

Osasun Publikoa

Salud Pública

16
zenbakia

2003

3. eta 4. hiruhilekoak

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



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Aurkibidea

Zainketa Epidemiologikoa

Bronkiolitisaren epidemiologia
Gipuzkoan. 2

Meningitis linfozitarioaren
agerraldi epidemikoa Gipuzkoan. 4

Gripearen zainketa. 5

Diabetesaren zainketa. 6

ABG 2003: 1-48 asteak. 7

Osasun Publikoko Egitarauak

Elikagaien analisi mikrobiologikoa. 8

Elikagai funtzionalak. 9

EAEko elikapen inkesta. 11

Gripearen aurkako txertaketa
kanpainak. 12

Elikagai establezimenduetako
kontrol sistema. 13

Gaurkotasuna

Berrikuntzak txertaketa
egutegian. 14

Editoriala

xxi. mendearen hasiera honetan, gure osasun sistemako ahalbide diagnostiko eta terapeutikoetan orain arte ezezagunak ziren mailak lortu direnean, medikuntzaren arloan pixkanaka sartuz joan diren teknologia berriei esker, halere oraindik ezezagun izaten jarraitzen dute hainbat eta hainbat mikroorganismoren etiologia, patogenia, genetika, mutazio potentzialitate, etab.i buruzko alderdi askok.

Zalantza gabe, *Influenza* birusa da, agente patogeno horietako bat, gizartean hainbat mende daramatzen arren, oraindik enigma bat izaten jarraitzen duena, bere aktibitate handieneko aldiak aurretiaz igartzeko posibilitateari eta eragiten duen gaixotasunari aurre egiteko tratamendu eraginkor eta behin-betiko bat garatzeari dagokionez.

Gripeari buruzko gaur egungo ezagutza zientifikoaren mugen aurrean, herrialde garatueto osasun arduradunek beren ahalegin prebentiboak sustatu dituzte. Hala, duela hainbat hamarkadaz gero, txerto bat dugu erreminta prebentibo eraginkor bakarra. Gure Komunitatean, Osasun Sailak, 1988az gero, urtero, gripearen aurkako txertaketa kanpaina bat antolatzen du, *Influenza* birusaren infekzioa jasateko kasuan arrisku handiena daukan populazioa inmutizatzeo helburuaz.

Harrokerian erori gabe eta betiere zer hobetu badagoela aitortuz, halere, azken 5 kanpaina hauetan, 65 urtetik gorako populazioaren txertaketa hedadura lortu den %14,1eko gehikuntza datu objektibo bat da (1999ko %57,9tik 2003ko %72ra).

Eraitza positibo hau kontuan edukita ere, aitortu beharra dago gure ezagutza epidemiologikoaren mugak, adibidez, ez gairela gai «gailur epidemikoak» aurreratzeko eta are gutxiago pandemia ospetsuaren gertagarritasuna igartzeko.

Posible da, ordea, eta osasun arduradunen erantzukizun bat, mota honetako egoerei aurre eman ahal izateko baliabide asistentzial egokien aurreikuspena egitea. Euskadin, Osakidetza urtero kontingentzia plan espezifiko bat antolatzen du gripeak eragindako asistentzia eskabidearen balizko gehikuntzari baldintza onenetan erantzuteko.

Azken batean, hauxe da helburua, gaixotasun honen zenbait alderdi ez ezagutzeak suposatzen dituen mugak gaindituz, ahalik eta babes maila handienak bermatzea gripetik babesteko, dela gaixotasuna prebenituz txertaketaren bitartez, dela konplikazioak prebenituz atentzio sanitario egoki baten bitartez. Eta arlo horretan jarraituko dute Osasun Sailak eta Osakidetza orain arte eskaini diren prestazioen maila hobetzeko ahaleginak egiten.

Osasun Saila

Zainketa Epidemiologikoa

Bronkiolitisaren epidemiologia Gipuzkoan

Sarrera

Bronkiolitisa azpiko aire bideetako arnasketa-infekzio akutua da, eta sarriena bizitzako lehen bi urteetan ematen da. Kalkulatzen da bularreko haurretatik %11-12k jasaten duela gaixotasuna eta hauetatik %2k, gainera, ospitalizazioa behar izaten dute. Bularreko haur eta ume txikiengan arnasketako birus sinzitala (ABS) izan ohi da bronkiolitisaren kausa nagusia, eta epidemiak abenduan, urtarrilean eta otsailan agertzen dira.

ABSa paramixobirus bat da eta gizakia da infekzio iturri bakarra. Ohikoa da transmisioa famili kontaktuen artean eta haurrak zaintzako zentroetan, pertsona helduak barne hartuz. Inkubazio aldia 2 eta 8 egun artekoa da eta irazketa biriko aldia, berriz, normalean, 3tik 8 egunera bitartekoa izan ohi da, baina izan daiteke luzeagoa ere, batik bat, bularreko haurrengan, 3-4 asteraino iraun dezakeelarik. Kutsadura arnasketako mikrogota edo fomiteak eduki ditzaketen jariakin kontaminatuekin zuzeneko kontaktua izatek gertatzen da.

Gure ingurunean Bronkiolitisaren epidemiologia ezagutzeko asmoarekin, gaixotasunaren eraginera hurbiltzea erraztuko zuten hainbat informazio iturriren analisia gauzatu zen 2002-2003 bitartean; bronkiolitisagatik ospitalizazio kopuruaren deskribapen bat ere egin zen 1996-2002 bitartean, Gipuzkoan, hauek ABSarekin zer lotura daukaten ikusteko.

Materiala eta metodoak

Ondoko iturriak analizatu ziren: Osakidetzako ospitale akutuetako alta medikoen DOGM (Datuen Oinarrizko Gutxieneko Multzoa), mikrobiologiako informazio-sistema eta lehen zainketako pediatrek kontsultan ikusitako pazienteen erregistro informatizatua.

DOGMko datuetatik, Gipuzkoan bizi diren eta lehen diagnostiko gisa bronkiolitisa erakusten zuten 2 urtez azpiko haurren ospitaleko alden kopurua atera zen (CIE-9ko 466.1 errubrika) 1996-2002 aldirako.

MIStik (Mikrobiologi Informazio-Sistema) abiatuta, Donostiako Laborategi Bateratuko mikrobiologi zerbitzuak 2000-2002 aldian jakinarazitako ABS isolamenduen hileroko kopurua atera zen.

Ospitalez kanpoko bronkiolitis kasuei buruzko informazioa 5 osasun zentrotako 6 pediatrak bidalitako informaziotik atera zen, CIAPko R78 (bronkiolitisa edo bronkitis akutuen) diagnostikoa zeukaten 2 urtez azpiko gizabanakoak aukeratuz.

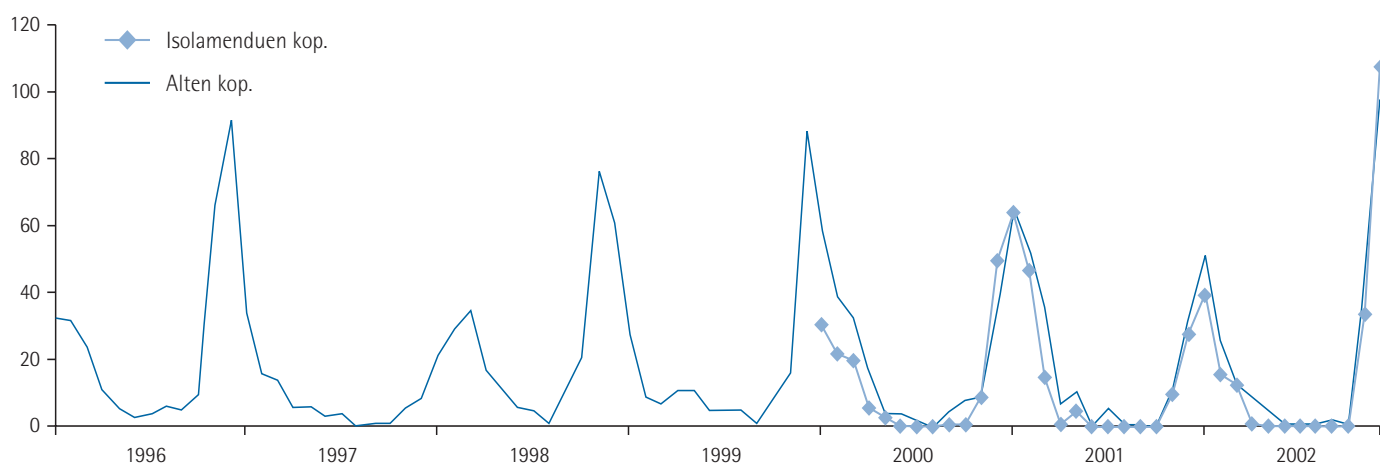
Emaitzak

DOGMko zentroan analizatutako 7 urteetan bronkiolitisagatik 1.584 alta erregistratu dira 2 urtez azpiko haurrengan; hauetatik 938 (%59,2) mutikoak ziren eta 646 (%40,8) neskatokak. Alta guztietatik, 1.418 (%89,5) urtebetez azpiko haurrak dira eta 166 (%10,5) urtebetekoak. Alde aldizkako banaketan urtaro bat nabarmentzen da altak neguko hilabeteetan nagusitzen direlarik, epidemi agerraldien gogortasunean alternantziarekin eta ABSren zirkulazioarekin lotura nabaria delarik komunitatean (1. grafikoa).

Ospitalizazio egunen batez bestekoa, 6,17tik (D.E.: $\pm 3,9$) 1996an 5,51rainokoa izan da (D.E.: $\pm 3,02$) 2002an. Aztertutako aldi guztian heriotza kasu bakarra egiaztatu da altakoan. 2001. urtean erregistratutako urtebetez azpiko haurren alta guztietatik (1.570), %13ak (201) bronkiolitisa aurkeztu zuen lehen diagnostiko modura.

