Zainketa aktiboaren emaitzak onak dira eta Epidemiologia eta Elikadura Sanitateko Unitateek eta Donostia ospitaleko Mikrobiologia Laborategiak zainketa epidemiologiko aktiboarekin jarraituko dute ondoko urteetan.

Juncal Artieda¹, Lorea Álvarez¹, Lourdes Abadia¹, Adoración Cortes Alonso¹, María Julia Echeverría²

¹ Gipuzkoako Osasun Publikoko Zuzendariordeak.

² Donostia Ospitalea.

Behi sakrifikatu eta zistizererkosi kopurua

2. taula 2000-2005 aldian

Urte	Hildako behi kopurua	Zistizererkosi kopurua
2000	47.585	25
2001	52.185	47
2002	52.898	96
2003	50.482	146
2004	47.920	118
2005	48.670	49

Derrigorrez Aitortu Beharreko Gaixotasunak. 2005 urteari dagozkien datuak*

E.H.A.E.	Kasu kop.	Tasa	I. E.** 1	I. E.** 2
Botulismoa	0	0,00	—	—
Kolera	0	0,00	—	—
Disenteria	43	2,06	3,31	4,78
Sukar tifo-paratifikoa	3	0,14	0,75	0,75
Trikinosia	0	0,00	—	—
Gaixotasun meningokozikoa	100	4,80	0,92	0,94
Gripea	59.593	2.861,49	2,71	0,89
Legionelosisia	114	5,47	1,04	1,14
Meningitis tuberkulosoia	11	0,53	1,10	1,38
Tuberkulosia	489	23,48	0,98	0,93
Barizela	10.752	516,28	0,82	1,14
Infekzio gonokozikoa	56	2,69	2,55	2,24
Sifilisa	39	1,87	2,17	4,33
Difteria	0	0,00	—	—
Parotiditisa	52	2,50	1,44	1,44
Poliomielitisa	0	0,00	—	—
Errubeola	15	0,72	15,00	3,75
Elgorria	0	0,00	—	—
Tetanoa	1	0,05	1,00	0,50
Kukutxetzula	5	0,24	0,33	0,42
A Hepatitisa	99	4,75	2,68	1,83
B Hepatitisa	28	1,34	1,17	0,70
C Hepatitisa	11	0,53	0,92	0,92
Bestelako hepatitis birikoak	0	0,00	—	—
Bruzelosia	0	0,00	—	—
Amorrua	0	0,00	—	—
Sukar horia	0	0,00	—	—
Paludismoa	19	0,91	1,00	0,95
Izurria	0	0,00	—	—
Tifus exantematikoa	0	0,00	—	—
Lepra	0	0,00	—	—
Errubeola kongenittoa	0	0,00	—	—
Sifilis kongenittoa	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 (2004) denboraldi berean gaixotasun horretarako aurkezturiko kasuen arteko arazoia da.

I. E. 2 (2 Indize epidemikoa) aipaturiko denboraldian gaixotasun baterako aurkezturiko kasuen eta aurreko bosturteko (2000-2004) denboraldi berean gaixotasun horretarako aurkezturiko kasuen arteko arazoia da.

EHAE guztiko aitopenen portzentajea = %72,56 (2004 urtean %67,77)

2005ean jasotako datu aipagarrienak honako hauek izan ziren: disenteria kasuen gehikuntza batez ere Gipuzkoako agerraldi baten ondoriozkoa, jatorria Nafarroan eduki bazuen ere. Gripe kasuak 2004an baino bi bider gehiago izan ziren. Parotiditis kasuak gehitu egin ziren, batez ere 20 urtetik gorako pazienteetan. Errubeola kasuak ere gehitu egin ziren, gehienbat 20 urtetik gorako etorkinei erasan zielarik. A hepatitis batez ere atzerriera eginiko bidaiekin eta familiarren arteko kutsapenekin erlazionatu zen, batez ere 30 urtetik gorako pazienteetan.

Ez zen erregistratu elgorri eta bruzelosi kasurik. Barizela, gaixotasun meningokozikoa, sukur tifo-paratifikoa eta tuberkulosiari dagokienez, 2004an baino kasu gutxiago erregistratu ziren.

Derrigorrez Aitortu Beharreko Gaixotasunak. 2006 urteko 1-20 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	3	0,14	1,50	1,50
Sukar tifo-paratifikoa	4	0,19	2,00	4,00
Trikinosia	0	0,00	—	—
Gaixotasun meningokozikoa	37	1,78	0,57	0,66
Gripea	22.365	1.073,90	0,40	0,75
Legionelosisia	31	1,49	1,11	1,72
Meningitis tuberkulosoia	1	0,05	0,33	0,33
Tuberkulosia	179	8,60	0,92	0,89
Barizela	5.257	252,43	0,87	0,85
Infekzio gonokozikoa	8	0,38	0,36	1,33
Sifilisa	9	0,43	0,60	1,50
Difteria	0	0,00	—	—
Parotiditisa	75	3,60	1,97	4,17
Poliomielitisa	0	0,00	—	—
Errubeola	1	0,05	0,08	0,50
Elgorria	0	0,00	—	—
Tetanoa	3	0,14	3,00	0,00
Kukutxetzula	7	0,34	3,50	1,75
A Hepatitisa	66	3,17	2,44	2,44
B Hepatitisa	8	0,38	1,00	0,73
C Hepatitisa	6	0,29	1,00	1,00
Bestelako hepatitis birikoak	0	0,00	—	—
Bruzellosia	0	0,00	—	—
Amorrua	0	0,00	—	—
Sukar horia	0	0,00	—	—
Paludismoa	10	0,48	2,00	1,67
Izurria	0	0,00	—	—
Tifus exantematikoa	0	0,00	—	—
Lepra	0	0,00	—	—
Errubeola kongenittoa	0	0,00	—	—
Sifilis kongenittoa	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 (2005) denboraldi berean gaixotasun horretarako aurkezturiko kasuen arteko arrazoia da.

