

Osasun Publikoa

Salud Pública

15
zenbakia

2003

1. eta 2. hiruhilekoak

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



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Aurkibidea

| | |
|--|----|
| Begiraletza Epidemiologikoa | |
| Gaixotasun pneumokoziko erasotzailea Bizkaian 5 urtez (60 hilabete) beheko haurren. 1996-2001 urteak. | 2 |
| Gripearean begiraletza. 2002-2003 denboraldia. | 4 |
| Arnas Sindrome Akutu Larria (ASAL). | 5 |
| ABG 2002. | 7 |
| ABG 2003ko 1-24 asteak. | 8 |
| Osasun Publikoko Programak | |
| <i>Salmonella.</i> | 9 |
| <i>Prestigeren isurkien ondoriozko poluzioa.</i> | 10 |
| Igerilekuen kontrol sanitarioarako araudi berria. | 11 |
| Tribuna Irekia | |
| Ospitaleko Alten Erregistroa. 2001 urtea. | 12 |
| Heriotza-tasa Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan, 2001. | 13 |
| Aktualitatea | 14 |

Editoriala

Arnas sindrome akutu larria, ezagunagoa «asiar pneumonia» izenez, agertu bezain laster mundu guztian zabaldu zen alerta sanitarioa, eta ohi ez bezalako hedadura mediatikoa izan du komunikabide guztien aldetik.

Euskadik arazo honen aurrean eman duen erantzunaren deskribapenak balio dezake adibide gisa etorkizunean ager daitezkeen antzeko egoerei aurre egiteko daukagun gaitasuna neurtzeko.

OMEK zabalduko alerta ezagutu bezain laster, Osasun Sailak gaixotasunaren segimendua egiteko batzorde bat eratu zuen, honako espezialista hauek osatua: epidemiologoak, salubristak, mikrobiologoak, asistentziako pertsona eta komunikatzaileak. Erkidegoko mediku guztientzako informazio sistema bat ezarri zen, protokolo diagnostikoak idatziz eta kontrol epidemiologikoko zirkuitu bat diseinatuz.

Osakidetzaren aldetik, erabilgarri zeuden laborategiko baliabide diagnostikoak aztertu ziren eta teknika berriak gehitu ziren, esaterako, koronabirus espezifikoaren detekzioa. Gainera, ohiko asistentzia zerbitzuen gehikuntza aurreikusi zen, prest edukiko zen ohe-kopuru handiago bat barne, ustekabeko gertaera bereziei erantzun ahal izateko.

Aparteko arreta jarri da hiritarrei informaziorik objektiboena emateko, arazoaren benetako dimentsioa azalduz eta alferreko alarmerik sorraraztea saihestuz.

Amaitzeko, baieztatu dezakegu martxan jarri ziren mekanismoek behar bezala erantzun dutela kasu susmagarrien agerraldien aurrean, gero baztertuak izan zirenak, bakar bat salbu, zeinak oraindik ere «asiar pneumonia»ko kasu posible gisa katalogaturik jarraitzen baitu OMEren arabera.

Zalantza gabe, erantzuteko erakutsi dugun gaitasun honetan zerikusi handia daukate elikadura eta ingurumen arloko alerta egoeretan edo alerta epidemiologiko eta farmakologikoei erantzuteko mekanismoen garapenean jadanik badaukagun eskarmentuak.

Rafael Cerdán Arandia
Osasun sailburuordea

Begiraletza

Epidemiologikoa

Gaixotasun pneumokoziko erasotzailea Bizkaian 5 urtez (60 hilabete) beheko haurren. 1996-2001 urteak

Sarrera

Streptococcus pneumoniae (pneumokoko) diplokoko bat da eta gaitasun antigeniko, kolonizatzaile eta birulentzia desberdineko 90 serotipotik gora barne hartzen ditu bere baitan. Adin pediatrikoan, bi urtetik beherako haurrak eta gaixotasun kronikoren bat jasaten dutenak dira infekzio arrisku handiena aurkezten dutenak. Haurren erdiko otitisaren kausa nagusia da eta era berean eragin ditzake sinusitisa, pneumonia, arnas bideen infekzioa, bakteriemia asintomatikoa eta meningitisa.

Merkatuan txerto konjokatu heptabalentea eskura edukitzeak nabarmenki areagotu du interesa geure ingurunean pneumokokoak eragiten duen gaixotasun erasotzailearen (GPE) egoera epidemiologikoa sakonkiago ezagutzeko eta txerto horren erabilpen sistematikotik erator daitezkeen alderdi on eta txarrak baloratzeko. Hauxe izan da ikerketa hau egiteko arrazoietakoa bat.

Materiala eta metodoak

Gaixotasun pneumokoziko erasotzileari buruzko atzera begirako ikerketa deskriptibo bat egin da 1996 eta 2001 bitartean gaixotasuna diagnostikatu zitzaizen Bizkaian bizi ziren 60 hilabetez beheko haurren. Kasuak identifikatzeko, *S. pneumoniae* lokalizazio esteril batean (odola eta/edo LZR) isolatu zen, hain zuzen Bizkaiko mikrobiologiako laborategi publikoetan, ikertzen den denboraldiari dagozkion datuak aztertuz; historia klinikoak aztertu ziren, kasu bakoitzari buruzko informazioa jasoz alde aurretik ezarritako eredu baten arabera. Laborategietako bateko laginak, gero, serotipatzeko erreferentzia-laborategira bidali ziren, Mikrobiologiako Zentro Nazionalera (Carlos III.a Osasun Institutua). Populazio datuak Eustat-en datuak 1999ko abenduaren 31ra eguneratuz lortu ziren.

Emaitzak

5 urte edo gehiagoko subjektuak eta/edo Bizkaian bizi ez zirenak ezabatuz 147 kasu barne hartu ziren ikerketarako; kasu hauen arteko 108 (%73) 2 urtetik beherakoak ziren; sexuen arteko arrazoia hau izan zen: 2,1 gizonetako emakume bakoitzeko.

Gaixotasunaren urteko intzidentzia globala 100 000 biztanleko 58,63 eta 107,53 izan zen 5 urtez behekoentzat eta 2 urtez behekoentzat, hurrenez hurren. Tasa altuagoa da talde gazteenengan.

Forma kliniko ohikoena bakteriemia izan zen, bakarrik edo beste sintoma arinago batzuekin elkarturik (93 kasu), eta ondoren pneumonia (29 kasu), meningitis (19 kasu) eta sepsi (6 kasu). Meningitis Pneumokozikoaren urteko tasa 7,71 eta 15,93 izan zen 100 000 biztanleko, 5 urtez eta 2 urtez behekoengan, hurrenez hurren.

Gaixotasun erasotzailearen intzidentzia, bere forma kliniko guztietan, gehituz joan zen 1996tik 2000ra arte, bai 2 urtez behekoengan eta bai 5 urtez behekoengan, eta nabarmenki gutxitu zen 2001 urtean (1 irudia).

Kasuen %8k baino gehiagok (12) aurretiko gaixotasun garrantzitsuak aurkezten zituzten; portzentaje hau %67ra iristen da sepsi kasuetan. 3 egoeratan, haurrak txerto antipneumokozikoa hartzeko kandidatu izango lirateke gaur egun (2 haur leuzemiko eta beste bat sindrome nefrotikoarekin).

147 kasuen arteko bat bakarrik zegoen txertaturik Pneumokokoaren aurka: 25 hileko haur bat 2001eko azaroan pneumonia diagnostikatu zitzaiona.

Informazioaren iturri izan ziren laborategietako batean diagnostikaturiko kasuen serotipo eragilea bakarrik ezagutzen da, eta horrek kasuen erdia baino zertxobait gehiago besterik ez du suposatzen, Kasuen %76 txerto konjokatu heptabalentean barne harturiko serotipoen ondoriozkoak izan ziren; portzentaje hau handiagoa izan zen bakteriemia kasu arinenetan (%86) beste hauekin alderatzen badugu: sepsi (%67), meningitis (%54) eta pneumonia (%58). (1 Taula).

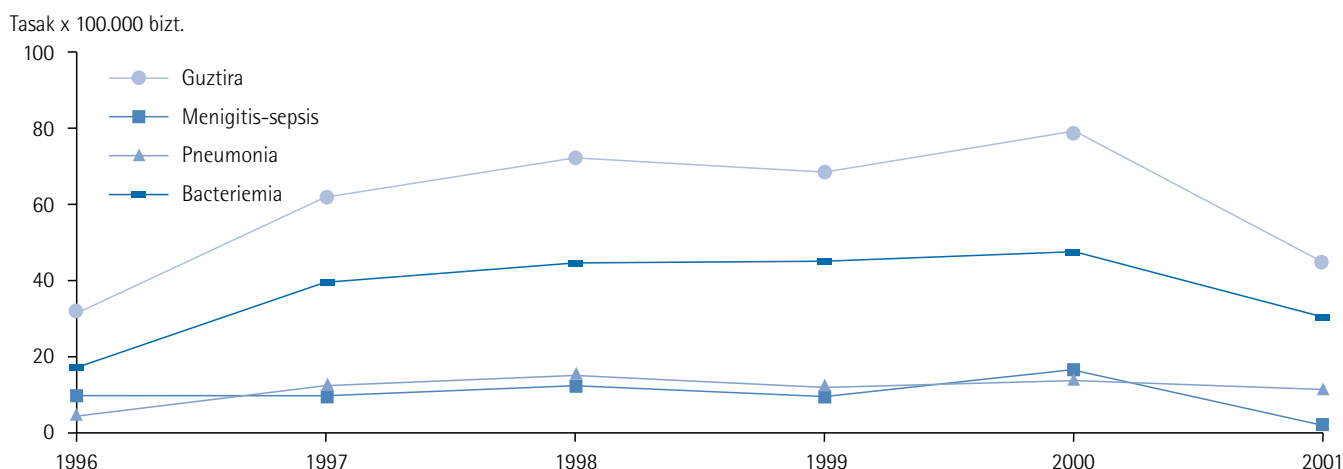
Kasuen %51 penizilinarekiko sentikorrak izan ziren eta %31 erresistenteak; gainerako %18ak bitarteko jarrera bat aurkeztu zuen. Meningitisaren eragile diren 4 kasu bakarrik (%25) eta sepsiaren eragile bat bakarrik ere ez (%0) izan ziren erresistenteak.