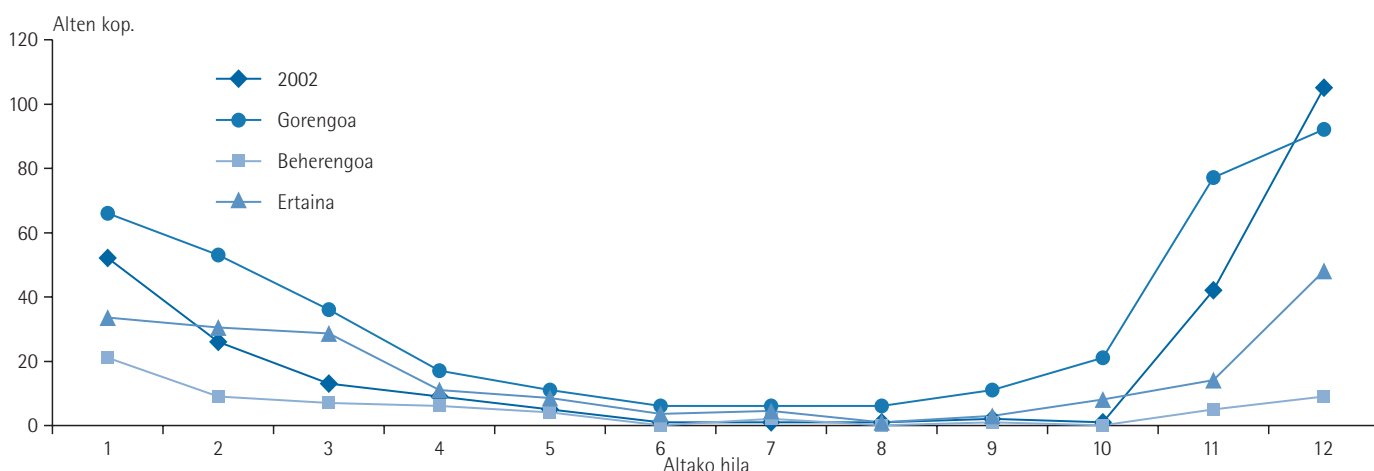
Alten hileroko kop., bronkiolitisagatik 2 urtetik beherakoetan, eta ABSen isolamenduen kop.

1. grafikoa Gipuzkoa 1996-2002.



Kanal endemo-epidemikoa, bronkitisagatik 2 urtetik beherakoetan.

2. grafikoa Gipuzkoa 1996-2002.



2. grafikoan ikusten den bezala, bronkiolitisagatik alta kopurua 2002ko azken bi hilabeteetan oso goitik egon da aurreko 6 urteetako batez bestekoarekin konparatuta, abenduan aldi horretako bertako gehienekoa gaintuz.

2002-2003ko azaroan, abenduan eta urtarrilean, aztertutako lehen zainketako 6 kontsulta pediatrikoetan, 159 bronkiolitis kasu diagnostikatu ziren 744 haurreko populazio batentzat (1. taula), honek tasa globala suposatzen du %21,4ko aldirako (18,4-24,5) %6,5eko gutxienekoarekin, %50,9ko gehienekoarekin eta %16,4ko batez bestekoarekin.

Aztertutako sei kasuetan ikusitako eragin tasa Gipuzkoa osoko 2 urtez azpiko populazioari aplikatuz, kalkula daiteke, aldi horretan, bronkiolitis kasuak 2.240 eta 2.966 artean izan zirela adin horretako haurrengan. Hiru hilabete horietan 176 alta erregistratu ziren bronkiolitis diagnostikoarekin; ondorioz, kalkula daiteke, kasuen %6ak eta %8ak ospitalizazioa behar izan zuela.

Konklusioak

Bronkiolitis oso ohiko patologia da bizitzako lehen bi urteetan eta azalpen epidemikoarekin ABSaren zirkulazioarekin erlazioan komunitatean. Analizatutako aldiran, gaixoen %5-%6ak ospitalizazioa behar izan zuen, batez beste, 6 bat egunez. 2001 urtean, urtebetez azpiko alta guztietatik %13 bronkiolitisari zegozkien.

Aldaketak egon daitezke urte batetik bestera gailur epidemiologikoa gertatzen den unean zein urteko gaixotasun-agerraldiaren handitasunean, horregatik komenigarria izan daiteke eragina monitorizatzea epidemi aldiaren hasiera ahalik eta azkarren detektatzeko eta asistentzi zerbitzuei berri emateko beren prestaketa eta planifikaziorako.

J. Artieda*, M. Basterretxea*, I. Ozkoidi**, S. Fuentes**,
A. Bengoa**, J. Tapia**, P. Gorrotxategi**

* Osasun Saila
** Lehen Zainketako pediatriak

Bibliografia

- Breese Hall C., McCarthy C. «Virus Sincitial Respiratorio». Mandell, Douglas y Bennet. *Enfermedades infecciosas. Principios y práctica*.
- E. Grimpel. «Epidémiologie de la bronchiolite du nourrisson en France». *Arch. Pédiatr* 2001; Suppl 1; 83-92.
- J. Marchal. «Organisation actuelle de soins». *Arch. Pédiatr* 2001; Suppl 1; 109-13.
- Peter, Hall, Halsey, Marcy, Pickering. «Virus sincitial respiratorio». Red Book 1999. *Enfermedades Infecciosas en Pediatría*.
- Martinón-Torres, F. «Tratamiento de la bronquiolitis aguda: de las evidencias teóricas a la práctica clínica». *XIV jornadas de pediatría en atención primaria*.

Bronkiolitis kasuen kopurua lehen zainketako kontsulta pediatrikoetan.

1. taula 2002 azaroa-2003 urtarrila.

	Kasu kop.	TIS populazioa < 2 urte	Tasa/100
Pediatra 1	32	124	25.8
Pediatra 2	11	168	6.5
Pediatriak 3 eta 4	17	191	8.9
Pediatra 5	16	98	16.4
Pediatra 6	83	163	50.9
GUZTIRA	159	744	21.4

Meningitis linfozitarioaren agerpen epidemikoa Gipuzkoan

2002ko udaberrian, Deba Beherea eta Goierri inguruetako hainbat ikasle gaixotu egin ziren Echo eta serotipo 30 enterobirus tipokoagatik meningitis biriko baten agerraldiaren ondorioz. 17. aste epidemiologikoa, Donostia Ospitaleko mikrobiologia laborategiak Mendaroko eskualde-ospitalean meningitis linfozitarioa diagnostikatutako haurrei egindako L.Z.R. hazkuntzetan enterobirusaren (echovirus) isolamendua egin zela adierazi zuen. Lau astebete geroago, Goierri eskualdeko pediatra batek haurrengan astebeteaz azaldutako 6 meningitis biriko kasu aurkeztu zituen. Bilaketa eraginkorrek egiaztatu zuen meningitis linfozitario kasuen gehikuntza Deba Beherea eta Goierriko eskualdeei bakarrik zegokiela.

Agerraldiaren ikerketa

Echovirusgatik meningitis linfozitarioen kasu posible gisa definitu zen, aipaturiko eskualdeko ospitaletan apirilaren 15etik hasita, L.Z.R. analisi biokimikoa meningitis eta linfozitosis-eko pleozitosis koadro klinikoa erakusten zuen Goierri edo Deba Behereko 15 urtez azpiko pertsona oro. Egiaztatutako definitu zen kasu posiblea L.Z.R. hazkuntzan, Echovirus isolamenduari. Bi eskualde-ospitaleetako pediatrek nominalki jakinarazi zituzten meningitis birikoa edukitzearen susmagarri ziren kasu guztiak. Izendatutako kasu bakoitzari inkesta epidemiologikoa egin zitzaion datu demografiko eta klinikoa bilduz. Enterobirus azterketarako lagin biologikoak Donostiako Laborategi Bateratuko (D.L.B.) mikrobiologi zerbitzura bidali ziren. ODGM k (Oinarrizko Datu Gutxiaren Multzoa) zentrotik, altako orduan meningitis linfozitario diagnostikoa zeukaten ospitalizatuen kopurua aztertu zen (047 errebubrikak eta CIE-9aren osagarriak) Gipuzkoako ospitaleetan 1994tik 2002ko irailerako tartean. Ez zen izan elikagai edo ur kontaminazio susmorik gaixotasunaren agerraldi bitartean, horregatik ez zen laginik hartu.

Emaitzak

56 meningitis linfozitario kasu erregistratu ziren, 31 (55,3) Deba Beherekoak ziren eta 25 (%44,6) Goierrikoak. 26 kasutan diagnostikoa behin-betikoa izan zen eta gainerakoetan posiblea. Sexuen arabera banatuz, 37 (%66,1) gizonezkoak ziren eta 19 (%33,9) emakumezkoak. Deklaratutako kasuen batezbesteko adina 6,2 urtekoa izan zen (DE, 2,84koa) txikiena 2 urtekoa zelarrik eta zaharrena 13 urtekoa. Haurren %82ak 3 eta 8 urte artekoak

ziren. 0-14 arteko adinarentzat atake tasa 1.000tik 3,32koa izan zen Deba Behereko eskualdean eta 1.000tik 2,04koa Goierriko eskualdean.

Klinika egoera orokorraren garrantziko afektazioagatik bereizi zen: sukarra (%85,7), zefalea (%96,4), okadak (%91,0) eta beherakoa (%3,5). Gaixo guztiek eboluzio ona izan zuten eta %100 konplikaziorik azaldu gabe sendatu ziren, batez beste, 2-3 egun ospitalean egin ondoren.

Kasuen aurkezpena 1. grafikoa azaltzen da. Eskualde bakoitzaren barruan kasuek talde espazial txikitik biltzeko joera izan zuten, guztietan pertsonatik pertsonara kutsatu zela ikusten delarik; astebetean gehieneko kasua 19koa izan zen Deba Behereko Eskualdean eta astebetean 21ekoa Goierriko Eskualdean.

Haur kasuek gainera, bi eskualde-ospitaleetako alden erregistroan, gaixotasunaren agerraldi bitartean, 9 kasu erregistratu ziren 14 urtetik gorakoengan meningitis birikoko diagnostikoarekin, alta ematekoan.

DOGMA zentroko analisiak (2. grafikoa), erakusten du 2002ko urtarrila-iraila tartean 80koa izan zela ospitalizatu guztien kopurua, zifra oso altua arreko urteetan erregistratutakoekin konparatuta. Gipuzkoako kasu guztietatik Mendaro eta Zumarragako ospitaleei dagozkien ospitalizazio proportzioa %15 eta %20 bitartekoa izan zen 2002 urtera arte, eta urte honetan %66,3koa izatera pasatu zen (2. grafikoa).