I. E. 2 (2 Indize epidemikoa) aipaturiko denboraldian gaixotasun baterako aurkezturiko kasuen eta aurreko bosturteko (2001-2005) denboraldi berean gaixotasun horretarako aurkezturiko kasuen arteko arrazoia da.

EHAE guztiko aitopenen portzentajea = %78,10

2006ko aurreneko 20 aste hauetan aipatzekoak dira, 75 parotiditis kasuak, gehienak Ezkerraldea-Enkarterriko agerraldi batekin erlazionatuak; A hepatitiseko 66 kasuak, beraien arrisku aurrekaria, kasu askotan behintzak, itsaskiak jatea izan delarik. Bestalde, aipatu beharra dago gripearen eta gaixotasun meningokozikoaren intzidentzia baxua.

Legionella dela eta EHAEko arriskudun instalazioetako ingurugiroaren jarraipena

1997an, legionelosi derrigor deklaratu beharreko gaixotasunen artean sartu zenetik, EHAEan etengabeko gehikuntza nabaritu da 2000ko urtera arte erregistratutako kasuen kopuruan; urte honetan orokortu zen proba diagnostiko gisa gernuan dagoen antigenoaren detekzioaren erabilpena. Harrezkero zenbatutako kasu kopurua urtean 100-115 kasu inguruan egonkortu da. Gertakari tasa altuenak populazio dentsitate altua daukaten eskualde eta udalerrri urbanizatuetan eta arriskuko instalazio kontzentrazioetan ematen dira.

Legionella bakterioaren ingurumen izaera emanik, bakterio honen ugalketa eta hedapenak erraztasunak aurkitzen ditu instalazio jakin batzuetan, zeinetan berauen funtzionamendurako uraren aerosolazioa produzitzen den, indarrean dagoen 865/2003 EDko araudiak (honek aurreko 909/2001 EDa odezkatu baitzuen) neurri prebentiboak ezartzen ditu arriskukotzat hartzen diren instalazioen diseinuari dagokionez, eta beste horrenbeste egiten du irizpide higieniko-sanitarioei dagokienez ere berauen kontrol eta mantenimendurako. Era berean, araudiak modu berezian azpimarratzen du **instalazioetako jabeen erantzukizuna** araudian seinalatzen diren baldintzen betebeharrari dagokionez.

865/2003 EDaren erabilpen esparruak «**beren funtzionamenduan ura erabiltzen duten, aerosolak sortzen dituzten eta hauen erabilpen kolektiboko eraikinen barruko aldean edo kanpokoan aurkitzen diren instalazioak, instalazio industriallak edo beren funtzionamendu, zerbitzu proba edo mantenimendu bitartean gaixotasunaren hedapenerako foku bilaka daitezkeen garraio bideak**» hartzen ditu. Dekretu honek instalazioen sailkapen bat ezartzen du kasu bakoitzeko exijentziak bereizteko. «**Legionellaren ugalketa eta hedapen probabilitate handieneko**» gisa ondoko instalazio hauek azpimarratzen dira:

- hozteko dorre eta lurrinketa kondentsadoreak;
- akumuladore eta itzulera zirkuitua duten ur bero sanitarioko sistemak;
- mugimendu etengabe eta birzirkulazioko ur klimatizatuko sistemak;
- zentral humidifikatzaile industriallak.

Jada 2001 urtean hasi zen jokabide plan bat lantzen eta 2001-2003 periodorako programa diseinatu zen aurreko 909/2001 EDan seinalatzen ziren kontrol eta zainketa lanak martxan jartzeko helburuarekin.

Lehen fase horretan ondoko lan hauek garatu ziren:

- arrisku instalazioen erroldatzea.
- orokorrean populazioaren gainean edo populazio talde sentikorren gainean eragin potentzial handiagoa izan dezaketen instalazio eta establezimenduen kontrolari lehentasuna ematea.
- araudiaren eta honen baldintzen problematika eta dibulgazioaren gainean informazioa zabaltzea zuzenki inplikaturako agenteen artean.
- mantenimenduko pertsonalaren eta instalazioen tratamenduko enpresen prestaketarako plan bat garatzea.
- arriskuko instalazioen ikuskapen eta karakterizazioa.

Instalazio eta establezimenduen errolda hori ezartzeko orduan jarraian aipatzen diren lehentasun hauen artean zentratu ziren:

- hozte dorre eta antzeko ekipoak;
- hirugarren adinekoen egoitzak;
- ospitale eta klinikak;
- balneario edo bainu etxeak;
- hotelak, kanpinak,...;
- polikiroldegia;
- presondegiak.

Instalazio eta establezimenduen hasierako egoeraren karakterizazioa egin ondoren, ondoko jarraipen fasean ikusitako hutsuneen zuzenketaren egiaztapenean jarri da arreta, instalazio hauen funtzionamendua arrisku bat izan ez dadin osasun publikoarentzat.

Gaur egun, oraindik zuzendu beharreko hutsuneak badauden arren, konpontzeke dauden arazoak (oso kasu puntualetan izan ezik) ez dira konpondu ezinak edo konpontzen oso zailak modu eraginkorrean konpondu ahal izateko.