Koadroaren zorrotasuna: 94 ume ingresatu ziren (%64), horietako 17 gainera ZIUan (%12); batez besteko egonaldia 10 egun plantan eta 9 egun ZIUan izan zen. Ospitaleratze-maiztasuna zertxobait handiagoa izan zen 2 urtez behekoengan eta egonaldiaren batez besteko iraupena ere bai (10,6 egun). Sepsis eta meningitis kasu guztiak ingresatu ziren.

Bakteriemia eta pneumonia kasu guztiak aztarnarik utzi gabe sendatu ziren. Haur jaioberri bat hil zen sepsiaz eta konplikazioak eta aztarnak izan zituzten 5 meningitis kasu (%29); bik gorri neurosensoriala eta hiruk hidrozefalia, entzefalopatia eta aztarna neurologiko zorrotzak.

Gaixotasun pneumokoziko erasotzailearen tasa 5 urtez behekoengan.

1. Irudia Bizkaia. 1996-2001 urteak.



Gaixotasun pneumokoziko erasotzailea 5 urtez behekoengan, forma kliniko eta serotipoaren arabera.

1. Taula Bizkaia. 1996-2001 urteak.

| Serotaldea | Sepsi Kasuak | Meningitis Kasuak | Pneumonia Kasuak | Bakteriemia Kasuak | GUZTIRA Kasuak |
|------------|--------------|-------------------|------------------|--------------------|----------------|
| 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 4 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| 5 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 6A | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 6B | 0 | 2 | 0 | 7 | 9 |
| 7 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 8 | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| 9 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 11 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 12 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 13 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 14 | 1 | 0 | 5 | 9 | 15 |
| 15 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 15A | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 18 | 0 | 0 | 1 | 4 | 5 |
| 18C | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| 19 | 0 | 3 | 1 | 17 | 21 |
| 22 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 23 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 23F | 0 | 1 | 0 | 2 | 3 |
| GUZTIRA | 3 | 13 | 12 | 51 | 79 |

x txerto heptabalentean barne hartu gabeko serotaldea.

Ondoko taulak (2 taula) erakusten digu Bizkaiko haurrei, txertaketa egutegiaren barruan, txerto unibertsala emanez, prebeni litezkeen kasuen estimazio bat; kasu ez prebenigarritzat hartzen dira, gutxienez honako inguruabar hauetako bat aurkezten dutenak: a) 2 hilabetez beheko adina edukitzea, txertatzeko sasoia adin horretatik aurrera hasten baita; b) txerto heptabalentean edukia ez dagoen serotipo batek eragindako gaixotasun erasotzailea eta, c) gaur egun txerto antipneumokozikoaz tratatzen den lehenagoko gaixotasun baten aurrekaria; kasu hauek gaur egun jadanik txertaturik egon behar luketelako txerto unibertsalik ez balego ere.

Aztertutako 6 urteetan (1996-2001) Bizkaian gertatu diren gaixotasun pneumokoziko erasotzaileko 147 kasuetatik saihestu ahal izango ziren 106 kasu, baldin 5 urtez beheko Bizkaiko haur guztiek txerto antipneumokozikoa hartu izan balute, urte horietan, txertaketa egutegiaren barruan (2, 4 eta 6 hilabete). Ezin izango ziren saihestu 39 kasu (%26), horien barne hartuz 4 sepsi (%67), 7 meningitis (%37) eta 13 pneumonia (%45).

Gomendioak

Emaitza hauek ikusirik, gaur egun existitzen diren arrisku-taldeen txerto antipneumokozikoa emateko gomendioak mantendu behar dira, EHAEko txertaketen eskuliburuan adierazten denaren arabera;

bestalde, 5 urtez behekoengan GPEaren begiralekta aktiboa egiten jarraitu behar da EHAEan, etorkizunean txertaketa unibertsalari buruzko erabaki egokiak hartu ahal izateko, izan litzakeen ondorio onak eta txarrak ezagututa.

Gaixotasun pneumokoziko erasotzailearen gimendua. 2002ko datuak

1002an gaixotasun erasotzaileko 16 kasu identifikatu ziren eta beraien historia klinikoa (HK) aztertu zen, hain zuzen Bizkaian bizi ziren 60 hilabetez beheko eta Gurutzeta Ospitalean atendituriko kasuak: ez zen posible izan Basurtuko ospitaleak Informazio Mikrobiologikoko Sistemari (IMS) deklaraturiko 4 kasuei buruzko informazioa lortzea.

16 kasu horietatik hamaika (%69) 24 hilabetez beheko haurrei zegozkien. 3 meningitis erregistratu ziren, 5 pneumonia, 5 bakteriemia, eta 3 bakteriemia erdiko otitisarekin eta beste prozesu arinago bat; ez zen erregistratu sepsi kasurik.

Ezagutzen da kasu guztietako serotipo eragilea. 9 kasutan (%56) gaixotasuna txerto heptabalentean edukia ez dagoen serotipo bati zor izan zitzaion, zehazki, 3 meningitis (%100), 4 pneumonia (%80) eta 2 bakteriemia (%25).

Egutegiaren barruan (2-4-6 hilabete) txerto unibertsalaren bidez prebeni daitezkeen eta ezin prebeni daitezkeen kasuak.

2. Taula Gaixotasun pneumokoziko erasotzailea 5 urtez behekoengan. Bizkaia. 1996-2001.

| | Kasu prebeni ezinak | | | | | Kasu prebenigarriak | | |
|-------------|--------------------------|---|--|-----------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | 2 hilabetez beheko adina | Txertoan barne hartu gabeko serotaldea* | Gaixotasun kronikoa; txertaketa egokietsia | Egoerak guztira | Kasu prebeni ezinak guztira** | Kasu prebenigarrien** ehunekoa | Kasu prebenigarriak guztira | Kasu prebenigarrien guztira |
| Sepsi | 3 | 2 | 1 | 6 | 4 | %67 | 2 | %33 |
| Meningitis | 1 | 8 | 0 | 9 | 7 | %37 | 12 | %63 |
| Pneumonia | 0 | 12 | 1 | 13 | 13 | %45 | 15 | %55 |
| Bakteriemia | 2 | 12 | 1 | 15 | 15 | %16 | 77 | %84 |
| GUZTIRA | 6 | 34 | 3 | 43 | 39 | %26 | 106 | %74 |

* Txertoan barne hartu ez diren guztizko kasuak serotalde ezaguneko kasuen informazioan oinarrituz estimatu dira.

** Guztizko kasuak (pertsonak) kasu bakar gisa hartuz honako datu hauek bat datozten egoerak: adina < 2u, serotaldea txertoan ez barne hartua eta/edo gaixotasun kronikoa gaur egun txertoa egokietsia daukana, edo aurretiaz txertatua.

Kasu bat bakarrik izan zen penizilinarekiko erresistentea eta beste 3 partzialki erresistenteak.

Kasuen %75 ospitaleratu beharrekoak izan ziren; portzentajea %100 izan zen meningitis eta pneumonia kasuetarako. Batez besteko egonaldia 15 egunekoa izan zen, Bi kasu bakarrik (2 meningitis) ingesatu behar izan Zaintza Intentsiboetako Unitatean (ZIU). Kasu guztiek, batek izan ezik, ongi eboluzionatu zuten; meningitis kasuetako batek 60 egun egin zituen ingesaturik, horietako 15 ZIUan, eta hipoakusia diagnostikoarekin eman zitzaion alta.

16 kasuetako bakar batek ere ez zuen aurkezten gaixotasun pneumokozikorako arrisku aurrekaririk. 31 hilabeteko adineko meningitis kasu bat bakarrik zegoen txertatua txerto heptabalenteko bi dosierekin; gaixotasunaren eragilea 6^a serotipoa izan zen, txertoan barne hartua ez dagoena.

Laburbilduz, emanik Basurtuko ospitaleko IMSan identifikaturiko 4 kasu posibleek kasuaren gure definizioa betetzen dutela, gaixotasun

pneumokozikoak 5 urtez beheko haurrengan 2002an izan zuen intzidentzia 48,68 kasu 100.000ko izan zela, zertxobait gehiago aurreko urtean baino (44,40 /100.000).

2002ko 16 kasuen ezaugarri kliniko-epidemiologikoak 1996-2001 urteetako antzekoak izan dira. Azpimarratu beharra dago, halere, ezen 1996tik 2001era kasuen %76 (60/79 kasu) txerto heptabalentean edukiak zeuden sero-taldee zor izan zitzaizkiela, eta 1002an, berriz, %44 kasutan bakarrik gertatu zela hori (7/18 kasu); forma kliniko larriaren artean (sepsi, meningitis, pneumonia) portzentajeak hauek izan ziren: %57 (16/28 kasu) eta %12 (1/8 kasu), hurrenez hurren. Datu hauen azalpen gisa, esan behar da 2002 urte horretan bertan pneumokokoaren aurkako txerto-estaldurak altu samarrak izan direla Bizkaian.