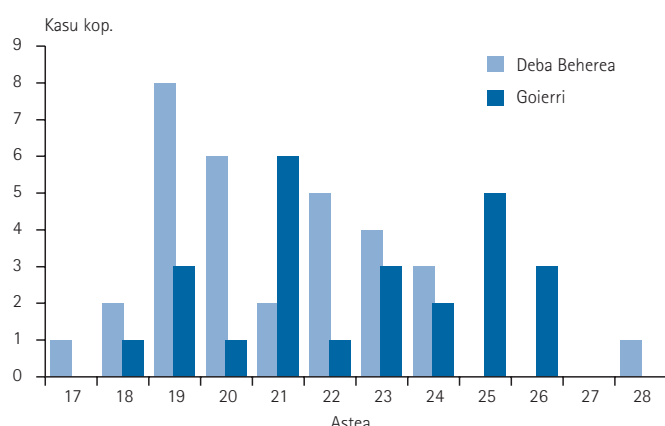
Laborategiko emaitzak: 37 L.Z.R. lagin igorri ziren guztira, (kasu guztietatik %66), echovirusarentzat guztira 26 (%70) positiboak atera zirelarik, eta beste 11etan (%30) emaitza negatiboa izan zen. Mendaroko ospitaleari dagozkion 3 laginetan identifikatutako echovirusa bat etorri zen echovirus 30arekin. Gainera echovirusa isolatu zen 15 gorozki edo frots faringeo laginetan, enterobirusa L.Z.R.an aztertu ez zeneko edo emaitza negatiboa izan zeneko pazienteengan.

Kontrol neurriak

Gaixotasunaren agerraldiaren hasieratik, kasuak zegozkien eskola zentroekin kontaktatu zen ohiko higie-neurriak zorroztearen

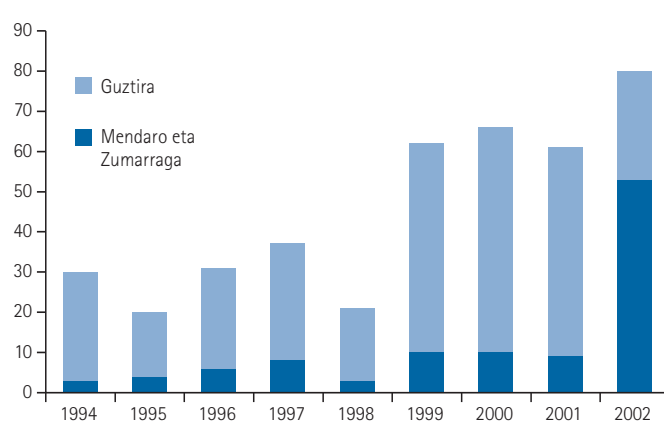
Linfozito-meningitisen asteroko kop.,

1. grafikoa Iurraldeka jakinarazia. Gipuzkoa 2002.



Alten urteroko kop., meningitis birikoagatik.

2. grafikoa Osakidetza-akutuen ospit. Gipuzkoa 1994-2002.



garrantzia gogorarazteko, hauek baitira neurri prebentibo garrantzizkoenak.

Eztabaida

Meningitis linfotarioaren agerraldi bat izan zen agente inplikatu gisa echovirus 30arekin; bertan ageri ziren zona epel eta garatuetako enterobirusari egozgarri diren ezaugarri epidemiologikoak, izan ere, erasan handiena jasan zuten haurrak 2 eta 15 urte bitartekoak baitziren, mutiko gaixoen proportzioa handiago izan zen neskatoena baino eta kasu guztiak udaberrian azaldu ziren.

Kurba epidemikoaren patroiak eta kasuen taldekatzeak pertsonatik pertsonarako kutsatzea iradoki zuten.

Emanik enterobirusagatiko infekzioen azalpen klinikoa era askotakoa eta anitza dela eta kasu asintomatiko, arin edo sukar koadro inespezifikokoak maiz azaldu ohi direnez, zail gertatzen da agerraldi honen hedadura ebaluatzea eta epidemia kontrolatzeko hartu ziren neurrien emaitza ona izan zen, nahiz eta, seguru aski, udako oporraldiaren hasierak eragindako eskolako populazioaren sakabanaketak ere lagunduko zuen gaixotasuna uxatzen.

J. Artieda*, I. Larrañaga*, M. Basterretxea*, D. Vicente, G. Cilla**, E. Artola***, L. Larraz*****

* Osasun Saila

** Donostiako Laborategi Bateratua

*** Ospitale komarkaleko pediatri zerbitsuak

Gripearen begiraletza EHAEan. 2003-2004 denboraldia

EHAeko gripearen begiraletzako medikuen sarea

2003-2004 gripe-denboraldiaren ezaugarrietako bat izan da asko aurreratu dela aurreko bost denboraldiak dagokienez, izan ere 39. astean (irailaren 21etik 27ra), Euskal Herriko begiraletza sareak A(H3) gripearen birusaren aurreneko bi isolamenduen berri eman baitzuen, Gipuzkoan. 43. astean (urriaren 20tik 26ra) intzidentzia jadanik 100.000 biztanleko 148 kasura iristen zen eta goraka jarraitu zuen 45. astera arte (azaroaren 3tik 9ra), eta hor iritsi zen goreneko gailurra oraingoz, 100.000 biztanleko 512 kasurekin (1. eta 2. grafikoak). 46. astetik

aurrera pixkanakako beherakada sumatu da erregistraturiko kasuetan. Beraz, 2003ko 49. astera arte, gripe-epidemiaren intzidentzia intentsitate ertainekoa da eta aurreko urtean sasoi honetan baino handiagoa da, orduan urtarrilaren erdi aldean izan baitzuen gailur gorena.

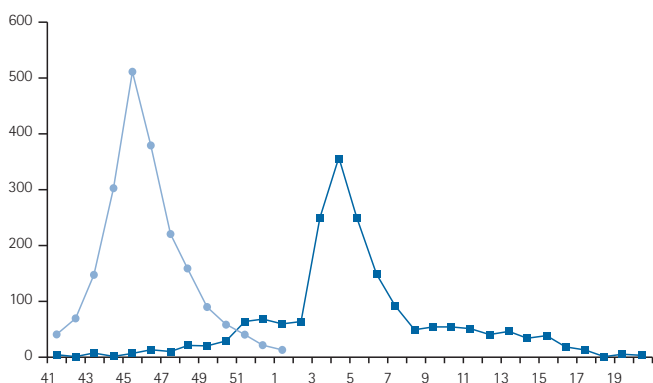
Eboluzioa, oro har, antzekoa izan da espainiar estatuko beste sareetan eta mendebaldeko Europako beste herrialdeetan, Erresuma Batuan eta Irlandan, esate baterako. Dena den, oraindik azkarregi da baloraziorik egiteko, izan ere aurtengo gripe-zikloaren hasiera hain goiztiarra izan denez, baliteke oraindik beste gorakada batzuk izatea neguko hilabeteetan zehar.

Oraingo zirkulatzen dauden gripe-birusei dagokienez, A(H3N2) nagusitu da era eksklusiboan, 49. astera arte EHAEan erregistratu diren 118 isolamendu positiboaren artean. Gainera une honetara arte aztertu diren A(H3N2) andui guztiak A/Fujian/411/2002aren antzekoak dira. Aurtengo denboraldiaren beste ezaugarri bat ume populazioarengan eduki intzidentzia garrantzitsua izan, batez ere 0 eta 14 urte bitarteko mutiko eta neskatoengan (3. grafikoa).

J.M. Arteagoitia, M.I. Larrañaga, T. Sarobe, F. González, M. Montes, D. Vicente, G. Cilla, I. Echevarria, F.J. Nafarrate, A.M.^a Fernández, P.L. Urigoitia, J. Rodríguez, C. Llorente, V. Ortiz, F. Gómez, M.^a J. Caballero, M.A. San Martín, V. Rubio, P. Aldave, C. Calderón, M. Leturiaga, M. Luque, S. Auriguiberri, E. Busselo, J. Izkara, M. Alonso, R. Lachen, V. Astobiza, M.I. Olabarrieta, J. Chávarri, M. Urquía, L. Aurrekoetxea, P. Valdés, J.M. Robles, B. Etxeguren, F. Rodríguez, K. Gómez, J.L. Lombardero, J.I. Juez, F. Galán, A. Burgui, M. Ruiz, M.C. Ugalde

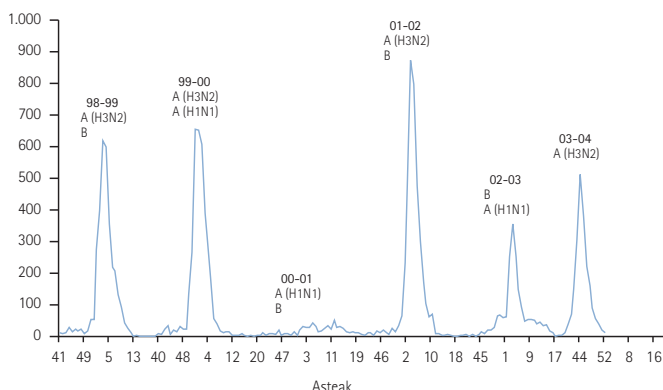
Gripea. Tasak/100.000 biz.

1. grafikoa Denboraldiak 02-03 eta 03-04.



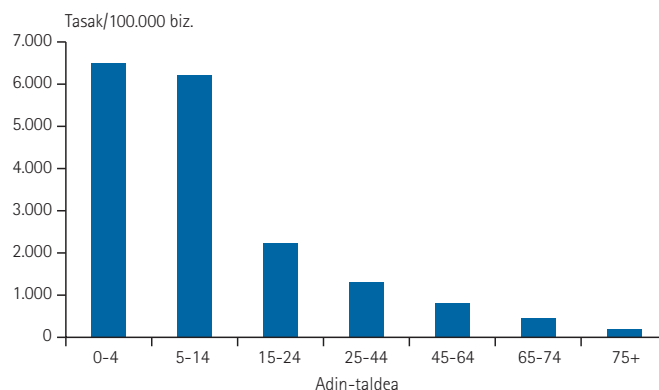
Gripea. Tasak/100.000 biz. 98-99tik 03-04ra

2. grafikoa arteko denboraldietako eboluzioa.



