

Salud Pública

Osasun Publikoa

7

zenbakia

1999ko urtea

3. Hiruhilekoa

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



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
Osasun saila
Departamento de Sanidad

Aurkibidea

Begiraletza

Epidemiologikoa

- Miokardio infartu akutua. I.B.E.R.I.C.A. azterlana. 1997ko ekitaldiko datuak. 2
- Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan tabakoaren kontsumoari egotz dakiokeen hilkortasun-tasa, 1997. 4
- Aitortu Beharreko Gaixotasunak. 1999ko 1-32 astei dagozkien datuak. 5

Osasun Publikoko Programak

- Euskal Herrian tabakomenpekotasuna prebenitu, kontrolatu eta kontsumoa gutxitzeko plana. 6

Lankidetzak

- Tabakomenpekotasunaren eboluzioa Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan, 1986tik 1997ra. 8

Gaur Egun

- Belgikan ekoiztu diren edari freskagarrien arrisku ezezaguna. 11
- Erresuma Batuak C meningitisaren aurkako txerto berria aurkeztu du. 11
- Estatu Batuetan 2010. urterako tuberkulosia ezabatze txostena. 11

Editoriala

Gaur egun argi eta garbi onartzen da tabakomenpekotasuna beste gaixotasun askori lotuta azaltzen den arrisku-faktorea dela (tumoreak, kardiobaskularrak, arnasketakoak,...). Izan ere, eta gure herrian oraintsu aurkeztu den zentro anitzeko azterlanean ezarri denaren arabera, erretzeak bikoiztu egiten du infartua izateko arriskua. Bada, arazo hori kontuan hartuta gure Saila eraginak ezagutzeko, aurrearreta gertutzeko eta neurri egokiak hartzeko jarduketak egiten ari da.

Gaixotasun kardiobaskularren ezagutza epidemiologikoa hobetzearen ondoreetarako, eta, bereziki miokardio infartu akutuaren ezagutza, Sailak I.B.E.R.I.C.A. azterlanean eskuhartu du (gaztelaniaz Investigación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda – I.B.E.R.I.C.A., hau da, Iskemia Koronario Akutuaren Ikerketa, Bilaketa Zehatza eta Erregistroa); ale honetan azterlan horren hasierako emaitzak aurkeztuko ditugu.

Beste alde batetik, tabakoaren kontsumoari egozten zaion hilkortasun-tasaren eta gure Erkidegoan dituen lehentasun eta zehaztapenen analisiak arazoari aurre egiteko funtsezko informazioa eman digu. Beraz, nahitaezkoa da analisi epidemiologikoen modalitate guztietan lan egiten jarraitzea.

Ale honetan, azkenik, tabakoa kontsumitzeko ohituren eragina aurrearretaz zaintzeko eta ahalik eta gehien murrizteko Sailak sistematikoki egiten dituen jarduketak aurkeztu ditugu. Laguntza eman dezaketen organismo, erakunde eta elkarte guztiek ematen duten laguntza behar da jarduketak horiek gauzatzeko eta tabakomenpekotasunak gizartean sortzen duen arazoa konpontzen jarraitzeko.

Begiraletza

Epidemiologikoa

Miokardio infartu akutua. I.B.E.R.I.C.A. azterlana. 1997ko ekitaldiko datuak

Zirkulazio-aparatuaren gaixotasunak dira, Euskadiko Autonomia Erkidegoaren (E.A.E.) heriotzen kopuruari dagokionean, faktoretik garrantzitsuenak. 1997an heriotza guztien %10,3 bihotzeko gaixotasun iskemikoengatik izan zen. Ospitaleetako alta guztietan zirkulazio-aparatuko patologia izan ziren, arestian adierazi den urte horretan, diagnostikorik ohikoenak (%13,1)¹.

Miokardio infartu akutua jendearen artean duen maiztasuna ezagutzeko informazioak lau iturri izaten ditu: hilkortasunari buruzko estatistikak, ospitaleetako altak eta ospitaleetako eta patologia horretarako herritarren zerrenda zehatzen erregistroak. Azken horiek dira egokienak eragintasak eta hilkortasun-tasak eskuratzeko, eta baita hilgarritasuna jakiteko ere.

Jendearen kardiopatia iskemikoa aztertzea gauza konplexua da eta gertaera nagusia kditzen diren horietan finkatzen da: miokardio infartu akutua (M.I.A.) eta kardiopatia iskemikoagatik heriotzak.

I.B.E.R.I.C.A. azterlana

Gaixotasun kardiobaskularren ezagutza epidemiologikoa hobetzearen ondoretarako, eta bereziki M.I.A.k EAEn duen eragina, Osasun Saila zentro askoren artean egiten ari den proiektuan eskuhartzen ari da 1997tik egunera, beste Autonomia Erkidego batzuekin batera, I.B.E.R.I.C.A. deritzon azterlana alegia (gaztelaniaz Investigación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda – I.B.E.R.I.C.A., hau da, Iskemia Koronario Akutuaren Ikerketa, Bilaketa Zehatza eta Erregistroa).

I.B.E.R.I.C.A. azterlana hiritarren artean egin den miokardio infartu akutuen kasuen erregistroa da.

25 eta 74 urte arteko pertsonen artean gertatzen diren M.I.A. kasuen populazio-erregistroak dira.

Azterlanean atzematen den populazioa Araba eta Gipuzkoa lurraldeetakoak eta baita Bizkaia lurraldeko zati batekoa da, azken horretan Bilbo eta Barnealdeko osasun-eskualdeetakoak.