Nerea Muniozguren / Marilo Goiri

Bizkaiko Begiraletza Epidemiologikoko Unitatea

Gripearen begiraletza. 2002-2003 denboraldia

E.H.A.E.-ko gripearen begiraletzako medikuen sareak urtero, bost urtez segidan parte hartu du gripearen begiraletzan datu epidemiologiko eta biologikoen erregistroaren bitartez. 2002-03 aldian, Begiraletza Sarean 33 medikuk parte hartu dute, horietako 17 Bizkaikoak, 14 Gupuzkoakoak eta 6 Arabakoak. Sareak orotara 48,262 biztanleko populazioa ordezkatzen du, eta adinaren arabera Euskal Herriko Autonomia Erkidegoko populazioaren batez besteko adina baino zertxobait baxuagoa da (1 taula).

Emaitzak

Intzidentzia 2002-03 gripe-denboraldian baxuagoa izan da 2001-02 denboraldian erregistratu zena baino eta aurreko urteetan bezala, birus gripal desberdinen zirkulazioa sumatu da (1. Grafikoa).

2002ko 40. astetik 2003ko 20. astera arte EHAEan guztira 877 kasu jakinarazi dira eta intzidentziarik altuena 4. astean erregistratu da (2. Grafikoa).

Guztira 133 gripe-birus isolatu dira Begiraletza Saretik hartutako laginetan, eta horrek %51,2ko positibitatea adierazten du.

EHAeko populazioa eta Begiraletza Sarekoa

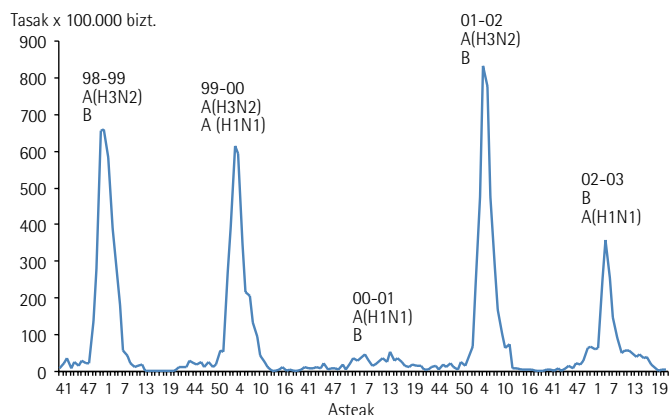
1. Taula adinaren arabera.

| Adina | EHAE | | Begiraletza Sarea | |
|---------|-----------|-------|-------------------|-------|
| | Kop. | % | Kop. | % |
| 0-4 | 84.329 | 4,0 | 3.297 | 6,8 |
| 5-14 | 162.474 | 7,8 | 5.697 | 11,8 |
| 15-24 | 260.133 | 12,5 | 4.966 | 10,3 |
| 25-44 | 683.748 | 32,8 | 15.007 | 31,1 |
| 45-64 | 518.483 | 24,9 | 10.404 | 21,6 |
| 65 y + | 373.420 | 17,9 | 8.891 | 18,4 |
| GUZTIRA | 2.082.587 | 100,0 | 48.262 | 100,0 |

Gripe-birus baten lehenbiziko isolatzea 45. astean lortu zen Koreatik etorritako paziente batengan, hain zuzen, A(H3N2) (3. Grafikoa). Halere, B birusaren isolatzeak izan dira ohikoenak (%69), batez ere denboraldiko lehen erdian, hau da 7. astera arte; data horretatik aurrera A(H1N1) birusa izan da gehien zirkulatu duena. 3 Grafikoak erakusten duen bezala, intzidentzia handieneko tontorra, bat dator B birusaren zirkulazioarekin.

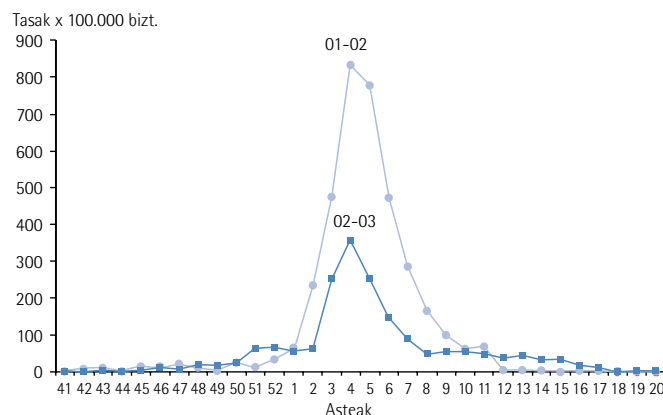
Gripe kasuak eta isolatze biralak. EHAE.

1. Grafikoa 98-99tik 02-03rako denboraldiak.



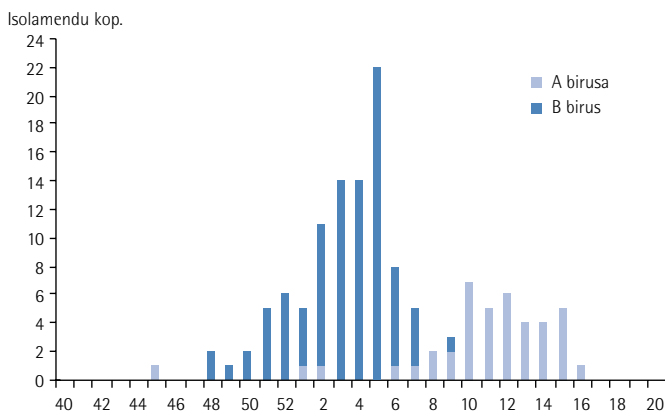
Gripearen intzidentziaren eboluzioa.

2. Grafikoa 01-02 eta 02-03 denboraldiak.



Gripe-isolamenduen eboluzioa.

3. Grafikoa 2002-2003.



Adin gazteetan sumatu den intzidentzia altua izan da, batez ere 5 urtetik 15era; populazio helduan, berriz, gripe-aktibitatea baxua izan da (4. Grafikoa).

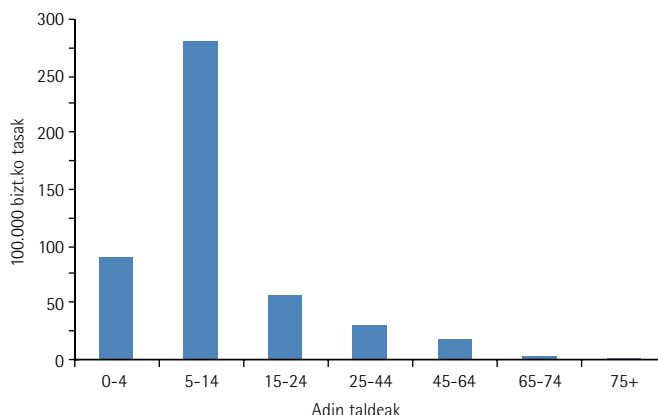
B gripe-birusaren zirkulazio bitartean izan zen populazio gaztearen intzidentzia tasa altuena: 400 kasutik gora ehun mila biztanleko. B birusaren zirkulazioa A(H1N1) birusak ordezkatzan zuen heinean, gripearen intzidentzia gutxituz joan zen populazio gazteenengan eta gehituz helduengan.

Gainerako Erkidego Autonomoetan, Begiraletza Sarearen bidez gripearen segimendua egiten dutenetan, denboraldi honetako ezaugarriak gure Erkidegorako deskribatu ditugun antzekoak izan ziren, zirkulatu duten birusei eta adinaren arabera banaketari dagokionez, EHAEan sumatu diren intzidentzia tasak gainerako EEAetakoak baino altuagoak izan badira ere.

EISsek eman duen informazioaren arabera, Europako herrialde gehienetan zirkulatu duen birus ohikoena A(H3N2) izan da

Gripe-tasa metatuak adinaren arabera.

4. Grafikoa 2002-2003.



Espainiar estatuan izan ezik, hemen A(H1N1) birusa nagusitu baita.

2003-04 denboraldirako gripe kontrako txertoaren konposaketak, ipar hemisferiorako Osasunaren Mundu Erakundeak emandako gomendioaren arabera, honako andui hauek barne hartzen ditu:

- A/New Caledonia/20/99(H1N1) anduiaren analogoa;
- A/Moscow/10/99(H3N2) anduiaren analogoa;
- B/Hong Kong/330/2001 anduiaren analogoa.

Populazioaren gehiengoak segur aski A(H3N2), A(H1N1) eta B birusek kutsatu dute azken urte hauetan. Horregatik, txerto dosi bakar batek nahikoa izan behar luke, oraindik txertatu gabe dauden haurrentzat izan ezik; horiei bi txerto dosi eman behar zaizkie, batetik bestera gutxienez lau asteko tarte bat utziz.

Maribel Larrañaga

Gipuzkoako Begiraletza Epidemiologikoko Unitatea.

Arnas Sindrome Akutu Larria (ASAL)

Sarrera

Segur aski, gaixotasun berri honen lehenbiziko biktima, joan den azaroan, Foshan hiriko negozio- gizon bat izan zen, Txinako Guandong probintzian. Probintzia hau 75 milioi biztanlerekin, batez ere nekazaritzatik bizi da, milaka etxaldea edo granja dauzka eta bertako klima subtropikala da, bi hilabetez irauten duen urtaro euritsu batekin.