EHAE. Gripe-tasa metatuak adinaren arabera.

3. grafikoa 2003ko 40. astetik 49.era.



Diabetesa eta arrisku kardiobaskularra

Jarraian laburpen bat ematen da Euskal Herriko Medikuen Begiraletza Sarearen bitartez 2000 urtean diabetes melitus (DB) mota 2 eritasunari buruz egindako lanaren emaitza garrantzitsuenak. Lan honek helburutzat zeukan Euskal Herrian diabetes mota 2 jasaten duen populazioaren maiztasun, konplikazio eta arrisku faktore kardiobaskularrak eta gaixotasun koronarioko arriskuak.

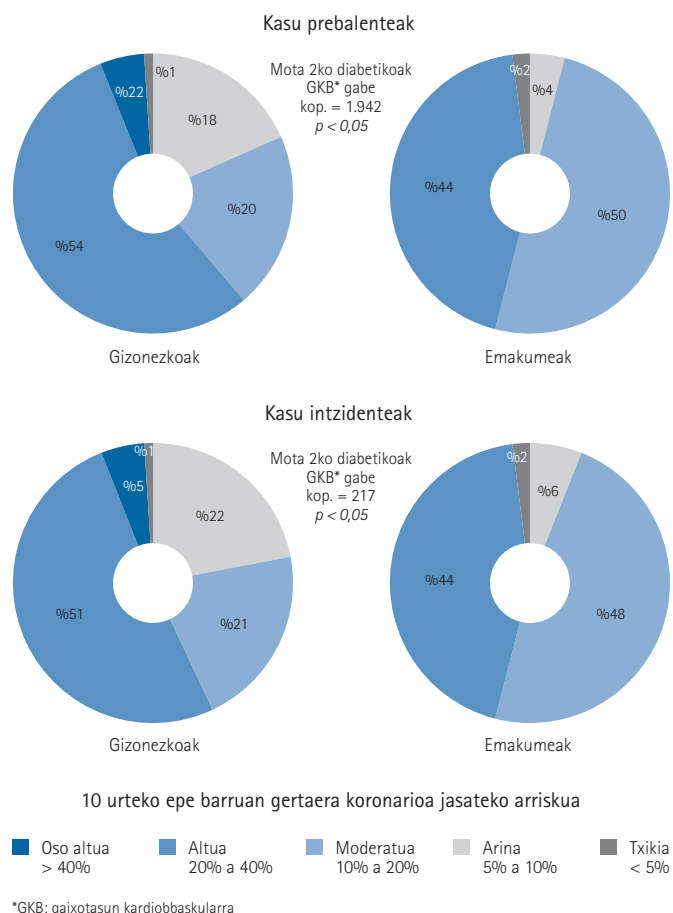
Ikerketa egiteko 65.651 pertsonako lagin bat hautatu zen, 24 urtetik gorakoa eta EHAEko populazioaren berdina adin eta sexu banaketari dagokionez. Kasuak OMEren diagnostiko irizpideen arabera sailkatu ziren. Diabetes mota 2ko kasu intzidente gisa sailkatu ziren 2000 urtean diabetes mota 2 diagnostikatu zitzaizen pertsonak, eta kasu prebalente gisa, ikerketa bitartean edo lehenago diagnostikaturiko mota 2ko diabetikoak. Azkenik, arrisku koronarioren maila baloratzeko, Gaixotasun Koronarioren Prebentziorako Europar Elkarteetan ezarritako irizpideen arabera egin zen.

Ezaguturiko mota 2ko diabetesen prebalentzia, adinaren arabera doituia %4,6 izan zen (IC %95: %4,5-4,7), eta handiena (%12,6) 65-74 urteko adinen artean izan zen. Kasu prebalenteen batez besteko adina $68 \pm 0,2$ urte izan zen, nabarmenki handiagoa emakumeengan ($p < 0,001$) eta gaixotasunaren batez besteko iraupena $8,1 \pm 4,5$ urte. Makroangiopatia izan zen konplikazio kroniko ohikoena, (%33) kasu prebalenteetan, sarriagoa gizonezkoengan ($p < 0,05$); bestalde, retinopatia, nefropatia eta polineuropatia ezaguturiko mota 2ko diabetikoen %20an sumatu zen. %61ek HbA_{1c} \geq %6,5 zeukaten, altuagoa izanik emakumeengan ($p < 0,05$). %85ek LDLc > 100 mg/dl, zeukaten %65ek kolesterola > 200 mg/dl, %18k HDLc < 40 mg/dl eta %33k triglizeridoak > 150 mg/dl. %79 n hipertentsoak ziren, %40 inguru oso lodiak ziren eta %13 erretzaileak. Gizonezkoen %60ak gaixotasun koronarioko arrisku maila altua edo oso altua zeukaten (10 urteko epe barruan gertaera koronario bat aurkezteko %20-40ko edo > 40 ko arriskua, hurrenez hurren) arrisku bera emakumezkoen %44ak aurkezten zuen bitartean ($p < 0,05$). Adinaren arabera doituriko mota 2ko DMaren intzidentzia metatua 24 urtetik gorako populazioarengan 1.000ko 5 izan zen (IC %95: 4,9-5,1) berdina sexu biantzat, batez beste $64 \pm 0,7$ urteko adinean, altuagoa emakumeengan ($p < 0,05$). 65-74 urteko taldeak erregistratu zuen intzidentzia altuena (12,8/1000). Kasu intzidenteen %36ak beren diagnostikoan diabetesaren hainbat konplikazio aurkezten zituzten: %22k makroangiopatia, %12k neuropatia, %12k nefropatia eta %6,5ek retinopatia diabetikoa. %46k HbA_{1c} altua aurkezten zuten, %75ek kolesterol altua, %90ek LDLc altua, %38k triglizerido altuak eta %20k HDL baxua. %82 hipertentsoak ziren, %45 oso lodiak eta %14 erretzailek. Sexuen araberako arrisku faktoreen banaketa eta arrisku koronarioren maila kasu prebalenteen berdina izan zen (ikus 1. grafikoa).

Azpimarratzekoa da arrisku faktore kardiobaskularren maiztasun handia mota 2ko diabetes ezagutu prebalenteetan, diagnostikatu berrietan bezala. Beste datu garrantzitsu bat

Mota 2ko diabetesa,

1. grafikoa gaixotasun koronarioko (GK) arriskuaren maila.



zera da: mota 2ko diabetes ezagutua jasaten dutenen %50 baino gehiagok arrisku altua daukatela (%20-40), edo oso altua (> 40) 10 urteko epe barruan gertaera koronario bat aurkezteko.

J.M. Arteagoitia, M.I. Larrañaga, J.L. Rodríguez, F. González, J.A. Piniés, R. Abasolo, I. Aguirrezabal, M. Arroniz, M.E. Azpeitia, J. de Castro, R. Esquisabel, M.I. Etxebarria, D. Gonzalo, R. Gracia, J.M. Hernández de Pedro, M.A. Larrañaga, F.J. Nafarrate, J.M. Ordoño, J. Pérez de Viñaspre, F. Ricarte, V. González, M. Maortua, L. Unzueta, P. Valdés, J.C. de la Fuente, E. Etxegarai, V. Astobiza, F.J. Eizaguirre, E. Elorriaga, M.P. Ruiz, F. Aizpurua, C. Ugarte, M.D. García, M.L. Rodríguez, A. Bolaños, M.A. Azazeta, A. Berganza, P. Zaballa, I. Elizarán, J.I. Gorroño, M. Díez, M.F. Loyola, A. Burgui, J. Crespo, J. Rodríguez, M. García, K. Muñiz, M.I. Olabarrieta, E. de la Peña, T. López, C. Calderón, E. Auzmendi, V. Tapiz, M.A. Arrondo, M. Luke, J.L. Aguirrezabala, J.I. Urgoitia, L. Pérez, I. Andréu, M.V. González, D. Baixas de Ros, I. Osa, M.L. Vivanco, I. Ibarrondo, M.J. Domaica, P. Aldave

**Derrigorrez Aitortu Beharreko Gaixotasunak.
2003 urteko 1-48 astei dagozkien datuak***

E.H.A.E.	Kasu kop.	Tasa	I. E.** 1	I. E.** 2
Botulismoa	0	—	—	—
Kolera	0	—	—	—
Disenteria	13	0,62	2,60	1,86
Sukar tifo-paratifikoa	4	0,19	0,27	0,50
Trikinosia	5	0,24	—	—
Gaixotasun meningokozikoa	93	4,47	0,74	1,26
Gripea	59.826	2.872,68	0,74	0,71
Legionelosisia	93	4,47	0,93	1,27
Meningitis tuberkulosoia	5	0,24	0,71	0,71
Tuberkulosia	439	21,08	0,86	0,76
Barizela	10.647	511,24	1,35	1,29
Infekzio gonokozikoa	27	1,30	1,17	0,93
Sifilisa	19	0,91	6,33	2,11
Difteria	0	—	—	—
Parotiditisa	32	1,54	0,97	0,63
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	2	0,10	1,00	1,00
Kukutxetzula	7	0,34	0,70	0,70
A Hepatitisa	50	2,40	1,14	0,57
B Hepatitisa	30	1,44	1,25	0,73
C Hepatitisa	11	0,53	1,22	0,13
Bestelako hepatitis birikoak	2	0,10	0,00	0,00
Bruzelosia	2	0,10	0,20	0,20
Amorrua	0	—	—	—
Sukar horia	0	—	—	—
Paludismoa	24	1,15	1,50	1,50
Izurria	0	—	—	—
Tifus exantematikoa	0	—	—	—
Lepira	0	—	—	—
Rubeola kongenittoa	0	—	—	—
Sifilis kongenittoa	0	—	—	—
Jaioberrien tetanoa	0	—	—	—

(*) 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 arrazoia 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 arrazoia da.

EHAE guztiko aitortpenen portzentaiak = %64,9

Gripe agerraldien intzidentzia handiena 45. eta 46.asteetan izan bazen ere, urtean zehar erregistraturiko kasuen kopurua aurreko urteko intzidentzia baino baxuagoa da eta, era berean, azken bosturtekoa baino baxuagoa. Txerto-egutegian barne harturiko gaixotasunei dagokienez, adierazi behar da erregistraturiko bi tetano kasuak 70 urtetik gorako helduegan izan zirela; kukutxetzul kasuak 6 hilabetez behekoengan, kasu bat salbu, eta parotiditis kasuak adin guztietan bananduak daude. Ez da izan elgorriaren eta errubeolaren kasurik. Barizela zertxobait gehitu da aurreko urtearekin alderatuta, gaixotasun meningokozikoa eta tuberkulosia gutxitu egin diren bitartean.