Erregistroaren xedeen artean eragin, eraso, hilkortasun tasen eta M.I.A. pairatu eta 28 egunen barruko

hilgarritasunaren monitorizazioa daude; halaber, aztertzen diren aldean arteko ustezko desberdintasunak aztertzen dira.

Erregistroa 1997an hasi zen, datuen bilketa eta interpretazio egokia lortzeko egin zen ereduazko azterlana egin ondoren alegia. Informazioa biltzeko langile gaitu eta berariazko dedikazioa duten batzuk kasuen bilaketa aktiboa egiten dute.

Informazio iturriak ospitaleetakoak (unitate koronarioak edo intentsiboak, kardiologia zerbitzuak eta dokumentazio klinikoa duten zerbitzuak eta, noizean behin, larrialdietako zerbitzuak eta anatomia patologikokoak) edo ospitaleetakoak ez direnak izan daitezke (heriotzei buruzko buletin estatistikoak eta larrialden lurralde unitateetako erregistroak). Halaber, baldin eta pazientea hil bada eta informazio nahikorik ez badago, ziurtagiria sinatu duten medikuei, auzitegiko medikuei eta, beharrezkoa bada, familiakoei egiten zaizkie kontsultak.

Datu orokor eta filiazioari buruzko aldagarriak biltzen dira, eta baita gertaerari buruzko datuak, aurrekariak, proba diagnostikoak, tratamenduak, arazoa areagotzen duten zioak eta, bidezkoa bada, baita heriotzari lotuta dauden alderdiak ere. Azkenik, eskuragarri dagoen informazioaren arabera, kasu bakoitzari kategoria diagnostiko bat esleitzen zaio (M.I.A. segurua, ustezko M.I.A. edo heriotza koronarioa, ez M.I.A. eta ez heriotza koronarioa, berpizketa duen krisi iskemikoa M.I.A. irizpiderik gabe edo datu nahikorik ez duten kasuak).

Emaitzak

1997ko urtean 1.456 kasu identifikatu ziren; horietatik M.I.A. segurukoak izan ziren 1.016, %80,7 alegia, gizonezkoen artean gertatu ziren.

Eraso-tasa (gertaeren eragin metatuaren tasa) E.A.E.n, 129 kasukoa izan zen 100.000 biztanleko. Baldin eta urtero gertatzen diren kasu berriak baino ez baditugu kontuan hartzen eragin-tasa 103 kasukoa da. Hilkortasun-tasari dagokionean, tasa hori 49koa izan zen 100.000 biztanleko. 28 egunen barruan gertatzen diren hilgarritasuna (heriotza eragiten duten kasuen eta gaixotasunaren kasuen arteko erlazioa) %35ekoa da. Tasak eta hilgarritasuna, adinaren eta generoaren arabera, 1. *taulan* aurkeztu dira. Tasak kalkulatzeko 1996ko erroldako biztanle kopuruak erabili dira. Tasak altuagoak dira gizonezkoen artean adina gorabehera eta bi generoetan adinarekin batera hazten dira.

Tasak eta hilgarritasuna adinaren eta generoaren arabera.

1. Taula

	Adina	Eraso-tasa, 100.000 biztanleko	Eragin-tasa, 100.000 biztanleko	Heriotza-tasa, 100.000 biztanleko	Hilgarritasun portzentaia
Gizonezkoak	25-34	10,5	10,5	1,5	14,3
	35-44	76,1	60,0	20,3	25,6
	45-54	242,9	217,0	53,8	21,0
	55-64	349,5	284,4	134,8	37,3
	65-74	627,3	437,3	303,3	43,7
Emakumezkoak	25-34	0,8	0,8	-	-
	35-44	10,1	9,3	1,7	16,7
	45-54	18,3	18,3	4,8	15,8
	55-64	63,9	52,9	24,2	37,9
	65-74	196,4	163,3	88,4	41,3

Hiru lurralde historikoen arteko maiztasun neurri desberdinak erkatzeko estandarizazioaren bidea hautatu da, horrela adinaren araberrako banaketan emaitzen ustezko eraginak ekiditeko. 2. *taulan* tasa eta hilgarritasun estandarizatuak ikus daitezke hiru lurraldeetan, beti ere kontuan hartuta Bizkaiari dagokionean, arestian adierazi den bezala, ez direla datu osoak.

Tasa estandarizatuak * eta hilgarritasuna**
Lurralde eta generoen arabera.

2. Taula

	Lurralde Historikoa	Eraso-tasa, 100.000 biztanleko ± E.E.**	Eragin-tasa, 100.000 biztanleko ± E.E.	Heriotza-tasa, 100.000 biztanleko ± E.E.	Hilgarritasun portzentaia ± E.E.
Gizonezkoak	Araba	191,9±14,4	155,7±12,8	56 ± 7,6	26,8± 9,9
	Bizkaia	191,7± 9,3	152,1± 8,4	69,5±5,4	31,8± 6,8
	Gipuzkoa	195,7± 9,2	156,1± 8,2	74,2±5,6	33,8± 6,9
Emakumezkoak	Araba	30,8± 5,4	26,4± 5,1	11,1±3,2	28,3±11,3
	Bizkaia	38,8± 3,8	32,9± 3,5	15,3±2,4	29,3± 6,2
	Gipuzkoa	36,5± 3,6	31,6± 3,4	14,4±2,2	28,8± 6,7

(*) Estandartzat hartu den populazioa mundukoa da.