Instalazio batzuk (batez ere hozte dorreak) itxi egin dituzte beraien jabeek exigentzia berrien aurrean eta legionella arriskurik ez daukaten edo modu baxuagoan daukaten beste instalazio modernoago batzuek ordezkatu dituzte. Zentzu honetan eragindako presioak arrisku potentzial txikiagoko alternatibak bilatzeko balio izan du legionellari dagokionez. Beste instalazio batzuek garrantzizko egokitzapenak jasan behar izan dituzte araudi exigentziara moldatzeko eta azkenik beste instalazio batzuk sakonki berritu behar izan dira egitura eta mantenimendu arazo larriak daukaten instalazio zaharkituak izategatik.

Gehiena ikusten diren egitura hutsuneak eraginkortasun altuko tanta banatzailea ez edukitzea da hozte dorreen kasuan, egitura arazoak metagailuetan eta operazio tenperaturen konplimendurako zailtasuna ur bero sanitarioko zirkuitu kasuan.

Kasu askotan detektatutako beste hutsune batzuk mantenimendu planik ez edukitzea da hauei dagozkien idatzitako erregistroekin, eta baita arriskuko instalazioen mantenimenduko pertsonalari exijitzen zaion oinarritzko prestaketarik eza ere.

Oraindik ziurgabetasunik dauden baden arren (baldintza eta mantenimendu onargarriko instalazioak printzipioz, baina beren kontrol analitikoetan legionella kasu altuak azaltzen dituztenak; zalantzak prozedura jakin batzuen eta erabilitako produktu bioziden eraginkortasunari dagokionez; daturik eza ezartzen ari diren tratamendu sistema berriei dagokionez,...) argi dago egitura, mantenimendu eta eraginkortasun aspektuen gaineko ekintza, eta mantenimenduko pertsonal arduradunaren prestakuntzaren gaineko ekintza oso aldekoak direla instalazioen funtzionamenduan legionellaren ugalketa eta hedapen arriskua murrizteko. Honekin, alde batetik, agerpenak azaltzea oztopatzea espero da (edo, behintzat, beronen jatorria azkar detektatzea instalazioen eta hauen georeferentziarioaren errolda gaurkotua edukiz) eta, bestetik, gaixotasunaren jazoera tasak murrizten ahalegintzea.

Zentzu honetan, gaur egun garatzen ari diren jarraipen lanak araudi exigentziak betetzera bideratuak daude aurreko ikuskapenetan detektatutako hutsuneak eraginkorki zuzendu direla egiaztatuz.

EHAean, eman diren agertze puntual isolatu batzuk salbu, deklaraturako ia legionellosi kasu guztiak kasu isolatuak dira eta gehienetan ez daukate zerikusirik instalazio edo establezimendu zehatzekin. Seguru aski, kasu batzuek etxeko jatorria izan dezakete, baina momentuz ez daukagu behar hainbat datu honi dagokionez kalkulu bat egiteko. Etxebizitza barruko instalazioak 865/2003 EDaren ekintza esparrutik kanpo geratzen dira, eta kasu isolatuen aurreko ekintza protokolizatueta laginketa ez da berauetan sartzen, norabide horretan apuntatzen duen arrazoi edo ebidentziaren bat ez badago behintzat.

Azkenik, esan, egoeraren aurrean, hau da, arriskuko instalazioen jarraipen ekintzei dagokienez, arreta berezia jartzen dela hozte dorreetan eta antzeko ekipoetan, hauek baitira potentzialki eragin handiena eduki dezaketenak orokorrean populazioaren gainean eta, batez ere, ospitale eta hirugarren adineko egoitzen inguruan lekutuak dauden ekipoetan, hauetan dabilen pertsonala zaugarriago izan baitaiteke legionellaz kutsatutako aerosolen igorpenen eraginarekiko.

Erreferentzia bibliografikoak

1. Uztailaren 4ko 865/2003 Errege Dekretua, zeinaren bidez ezartzen diren legionellosiaren prebentzio eta kontrolerako irizpide higie-neko-sanitarioak (BOE 171 Zk. 2003ko uztailak 18).
2. INFORME UNE 100030 IN: Instalazioetan legionellaren ugaltze eta barreiaduraren prebentzio eta kontrolerako gida. 2005eko iraila.
3. Legionellaren autokontrol plana diseinatzeko gida praktikoa. Eusko Jaurilaritzako Osasun Saila. 2002.
4. Gida teknikoak arriskuko instalazioetan legionellosia prebenitzeko (zirriborroak). Osasun eta Kontsumoko Ministerioa.
5. NTP 538 Legionellosia: prebentzio eta kontrol neurria kura hornitzeko instalazioetan (INSHT).

Koldo de la Fuente
Osasun Publikoko Zuzendaritza

EHAeko Gaixotasun Endokrinometabolikoen Jaioberrientzako Baheketa Programa Sarrera

Sarrera

EHAeko Gaixotasun Endokrinometabolikoen Jaioberrientzako Programak (metabolopatient programa) honako helburu hau dauka: hiperfenilalaniniemiaren eta sortzetiko hipotiroidismoaren diagnostiko goiztiarra egitea EHAEan jaiotako haur guztien screening poblazionalaren bidez.