Aurreneko pazienteei ez zitzaion nazioarte mailako arretarik eskaini 2003ko otsailera arte, hain zuzen Guandong probintziako mediku bat, Hong Kong-eko hotel bateko bederatzigarren solairuan ostaturik zegoena, gaitzak jo zuen arte. Hotel horretako beste 12 egoiliar gaixotu ziren, 7 solairu

berean zeudenak. Hemendik gaixotasuna Vietnam, Singapur, Kanada, Irlanda eta EE BB-etara hedatu zen. 2003ko ekainaren 16ra arte 8 460 pertsona gaixo erregistratu ziren 32 estatutan eta horietako 799 hil ziren.

Egoeraren berri jakin zenetik eta Osasunaren Munduko Erakundeak mundu guztia alertatu zuenetik, orain arte ezagutu den lankidetzazko zientifiko handieneko erantzuna eman zaio gaixotasunari. Agente etiologikoari buruzko hasierako zalantzen ondoren, hainbat laborategitako ahaleginari esker, hilabete epean, agente kausala identifikatzea lortu zen: koronabirus berri bat. Halere, argitu gabeko zalantza asko daude oraindik, ez dago test diagnostiko fidagarririk eta ez da aurkitu tratamendu eraginkorrik. Beste ezaugarrietako bat gaitza harrapatu duten

osasuneko profesionalen kopuru altua da eta horrek, ospitale ingurunean ASAL kasu susmagarri baten aurrean, babes indibidualako neurri zorrotzenak hartzea eta kutsapen nosokomialako kontrol zehatzena egitera behartzen du.

Gaixotasunari buruzko ezagutza handiagorik eta kontroleko erreminta hoberik ezean, ASAL gaixotasunari eman zaion erantzuna Osasun Publikoko antzinako neurrietan oinarritu da: aurrekari epidemiologikoen ikerketa, isolamendua, koarentena eta desplazamenduen mugapenak.

Definizioa

Arnas gaixotasun akutu larria da, eta hasierako sintoma ohikoena sukar altua da (>38° C); ondoren arnas sintomak, eztul lehorra eta arnas eragozpenak, eta horiekin batera, sarritan, pneumoniaren adierazgarri diren aldaketa erradiologikoak. (Kontsultatu kasuen sailkapena dokumentu honetan: «NOLA JOKATU ARNAS SINDROME AKUTU LARRIKO (ASAL) EDO BERONEN KONTAKTUKO KASU SUSMAGARRI BATEN AURREAN»)

Agente infekziosoa

Koronabirusen familiako birus berri bat da orain arte identifikatu ez zena ez gizakiengan eta ez animalian, eta izen hau eman zaiona: ASALaren koronabirusa (ASAL koronabirusa edo ASAL KoB.).

Hedadura

Hartu diren isolamendu eta koarentenako neurriei esker, gaixotasunaren hedadura mugatzea lortu da, Kasu gehienak sasoiko pertsona helduengan gertatu dira, arrisku handieneko taldeetan: osasuneko profesional eta langileak, bizikideak eta hurbileko kontaktuak. Badirudi haurrek probabilitate txikiagoa daukatela gaixotasun hau aurkezteko.

Kutsatzeko era

Batez ere pertsonatik pertsonara kutsatzen dela ematen du, kasu sintomatiko batekiko hurbileko kontaktuagatik, arnasketako tanta txiki edo aerosolen bidez edo ASAL duten gaixoen gorputz fluidoan edo gorozkien ukipenagatik.

Inkubazio denbora

2 egunetik 10era; dena den, lan batzuen estimazioen arabera luza daiteke 14 eguneraino.

Kutsagarritasun denbora

Oraindik argitzeko dago.

Kutsakortasuna eta erresistentzia

Adin guztietako pertsonak dira kutsakorrak; argitzeko dago oraindik infekzioaren ondorengo immunitatearen iraupena.

Kontrol metodoak

A) Pazientearen eta kontaktuen kontrola:

1. Osasun Agintaritzari jakinaraztea: ekainaren 4ko 1496/2003 Aginduak ezartzen du Arnas Sindrome Akutu Larria derrigor aitortu beharrekoa dela, urgentea eta interes suprakomunitariokoa. Erabaki hau betetzera behartuak daude gaixotasunaren agerpena diagnostikatu duten jardunean dauden mediku eta osasun zentro guztiak, publikoak zein pribatuak,
2. Isolamendua: berehalaxe ekin behar zaio langa-isolamendu hertsia ezartzeari, pazientearen presio negatiboko gela batean instalatu behar da eta arnasketa motako babeserako neurriak hartu behar dira. Garrantzitsua da gorputz-likido eta gorozkien isolamendurako praktika zorrotzak mantentzea (Kontsultatu dokumentua: «NOLA JOKATU ARNAS SINDROME AKUTU LARRIKO (ASAL) EDO BERONEN KONTAKTUKO KASU SUSMAGARRI BATEN AURREAN»)
3. Koarentena: ASAL diagnostikatu zaion pertsona batekiko kontaktu zuzenean egon diren pertsonen 10 eguneko isolaturik egon behar dute
4. Kontaktuen eta kutsapen-iturriaren azterketa: beharrezkoa da kontaktuen zaintza hertsia mantentzea. Kasu batekiko kontaktuaren ondorengo 10 egunetan, egunero hartu behar dute gorputz-tenperatura euren termometroa erabiliz, eta medikuari kontsultatu sukerra edo arnas sintomak sumatzen badira. (Kontsultatu dokumentua: «INSTRUKZIOAK ETXEKO KOARENTENA EDO ISOLAMENDU KASURAKO»)
5. Tratamendu espezifikoa: une honetan ez dago.

B) Nazioarteko neurriak:

OMEak jasotzen ditu kasu berrien jakinarazpen guztiak eta zenbait egoeratan ez bidaiatzeko gomendioa egin du, behar-beharrezko ez bada, gaixotasuna, kontaktu estu edo pertsonal sanitarioaren bitartez ez ezik, beste era batzuetan ere kutsatzen den lurraldeetara. Arrisku handieneko gunetako aireportuetan zaintza neurri zorrotzak ezarri dira gaixoen etorrera edo irteera eragozteko, batez ere gorputz-tenperaturaren kontrolean dautzanak.

Miguel Ángel García Calabuig

Osasun Publikoko Zuzendaritza

**Aitortu Beharreko Gaixotasunak.
2002 urteari dagozkion datuak**

| E.H.A.E. | Kasu kop. | Tasa | I.E.*1. | I.E.* 2 |
|------------------------------|-----------|----------|---------|---------|
| Botulismoa | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Kolera | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Disenteria | 5 | 0,24 | 0,63 | 0,63 |
| Sukar tifo-paratifikoa | 16 | 0,76 | 4,00 | 1,78 |
| Trikinosia | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Gaixotasun meningokozikoa | 132 | 6,29 | 1,83 | 1,78 |
| Gripea | 85.552 | 4.077,68 | 3,05 | 0,92 |
| Legionelosisia | 102 | 4,86 | 1,04 | 2,27 |
| Meningitis tuberkuloso | 7 | 0,33 | 0,88 | 0,78 |
| Tuberkulosia | 547 | 26,07 | 1,04 | 0,80 |
| Barizela | 8.496 | 404,95 | 0,90 | 0,96 |
| Infekzio gonokozikoa | 25 | 1,19 | 1,47 | 0,69 |
| Sifilisa | 3 | 0,14 | 0,33 | 0,23 |
| Difteria | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Parotiditisa | 34 | 1,62 | 0,65 | 0,60 |
| Poliomielitisa | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Errubeola | 6 | 0,29 | 1,50 | 0,86 |
| Elgorria | 1 | 0,05 | 0,00 | 0,33 |
| Tetanoa | 2 | 0,10 | 2,00 | 0,67 |
| Kukutxeztula | 12 | 0,57 | 1,00 | 0,52 |
| A Hepatitisa | 44 | 2,10 | 0,47 | 0,50 |
| B Hepatitisa | 31 | 1,48 | 0,65 | 0,66 |
| C Hepatitisa | 12 | 0,57 | 0,17 | 0,13 |
| Bestelako hepatitis birikoak | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Bruzelosia | 11 | 0,52 | 3,67 | 1,00 |
| Amorrua | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Sukar horia | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Paludismoa | 21 | 1,00 | 1,05 | 1,17 |
| Izurria | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Tifus exantematikoa | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Lepra | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Rubeola kongenitua | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Sifilis kongenitua | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Jaioberrien tetanoa | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

(*) I. E. 1 (1 Indize epidemikoa) aipaturiko denboraldian gaixotasun baterako aurkezturiko kasuen eta aurreko urteko (2001) denboraldi berean gaixotasun horretarako aurkezturiko kasuen arteko arrazoia da.

I. E. 2 (2 Indize epidemikoa) aipaturiko denboraldian gaixotasun baterako aurkezturiko kasuen eta aurreko bosturteko (1997-2001) denboraldi berean gaixotasun horretarako aurkezturiko kasuen arteko arrazoia da.

EHAE guztiko aitortpenen portzentaia = %60,21

2002. urtean jaso diren datu aipagarrienak honako hauek dira: parotiditis kasuak gutxitu ziren, elgorri kasu bat erregistratu zen pertsona heldu batengan, eta haurtzaroko gainerako gaixotasun txertagarriak oso maila baxuetan mantendu ziren. Gripearri dagokionez, hirukoiztu egin ziren aurreko urteko kasuak. Gehitu egin ziren, halaber, bruzelosi kasuak, gehienak arriskuko profesioekin erlazionatuak. Hepatitis infekzioso mota desberdinak nabarmenki gutxitu ziren. Tuberkulosia maila berean mantendu zen, bai eta legionelosisia ere. Gaixotasun meningokozikoa gehitu egin zen aurreko urteko kasuak ia bikoiztera iritsiz.