(**) Hilgarritasunaren estandarizatorako 35 eta 64 urte arteko taldeen pisua erabili da, M.O.N.I.C.A. proiektuan zehaztu direnak alegia.

(***) E.E.: errore estandarra (%95eko konfidantza-tartea).

Esan behar da hiru Lurraldeen artean aldeak egon arren berezitasun horiek, estatistikaren ikuspegitik, ez direla adierazgarriak.

Antzeman da, hemen ere, gure inguruko beste herri batzuekin erkatuta bizi dugun egoera hobe delako.

Datu hauek Europako beste herri batzuetan eskuratu diren datuekin erka ditzakegu horretarako O.M.E.k (Osasunerako Mundu-Erakundea)² egin duen M.O.N.I.C.A. azterlanean (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) eskuratu den informazioa erabiliz. Azterlan horretan populazioaren erregistro batzuk eta 35 eta 64 urteko biztanleak

aztertu dira. Kasu honetan ere, lehen ere esan den bezala, gure inguruan dauden herrietan dagoen egoera baino hobe bizi dugula ikusten ahal da. Horrela, adibidez, gizonezkoen generoan eta aldean arabera, Frantziar eraso-tasak 202 eta 227 artekoak dira 100.000 biztanleko, eta hilgarritasuna %34 eta 41 artekoa; Italian eraso-tasak 246 eta 277 artekoak dira, eta hilgarritasuna %36 eta 44koa. Aldeak areagotu egiten dira Europako iparraldeko herriak direnean, esaterako Suedian, tasak 406 eta 588 artekoak direlako, eta hilgarritasuna %40 eta 42koa³ da.

Halaber, Gironan⁴ 1990 eta 1992a artean M.O.N.I.C.A. metodologia erabiliz egin den proiektu baten datuak argitaratu dira. Azterlan horretan 24 eta 74 urte arteko biztanleak aztertu dira eta horren arabera gizonezkoen eragin-tasak eta heriotza-tasak gureak baino zertxobait baxuagoak dira (3. *taula*).

Maiztasun estandarizatuaren neurketak* E.A.E. eta Gironan.

3. Taula

	Lurralde Historikoa	Eraso-tasa, 100.000 biztanleko ± E.E.**	Eragin-tasa, 100.000 biztanleko ± E.E.	Heriotza-tasa, 100.000 biztanleko ± E.E.	Hilgarritasun portzentaia ± E.E.
Gizonezkoak	E.A.E.	193,3±5,9	154,3±5,3	69,0±3,5	31,7±4,4
	Girona	175± 10,5	130,4±9,2	55,5±5,6	27,4±5,3
Emakumezkoak	E.A.E.	36,5±2,4	31,2±2,2	14,2±1,4	30,0±4,3
	Girona	33,4±4,3	27,1±3,8	11,5±2,4	19,9±9,8

(*) 25-74 urteko tasa estandarizatuak, munduko biztanleen arabera, eta 35-64 urteko hilgarritasuna M.O.N.I.C.A. proiektuan zehaztu diren 35 eta 64 urteko adineko taldeen pisuaren arabera estandarizatuak.

(**) E.E.: errore estandarra (%95eko konfidantza-tartea).

Oro har, txosten horretan azaltzen diren datuek arazoaren benetako egoerara hurbiltzen gaituzte, nahiz eta urte askotako datuak behar diren tasa egonkorragoak lortzeko. Beraz, aldi hau luzatzen den neurrian aurretiazko emaitza hauek erkatzeko aukera hobe izango dugu, hala E.A.E.ko hiru lurralde historikoei dagokienez nola gainerako herriekiko aldeei dagokienez.

Bibliografia

- Osasun Saila. Eusko Jaurlaritzak. 1997ko Osasun Publikari buruzko Txostena. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzako Argitalpenen Zerbitzu Nagusia, 1997.
- WHO MONICA Project Principal Investigators. The World Health Organization MONICA Project (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease): a major international collaboration. J Clin Epidemiol 1988; 41: 105-114.
- Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Amouyel P, Arveiler D, Rajakangas AM, Pajak A. WHO MONICA Project. Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. Registration procedures, event rates, and case-fatality rates in 38 populations from 21 countries in four continents. Circulation 1994; 90: 583-612.
- Pérez G, Pena A, Sala J, Roset P, Masiá R, Marrugat J. Acute myocardial infarction case fatality, incidence and mortality rates in a population registry in Gerona, Spain, 1990-1992. International Journal of Epidemiology 1998; 27: 599-604.

I.B.E.R.I.C.A. azterlanak Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren, Osasun Ikerketarako Fondoaren (96/0026-05 esped.) eta Zeneca Farma enpresaren laguntza eta babesa du.

Begiraletza Epidemiologikoa

Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan tabakoaren kontsumoari egotz dakikeen hilkortasun-tasa, 1997.

Tabakoaren kontsumoa da, gaur egun, gaixotasuna aurreikusteko eta aldia baino arinagoko hilkortasunaren ziorik nagusia. Ondo baino hobeto dakigu herri industrializatueta gehien gertatzen diren gaixotasun kronikoen arrisku-faktore nagusia dela, besteak beste minbizia, gaixotasun kardiobaskular eta arnasketako gaixotasun kronikoen arrazoi delako¹. Nahiz eta minbizia sortzen duen arrazoi nagusia izan eta ondo aztertuta egon, erabiliena ere bada. 1997an, Euskadiko Autonomia Erkidegoan (E.A.E.) gizonezkoen %35 eta emakumezkoen %24 erretzaileak ziren².