Erakunde mailan, programak oinarrizko 4 eremu dauzka Gurutzeta, Basurtu, Donostia eta Txagorritxu ospitaleetan lekutuak. Oinarrizko eremu bakoitzak koordinatzaile neonatologo bat eta oinarriko eremu idazkari bat dauzka; zuzeneko harremana daukate programa unitate zentralarekin, hau da, Bilboko Osasun Publikoko Laborategi Normatiboarekin; laborategi hau da goian aipaturiko bi patologiei dagozkien determinazio analitikoak egiten dituen.

Detektatutako kasuen jarraipena oinarriko eremuetan bertan gauzatzen da, ezarritako protokoloen arabera. Zentro pribatueta jaiotako haurtxoak oinarriko erreferentzi eremuek koordinatzen dituzte.

Txosten honek 2005 urtean zehar Programak gauzatutako jardueren laburpena azaltzen du.

Emaitzak

2005eko 20.471 jaiotako berrietatik, 20.351ri egin zitzaizkien baheketa neonatala. Gainerako 120tik 113 hilda jaiotako ziren. Beste 7 kasuetan ez zen egin baheketa neonatalik familiak halaxe nahi izan zuelako.

Detektatutako kasuak

EHAean detektatutako gaixotasun

1. taula endokrinometabolikoen kasuak

Gaixotasuna	Araba	Basurtu	Gurutzeta	Gipuzkoa	Guztira
Hipotiroidismoa			2	3	5
Lehen mailako hipotiroidismoa			1		1
Hipertiroxinemia iragankorra	5	15	13	10	43
Hipotiroidinemia goiztiarra	9	5	27	14	55
Hipotiroidinemia iragankorra	–	15	13	9	37
Hipertiroxinemia iragankorra	27	20	6	15	68
Hipotiroidinemia iragankorra				1	1
Hiperfenilalaninemia iragankorra	1	–	1	1	3
Hiperfenilalaninemia iragankorra	5	21	5	19	50
Guztira	47	76	68	72	263

Erantzun denborak. Emaitzen baieztapena

2. taulan haurren bizi egunak erlazionatzen dira hasierako detekzio nean eta baieztapenaren artean, jatorriko oinarri eremuaren arabera.

Jaiotzak

2005. urtean 20.471 jaiotza gertatu ziren EHAEan. 1. Grafikoan ikus daitekeenez, Bizkaian 10.744 haur jaiotako ziren (%52,48); 7.173 Gipuzkoan (%35,04) eta 2.554 Araban (%12,48).

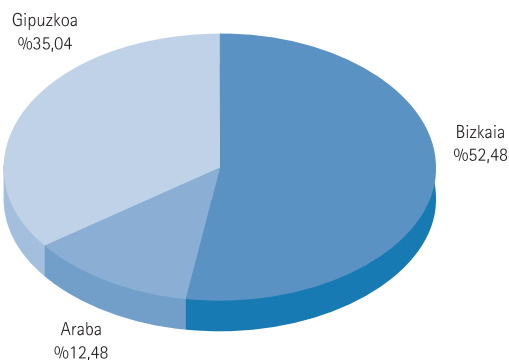
2004an baino 186 jaiotza gehiago izan dira azken urteetako goranzko joerari eutsiz (3. taula)

Oinarri Eremuak detektatutako kasuen erantzun

2. taula denborak bizi egunetan

	Kasu kop.	Oinarri Eremua	Bizi egunak			
			1. Emaitza	Baieztapena		
Hipotiroidismoa	3	Gipuzkoa	5	10		
			7	9		
			7	12		
	2	Gurutzeta	5	11		
			6	9		
Hiperfenilalaninemia iragankorra	1	Araba	4	6		
			1	Gipuzkoa	7	9
					1	Gurutzeta

1. grafikoa Jaiotzak EHAeko Lurralde Historikoen arabera



Jaiotza kopuruaren eboluzioa EHAeko Lurralde

3. taula Historikoetan. 2003, 2004 eta 2005 urteetan

Lurraldeak	2003	2004	2005
Araba	2.431	2.539	2.554
Bizkaia	10.360	10.541	10.744
Gipuzkoa	7.145	7.205	7.173
EHAe	19.936	20.285	20.471

Jaiotza zentroak

EHAeko jaioberrien banaketa jaiotza

4. taula zentroen arabera

Zentroa	Jaiotza kop.	%
Ospitale publikoak		
Txagorritxu	2.540	
Basurtu	2.404	
Gurutzeta	6.541	
Donostia	4.574	
Deba Garaia	515	
Antigua	764	
Mendaro	584	
Guztira	17.922	87,55
Klinika Pribatuak	2.484	12,13
Etxean	34	0,32
Beste Komunitate batean	28	
Atzerrian	3	

Elikadura

Elikadura moten eboluzioa.

5. taula Urteak 2003, 2004 eta 2005

Elikadura	2003	2004	2005
Naturala (amagandiko edoskitzea soilik)	%63	%68	%69
Artifiziala	%12	%11	%13
Mistoa (amagandiko edoskitze mistoa)	%23	%19	%17
Besteak/Ez dago daturik	%3	%2	%1

Pisua

Jaioberrien proportzioa jaiotzean zeukaten

6. taula pisuaren arabera

Pisua	Araba		Bizkaia		Gipuzkoa	
	Kopurua	%	Kopurua	%	Kopurua	%
< 1500 g	28	%1,09	112	%1,04	68	%0,94
1500-2500 g	179	%7,01	690	%6,42	406	%5,66
<2500 g. guztira	207	%8,10	802	%7,46	474	%6,61
≥ 2500 g	2.347	%91,90	9.942	%92,54	6.699	%93,39
Jb.ak Guztira	2.554		10.744		7.173	