**Aitortu Beharreko Gaixotasunak.
2003 urteko 1-24 astei dagozkien datuak***

| E.H.A.E. | Kasu kop. | Tasa | I.E.**1. | I.E.**2 |
|------------------------------|-----------|----------|----------|---------|
| Botulismoa | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Kolera | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Disenteria | 4 | 0,19 | 4,00 | 2,00 |
| Sukar tifo-paratifikoa | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Trikinosia | 5 | 0,24 | 0,00 | 0,00 |
| <hr/> | | | | |
| Gaixotasun meningokozikoa | 64 | 3,05 | 0,76 | 1,33 |
| Gripea | 31.191 | 1.486,66 | 0,41 | 0,41 |
| Legionelosisia | 19 | 0,91 | 0,90 | 1,12 |
| Meningitis tuberkulosoia | 3 | 0,14 | 1,00 | 0,60 |
| Tuberkulosia | 202 | 9,63 | 0,68 | 0,64 |
| Barizela | 8.558 | 407,90 | 1,51 | 1,45 |
| <hr/> | | | | |
| Infekzio gonokozikoa | 21 | 1,00 | 2,10 | 1,24 |
| Sifilisa | 10 | 0,48 | 10,00 | 1,67 |
| <hr/> | | | | |
| Difteria | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Parotiditisa | 13 | 0,62 | 0,65 | 0,57 |
| Poliomielitisa | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Errubeola | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Elgorria | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Tetanoa | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Kukutxetzula | 1 | 0,05 | 0,14 | 0,14 |
| <hr/> | | | | |
| A Hepatitisa | 25 | 1,19 | 0,81 | 0,81 |
| B Hepatitisa | 17 | 0,81 | 1,31 | 0,85 |
| C Hepatitisa | 7 | 0,33 | 1,00 | 0,17 |
| Bestelako hepatitis birikoak | 1 | 0,05 | 0,00 | 0,00 |
| <hr/> | | | | |
| Bruzelosisia | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Amorrua | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| <hr/> | | | | |
| Sukar horia | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Paludismoa | 7 | 0,33 | 1,00 | 1,17 |
| Izurria | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Tifus exantematikoa | | | | |
| <hr/> | | | | |
| Lepa | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Rubeola kongenittoa | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Sifilis kongenittoa | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Jaioberrien tetanoa | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

(*) Behin-behineko datuak.

(**) I. E. 1 (1 Indize epidemikoa) aipaturiko denboraldian gaixotasun baterako aurkezturiko kasuen eta aurreko urteko (2002) denboraldi berean gaixotasun horretarako aurkezturiko kasuen arteko arrazioa da.

I. E. 2 (2 Indize epidemikoa) aipaturiko denboraldian gaixotasun baterako aurkezturiko kasuen eta aurreko bosturteko (1998-2002) denboraldi berean gaixotasun horretarako aurkezturiko kasuen arteko arrazioa da.

EHAE guztiko aitortpenen portzentaia = %65,18

Aurreneko 24 aste hauetan aipatzekoa da gripe kasuen intzidentzia baxua; agerraldi komunitario batekin elkarturiko trikinosiko bost kasuak Burgosko probintzian, barizelaren gorakada arin bat; elgorriaren, tetanoen eta errubeolaren erabateko ausentzia eta kukutxetzul kasu bakar bat.

Salmonella

Salmonella da hesteetako infekzio gastrikoetan parte hartzen duen agente infekzioso ohikoena. [Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan](#) infekzio honen zaintza ahalbidetzen duen informazioa Informazio Mikrobiologikoko Sistematik lortzen da, hortxe jasotzen baitira Osakidetzako mikrobiologiako laborategietako datuak eta agerraldi epidemikoen aitorpeni buruzkoak.

1. Informazio Mikrobiologikoko Sistema

Azken urte hauetan mikroorganismo honen aitorpenen kopuruan gehikuntza bat sumatzen da, eta hilabete batzuetan azken 5 urteetako balio maximoa gainditu da (1 Grafikoa). 2000. urtean jadanik detektatu zen %5,9ko gehikuntza txiki bat, gero 2001. urtean %65,3ra iritsi zena. Lurrealdeko, Gipuzkoan 238,8 kasu jakinarazi ziren 100 000 biztanleko; Bizkaian eta Araban, berriz, jakinarazpenak askoz gutxiago dira: 142,5 eta 139,2 hurrenez hurren. 2003. urteko aurreneko hiru hilabeteetan; goranzko joera mantentzen da, beraz EHAEan.

Salmonellaren guztizko kopurua paraleloa da Salmonella enteritidis deritzonarekiko, serotipo ohikoena berau, 2002. urtean isolamendu guztien %70,9a suposatzen zuena;

bigarrena Salmonella thyphimurium izan zen, aitorpenen %5,6arekin.

2. Agerraldi epidemikoak

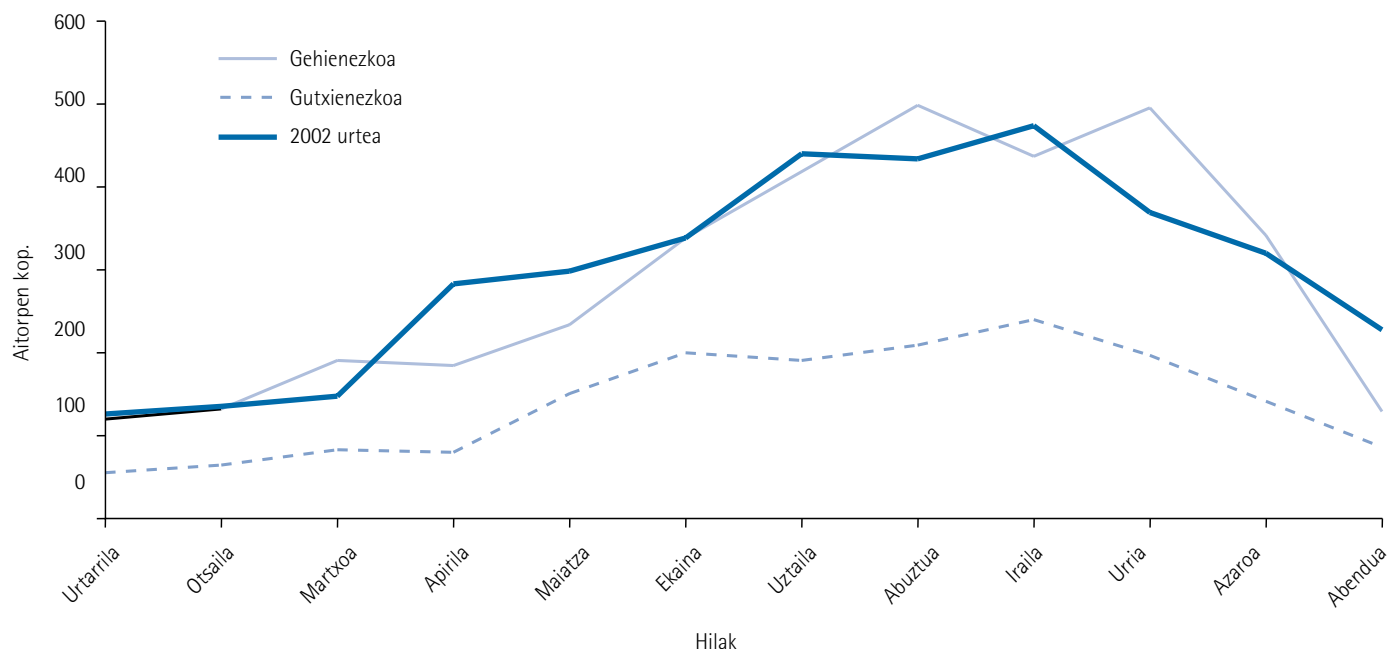
Beren jatorria elikagaietan duten agerraldiei dagokienez ere, gehikuntza bat detektatu da deklaratu diren agerraldien kopuruan, eta Salmonella motari zor zaizkion portzentajearen. 2002. urtean EHAEan 74 agerraldiren berri eman zen eta Salmonella mota izan zen jakinarazitako agerraldietako 56ren erantzulea. 2001. urtean 56 agerraldiren berri eman zen eta horietako 39 Salmonella spp motari zor izan zitzaizkion eta 2000. urtean jakinarazi ziren 48 agerraldien erdiak Salmonella spp-k eraginak izan ziren.

Beste informazio sistema batzuetako datuak

[Zaintza Epidemiologikoko Sare Nazionaleko Informazio Mikrobiologikoko Sistemaren](#) eta [Salmonella eta Shigellaren Erreferentziako Laborategi Nazionalen](#), era berean, aitorpenen gehikuntza bat sumatu da. Halere, datu hauek ez datoz bat 1997tik 2001era bitartean giza infekzio gastriko eta hesteetako nazioarteko sarean sumatu zen behar kadarekin (Enter-net). Dena den, aldakuntzak daude aitorpenetan, hala [Public Health Laboratory Service](#)-ek 2001. urtean %10,9ko

Salmonella. EHAEko kanal endemoepidemikoa.

1. Grafikoa 1997-2002.



gehikuntza detektatu zuen Ingalaterra eta Galesko aitortpenetan; bestalde, [Bulletin of the Network for Communicable Disease Control in Northern Europe](#) aldizkarian gehikuntzak aurkeztu dira estatu batzuetan, adibidez, Norvegiar eta Danimarkan, bien bitartean, Suedian, esate baterako, berdin mantentzen da aitortpenen kopurua 2001 urtean.