Norbanakoen mailan tabakoaren kontsumoak dituen ondoreen ezagutza ezezik, zilegi da horrek gure Erkidegoko osasunean duen eragina zenbatestea. Lan honetan tabakoak ustez 1997an E.A.E.n eragin zuen hilkortasunari eta horren kontsumoaren mailai buruzko datuak erabili ditugu.

1997an E.A.E.n bizi ziren 35 urte eta gehiagoko pertsonen arteko heriotzei buruzko datuak (adina, generoa, egoitzako lurralde historikoa, heriotzaren zioa) E.U.S.T.A.T.en bidez eskuratu dira. Tabakoaren kontsumoan dauden mailak, hau da, ez erretzaileak, erretzaileak eta erretzaile ohiak bereiztuta, 1997ko Osasunari buruzko Euskal Inkestatik atera dira. Tabakoaren kontsumoari egotz dakizkiokeen heriotzen proportzioaren kalkulua egotz daitekeen populazioaren³ zatikiaren zenbatespenaren bidez egin zen, tabakoaren kontsumoaren mailai eta heriotzaren zio bakoitzaren arrisku erlatiboari buruzko informazioa konbinatuz alegia. Minbiziaren Elkarte Amerikarrak egin zuen Cancer Prevention Study II (CPS-II)⁴ multzoen arabera azterlanean eskuratu diren arrisku erlatiboak erabili dira; azterlan honetan 1,2 milioi hiritar estatubatuar bolondres sartu ziren.

E.A.E.n, 1997an, guztira 17.535 heriotza izan ziren eta horietatik 3.372 (%19) tabakoaren kontsumoagatik izan zirela esan dezakegu. Gizonezkoen artean, guztira izan ziren 9.500 heriotza horietatik 2.528 (%27) tabakoaren erruz izan zirela esan daiteke; emakumezkoen artean 8.035 izan ziren heriotzak eta horietatik 844 (%11) izan ziren tabakoagatik.

Heriotzaren arrazoiaren multzo handiak aztertzen baditugu, arnasketako gaixotasunen erdia inguru, tumore gaiztoen %27 eta gaixotasun kardiobaskularren %22 tabakoaren kontsumoagatik izan zirela esan daiteke (1. taula). Maiztasuna kontuan hartuta aipatu behar direnak birikatako minbizia, birikatako gaixotasun butxakor kronikoa, kardiopatia iskemikoa eta istripu burmuin baskularrak dira.

Euskadiko Autonomia Erkidegoan tabakoaren kontsumoari egotz dakikeen hilkortasun-tasa, 1997.

1. Taula

Heriotzaren arrazoiak	Heriotzak, guztira	Tabakoaren kontsumoari egotz dakizkiokeenak	
		n°	%
Tumore gaiztoak	4.967	1.327	27
Ezpain, aho eta faringea	153	134	88
Esofagoa	157	119	76
Pankreasa	221	62	28
Laringea	140	113	81
Birikak	864	764	88
Umetoki-lepokoa	21	5	24
Puxikakoa	210	92	44
Giltzurruna	108	37	34
Gaixotasun kardiobaskularrak	6.076	1.362	22
Kardiopatia erreumatikoa	67	13	19
Hipertentsioa	233	46	20
Kardiopatia iskemikoa	1.724	386	22
Burmuinbaskularrak	1.650	333	20
Zirkulazioko beste batzuk	2.307	584	25
Arnasketa-gaixotasunak	1.376	677	49
Arnasketa-tuberkulosia	12	3	25
Neumonia-Gripea	332	93	28
Bronkitisa-Enfisema	151	121	80
Asma	44	12	27
B.G.B.K.*	565	448	79
Beste zio batzuk	5.116	6	-
Zio guztiak	17.535	3.372	19

(*) Birikatako gaixotasun butxakor kronikoa.
Iturria: Osasuneko Azterlan eta Ikerketa Zerbitzua. Osasun Plangintza eta Ebaluazio Zuzendaritza. Osasun Saila.

Tabakoak gure Erkidegoan duen eraginaren gure ikuspegi hau osatzeko nahitaezkoa da emaitza horiei erikortasuna, osasun zerbitzuen erabilera handiagoa eta tabakoaren kontsumoak sortzen dituen kostu ekonomikoak gehitzea. Hori guztia gorabehera, aurkeztu diren datu horiek, besterik gabe, adierazten dute tabakoaren kontsumoak gaur egun izugarriko garrantzia duela gure herrian lehen mailako herri osasunaren arrazoi bihurtu zaigulako.

Bibliografia

- Fielding JE. Smoking: health effects and control. N Engl J Med 1985; 313: 491-498.
- Anitua Trevijano C, Aizpuru Barandiarán F, Sanzo Ollarizqueta JM. Osasun inkesta, 1997. Vitoria-Gasteiz: Osasun saila. Eusko Jaurlaritzako Argitalpenen Zerbitzu Nagusia, 1998.
- Morgenstern H, Bursic ES. A method for using epidemiologic data to estimate the potential impact of an intervention on the health status of a target population. J Comm Health 1982; 7: 292-309.
- US Department of Health and Human Services. Reducing the Health Consequences of Smoking. 25 years of progress. A report of the Surgeon General, 1989. Rockville, Maryland: US DHHS, PHS, CDC, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1989. DHHS Publicacion No. (CDC) 89-8.411,1989.