Haurdunaldi asteak

Jaiotza proportzioa haurdunaldi astean

7. taula arabera

Asteak	Jaiotza kop.	%
< 28	56	0,27
28 - 32	200	0,98
33 - 36	1.223	5,97
<37 guztizkoak	1.479	7,22
37 - 42	18.946	92,55
> 42	11	0,05
Ez dago daturik	35	0,17

Erditze mota

Jaiotza proportzioa erditze eta aurkezpen

8. taula motaren arabera

Aurkezpena	Kopurua	%
Zefalikoa	19.431	94,92
Podalikoa	869	4,24
Zeharkakoa	86	0,42
Bestelakoa	25	0,12
Ez dago daturik	60	0,29
Guztira	20.471	

Mota	Sektore Publikoa		Sektore Pribatua	
	Kopurua	%	Kopurua	%
Baginala	15.459	86,28	1.770	71,26
Sabelekoa	2.448	13,66	707	28,46
Ez daturik	9	0,05	7	0,28
Guztira	17.916		2.484	

Sabel bidezko erditze motaren proportzioak segitzen du handiena izaten sektore pribatuan (%28,46) sektore publikoaren kontra (%13,66).

Amaren adina

Jaiotza kopururik handiena (%45,30) 30-34 urte arteko adin taldeko amen artean ematen da, atzetik 35-39 urte arteko adinekoak datozelarik (%26,59).

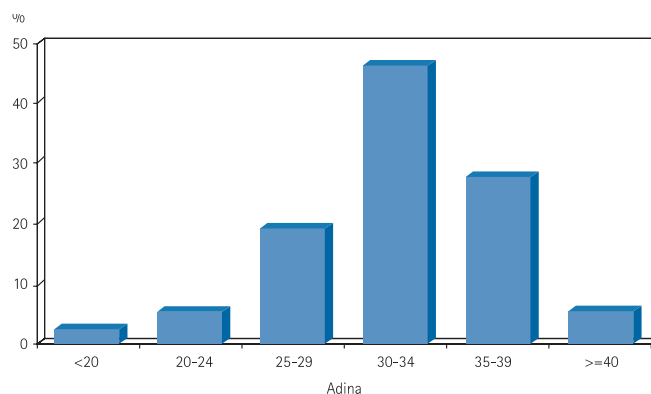
Jaiotza proportzioa amaren adin taldearen

9. taula arabera EHAEan

Adina	Guztira	%
≤ 14	3	0,01
15	14	0,06
16	23	0,11
17	36	0,17
18	60	0,29
19	95	0,46
20 - 24	892	4,35
25 - 29	3.730	18,22
30 - 34	9.275	45,30
35 - 39	5.444	26,59
≥ 40	861	4,21
Ez dago daturik	38	0,18

Jaiotza proportzioa amaren adin taldearen

2. grafikoa arabera EHAEan



Konklusioak

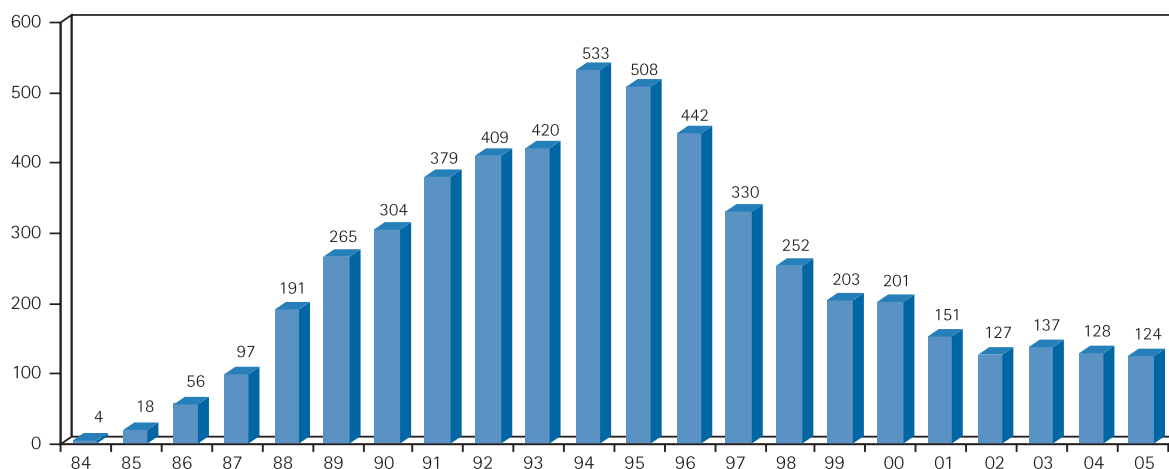
Ezarritako protokoloaren arabera, programako unitate zentralaren aldetik emaitza positibo bat egiaztatzeak dagokion eremuko arduradunari bat-batean berri ematea suposatzen du, eta honek, une horretan bertan tratamendu egokia ezartzen dio haurrari. Horregatik, emaitzaren baieztapenaren data da tratamenduaren hasierako data (2. taula).

Tratamenduaren hasiera goiztiar honek fenilalaninemiak eta sortzetiko hipotiroidismoak pertsonengan neurologi zentral mailan eragiten dituen lesio itzulezinak eragozten ditu. Horrekin, halaber, ezin konta ahala arazo pertsonal eta familiar saihesten dira eta baita diagnostiko berantiar baten ondorioz eratorritako gas-tuak ere.