Elikagaien analisi mikrobiologikoa. 1998-2002

Osasun Publikoko Zuzendaritzatik elikagaien lagin hartzeak programatzen ari dira azterketa mikrobiologikoetarako. Analitika hauek Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan (EHAE) lantzen eta komertzializatzen diren elikagaien kontrolerako balio dute, bai eta elikagaien bidez kutsatzen diren patogeno ohikoenak edo emergenteak zaintzeko ere. Horrela lorturiko datuak erabakiak hartzeko eta kontrol programak lantzeko erabiltzen dira.

1998-2002 aldian mota askotako elikagaien laginak hartu dira eta hainbat patogeno eta adierazle ikertu dira, legerian jasoak egon zein ez. Hemen laburki azalduko ditugu azken urte hauetan ikertu diren patogeno batzuk eta lortu diren emaitzak. Kontuan eduki behar da lagin hauek kasu askotan gidatuak izan direla eta ez aleatorioak; joeraren bat erakuts dezakete edo arazoren bat azaleratu, Baina era globalean ez daukate adierazgarritasun estatistikorik.

Askotarikoa izan da zehaztapenak egin diren elikagaien jatorria: produktu landuk, landu gabeak, establezimenduan prestatu eta saltzeko elikagaiak, ontziratuak, EHAEan eta hemendik kanpo lekuturiko establezimenduetako produktuak, establezimendu prestatzaileetan salmenta-lokaletan harturiko laginak. Esandakoez gain, barne hartu dira arazo zehatzen detekzioagatik eginiko azterketa puntualen emaitza analitikoak ere,

Populazioaren osasunean eragina izan dezaketen patogenoak isolatu diren kasu guztietan neurri zuzentzaileak hartu dira kontsumitzaileentzako arriskuak saihesteko helburuaz.

Laburpen honetan hiru bakterio desberdinen emaitzak aurkezten dira, garrantzi eta problematika era desberdina dutenak:

- *Salmonella spp*-ak elikagaietan izan ohi duen presentzia legerian jaso dago. Patogeno hau animalia jatorriko elikagaietan aurkitzen da eta patologia akutua eta larria sortzen du. Kutsadura, elikagaiak irensteagatik izaten da, baina gerta liteke mikroorganismoa pertsonatik pertsonara kutsatzea ere.
- *Campylobacter spp* gizakien prozesu gastrointestinalen erantzulea da. Kutsatzeko era ohikoa animalia jatorriko elikagaien bitartez izaten da (batez ere hegaztia), edo ur kontaminatuak edateagatik. Prozesu patologikoak gutxitan izaten du larritasunik.
- *Listeria monocytogenes* nonahiko bakterioa da eta elikagaiak dira, baina era askotako elikagaiak gizakiarentzako kutsadura iturri bakarra. Prozesu patologiko desberdinak eragiten ditu ostalariaren eta inokuluaren ezaugarrien arabera. Bakterio honen azterketa aparteko zailtasuna eskaintzen du daukan inkubazioaldi luzeagatik, inoiz 70 egun. Elikagaien legerian jaso dago.

Salmonella spp

Era sistematikoan egiten da *Salmonella* isolatuen serotipatua eta *Salmonella enteritidis* da maiztasun handienaz detektatzen dena.

Ikerturiko elikagaiak eta isolamenduak 1. taulan aurkezten dira. Detekzioen portzentaje altuena hegaztikiaren eta okela horren eratorrietan aurkitu da.

Salmonella spp da elikadurako toxiinfekzio agerraldien portzentaje altuenaren eragilea: aztertu den aldian detektaturiko 249 kasuetako 156 (%62). Arrautzarekin landuriko elikagaiak izan dira toxiinfekzio hauen %66aren kutsaduraren bitarteko.

Campylobacter spp

Bakterio hau ikertzeko hautatu diren elikagaiak hegaztiki eta hegaztikiaren eratorriak izan dira. Guztira 588 lagin hartu dira; horietako 228tan detektatu da *Campylobacter spp*, hau da, analizatu diren laginen %39an

Salmonella spp-aren presentzia ikertzeko

1. taula hautaturiko elikagaiak. EHAE 1998-2002

Elikagaia	Guztira	Isolamenduak	
		Kop.	%
Hegaztikiak	343	89	25,9
Hegaztikiaren eratorriak	266	62	23,3
Arrautzak	130	11	8,5
Okelaren eratorri egosiak	191	6	3,1
Behiki xehatua	100	5	5,0
Gaztak	541	2	0,4
Esne-izozkiak	145	0	0,0
Esnea	143	0	0,0
Esnea eta esnekiak (gaztak salbu)	85	0	0,0
Aurrekoizatuak	56	0	0,0
GUZTIRA	2.000	175	8,8

Iturria: Segurtasun Mikrobiologikoko Programa.

Listeria monocytogenes

Listeria monocytogenes bakterio psikrofiloa da; beraz, ugala daiteke 0°C inguruko tenperaturan; horrexegatik du aparteko interesa eta zailtasuna bere zaintzak eta kontrolak. Gerta daiteke prozesuaren amaierako kutsadura txiki batek kutsadura handiak eragitea elikagaiaren iraunaldiaren amaieran.

Ikertu diren elikagaien artean kutsadura handienak haragiki egosietan eta hegaztikiaren eratorrietan detektatu dira.

Listeria monocytogenes bakterioaren presentzia

2. taula ikertu den elikagaiak. EHAE 1998-2002

Elikagaia	Guztira	Isolamenduak	
		Kop.	%
Hegaztiki eta eratorriak	145	30	20,7
Okela egosiak	236	31	13,1
Lukainka/txistorra	111	6	5,4
Kremazko pastelak	59	3	5,1
Postreak eta esnekiak	85	4	4,7
Behiki xehatua	100	4	4,0
Esnea	143	5	3,5
Gazta	460	5	1,1
Esne-izozkiak	145	1	0,7
GUZTIRA	1.484	89	6,0

Iturria: Segurtasun Mikrobiologikoko Programa.

Konklusioak

Jaso diren datuen arabera, patogenoen presentzia handiena hegaztikiaren eta horien eratorrietan detektatu da, aipatu elikagaietan isolatu baitira hiru patogenoak laginen portzentaia altuenetan. Halere, elikapean toxiinfekzio agerraldiak batez ere *Salmonella spp* bakterioak eraginak, arrautzekin landuriko elikagaien bitartez gertatu dira. Kontaminazio gurutzatuen zaintza kontrolerako funtsezko elementutzat hartzen da.

Dolores Coll

Osasun Publikoko Zuzendaritza

50eko hamarkadaz gero, elikagai funtzionalen erabilpenaren hainbat adibide dauzkagu eta planetako lurralde jakin batzuetan desnutrizioaren aurka borrokatzeko programak garatu dira mota honetako elikagaiak erabiliz: oinarrizko irina arrain-irinekin nahastu zen, ekarpen proteikoa gehitzeko; esnari iodoa gehitu zitzaion hipotiroidismo arazoak saihesteko, gune endemikoetan; edota uraren fluorazioa egiten da txantxar-arazoak saihesteko. Halere, azken urte hauetan izan da elikagai aberastuen «boom»a, horien artean, omega-3 azidoak, kaltziodun esneak, bitamina eta mineraldun zukuak, fitosteroldun elikagaiak, etab. Bestalde, gero eta indar handiagoa hartzen ari da ustiapen ekologikoetatik datozen produktu naturalen bidezko elikadura. Horrek guztiak argi erakusten du populazioaren kezka bizitza sano bat lortzeko elikadura osasungarriaren bitartez.

Elikagai funtzionalak

Oraindik ez daude legalki definituak europar araudiaren aldetik, baina oro har, elikagai funtzionaltzat hartzen dira dieta normal baten osagai gisa kontsumitzen direnak eta osasunerako onurak eskaintzen dituzten eta gaixotasunak jasateko arriskuak gutxitzen dituzten osagaiak dauzkatenak.

Elikagai funtzionalek berez ez dituzte gaixotasunak ez sendatzen ez eragozten eta ez dira ezinbestekoak elikaduran, baina aukera bat izan daitezke egoera jakin batzuen aurrean, hala nola, diabetesa, alergiak, asaldu digestiboak, etab.

Funtzional gisa eskaintzen diren elikagaien adibide gisa aipa litezke, besteak beste, honako hauek:

- Lactovacillus hazkuntza biziak dituzten elikagaiak, heste-foraren oreka hobetzen dutenak (jogurta).
- Zuntza duten elikagaiak: zuntza elikagaiei gehitzen zaien jatorri begetaleko substantzia bat da, heste-iragaitea laguntzeko.
- Jatorri begetaleko esterolak eta estanolak gehitu zaizkien elikagaiak, LDL kolesterol mailak jaisten dituztenak eta, ondorioz, gaixotasun kardiakoen arriskua gutxitzen dutenak (margarinak, esnekiak).
- Omega-3 gantz-azidoekin aberasturiko elikagaiak: gantz-azido poli-asegabeak dauzkate, lipidoen metabolismoan eragiten dutenak, eta, ondorioz, hipertentsioa eta kolesterol mailak kontrolatzen dituzte.
- Isoflabonak: soian aurkitzen diren fitoestrogenoak dira eta gaixotasun kardiobaskular batzuk, osteoporosia, etab. prebenitzen dituzte.
- L-karnitina: gantzen metabolismoan laguntzen duten aminoazidoak.

Fitosterolak gehitzen zaizkien elikagaiek aparteko aipamen bat merezi dute, azkenaldi honetan merkatuan aukera ugari bat eskaintzen baita beren jatorrizko konposaketari fitosterolak gehituta, kolesterol mailak gutxitzen dituztelako indikazio sanitarioekin.

Osagai hauek (jatorri begetaleko esterolak) «kolesterol txarra»ren mailak beheratuz eragiten dute. Hainbat elikagairi

gehitzen zaizkie, esaterako margarinei, esnekiei, etab. eta kolesterol maila altuak dauzkaten pertsonentzat gomendatzen dira.