Begiraletza Epidemiologikoa

Aitortu Beharreko Gaixotasunak. 1999ko 1-32 astei dagozkien datuak*

E.A.E.	Kas.Kop.	Tasa	A.E.**1	A.E.**2
Botulismoa	0	-	-	-
Kolera	0	-	-	-
Disenteria	2	0,10	0,50	0,67
Sukar tifo-paratifikoa	2	0,10	0,33	0,25
Trikinosia	0	-	-	-
Gaixotasun meningokozikoa	51	2,43	0,94	0,91
Gripea	126.011	5.993,12	1,08	1,49
Legionelosisa	19	0,90	3,17	-
Meningitis tuberkuloso	0	-	-	-
Tuberculosis	369	17,55	0,86	0,86
Barizela	10.158	483,12	1,44	1,11
Infekzio gonokozikoa	47	2,24	1,09	0,92
Sifilisa	9	0,43	0,82	0,82
Difteria	0	-	-	-
Parotiditisa	28	1,33	1,04	0,24
Poliomielitisa	0	-	-	-
Errubeola	5	0,24	1,25	0,11
Elgorria	3	0,14	1,50	0,17
Tetanosak	2	0,10	0,67	2,00
Kukutxetzula	50	2,38	12,	0,83
			50	
A Hepatitisa	20	0,95	-	0,42
B Hepatitisa	20	0,95	0,57	0,67
C Hepatitisa	73	3,47	0,46	-
Bestelako hepatitis birikoak	0	-	1,11	-
Brucelosisa	13	0,62	-	1,44
Amurrua	0	-	1,63	-
Sukar horia	0	-	-	-
Paludismoa	10	0,48	-	2,00
Izurria	0	-	2,00	-
Tifus exantematikoa	0	-	-	-
Gebena	0	-	-	-
Errubeola kongenitua	0	-	-	-
Sifilis Kongenitua	0	-	-	-
Jaioberrien tetanosa	0	-	-	-

(*) Urtarrilaren 1.a eta abuztuaren 15a arteko behin-behineko datuak. Halaber, kontuan hartu behar da prozesu batzuk norbanakoen aitortpenari lotuta daudela 1997tik, baina aurreko zenbakien ondoreetarako baino ez.

(**) I. E. 1 (Indize epidemikoa 1) adierazi den epe horretan gaixotasun batek izan dituen kasuen eta gaixotasun horretan aurreko urtean (1998) aurkeztu diren kasuen arteko erlazioa.

I. E. 2 (Indize epidemikoa 2) adierazi den epe horretan gaixotasun batek izan dituen kasuen eta gaixotasun horretan aurreko bisturtekoan aurkeztu diren kasuen batz bestekoaren arteko erlazioa.

Aitortpenaren portzentaia E.A.E. osorako = %55,1. Behin-behineko datu horien arabera azpimarratu behar da hazi egin direla kukutxetzul kasuak, batez ere Gipuzkoan eta uda partean. Legionelosiari dagokionean ere "indize epidemikoa 1" altua da, maiatzean izan zen agerraldiagatik; hori guztia buletin honen aurreko zenbakian aztertu zen. Esan behar da bruzelosi kasuak areagotu direla, batez ere Bizkaian, eta baita barizela kasu gehiago egon direla ere iazko aldi berearekin erkatuta. Ordea, gaixotasun meningokozikoaren eta tuberkulosiaren kasuak zertxobait jaitsi dira.

Euskal Herrian tabakomenpeketasuna prebenitu, kontrolatu eta kontsumoa gutxitzeko plana.

Zalantzarik gabe, erretzea da prebeni eta ekidin daitekeen lehenengo osasun arazoa. Aztura honen ondorioak hagitik larriak dira norbanakoaren eta gizartearen beraren alorrean, bai erretzen duenarentzat, bai erretzaileak inguruan dituen pertsonentzat.

Horrenbestez, Osasun Sailak lau atal nagusi jorratzen dihardu herri osasunaren arloari dagokionean:

- 1) Haurrak tabakoari lotzen hasia prebenitzea.
- 2) Erretzen ez dutenak inguruneke tabakoaren ketatik babestea.
- 3) Erretzeari lagatu nahi dioten pertsonen tratamendua eskaini eta ematea.
- 4) Tabakoaren ekoizpena, publizitatea, salmenta eta kontsumoa modu eraginkorrean araupetzen duen arautegia sustatzea, bai Erkidegoan eta bai Estatuan, eta arautegi hori betetzen saiatzea.

Horiek dira 1993tik osasun arloan zuzenkiro jarduteko planteatu diren helburuak.

Frogatu da medikuaren kontseiluak funtsezkoak direla tabakoari uzteko.

1. XEDEA. "Erretzen ez duten pertsonen osasuna eta eskubideak babestea"

Epe luzerako helburua

- 2000. urterako lanpostuetan edo etxean tabakoaren kea jasan behar duten pertsona ez-erretzaileen proportzioak biztanleriaren 40% ez gainditzea.

Epe laburrerako helburuak

- Osasun zentru, ospitale eta eskoletan tabakoaren kea nahi gabe irenstea galarazteko "egiturazko" aldaketak iristea, tabakoaren kontsumoa toki publikoetan eta lantokietan beren beregi ezarriarik dauden aldeetara mugatze aldera.
- Gurasoen eta haurrekin lanean diharduten pertsonen %90a tabakoaren kea umeentzat –jaio aurretik ere– kaltegarria dela sinesturik egotea lortzea.