Ondorioak

- Detektatu diren gehikuntzak, bai Salmonellaren aitortpenen kopuruari dagozkionak eta bai agente erantzulea bakterio hau deneko agerraldien kopuruari dagozkionak, egoera hau kontrolatu beharra adierazten dute zaintza epidemiologikorako

dauden mekanismoen garapenaren bitartez: sorburuen eta kutsapen-bideen identifikazioa, metodo mikrobiologikoak (fagotipifikazioa eta teknika molekularrak) eta ikerkuntza epidemiologikoa.

- Kontrol programa bat ez da eraginkorra izango mikro-organismoaren identifikazio eta jakinarazpen azkar bat gabe, eta horretarako ezinbestekoa da aitortpen mikrobiologikoko sistema berriak ezartzea, eraginkortasunez jokatzea ahalbidetuko dutenak.

Iraida Hurtado de Saratxo

Osasun Publikoko Zuzendaritza

Prestigeren isurkien ondoriozko poluzioa

Joan den azaroaren 13an gertatu zen *Prestigeren* istripuaren ondorioz fuel isurkiak iritsi ziren kostara, aurrena Galiziako kostaldeak hondatuz eta hurrena kantabriar kostalde guztia, itsas ingurumena poluituz.

Poluzio honen inpaktuak floran eta faunan eragin zuzena dauka, eta beraz gizakiak normalean kontsumitzen dituen itsasoko produktuetan.

*Prestige*ko fuela, nazioarteko eskalan fuel 6 zk deritzona da, eta petrolioaren hondakin astunak beste eratorri arinago batzuekin nahastuz lortzen da. Kasu honetan nahasketa konplexu bat zen, honako osagai hauez konposatua: asfaltenoak, hidrokarburo aromatikoak, hidrokarburo aseak eta hainbat heteromolekula sufre, oxigeno, nitrogeno eta metal atomoz eratuak. Hidrokarburoen proportzioa desberdina da fuel bakoitzean eta, gainera, aldatuz joaten da proportzio hori hasierako isurketa lekutik dagoen distantziaren arabera. Hegazkorrenen proportzioa murriztuz joaten da isurketa gunetik urruntzen diren eta itsasoak astintzen dituen heinean. Prestigek garraiatzen zuen fuelean 35etik gora hidrokarburo aromatiko polizikliko (HAP) desberdin aurkitu dira. Fuelaren toxikotasuna hidrokarburo aromatiko poliziklikoei (HAP) egotzen zaien potentzial kantzerigenoarekin lotu ohi da. Hauen artean 16 gailentzen dira eta gizakiarentzako toxikotasun handieneko zerrendan jasoak daude USAko *Environmental Protection Agency* argitalpenean, hain zuzen, honako hauek: naftalenoa, azenaftilenoa, azenaftenoa, fenantrenoa, antrazeno, fluorantenoa, krisenoa, pirenoa, benzo[a]antrazeno, benzo[k]fluoranteno, indeno[1,2,3,c,d]-pirenoa, dibenzo[a,h]antrazenoa, benzo[g,h,i]perilenoa, benzo[a]pirenoa, benzo[b]fluorantenoa, fluorenoa.

Kontuan edukita *Prestige*ko fuelaren konposizioa, lehenagoko beste isurki batzuen esperientzia, Frantziako Elikapen Segurtasuneko Agentziak (AFSS) *Erikka*-ren istripuaren ondoren aurkeztu zituen txostenak eta nazioarte mailako adituen aholkularitza, Elikapen Segurtasuneko Espainiar Agentziaren markoan (ESAA) erabaki zen 6 HAP aztertzea, aipaturiko 16en artean hautatuak; honako hauek:

benzo[a]pirenoa, benzo[b]fluorantenoa, benzo[k]fluorantenoa, dibenzo[a,h]antrazenoa, indeno[1,2,3,c,d]-pirenoa, benzo[a]antrazenoa.

Beste isurki batzuen esperientzian oinarrituta, HAP kontzentrazio handienak detektatzen diren espezie jangarriak, eta beraz, kontrol eta zaintzaren iturri gisa erabiltzekoak hauek dira: muskuilua, txirla, berdela, txitxarroa, zigalak, giza kontsumoko algak eta erreboiloa (itsas akuikulturaren kasuan); maila baxuagoan eta, beraz, bigarren aukerako espezieak: berberetxoak, izkirak eta lupina.

Arrantzako produktuak HAP edukien kantitateari dagokionez, gida gisa maila batzuk ezarri ziren isurki honetan, fuelaren konposizioan eta bere toxikotasunean oinarrituz, kontuan harturiko 6 HAPetarako,

1. Molusku, krustazeo eta zefalopodoetarako

16 HAPen baturarako:

- Pisu lehorreko 500 µgr/Kg

6 HAPen baturarako:

- Pisu lehorreko 200 µgr/Kg
- Pisu hezeko 40 µgr/Kg, kontuan hartuz materia lehorrak ehun heze jangarriaren 20% pisatzen duela gutxi gorabehera.

2. Arrainerako

16 HAPen baturarako:

- Pisu lehorreko 50 µgr/Kg

6 HAPen baturarako:

- Pisu lehorreko 20 µgr/Kg
- Pisu hezeko 4 µgr/Kg, kontuan hartuz materia lehorrak ehun heze jangarriaren

Erabili den teknika analitikoaren detekzio muga 0,5 µgr/Kg izan da.

Kontrola eta zaintza

Kontrola eta zaintza areagotu egin ziren komertzializazio puntuetan eta ezaugarri organoleptikoen, jatorri eta identifikazioaren, eta kontrol analitikoaren egiaztapenera zuzendu ziren. Kontrol hau gauzatu den puntuak honako hauek izan dira:

1. EHAEn lehorreratutako erauzketa arrantzako produktuak EHAeko portuetan, arreta berezia jarriz berdelaren eta antxoaren arrantza-aldian.
2. Araztegiak eta arrain-haztegiak.
3. Merkatu handizkariak.
Batez ere poluzioaren aurrean sentikorrenak eta kontsumo handienekoak diren espezieena (muskulua, txirla eta zigala).
4. Arrain-industria eta establezimenduak
Lehengai gisa itsas algak erabiltzen dituzten industriari barne
5. Itsas akuikultura
Dauden itsas akuikulturako ustiategietan uraren eta produktuen kontrola egin zen. AREN .
6. Egon litezkeen zirkuitu klandestinoen kontrol eta zaintza.
EHAeko itsaski guneak itxi egin ziren isurketaren ondorioz. Establezimenduen kontrola egin da, arreta berezia jarriz jatetxe kolektiboetan, batez ere kostaldeko lekuetan.

7. Salaketak
Era berean, kontsumitzaileen salaketa askori egin zaie arreta, batez ere isurketaren ondorengo aurreneko egunetan.
8. Guztizko dieta
Arrain eta arrantzako produktuen laginetan, 2002 eta 2003 urteei dagozkienetan, zehaztu ziren HAP mailak.

Jarduera hauen emaitza gisa, guztira 4539 kontrol-bisita egin dira, intzidentzia larriak aurkitu gabe, ohikoenak produktuen etiketatuan atzeman ziren eta horregatik hainbat partida konfiskatu eta suntsitu ziren.

Guztira 192 analitika egin dira arrain, molusku eta krustazeoekin. Laginen %42a molusku eta krustazeo komertzializatuei dagokie. EHAeko araztegi eta arrain-haztegiarako uraren kaptazio-puntuetatik hurbil hartutako laginen 46 analitika egin dira. Azpimarratzekoa da ez dela detektatu ezin kasutan balio giden gaineko HAP mailarik. Guztizko dietan ez da detektatu poluitzaile hauetan desberdintasunik isurketaren aurreko eta ondorengo laginak alderatuz. Hitz batean, kasu guztietan mailak gomendaturiko maila gida eta irensteak baino askoz ere baxuagoak izan ziren.

Dolores Coll

Osasun Publikoko Zuzendaritza

Igerilekuen kontrol sanitarioarako araudi berria

Jolaserako eta aisialdi-denbora betetzeko uretako jardueren praktikak egin duen gorakada dela eta, gero eta instalazio gehiago eta mota gehiagotakoak sortu dira; beraz, betiko igerilekuei beste instalazio jostagarri/terapeutiko multzo berri batzuk gehitu behar zaizkie, hala nola, uretako parkea, hidromasaje-bainuak, burbuila-bainuak, ur-korronteak, etab., denetan ere kontrolatu beharreko elementu nagusia ura delarik. Gauza nabaria da instalazio hauen erabilpenean gertatu diren aldaketek berrikuntza garrantzitsuak eragin dituztela beraien diseinuan eta eraikuntzako teknologian, erabiltzaileen esizientziei erantzuteko. Ondorioz, ezinbesteko gertatu da arau tekniko-sanitarioak eta segurtasunekoak garatzea, egoera berri hau ahalik eta modu egokienean arautzeko, igerilekuen eta horiekin elkarturiko gainerako instalazioen erabilpen eta gozamenetik erator litezkeen arriskuak ahal den neurrian ezabatzeko. Gainera, Osasun Publikoko Zuzendaritzaren Igerilekuetako Programan lortu diren emaitza onak, zeinak uretako jarduera mota desberdinak gauzatzen diren lekuen kalitatearen hobekuntza eta, batez ere, bainatzeko uren kalitate sanitarioaren funtsezko hobekuntza islatzen diren, igerilekuetako kontrol erudian segurtasun osoa bermatuko zuen aldakuntza bat ahalbidetzen zuten.