Kontuan eduki behar da fitosterol hauen kontsumoak zenbait desoreka eragin ditzakeela, adibidez, betakarotenoen eta A bitaminaren mailaren murrizpena eta bitamina batzuen zurgapenaren murrizketa; horregatik, dieta orekatu baten barruan erabiltzea gomendatzen da. Bestalde, fitosterolen irenstea kontrolatu beharra dago pertsona talde batzuegan, esaterako hazten ari diren umeengan, emakume haurdunengan, digestio-asalduek dituzten pertsonengan, etab. Gainera, pertsonal fakultatiboaren kontrolpean kontsumitu behar da, patologiaren bat jasaten den kasuan.

Elikagai aberastuak

Elikagai bat aberastua dela esaten da nutriente batzuk gehitzen zaizkionean, bere konposaketa normalean dagozkionak baino gehiago eduki ditzan, legedian gai hau arautzen denean ezarri beharko diren muga jakin batzuen barruan. Hemen sartzen dira bitaminak, mineralak, gantz-azidoak, aminoazidoak. Ad.: kaltziotan aberasturiko esnea.

Mota honetako elikagaiak dietan sartzea interesgarria gerta badaiteke ere, populazioaren gabezia egoera batzuetan beronen nutrizio egoera hobetzen dutelako, adibidez; halere ez dizkiegu mirarizko gaitasunak esleitu behar, kontsumitzaileari iruzur egitea litzatekeelako.

Produktu hauek, ondo erabiltzen badira, pertsona talde batzuek, egoera fisiologiko jakin batzuetan (zaharrak, haurdunak, bularreko haurrak, kirolariak, etab.), dituzten premiak asetzen lagun dezakete. (Ad.: haurraren elikadura, adin jakin batera iristen den arte urriegia izaten da burdinar eta, esne maternizatuei edo mineral horretan aberasturiko zerealei esker, arindu ahal izan da arazo hori). Bestalde, kontuan eduki behar da, elikagai hauek ez dagozkion populazio talde batek erabiltzen baditu, ez duela lortuko aipatzen den onurarik.

Halere, merkatuan elikagai hauen hainbesteko eskaintza egoteak eragin dezake nutriente jakin batzuen gehiegizko kontsumoa eta horren ondoriozko gaixotasun batzuk sortu (Ad.: hiperbitaminosia).

Elikagai-osagarriak

Elikagai-osagarri gisa definitzen dira dieta normala osatzeko helburua daukaten produktuak. Eragin nutrizional edo fisiologikoa duten nutrienteen edo beste substantzia batzuen iturri kontzentratuak dira; aurkez daitezke forma sinplean edo konbinatuan eta produktua dosifikatzea ahalbidetzen duen eran komertzializatzen dira, betiere dosi txikietan hartzeko.

Elikagai aberastuekin daukaten desberdintasuna nabarmena da, nutriente mota berbera bada ere. Kasu honetan bitaminez eta mineralez hitz egiten da eta elikagai tradizionalak ez bezala aurkezten dira (kapsulak, anpuluak, etab.).

Fitonutrienteak

Landareetatik datozen nutrienteak dira eta, kasu gehienetan, helburu prebentiboarekin erabiltzen dira, inoiz terapeutikarekin ere bai. Ez lirateke sartuko elikagaien sailean, baldin beren konposaketan parte hartzen duten landare estraktuak sendabelarrei dagokien araudian jasoak baleude eta, kasu horretan, berauen erabilpena pertsonal espezializatuak gomendatu beharko luke.

Prebiotikoak

Organismoak digeri ezin dituen substantziak dira. Osasungarriak dira koloneko bakterio onuragarrien hazkuntza eta jarduera sustatzen dutelako; esate baterako, elikagaiei gehitzen zaien zuntzak heste-floraren hazkuntza eta oreka eragiten ditu eta, ondorioz, hesteen funtzionamendua hobetzen du.

Probiotikoak

Mikroorganismo biziak dira, eta, kantitate mugatu batean hartuz gero, ondorio onuragarriak izan ditzakete organismoarentzat. Ad.: jogurtak: lactobacilusak gehitzen dira hesteetako oreka mikrobiarra lortzeko eta, ondorioz, hesteen funtzionamendua hobetzeko.

Productu bio/biologiko-eko/ekologikoak

Printzipioz, BIO hizkia produktu «biologikoei» aplikatzen zaie, hau da, produktu kimikorik, pestizidarik, aditiborik, kontserbatzailerik edo manipulazio genetikorik gabe landu dituen produktuei. Zentzu honetan erabiltzen da EEko araudietan.

Gaur egun eztabaida handia dago, izan ere espainiar araudiak onartzen baitu BIO hizkiaren erabilpena era zehaztu gabean bai jatorri biologikoko produktueterako eta bai eta bai jatorri hori ez duteneterako. Hori justifikatzeko argudioa zera izan zen, BIO hizkia erabiltzen zutela araudia argitaratu baino lehenagotik esneki produktuen marka batzuek, nahiz eta beren jatorria nekazaritza ekologikoa ez izan eta, oro har, BIO hizkia bifidusak gehitu zaizkion esnekiak adierazteko erabiltzen zela, eta ez nekazaritza ekologikotik datozen produktueterako.

Light produktuak

Produktu aukera ugaria dago (york urdaiazpikoa, pateak, maionesak, turroiak, freskagarriak, marmeladak, etab.) light izendapena erabiltzen duena.

Hitzaren esanahia arina, ahula, leuna edo era horrelako zerbait da; beraz, izendapen hori duten elikagaiek gantz edo karbono-hidratoetan ekarpen baxuagoa dutela iradokitzen da. Hori benetan horrela bada, produktu horiek, nutrizioari dagokionez,

balio energetikoan portzentaje jakin bateko murrizpena eduki behar dute ezaugarri berberak dituen erabilpen arrunteko elikagaiekin alderatuta, eta horrek oso argi adierazia egon behar du etiketan.

Konklusioak

Bizi-itxaropena luzatu izanak, bizi-kalitate hobe baten gurariak, eta horrekin loturik, kontsumitzaileengan, osasun iturri gisa elikapen sano bat egiteko sortu den kezka, eragin du merkatuan, elikaduraren arloan, halako produktu aniztasunaren agerpena.

Substantzia hauek, elikagaiei atxikita, eskuragarriago bihurtu dira populazioarentzat, elikagaiak, betiere, osasun iturriztat hartzen baitira, dietaren osagarri izan litezkeen beste substantzia batzuekin gertatzen ez dena, azken hauek «botika» edo «substantzia arrotz» gisa sumatzen baititu populazioak. Irizpide horren arabera, eskain daitezke salmenta puntuetan elikagai «arruntekin» batera. Dena den, eskuragarritasun honek berak sor litzake arazo larriak kontsumitzaileek dieta orekatu baten ordeko gisa hartuko balituzte, elikagai hauen erabilpen-baldintzak behar bezala ezagutu gabe, hau da zer nutriente dauzkaten, zer proportziotan dauzkaten osagaiak, zer populazio talderentzat diren egokiak eta, alderantziz, zer populazio talderentzat izan litekeen kaltegarria berauen kontsumoa.

Etorkizunean, espero izatekoa da eskaintza zabala agertuko dela merkatuan: gure errendimendu mentala hobetzeko elikagaiak, sexuarekin erlasionaturiko egoera fisiologiko batzuen aurrean lagunduko diguten elikagaiak, hipertentsioa kontrolatzen lagunduko digutenak, larruazala zaintzeko produktuak, antialergikoak, pisua kontrolatzeko elikagaiak, etab.

Horregatik, beharbada orain bertan aurre eman beharreko erronka nagusia marko erregulatu bat ezartzea da hainbat alderdi arautzeko, adibidez, salmentan jartzen diren produktuuen gaitasun baldintzak, gaitasun horiek egiazkoak diren ala ez erabakitzeko beharrezkoak diren ikerketa zientifikoak, eta marko erregulatu zehatz bat etiketatuari dagokionez, produktua kontsumitzen dutenen segurtasuna bermatzeko eta kontsumitzailearengan gaizki aditurik gertatzea saihesteko.

Era berean, pertsonal espezializatuak elikagai hauek ezagutzea, zer indikazio dituzten, zer kontraindikazio, zer populazio talderi dauden zuzenduak, etab, lagungarria gertatuko litzateke kontsumitzaileek ere hobeto ezagutu eta erabiltzeko egunetik egunera merkatuan ugartuz doazen produktu hauek, baina betiere azpimarratuz bitzta osasuntsuaren oinarria elikadura orekatua dela.

Lucía Díaz de Lezana

Osasun Publikoko Zuzendaritza

EAEko populazioan egin den elikadura kontsumoaren gaineko azken datuak 1988-1989 urteen artean hartu ziren eta 25 eta 60 urte arteko populazio helduari dagozkio. Ez ditu hartzen, beraz, haur, adolezente edo zaharren taldeak. Zalantzarik ez, azken 13-14 urte hauetan aldaketak gertatu direla elikatze ohituretan, ez bakarrik aldi luzea delako, baizik aldaketa laboral/kulturalak, bizi estiloak eta baita elikagai industriak eskaintzen dituen aukerak ere gero eta ugariagoak izateak horretara garamatzalako.

2010 urterako Osasun Planean ezartzen diren helburuek (karbono hidratoetatik eta koipeetatik eratorritako energia proportzioa) populazio helduari dagozkion 1990eko Elikapen Inkestako datuak eta EPIC azterketa (1992-1996) hartzen dituzte erreferentzia gisa.

Inkestek emandako datuak EAEan elikapen politiken eta elikadura segurtasunaren garapenerako baliagarri izateko, nahitaezkoa da berauek gaurkotzea noizbehinka. Horrekin elikadura zainketarako benetako sistema bat ezartzeko oinarriak jarriko lirateke, eta honek, gainera, ondoko edizioetako gastuak murrizten lagunduko luke, garatuak egongo bailirateke datuen bilketarako eta esplotziorako azpiegitura eta prozedurak.