2. XEDEA. "Erretzen ez dutenei inoiz ere erre ez dezaten laguntzea"

Epe luzerako helburua

- 2000. urterako nerabeek eta gazteek tabakoarekin duten lehenengo kontaktua aski atzeratzea iristea, halako moldez non tabakoaren kontsumoa egungo kontsumo-pauten aldean %30ean gutxituko baita 12-19 urte bitarteko pertsonen artean, eta %20an 20-29 urte bitarteko pertsonen artean.

Epe laburrerako helburuak

- Ez erretzea gehiengoaren gizarte-arau bilaka dadila lortzea, arazorik gabe, ondokoak iritsiz:
 - biztanleriaren %70ak erretzea gizartean desegokia dela uste izatea.
 - biztanleriaren %80ak toki publikoak tabakorik gabeko eremuak direla uste izatea, kontrakoa adierazi ezean.

3. XEDEA. "Erretzeari lagatu nahi diotenei laguntzea eta horretara bultzatzea"

Epe luzerako helburua

- 2000. urtean erretzen duten pertsonak egun direnak baino %6 gutxiago izatea lortzea.
- 2000. urtean erretzaile ohien kopurua egungoa baino %30 handiago izatea lortzea.
- 2000. urtean erretzaile batek erretzen dituen zigarroen kopurua %20 gutxiago izatea lortzea.
- 2000. urtean erretzen duten pertsonen %60k noizbait erretzeari laguntzea pentsatu, desiratu edo saiatzea lortzea.

Epe laburrerako helburuak

- Arrisku handieneko taldeen artean (emakumeak, haurdun dauden emakumeak eta hogeitaz beherako pertsonak) erretzeari uztea modu eraginkorrean lortzeko egitarauak burutzea.
- Oinarritzko Osasun Laguntzan diharduten profesionalen %50ak kontsultan bezero guztiei erretzen duten ala ez sistematikoki galdetzea lortzea.
- Erretzaileei laguntzen, bultza egiten eta tratamendua eskaintzen dieten osasun arloko profesionalen kopurua %30ean haztea lortzea.

Arestion adierazi xedeak iritsi eta erretzaileekin modu eraginkorrean jardute aldera, osasun azpiegitura sortu da, erretzeko aztura uzteko teknikarik puntakoenen berri jakin ditzan. Horretarako, 1994. urtetik aurrera erretzeko aztura uzteko teknikak ikasteko ikastaroak eskaini zaizkie osasun arloko profesionaleri. Oinarrizko Osasun Laguntzan diharduten profesionalen %20 batek egin dute ikastaro hori.

Ikastaroa burutu duten profesionalen arteko harremanei eta eguneratzeari eusteko xedez, dokumentazio eta aukeraketa bibliografikorako zerbitzua antolatu da; zerbitzu horrek Osasun Sailak erretzeko aztura uzteari buruz argitaratu dituen artikulu interesgarriak eta osasun arloko profesionaleri laguntzeko zenbait material: *Ayuda a su paciente a dejar de fumar* (profesionalentzako gida); *Futuro sin tabaco* (jende guztiarentzako gida); *Embarazo sin tabaco* (haurdun dauden emakumeentzako gida); eta gurasoentzako, tabakomenpekotasun pasiboari buruzko eta abarreko beste material batzuk. 1998. urtean, Tabakorik Gabeko Munduko Egunerako eskaintza legez, egunkari nagusien bidez lehen aipatu den *"Futuro sin tabaco"* deritzon gida banatu da, erretzeari lagatzen laguntzeko. Halaber, beste bi triptiko banatu da jendartean: *"Se juega su salud"* (Europar Batasuneko minbiziaren kontrako Kode Europarraren edukiak jasotzen dituena) eta *"Dele marcha a su vida"* (ariketa fisikoak sustatuz).

Beste alde batetik, Osakidetza osasun zerbitzu guztietan, Euskal Herriko Administrazioaren zenbait bulegotan, beste herri erakunde batzuen lokaletan, hainbat enpresatan, autobus konpainietan eta abarretan seinale egokiak jarri dira, TABAKORIK GABEKO GUNEAK direla adieraziz, tabakomenpekotasun pasiboak eragiten dituen kalte guztiei itzuri egite aldera.

Lehentasuna du tabakomenpekotasun pasiboak ekiditeak eta erretzen ez dutenak babestea.

Alor honetan lanean diharduten elkarte edo talde guztien ahaleginak aprobetxatzeko, eta Sailaren jarduketan osagarri gisa, dirulaguntzak eman zaizkio erretzaileek aztura horri lagatzeko zenbait proiekturi (egitarau batek emakume erretzaileak ditu xedeko gai), osasun arloan irabazasmorik ez duten autolaguntza talde eta elkarteentzako dirulaguntzen egitarauaren bitartez.

Oro har, esan daiteke ezen Minbizia prebenitu eta kontrolatzeko Planean (1994-1998) proposatutako ekintzak bete direla, eta Tabakomenpekotasuna prebenitu, kontrolatu eta gutxitzeko Planeko xedeak partzialki iritsi direla (halabeharrez).