Aurrekari hauen eraginez landu zen otsailaren 18ko 32/2003 Dekretua, zeinaren bitartez onartzen baita erabilpen kolektiboko igerilekuen araudi sanitarioa (E.H.A.A. 88 zk, 03/03/8koa), zeinak xedatzen dituen instalazioetan ezarri beharreko hobekuntza teknikoak eta uretako aisi eredu berriari dagokion zaindariaren, hau da, uretako soroslearen, jagoletza baldintzak egokitzen dituen.

Dekretu honen aplikazioak urrats bat gehiago ematea ahalbidetuko du erantzukizuna instalazioen jabeen eta Osasun Administrazioaren artean partekatuz iristeko, gestio-eredu bat ezarriz non igerilekuetako arduradunek autokontrol-sistema sartu beharko duten beren jarduera-protokoloetan. Autokontrolak erantzukizun guztia leporatzen die instalazioen titularrei, horien kontrolari dagozkion jardueretan eta funtzionamendu-baldintzak behar bezala mantentzeko dagozkionean, populazioaren osasunerako inolako arriskurik gerta ez dadin. Azkenik, argi utzi behar da urtebeteko epea ematen dela Autokontrol plana aurkezteko, zeina Osasun Sailak onartu behar baitu.

Adolfo Cid

Osasun Publikoko Zuzendaritza

Ospitaleko alden erregistroa. 2001. urtea

2001ean eman diren ospitaleko alden guztizko kopurua 271.629koa izan da. Horietako 209.594 (%77,2) Osakidetzako ospitaleei dagozkie, 202.562 (74,6%) akutueta ospitaleei eta 7.032 (2,6%) egonaldi luze eta ertaineko ospitaleei. Sare pribatuko ospitaleetan eman diren alden kopurua 62.035 alta izan dira (%22,8) (1 Taula).

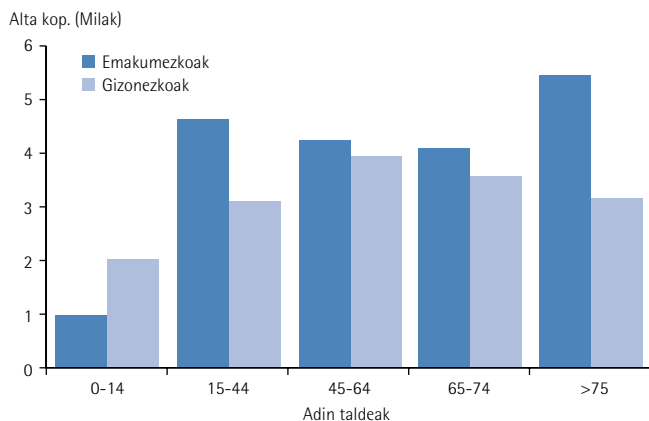
1. Zero egonaldiko altak

Zero egonaldia deritzo ospitalean geratzea eskatzen ez duen interbentzio batek eraginiko ospitaleratzeari, Erregistratu diren zero egonaldiko alden guztizko kopurua 35.554koa izan da eta Osakidetzako akutueta ospitaleetan eman diren alta guztien %17ari dagokio. Horietako %44,9 gizonezkoek eman zaizkie eta %55,1 emakumei. 1 Grafikoa ikus daiteke sexuen eta adin taldeen araberako banaketa.

Zero egonaldiko alta guztien artean, Oftalmologia Zerbitzu izan da alta gehien eman dituen (15.525), hain zuzen, guztizko kopuruaren %43a. Jarraian datoz Traumatologia 4.697 (%13,2) eta Kirurgia Orokorra 3.179 (%8,9) altarekin, hurrenez hurren.

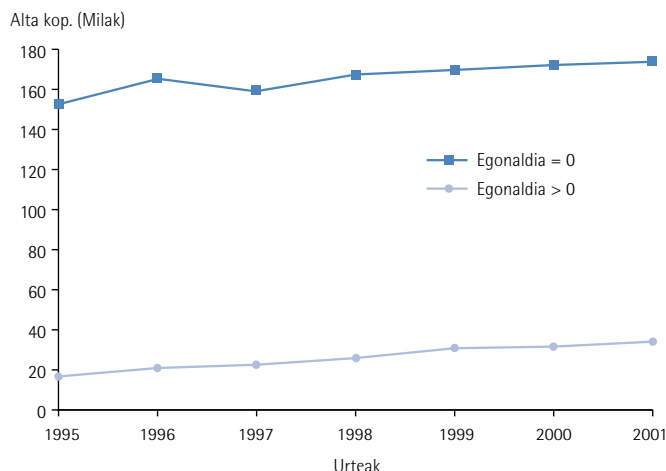
Sexuen eta adin taldeen araberako banaketa.

1. Grafikoa Zero egonaldia.



Ospitaleko alden eboluzioa.

3. Grafikoa EHAE, 1995-2001 urteak.



EHAeko ospitaleetan 2001. urtean eman diren

1. Taula altak.

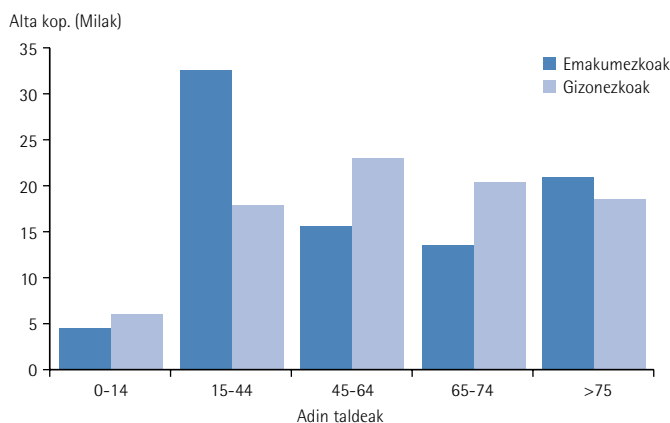
| OSAKIDETZA | |
|----------------------------|---------|
| • Akutuak | |
| – Egonaldia = 0 | 35.554 |
| – Egonaldia > 0 | 167.008 |
| • Ertain-Luzea | 7.032 |
| OSAKIDETZA GUZTIRA | 209.594 |
| OSPITALE PRIBATUAK | 62.035 |
| EHAeko ALTAK GUZTIRA | 271.629 |

2. Zero baino egonaldi luzeagoko altak.

Zero baino egonaldi luzeagoko 167.008 alta eman dira guztira, horietako %49,6 gizonezkoentzat eta %50,4 emakumeentzat (2. Grafikoa).

Sexuen eta adin taldeen araberako banaketa.

2. Grafikoa Egonaldia > 0 .



Alta guztien %21 Gurutzetako Ospitalean egin dira. Oro har, alta gehien eman dituen Zerbitzua Ginekologia izan da, eta ondoren Kirurgia Orokorra eta Traumatologia.

«Zirkulazio sistema» talde diagnostikoa izan da sexu bietan alta gehien sortu dituen (%15,7) zertxobait altuagoa gizonezkoengan (%58,7) emakumeengan baino.

EHAeko biztanleei eginiko diagnostiko ohikoena «bronkitis kronikoa» izan da gizonezkoen kasuan 2.555 altarekin, (%3,2), 100.000 biztanleko 251,01 altako tasarekin, eta 72,1 urteko batez besteko adinarekin. «Erditze normala» 3.971 altarekin (%4,8) izan da emakumei eginiko diagnostiko ohikoena, 100.000 biztanleko 373 altako tasarekin eta 31,1 urteko batez besteko adinarekin.

3. Eboluzioa

3 Grafikoa aurkezten da alden eboluzioa, zero egonaldia izan dutenena eta zero baino egonaldi luzeagoa izan dutenena; bertan ikus daiteke 1995etik aurrera gertatu den gorakada. (3. Grafikoa)

Mikel Errasti

Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza

Heriotza-tasa Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan, 2001

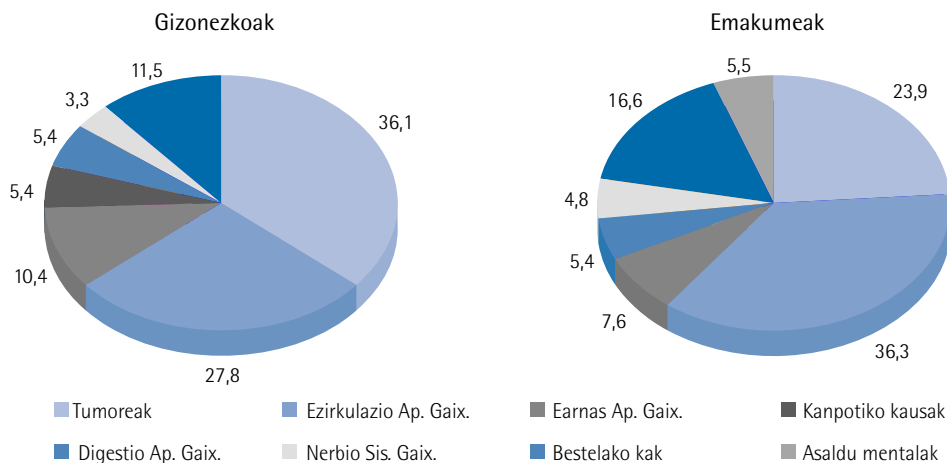
2001. urtean 18.087 heriotza gertatu dira EHAEan bizi ziren pertsonen artean. Horietako 9.670 (%53,5) gizonezkoak ziren eta 8.417 (%46,5) emakumeak. Heriotza tasa gordina 868,5 da 100.000 biztanleko, 950,0 gizonezkoentzat eta 790,6 emakumeentzat. Heriotza tasa, adinaren arabera Europako populazio estandarri doiturik, 561,6 da 100.000 biztanleko, 783,5 gizonezkoentzat eta 393,0 emakumeentzat. Bai heriotzen kopuru absolutua eta bai tasak zertxobait baxuagoak dira aurreko urtekoak baino.