Honek guztiak beharrezko egiten du EAEan populazio osoa (haurrak eta helduak) hartuko duen elikapen inkesta baten berrargitalpena. Halere, kontuan hartuz haur populazioan informazioa biltzeak dituen zailtasunak eta EAEari dagokionez dagoen informazio falta, erabaki da 4 urtetik 18 urtera bitarteko populazioarekin hasia inkesta hau, gero, 5 urte baino ez epe luzeagoan osatzeko elikapen inkesta populazio helduan.

Azterketaren helburu nagusia elikapen osasunaren egoera ezagutzeko eta beronen determinatzaileak EAEko 4tik 18 urtera bitarteko populazioan nolakoak diren jakitea da eta arriskuko talde nagusiak identifikatzea. Era berean, oro har, osasunaren zenbait faktore erabakitzailearen eta, partikularki, arrisku kardiobaskularraren banaketa aztertuko da. Bestalde, bildutako informazioak dietaren «segurtasun kimikoaren» monitorizazioa, martxan dauden egitarauen ebaluazioa eta elikapen egitarau berrien garapena gauzatzea erraztuko ditu.

Metodologia

Aldagai soziodemografikoei dagokienez elikapen parametroen banaketaren deskribapena egitea errazten duen zeharkako azterketa epidemiologikoa bat da.

Inkesta EAEan etxe pribatuetan bizi diren 4tik 18 urtera bitarteko pertsonen (edota beraien tutoreei) elkarrizketa pertsonalak eginez gauzatuko da, 2002ko osasun inkestako (ESCAV'02) lagin eraginkorra erabiliz gauzatuko da. Elikapen inkestarako 4tik 18 urtera arteko seme-alabak dauzkaten ESCAV'02ko familia bakoitzetik haur bat aukeratuko da.

1.063 gizabanakoko lagin tamaina bat kalkulatu da elikapen parametro esanguratsuenen kalkulua egin ahal izateko, ESCAV'02ko lagin eraginkorren %90eko partaidetzarekin. Lagin honekin kalkulaturako lagin-okerra aztertutako elikapen parametro desberdinentzat %1,8tik energiarentzat (kcal) %11,4raino doa barazki kontsumoarentzat (gr).

Dieta galdeketa

Bi dieta galdeketa erabiliko dira: 24 orduko oroimena (R-24h) bi egun salteatutan aplikatuko dena, 7tik 10 egunerako tartearrekin,

eta elikadura kontsumoaren maiztasun galdeketa (FCA) elikaduren zerranda itxiarekin. R-24h delakoa, elkarrizketaren bidez, aurreko 24 orduetan izandako gaurko elikadura kontsumoa kalkulatzeko duen galdeketa informatizatua da (EPIC-soft). FCA galdeketa aztertu beharreko populazioan interesatzen diren elikagaien ohiko inkestioaren kalkulua egitea erraztuko du, gaurko ingestiotik hasiz eta kontsumo probabilitatea erabiliz S-Nusser-ek proposaturiko modelaje tekniken bidez.

Dietari buruzko datu bilketak urteko urtaro hotza eta beroa barne hartuko ditu elikadura kontsumoan ematen den urtaroen araberrako aldagarritasuna islatu ahal izateko. Era berean, proportzionalki banatuko da asteko egunen artean.

Azkenik, gatz laginak bilduko dira etxean erabiltzen den gatzaren iodo edukiaren zehaztapenerako.

Antropometria

Oinarritzko antropometria sartuko da, pisua eta taila neurtuz gizentasuna eta gainpisua kalkulatzeko gorputz masa indizearen kalkuluz baliatuz.

Markatzaile biologikoak

Haurrengan teknika mingarriak erabiltzeak, inplikazio etikoak ez ezik segurtasun eta praktikotasunekoak dauzka, horregatik hauek kontuan hartu behar dira protokoloan markatzaile biologikoak sartu aurretik eta berauek monitorizatzea gomendatzen da lagin biologikoak biltzen diren beste azterketa batzuetako atal gisa. Bestalde, populazio adolezentearen partaidetza lortzea ere zaila izan daiteke erazketak egiteko. Horregatik, kimika lehorra (odol kapilarra) erabiliko da guztizko kolesterolarekin zehaztapenerako arrisku kardiobaskularraren adierazle gisa.

Azkenik, gerneraren lagin puntualak bilduko dira sodio eta iodo inkestioaren kalkulua egiteko.

Jarrerren galdeketa eta elikaduraren inguruko ezagutzak

Ezagutza eta jarrerren gaineko inkestak egiteak espezifikoki kontuan hartu beharko du adin talde edo eskolatze etapa bakoitza. EAEko elikapen inkestak 12 urte eta gehiagoko populazioa bakarrik hartuko du bi informazio blokerekin:

- elikatze eta elikapenaren gaineko ezagutzak, eta dietetika praktikan ordezkapen edo aldaketak egitea errazten duten lehentasunak
- dietak osasunarekiko erlazioan daukan zerikusi orokorrari buruzko jarrerak, eta hesi sozial eta pertsonalei buruzko jarrerak dieta aldatzeko edo manipulatzeko.

Osasunari eta bizi ohiturei buruzko galdeketa

Normalean, 12tik 18 urterako gazteengan autoadministraturiko galdeketa baten bidez bilduko dira datuak. 4tik 11 urterako populazioaren kasuan guraso edo tutoreen elkarrizketaren bidez gauzatuko da datu bilketa. 2002ko osasun inkestarako landutako banakako galdeketa erabiliko da, laburtua eta egokitua, edo ondoko arloak hartzen dituena:

- Osasunaren autobalorazioa.
- Jarduera fisikoa.
- Gorputz irudiaren pertzepzioa.

- Alkohol kontsumoa.
- Tabako kontsumoa.

4tik 11 urterako neska-mutikoentzat, galdeketa honek jarduera fisikoaren atala bakarrik hartuko du.

2 presio arterial hartze egingo dira, 2 minutuko tartearekin, horretarako balidaturiko aparatu elektronikoko bat erabiliz.

Ezaugarri soziodemografikoak

Bada planteatzen diren adierazleetsrako analisi estratuak zehazten dituzten familiako ezaugarri demografiko eta sozio-ekonomikoak biltzen dituen aldagarri multzo bat. Informazio hau famili buruak beteko du.

Landako lanaren garapena

Elikapen inkesta aurrera eramateko urtebeteko datu bilketa etengabe bat eta aurreko hilabeteko prestaketa aurreikusten da,

2004ko otsailean hasita. Azaroan eta abenduan pilotaje edo aurreteta bukatua izango da.

«EAEko 2004. urteko haur eta gazte populazioaren elikapen inkesta» Estatistikako Euskal Planean sartua dago. Eusko Jaurlaritzako Osasun Saileko Osasun Publikoaren Zuzendaritzak bultzatutako azterketa bat da eta saileko eta Osakidetzako hainbat zuzendaritzatako teknikarien partaidetzarekin kontatzen da, eta halaber laguntzaile edo aholkuemaile ditu ondoko erakunde hauek: TNO (the Netherlands Organisation for Applied Scientific Research) Elikapen eta Elikadura Ikerkuntzako zentroa, Bartzelonako Unibertsitateko Elikapen eta Dietetika irakaskuntzako Zentroa (CESNID) eta minbiziaren ikerkuntzako Agentzia internazionaloko dieta eta minbizi saila (IARC).

Nerea Larrañaga

Gipuzkoako Osasun Publikoko Zuzendariordetza

Gripearen kontrako 2003 txertaketa kanpaina

Gripearen kontrako txertaketa kanpainaren helburu orokorra Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan gripeak populazioan eragiten duen eritasun-heriotza tasa gutxitzea da, arrisku handieneko pertsona taldeak txertatuz.

Eragiketa helburuak honako hauek dira:

1. Aurreko kanpainan, 65 urte edo gehiagokoen populazioan lortu zen estaldura portzentajea, %67,3, gainditzea.
2. Institutuzionalizazio erregimen iraunkorrean dagoen 64 urtetik gorako populazioaren %95 gutxienez txertatzea.
3. Ahalik eta estaldura handiena lortzea arrisku taldeetan barne harturiko pertsonen artean (AFBK*, diabetes, kardiopatia kronikoak, hepatopatia kronikoak, etab.).

Gripearen kontrako 2001eko txertaketa kanpaina irailaren 17an hasi eta urriaren 31n amaitu zen.

Populazio helburua

- A. Konplikazioak jasateko arrisku handia daukaten pertsonak.
 - 65 urte edo gehiagoko pertsonak.
 - 65 urtez beheko pertsonak baina izaera kronikoko patologia aurkezten dutenak.
- B. Konplikazioak jasateko arrisku handia daukaten beste pertsona batzuei gripea kutsa diezaieketen pertsonak: osasuneko profesionalak eta zerbitzu sozialetako zaindaria.

2003 kanpainarako estrategiak

Gure Erkidegoan 2002 kanpainan lortu zen hedadurak (%67,3) aurreko urtekoarekin alderatuz %2,3ko gorakada bat izan bazuen ere, kanpaina honetarako ahalegin gehigarri bat egin da:

- Diseinu berria bai karteletarako eta bai triptikoetarako.
- Irargariak irratian, prentsan eta kanpoan kanpaina guztian zehar.

- Osasun Sailburuaren gutun pertsonalizatua 64 urtetik gorako pertsona guztiei gripearen kontrako txertoa gomendatuz.
- lankidetzan jardutea euskal kutxekin (BBK, Kutxa, Vital Kutxa, Euskadiko Kutxa eta Baserritarren Kutxa), Farmazeutiko Elkargoekin, EHAeko Udalekin eta hiru Foru Aldundietako Gizarte Ongizateko Sailekin.

Eman diren txertoak eta iritsi den hedadura

2003ko gripearen kontrako txertaketa kanpainan, EHAEn 376.288 txerto hornitu dira eta horietako 373.060 eman dira, hau da, erabilitako txertoen portzentajea %99,1era iristen da. 2002 urteko kanpainarekin alderatuz, orduan 335.335 txerto eman baitziren, aurreko %11,2ko gorakada sumatzen da emandako txertoen kopuruan.

Bolumen handiena aurkezten duen arrisku taldea 65 urte edo gehiagoko pertsonen dagokiena da. Bestalde, kolektibo hau da populazio oinarriarekiko iritsi den hedadura kalkula dezakegun bakarra, bera delako errolda fidagarria eskaintzen digun bakarra. 65 urte edo gehiagoko pertsonen osatzen duten arrisku taldean iritsitako hedadurak 1. Taulan ageri dira. Bere kalkulurako, udalek eurek Osakidetzako Zuzendaritzara helarazi dituzten populazio-datuak erabili dira.