Mercedes Espada
Bizkaiko Osasun Publikoko Zuzendariordetza

HIES epidemiaren eboluzioa EHAEan

1. grafikoa Diagnostikatutako hies kasuak urteka



1984tik 2005era arte 5.279 HIES kasu diagnostikatu dira Euskadin. %76 gizonezkoak dira eta %24 emakumeak. Epidemiaren inpakturik handiena 1991 eta 1996 urteen artean ematen da, tontor goiena 1994an harrapatu zelarik, 533 kasu diagnostikaturekin. 1996tik aurrera eraginkortasun handiko tratamendu antirretobiralen etorrerarekin (TARGA) beherakada ematen da kasu kopuruan 2002. urteko 127 tara iristeraino. Urte horretatik hasita egonkortu egiten da epidemia urtean 130 kasu inguru diagnostikatzen direlarik.

Lurralde Historikoz, kasuen %59 Bizkaian diagnostikatu dira, %27,7 Gipuzkoan eta %13,3 Araban.

Diagnostikatuaren adinari dagokionez, %31,4k 30 eta 34 urte artean dauzka, %26k 25 eta 29 urte artean eta %17,5ek 35 eta 39 urte artean. 24 urtez behekoak %8,7 dira eta 45 urtetik gorakoak %5,8.

Denbora bitarte horretan, arriskuko praktika ohikoena droga injektatzeko xiringak partekatzea izan da, %72,9 (gizonezkoen %75 eta emakumeen %66,2). Babesik gabeko harreman heterosexualengatiko kutsapenak kasuen %14,6a suposatu du (gizonezkoetan %11 eta emakumeetan %26,2). Babesik gabeko ha-

rreman homosexualengatiko kutsapena %6,6koa izan da (gizonezkoen %8,7).

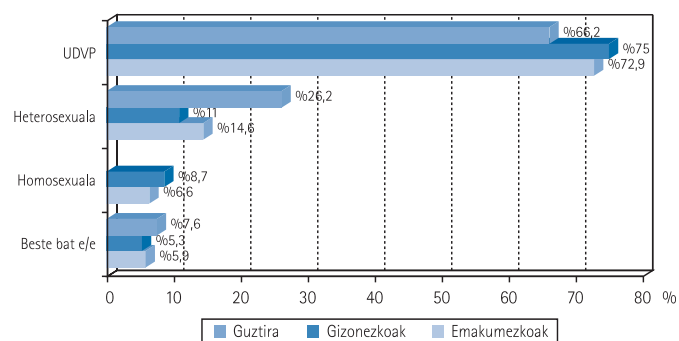
Epidemiaren hasieratik 2.969 lagun hil dira, diagnostikatutako kasu guztien %56,2a. 1995 eta 1996 urteak izan ziren hildako kopuru handiena erakutsi zutenak 400 416 lagun hil zirelarik hurrenez hurren. 1996tik aurrera beherakada nabarmena hasten da hildakoen kopuruari dagokionez —184 kasu 1997an— eta 1998tik (104) 2003ra (90) egonkortu egiten da kopurua. Urte honetan garrantziko beste beherakada bat hasten da 2005ean erdira murrizten delarik hildakoen kopurua (46) 2003koarekin aldaratuta.

1989an ematen da EHAEan diagnostikatutako lehen HIES kasu berri, jatorriz espainiar Estatuko ez zen lagun batengan. Harrezkero 139 lagun atzerritar diagnostikatu dira (99 gizonezko eta 40 emakume). 1989 eta 1998 bitartean lagun hauek jakinarazitako kasu guztien %1,5a suposatu zuten. 1999an gorakada nabarmena eman zen eta diagnostikatutako atzerritarrek guztiaren %3,4a suposatu zuten. Gehikuntza etengabea izan da urte horretatik aurrera 2005ean %15,3 izateraino heldu delarik.

EHAEan HIESaz diagnostikatutako lagun hauen jatorriko lekuak, maiztasunaren arabera Europa mendebaldeko gainerako herrialdetakoa dira (%34,6), Latinoamerika (30,9), Afrika subsahariarra (26,6) eta beste eskualdeak (%7,9).

Arriskuko praktikengatiko hies kasuak.

2. grafikoa (Euskadi: 1984-2005)