Zirkulazio sistemako gaixotasunak ageri dira lehenbiziko heriotza kausa gisa EHAEan 2001ean, heriotza guztien %31,8arekin.

Maiztasun ordenan, jarraian tumoreak daude %30,4arekin, arnas sistemako gaixotasunak %9,1arekin, sistema digestio sistemako gaixotasunak %5,4arekin, kanpotiko kausak %4,2arekin eta nerbio-sistemako gaixotasunak %4arekin. Sexuen arabera, banaketa honako hau da: gizonezkoengan heriotza kausa nagusia tumoreak dira %36,1arekin, eta bigarrena zirkulazio sistemako gaixotasunak %27,8arekin; jarraian arnas sistemako gaixotasunak datoz %10,4arekin. Emakumeengan zirkulazio sistemako gaixotasunak daude lehen lekuan %36,3arekin; ondoren tumoreak %23,9arekin eta arnas sistemako gaixotasunak %7,6arekin. (1 Grafikoa).

Gaixotasun talde nagusiek eragindako heriotza tasa proportzionalak sexuaren arabera.

1. Grafikoa EHAE 2001.



Adin taldeen arabera, Otik 14 urtera kausa ohikoenak afekzio perinatalak (%38,5) eta sortzetiko anomaliak dira (%16,5), eta jarraian tumoreak (%12). 15 urtetik 34ra kanpotiko kausak dira %55 heriotzaren erantzuleak, eta jarraian tumoreak (%15,3) eta zirkulazio sistemako gaixotasunak (%8,9). 35 urtetik 64ra %51,4 heriotzaren kausa tumoreak dira, eta jarraian zirkulazio sistemako gaixotasunak datoz (%19,3) eta kanpotiko kausak (%9,3). 64 urtetik gorakoengan, zirkulazio sistemako gaixotasunak daude lehen postuan (%34,9), eta ondoren tumoreak (%26,7) eta arnas sistemako gaixotasunak (%10,6).

Heriotza tasak kausa espezifikoaren arabera analizatzen badira, ikusten da gizonezkoengan heriotza-kausak nagusia kardiopatia iskemikoa dela (heriotza guztien %10,3), 100.000 biztanleko 90,4ko tasa espezifikoarekin. Bigarren lekuan trakea, bronkio eta birikako tumore gaiztoak daude (heriotza guztien %10,3), 100.000 biztanleko 81,8ko tasa; ondoren gaixotasun zerebrobaskularrak (%7,3), 69,1eko

tasarekin. Emakumeengan heriotza-kausak nagusia gaixotasun zerebrobaskularra da (%11,3), 100.000 biztanleko 89,5 heriotzako tasarekin; bigarren lekuan kardiopatia iskemikoa dago (%7,5) 100.000 biztanleko 59,2ko tasarekin, eta zahartzaro eta zahartzaroraurreko asaldu mental organikoak (%5,4), 100.000 biztanleko 42,3ko tasarekin. Haurren heriotza-tasa (urtebetez behetakoak) 1.000ko 3,4koa da bizirik jaiotako haurrentzat, eta heriotza-tasa perinatala, 22 aste edo gehiagoko haurdunaldiaren ostean hilik jaiotako gehi bizirik jaiotako eta lehenbiziko astean hildakoen tasa 1.000ko 5,7 da.

Jaiotako bizi-itxaropena, edo batez besteko bizitza, EHAEan, 2001. urterako, 76,6 urte da gizonezkoentzat eta 84,3 urte emakumeentzat.

Covadonga Audicana

Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza

Heriotza-kausak nagusiak sexuen arabera.

1. Taula EHAE 2001.

| Gizonezkoak | | | Emakumeak | | |
|---|------|-------|---|------|-------|
| Kausak | Kop. | Tasa* | Kausak | Kop. | Tasa* |
| Kardiopatia iskemikoa | 920 | 90,4 | Gaixotasun zerebro-baskularra | 953 | 89,5 |
| Birikako tumore gaiztoa | 833 | 81,8 | Kardiopatia iskemikoa | 630 | 59,2 |
| Gaixotasun zerebro-baskularra | 703 | 69,1 | Zahart. edo zahartzaroraurreko asaldu mental organ. | 450 | 42,3 |
| BGBK eta antzeko gaixotasunak | 537 | 52,8 | Gutxiegitasun kardiakoa | 449 | 42,2 |
| Tumore gaiztoa ongi zehaztu gabeko lekuan | 309 | 30,4 | Bularreko tumore gaiztoa | 356 | 33,4 |
| Koloneko tumore gaiztoa | 288 | 28,3 | Diabetes | 271 | 25,5 |
| Prostatiko tumore gaiztoa | 274 | 26,9 | Alzheimer gaixotasuna | 233 | 21,9 |
| Urdaileko tumore gaiztoa | 259 | 25,4 | Koloneko tumore gaiztoa | 194 | 18,2 |
| Zirrosia eta birikako gaix. kronikoak | 247 | 24,3 | Hipertentsio gaixotasunak | 189 | 17,8 |
| Gutxiegitasun kardiakoa | 216 | 21,2 | BGBK eta antzeko gaixotasunak | 189 | 17,8 |

* x 100.000 biztanle.

Gaixotasun kardiobaskularrak

Sendabide bat gaixotasun kardiobaskularretarako?

British Medical Journal aldizkariak argitara eman du ikerketa bat, helburutzat hainbat farmako eta bitaminaren konbinazioa eta dosi egokia erabakitzea zuena, egunero dosi jakin bateko pilula bakar bat hartuz gaixotasun kardiobaskularren prebentzioan emaitza garrantzitsu bat lortzeko, kontrako eragin ahalik eta txikienarekin. Horretarako, zenbait meta-analisik proposaturiko formulazioen eraginkortasuna eta kontrako efektuak kuantifikatu zituzten.

Helburuak ongien betetzen zituen formulazioa honako hau izan zen: statina bat (esate baterako, atorvastatina (10 mg egunean) edo simvastatina (40 mg)); presio arteriala gutxitzeko hiru medikamentu (adibidez, tiazida bat, β blokeatzaile bat eta angiotensinaren entzima konbertitzailearen inhibitzaile bat), bakoitzetik dosi estandarren erdia; azido folikoa (0,8 mg) eta aspirina (75 mg).

Aurkitu zuten formulazio honi esker lor daitekeela gaixotasun iskemikoa %88 gutxitzea, eta gaixotasun zerebrobaskularra %80. 55 urtetik gorako populazioaren heren batek, pilula hau hartuz, batez beste 11 urtez gaixotasun iskemiko eta zerebrobaskularreko gertakarietatik libre bizitzeko onura lortuko luke. Pazienteen %8tik %15era bakarrik izango lirateke kontrako erreakzioen bat jasango luketenak.

Ondorioz, baieztatzen dute ezaugarri hauek dituen pilula batek hein handi batean saihestu litzakeela bihotzeko atakeak eta gaixotasun zerebrobaskularra, baldin gaixotasun hauen aurrekariak edo 55 urtetik gora dituzten pertsonen egunero hartuko balute, eta eskala handian erabiltzeak gaixotasun

hauen prebentzioan beste ezein eskuartzek baino eragin handiagoa izango lukeela mendebaldar munduan.

Wald, N.J. «A strategy to reduce cardiovascular disease by more than 80%». *BMJ* 2003; 326: 1419-23.

Bitamina antioxidatzaileak gaixotasun kardiobaskularren prebentzioan

Heriotza-tasa orokorra eta kausa kardiobaskularrek eragindakoa prebenitzeko bitamina antioxidatzaileek daukaten garrantzia zehazteko, Cleveland klinikako ikertzaile talde batek meta-analisi bat egin du eta bertan orain arte egin diren ongi diseinaturiko ikerlan guztiak aztertu dira. Ikerlan horietako 7tan E bitamina barne hartzen zen tratamendu gisa, eta 8tan betakarotenoak baloratzen ziren, Ikerlan hauetan 1.000 paziente edo gehiago barne hartzen ziren eta segimendua urtebete baino gehiagoz egiten zen.

Ondorioztatu zen E bitaminak ez zuela erakusten inolako onurarik heriotza-tasa orokorrari, heriotza kardiobaskularri edo istripu kardiobaskularri dagokienez. Betakarotenoek dagokienez, efektu onuragarria aurkitu ordez, egiaztatu ahal izan zen heriotza-tasa orokorraren gehikuntza txiki baina esanguratsu bat zegoela antioxidatzaile hauek kontsumitzen zituzten pazienteengan, kontrol-taldearekin alderatuz, eta berdin heriotza kardiobaskularri dagokienez. Beraz, efektu antioxidatzaileak dituzten gehigarri bitaminikoek ez dute inolako efektu onuragarriak arrisku kardiobaskularra gutxitzeko.

Vivekananthan, D.P. *et al.* «Use of antioxidant vitamins for the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of randomised trials». *Lancet* 2003; 361: 2017-23.

Erredakzioa

Osasun Publikoa Salud Pública

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

Erredakzio-batzordea:

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

Edizioa:

Miguel Ángel García Calabuig
Fotokonposaketa: IPAR, S. Coop.
Impresioa: Grafo, S.A.
1. eta 2. hiruhilekoak
15. zenbakia; 2003. urtea
Legezko Gordailua: BI-2874-98