Emandako txertoen kopurua eta 65 urte edo gehiagoko pertsonengan iritsitako hedadura.

1. taula Lurralde Historikoen arabera.

	Emandako txertoen kop.	≥ 65 Populazioa (2003 urtean eguneratua)	Hedadura
Araba	36.035	48.956	%73,6
Bizkaia	152.585	213.266	%71,5
Gipuzkoa	90.649	125.529	%72,2
EHA	279.269	387.751	%72,0

Txertatutako pertsonen kopuruen konparaketa,

2. taula arrisku taldeen arabera (2002-03).

Arrisku taldea	Kop. 2002	Kop. 2003	Portzentaje aldaketa
≥ 65 urte	262.260	279.269	%6,5
AFBK*	16.001	17.918	%11,9
Diabetes	9.819	11.289	%14,9
Kardiopatia kronikoa	7.562	8.661	%14,5
Hepatopatia kronikoa	1.503	1.630	%8,4
Nefropatia kronikoa	1.196	1.294	%8,2
Pertsonal sanitarioa	4.599	10.429	%126,8
Beste batzuk	32.395	42.570	%31,4
GUZTIRA	335.335	373.060	

(*) Aire fluxurako butxadura kronikoa.

Arrisku taldeetan 2003 eta 2002 urteetan emandako txerto kopuruen konparaketa, 2. Taulan zehazten da.

Oro har, Osakidetzako zerbitzuetako erakundeetako profesionali emandako txertoak guztira 4.258 izan dira (hauen artean barne hartzen dira Lehen Mailako Atentziokoei, Atentzio Espezializatuakoei eta gainerako zerbitzu erakundeetako langileei emandakoak), eta horrek %21eko estaldura suposatzen du, aurreko kanpaina %17a erregistratu zen bitartean.

Elikagai establezimenduen kontrol sistema

Osasun Saila egiten ari den Kalitate Planaren eremuan, Osasun Publikoko Zuzendaritzak «Elikagai Establezimenduen Kontrol Sistema» handinahiko bat garatzen dihardu; berau 2004ko urtarrilean bederatzi Osasun Publikoko Eskualdeetatik hirutan ezarriko da hasiera batean, eta geroago egitura osora hedatuko da.

Sistema hau ondoko honi erantzuteko sortu da:

- Ikuskapen irizpideak bateratzea bermatuko duen elikagai establezimenduetarako ikuskapen sistema arautzearen premiari.
- Elikagai establezimenduen ikuskapenetan lehenetsun bat ezartzearen premiari, elikaduren osasun kalitatea bermatzeko.

Premia hauek asetzeko, sistemak ondoko honetarako beharrezko diren jardura eta tresna multzoa garatuko ditu:

- Elikagai establezimenduetako eskura dagoen informazioa kudeatzea.
- Elikagai establezimenduen ikuskapenak planifikatu eta lehenetsun ematea, populazioan izan dezaketen arrisku eta inpaktu irizpideen arabera.
- Elikagai establezimenduen ikuskapena sistematizatzea zehaztutako irizpide homogeneoen arabera, arau mailan zein higie praktika egokiei dagokienez.
- Beste ekintza batzuk sistematizatzea elikagai establezimenduen gainean (laginak hartzea, gaixotasun agerraldien aurreko ekintza, alta eta erregistroen kudeaketa); honela, lurralde guztietan beraien lana forma homogeneoan segurtatzeko.
- Teknikarien kualifikazioa gaurkotzea edukitzea ikuskapenean zein sisteman, eta ekintza irizpideen homogeneizazioa bermatzea.

Sistema berriarekin elikagai establezimenduak populazioaren osasunarentzat suposatzen duten arriskuaren arabera kudeatuko dira, ondoko hau kontuan edukiz:

Konklusioak

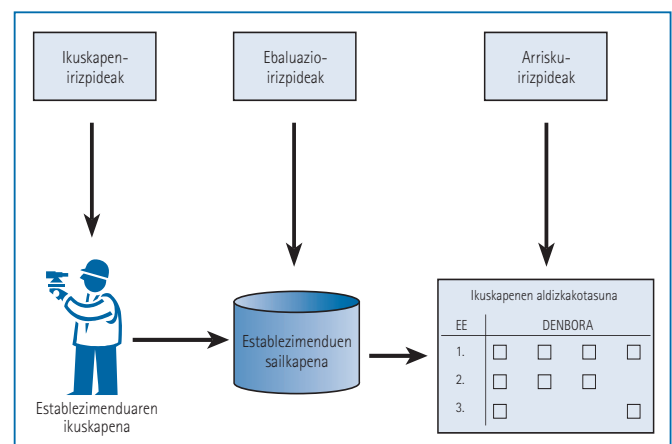
- Kanpaina honetarako *areagotu egin dira ahaleginak*, populazio helburuaren hedadura mailak hobetzeko.
- *Emandako txertoen kopurua %11,2 gehitu da.*
- Gripearean aurkako 2003 txertaketa kanpaina *EHAeko 64 urte edo gehiagoko populazioaren %72ko hedadura lortu da.*
- Halaber, txertaketaren helburua iristea lortu da: gutxienez *instituzionalizazio iraunkorreko erregimenean dagoen 64 urtetik gorako populazioaren %95.* Zehazki, lortu den hedaduraren portzentaia %98,3 izan da.
- Gorakada bat sumatu da, era berean, Osakidetzako zerbitzu erakundeetako pertsonal sanitarioaren txertatari dagokionez (*%28ko hedadura*, aurreko kanpaina %21ekoa erregistratu zen bitartean). Halere, osasuneko profesional txertatuen portzentaia, bereziki, profesional sanitarioek pazienteei gripea kutsatzeko arriskurik handieneko ospitale-zerbitzuetan dihardutenena, *zalantzarik gabe hobetu daiteke.*
- Kanpaina guztirako bideratu den aurrekontua 1.623.604,70 €-a iristen da eta horrek *%16,8ko gorakada* suposatzen du aurreko urtearekin alderatuta.

Enrique Peiró

Osakidetzak

- Produktu mota.
- Jardura eta prozesatze mota.
- Inpaktu populazioa.
- Osasun-higiene baldintzak.
- Konfiantza aurrekari historikoen arabera.

Arrisku honek elikagai establezimenduei buruzko ikuskapenei lehenetsun ematea errazten du eta, arriskuaren arabera ikuskapen maiztasun bat esleituz, elikagai establezimendura ikuskapen ikustaldiak noiz egin zehaztea.



Oinarritzko planteamendu honetatik garatuko da Elikagai Establezimenduetako Kontrol Sistema guztia.

Javier García González

Osasun Publikoko Zuzendaritza

Aldaketak EHAEko haurren txertaketako 2004ko egutegian

Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak Euskadiko Txertaketen Batzorde Aholkulariaren gomendioei jarraiki, EHAEko Haurren txertaketaren egutegia aldatuko du 2004an, honako aldakuntza hauek sartuz:

- Poliomielitisaren aurkako ahozko txertoa (PAT) ordezkatu muskulubarneko txerto inaktibatiaz (PMT).
- Poliomielitisaren 5. dosia, 6 urteko adinean ematen zena, ezeztatu.
- Kukutxetzularen aurka ematen zen zelula osoko lehen txertaketa ordezkatu kukutxetzularen aurkako txerto azelularraz.

Aldaketa hauen zergatia zera da, gure ingurunean, herrialde garatu guztietan bezala, poliomielitis basatiaren ondoriozko paralsiaren intzidentzia nulua dela eta, bestalde, deskribatu direla birus ahulduak eragindako paralsi kasuak immunodeprimituengan edo immunokonpetenteengan txertoko birusaren birulentziaren

bihurtzeagatik. Arrisku hau gero eta nekezago onar daiteke, batez ere kontuan edukirik Osasunaren Mundu Erakundeak 2002 urtean eman ziola espainiar estatuari Poliomielitisa Errotik kendu izanaren Ziurtagiri Ofiziala.

PATetik PMTrako aldaketa 2004ko martxoaren 1etik aurrera hasiko da aplikatzen, hain zuzen, 2004ko urtarrilaren 1etik aurrera jaiotako haur guztiengan, bi hilabete dituztenean lehen txertaketako aurreneko dosia ematen zaienean. Era berean, 2004ko martxoaren 1etik aurrera, gainerako haur populazio guztian ere PATetik PMTrako aldaketa aplikatuko da, edozein dela ere haur bakoitzaren txerto-egoera aho bidezko txertoari (PAT) dagokionez.

José María Arteagoitia

Osasun Publikoko Zuzendaritza

Gomendaturiko umeen txertaketa egutegia EHAerako.

1. taula 2004 urtea.

1 hilabete	2 hilabete	4 hilabete	6 hilabete	12 hilabete	18 hilabete	4 urte	6 urte	13 urte ²	16 urte
BCG	B Hepatitis	B Hepatitis	B Hepatitis	Elgorria		Elgorria		B Hepatitis (hiru dosi)	
	Difteria	Difteria	Difteria	Errubeola	Difteria	Errubeola	Difteria		
	Tetanoak	Tetanoak	Tetanoak	Parotiditisa	Tetanoak	Parotiditis	Tetanoak		Tetanoak-difteria Heldua ³
	Kukutxetzula azelularra	Kukutxetzula azelularra	Kukutxetzula azelularra		Kukutxetzula azelularra		Kukutxetzula azelularra		
	Poliomielitisa (PMT)	Poliomielitisa (PMT)	Poliomielitisa (PMT)		Poliomielitisa (PMT)				
	Hib ¹	Hib	Hib		Hib				
	Meningococo C	Meningococo C	Meningococo C						

¹ *Haemophilus influenzae b.*

² Behin-behineko jarraibideak adin ertainetan kohorteak osatu arte.

³ Oroitze dosiak 10 urte oro.

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

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

Erredakzio-batzordea:

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

Edizioa:

Miguel Ángel García Calabuig
Fotokonposaketa: IPAR, S. Coop.
Impresioa: Grafo, S.A.
3. eta 4. hiruhilekoak
16. zenbakia; 2003. urtea
ISSN: 1697-2430
Legezko Gordailua: BI-2874-98