Jarduketa horien guztien emaitzen lehen ebaluazio gisa, arestion azaldutakoaren adierazgarri, horra hor 97ko Osasun Inkestaren datuak:

- 1) Gutxitu egin da erretzaileen kopurua (%2 bat 1992. urtearen aldean); gutxipena handiagoa izan da gizonezkoen artean.
- 2) Gora jo du 1997an erretzeari lagatzen ahalegindu diren erretzaileen kopurua: %66a, 1992ko %27aren aldean.
- 3) Erretzaileen %24ak zigarro gutxiago erretzen du edo nikotina eta alkitran gutxiagoak erretzeko aukera egin du.
- 4) Inoren tabakoaren kea egunero edo sarri irentsi behar duten pertsonen kopurua murriztu da: %60 1992an eta %39 1997an. Euskal Herriko familien %32an, kideek tabakoaren kea irentsi behar dute; pertsonen %38ak tabakoaren kea irentsi behar du beren lanpostuetan.

Tabakomenpekotasuna prebenitu, kontrolatu eta kontsumoa gutxitzeko Plana garatze aldera, bereziki garrantzizko diren taldeekin jarduteari eutsiko zaio, jaio aurretiko etapatik abiatu eta tabakorik gabe bizi nahi duen pertsona baten bizitzaren beste edozein garai jorratuz. Sailaren erantzukizun nagusia pertsona guztien osasuna babestea da, haurren osasuna batik bat, "Tabakorik gabe hazteko" aukera izan dezaten.

TABAKO GANEKO GUNEA



ESPACIO SIN TABACO

Tabakomenpekotasunaren eboluzioa Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan, 1986tik 1997ra.

Sarrera

Hainbeste dira tabakoak erretzaileen osasunean eragiten dituen ondorio kaltegarriak eta tabakomenpekotasun pasiboaren arriskuak baieztatzen dituzten azterlanak¹⁻³. Euskadiko Autonomia Erkidegoan (E.A.E.), gainerako herri industrializatueta gertatzen den bezala, tabakoaren kontsumoa ekiditeko moduko hilkortasunaren arrazoi nagusi bihurtu da. Esan daiteke sasoi bano lehenagoko heriotzen %19, birikatako minbiziagatiko heriotzen %88, gaixotasun kardiobaskularren %22 eta gutxi gora-behera arnasketako gaixotasunengatiko erdiak tabakoaren kontsumoari lotuta daudela⁴.

Tabakoaren aurkako kanpainak arriskuaren ezagutza areagotzea lortu dute. Tabakoaren kontsumoaren maila hori jaitsi egin da herri industrializatu gehienetan, baina bilakaera hori aldakorra izan da generoa, adina, gizarte klase edo hezkuntzaren arabera⁵⁻¹¹. Tabakokinen arloko industria jaitsiera horren jakitun da eta mezua aldarazi ditu eta, ondorioz, ohitura hori eskuratzeko adinetan dauden taldeentzako mezua gertatu ditu. Tabakomenpekotasunaren eboluzioan izan diren desberdintasun horiek lehenetsunarekin jardun behar den populazioko taldeak identifikatzeko beharrezana frogatu dute, edota besterik ezean abioan dauden eskuhartzeko estrategiak aldarazi beharra, mezua era egokian hel dadin biztanle guztiengana eta erretzeari uzteko laguntza egokiak jaso ditzaten. Azterlan honen xedea tabakoaren kontsumoan adina, generoa, ikasketa maila, lan-egoera, egoera zibila eta gizarteko klasearen arabera izan den bilakaera aztertzea izan da.

Metodoak

Datu hauek E.A.E.n 1986an, 1992an eta 1997an egin diren Osasun Inkestetatik atera dira. E.A.E.ko biztanleriaren lagin adierazkorra dira, 1981, 1991 eta 1996ko biztanleen erroldetan oinarrituta egin diren probabilitate-laginketen bidez egin direnak alegia. Datuak biltzeko 16 urtetik gora duten pertsonentzat gertatu ziren galdera-sorta indibidualak erabili dira. 1986an laginketa 1.128 pertsonakoa izan zen, 1992an 3.744 pertsonakoa eta 1997an 3.943 pertsonakoa. Erantzun-tasak %85etik gorakoak izan ziren.

“Erretzailatzat” jo da elkarrikusaketa egin den unean gutxienez egunean zigarro bat erretzen duen pertsona, eta “ez erretzailatzat” gainerako guztiak. Tabakomenpekotasunaren bilakaera aztertu da, horretarako lan-egoera, ikasketak, egoera zibila eta gizarte klasea kontuan hartuta eta abiaburutzat une horretan familiaburuak duen jarduketa (edo iraganean

izan duena, baldin eta jubilatu edo langabetua bada).

Adinaren arabera maila estandarizatuak (portzentaia) kalkulatu ziren, metodo zuzenaren bidez, eta erreferentzia gisa 1997ko E.A.E.ko adinaren egitura erabili zen. Tabakomenpekotasunaren eta aldagarri soziodemografikoen arteko elkarketa Chi karratua ($p < 0,05$) testaren bidez zehaztu zen. Biztanleen multzo guztien eboluzioa erregresio logistikoaren analisiaren bidez zenbatetsi zen, generoaren arabera aldagarri sozioekonomiko bakoitzerako eredu desberdinak eskuratzuz alegia. Ereduan adierazgarri azaltzaile bezala sartu ziren adina eta inkesta egin zen urtea eta baita arestian elkartuta azaldu diren aldagarrietariko bat ere.

Emaitzak

1986tik 1997ra jendearen artean gutxitu egin zen tabakomenpekotasuna (1. taula).

Erretzaileen menpekotasunak (% estandarizatuak* adinaren arabera) adina, lan-egoera, ikasketa, gizarte egoera, gizarte klase, generoa eta inkesta egin den urtearen arabera.