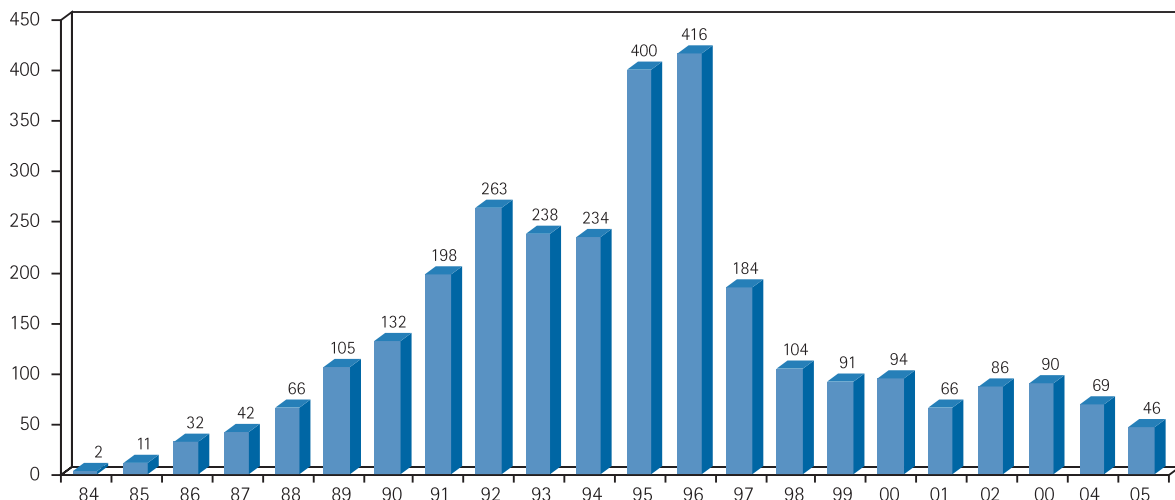


HIESA 2005ean

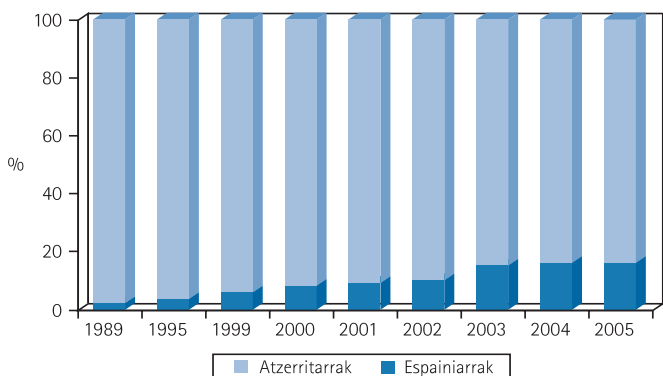
Duela urte batzuetatik hona epidemia transmititzeko modua aldatzen ari da. Hasieran batez ere xiringak partekatzeagatik baldi bazen, gaur egun transmisio sexuala da transmisio bide nagusia. Emakumeen kasuan transmisio heterosexualak HIES kasu berrien %63,9a suposatzen du, nabarmenki gairatzen duelarik xiringak partekatzeagatik eragindakoa.

Biriketako Tuberkulosia eta «*Pneumocistis Carinii*»agatiko Pnevmonia izan dira gure Autonomia Erkidegoan HIESa adierazten

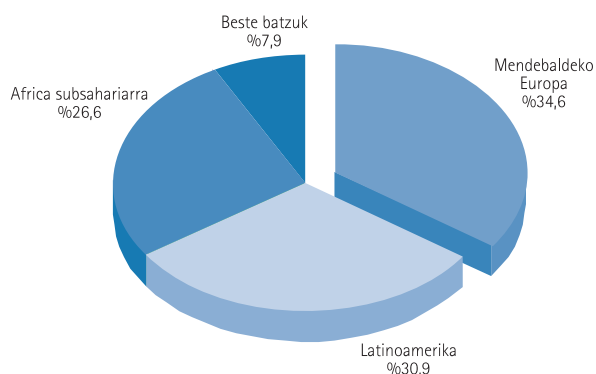
3. grafikoa Hiesagatik hildakoen kasuak, urteko



4. grafikoa Kasu guztien artean hiesa diagnostikatutako atzerritar kopuruaren eboluzioa



5. grafikoa Hiesa diagnostikatutako atzerritarren jatorri lekuak

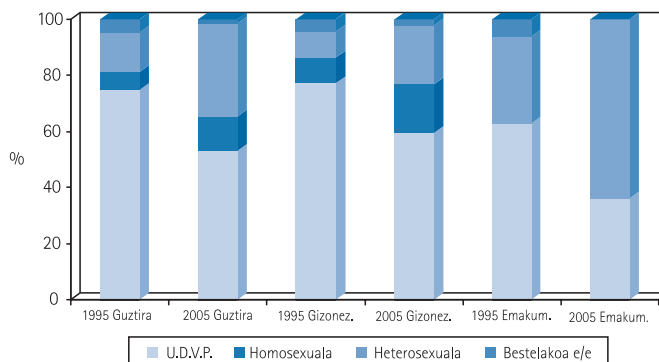


diagnostikatutako gaixotasun ohikoena. Biriketarik kanpoko Tuberkulosia da diagnostikatutako HIESaren hirugarren kausa eta gero Kandidiasi esofagikoa, Pneumonia Bakteriaria eta Leukoentzefalopatia Multifokal Progresiboa (LMP) azpimarra ditzakegu.

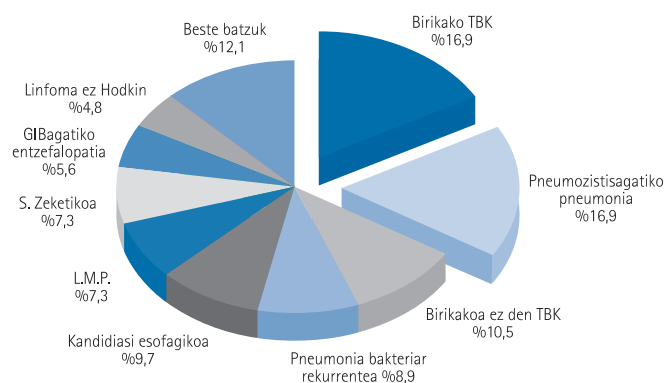
Konklusioak

- 1996an eraginkortasun handiko terapia antirretroviral sartu zenetik, HIESaz diagnostikatutako paziente kopurua murriztu egin da, gaur egun urteko 125 bat kasutan egonkortu delarik.

6. grafikoa Arriskuko praktikak. 1995 eta 2005 arteko konparaketa



7. grafikoa Hiesa adierazten duten gaixotasunen diagnostiko nagusiak 2005 urtea



- 1996tik gaur arte hilkortasuna nabarmenki gutxitu da (90), 1996an hildako 416tik 2005ean hildako 46ra igaroz.
- HIESa harrapatzeko arriskua xiringak partekatze praktika arriskutsutik babesik gabeko sexu harremanengatikora igarotzen dela ikusten da.

José Manuel Lorenzo, Arantxa Arrillaga y Daniel Zulaica
Plan del Sida. Donostia

Streptococcus pneumoniae-gatiko gaixotasun erasokorra – Txertoaren inplikazioa txerto bateratu heptabalentearekin

Osasun eta Kontsumo Ministerioiko txostenaren laburpena. 2006ko apirila

Streptococcus pneumoniae-gatiko (Sp) infekzioak patologia maila handi bat sortzen du, hasi goi arnasbideko traktuko gaixotasun arruntetatik eta gaixotasun inbaditzaile forma larrietaraino, hala nola, pneumonia, meningitis edo septizemia. 90 serotipo desberdin barne hartzen dituzten 40 Sp serotalde identifikatu dira, eta hauetako askok gaixotasun inbaditzaile eragiteko gaitasun potentziala daukate, nahiz eta kalkulatzan den gaixotasun inbaditzailearen %62a maiztasun handiagoko 10 serotipoek eragiten duten.

2001 urtean Medikamentu Agentzia Europarrak (MAE) **txerto bateratu heptabalentea (PVC-7)** baimendu zuen 2 urtez azpiko haurrentzat indikatuz eta 2004an 5 urteetaraino luzatu zen. Txertoak **18C, 4, 6B, 9V, 14, 19F, eta 23F** serotipoak barne hartzen ditu. Espainiar Estatuan, Osasun Publikoko Batzordeak 2001eko ekainaren 21eko batzarrean gaixotasun inbaditzaileen (bakteriemia, sepsi, meningitis eta pneumonia bakteriemika) aurkako immunizazio aktiborako txertoa gomendatu zuen gaixotasun kronikoak azaltzen dituzten 2 hilabetetik 5 urtera bitarteko haurrentzat, eta gaixotasun pneumokozikoa edo honen konplikazioak jasateko arrisku handiagoko daukaten haur immunokonprometuentzat eta GIB sintomatiko edo asintomatikoagatiko infekzioak daukaten haurrentzat.

PCV-7 txertoa haur populazioan sartzeak eduki lezakeen inpaktu aztertzeke etorkizunera begirako ikerketa bat egin zen 2003an hamabost Autonomia Erkidegotan Instituto de Salud Carlos III zentroak eta Osasun eta Kontsumoko Ministerioak koordinatuta.

Azterketako aurkikuntza garrantzitsuenen artean ondoko hauek azpimarra ditzakegu:

- Beste herrialde batzuetan erregistratutako gaixotasunaren eraginaren gutxitzea, bereziki Estatu Batuetan, ez da ematen Espainiar Estatuan, nahiz eta erabiltzen den PCV-7 txertoa. Hori seguru aski txertoa baimendu aurretik zirkulazioan dauden se-

rotipoen banaketa diferenteagatik da; horrek gaixotasun kargaren monitorizazio sistema on bat edukitzera behartzen du.

- Espainiar Estatuko haur txertaketaren hedadurak %50 baino txikiagoa izan behar du 2 urtez azpiko haurren, gutxienez 3 dosirekin, Autonomia Erkidego desberdinek egindako kalkuluen arabera, batzuetan farmazia konpainiatik etorritako informazioetik hasita.
- Meningitis pneumokozikoa gehitu egin da azken urteetan, Autonomia Erkidego batzuetan egindako hainbat azterketaren arabera.
- Txertoan sartutako serotipo isolamendua gutxitu egin da eta aldi berean txertatu gabeko serotipo isolamendua handitu egin da.
- Txertatu gabeko serotipo isolatuak, bai EIN kausaz zein eramaile asintomatiko egoeran, gehitu egin dira PCV-7 txertoa baimendu zenetik, argi utziz serotipo jakin batzuen ordezkapena ematen ari dela, batez ere 19A, 6A eta 1en eraginez.
- Pleura enpiema eraginaren eta larritasunaren gehikuntza azken urteetan; hau Sp serotipo birulentoagoen zirkulazioa handitzeari zor dakioko. Honek gaixotasun pneumokozikoaren eta serotipo erantzuleen zainketa jarraitua eskatzen du.
- Osasun publikoaren ikuspegitik txerto hau edo beste edozein txerto haur txertaketaren egutegian sartzeak kontuan eduki behar du, besteak beste, aurreikusi beharreko gaixotasun larriaren karga eta beronen erabilpen masibotik eratorritako gaixotasunaren aldaketa posibleak epidemiologian.

Azaldutako guztiagatik ez da gomendatzen PCV-7 txertoa haurren txertaketa egutegian sartzea. Baina arriskuko talderen batekoak diren haurren txertoa erabiltzea eta indartzea gomendatzen da, baldin eta txerto hori erabiltzea gomendatua badago eta gaixotasun inbaditzaile pneumokozikoaren joerak baloratzen segitzea komeni da aipatutako gaixotasunaren eta beronen serotipo erantzuleen zainketa edo segimendu jarraitua eginez.

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:

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

Edizioa:

Miguel Ángel García Calabuig
Fotokonposaketa IPAR, S. Coop.
Inpresioa: Grafo, S.A.
1. seihilekoa.
20. zenbakia; 2006. urtea
ISSN: 1697-2430
Lege gordailua: BI-2874-98