1. Taula

	Gizonezkoak			Emakumezkoak		
	1986	1992	1997	1986	1992	1997
Guztira	50	40	25	19	22	24
Adina						
16-24	47	36	33	38	30	34
25-44	59	46	44	29	38	38
45-64	51	39	34	7	9	13
≥ 65	29	27	18	2	3	2
Lan-egoera						
Lanean	58	46	40	31	35	33
Langabetua	61	45	49	40	38	38
Etxean lanean				10	18	17
Bestelakoak	34	27	24	16	14	20
Ikasketak						
Ikasketarik gabe	42	14	26	-	2	5
Oinarrikoak	51	41	35	15	19	19
Ikasketa ertainak	45	40	39	41	32	36
Goi mailako ikasketak	72	35	29	36	32	29
Egoera zibila						
Ezkongabea	54	37	39	31	29	32
Ezkondua	51	42	33	18	25	24
Banandua	67	72	44	17	35	35
Alarguna	19	24	26	5	5	4
Gizarte klasea						
I (altua)	56	37	36	32	31	30
II	51	41	36	22	22	27
III	50	46	37	28	24	24
IV	49	38	35	17	23	23
V (baxua)	53	41	34	14	19	22

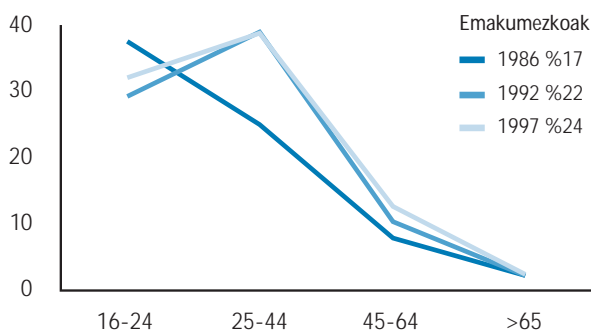
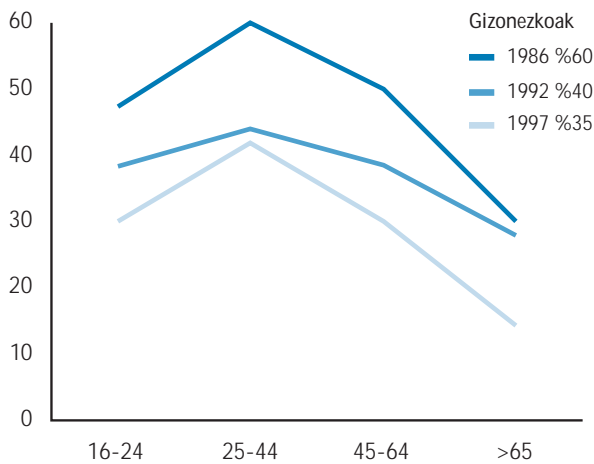
(*) Estandarizatu egin da erreferentzia moduan metodo zuzena eta 1997ko E.A.E.ko populazioa erabiliz.

Gizonezkoen artean menpekotasuna altuagoa zen, baina generoen arteko aldea gero eta txikiagoa da. Erretzaileen kopurua %50ekoa zen 1986an eta behera egin du eta, ondorioz, %35ekoa zen 1997; ordea, emakumezkoen artean gehikuntza motela baina etenik gabekoa izan da eta 1986an %19koa zena %24koa zen 1997an (1. irudia).

Tabakomenpekotasunaren erabileraren indarra jaitsi egin da 1986tik 1997ra.

Erretzaileen proportzioa, sexuaren eta adinaren arabera. 1986-1992-1997.

1. Irudia



Iturria: Osasunari buruzko Inkesta.

Adinari dagokionean, murrizketa hori adin-talde guztietan gertatu da; emakumeen artean ez da hori gertatu eta hazkundera izan da 16 eta 24 urte eta 45 eta 64 urte artekoen multzoetan.

Lan-egoeraren arabera, gizonezkoen arteko kontsumorik altuena langabetuen artean antzeman da; halaber, esan

behar da urripenik txikiena talde horretan gertatu dela 1986tik egunera. Jaitsierarik altuena (%54) lana dutenen artean gertatu da. Emakumezkoen artean ere langabetuak izan dira menpekotasunik altuena adierazi dutenak baina bilakaerarik txarrena etxeko lanak egiten dituzten emakumeen multzoan gertatu zen, gehikuntza %80koa izan delako.

1986an goi mailako ikasketak zituzten gizonezkoek izan ziren menpekotasunik nabarmenena adierazi zutenak. Dena dela, multzo horretan menpekotasunean murrizketa %90etik gorakoa izan zen. Menpekotasunaren jaitsierarik txikiena ikasketa ertainak zituztenen artean izan zen. Emakumezkoen artean bilakaera desberdina izan da ikasketa mailaren arabera: ikasketa maila altuagoa dutenen artean joera beheranzkoa izan da eta ikasketa gutxi dituzten emakumeen artea goranzkoa.

Pertsona banandu/dibortziatuek menpekotasunik altuena azaldu dute bi generoetan. Gizonezkoen artean menpekotasuna gertatu da talde guztietan, salbu eta alargunen artean, horietan hazkuntza egon delako. Ezkonduek bilakaerarik onena adierazi dute. Emakumeen artean menpekotasunik altuena ezkonduen artean gertatu da.

Gizonezkoen artean ez da alde nabarmenik izan gizarte geruza edo klasearen arabera. Emakumeen kasuan menpekotasuna areagotu egin da gizarte klasean gora egin ahala, baina azken 12 urte hauetan beheko klaseetan izan den gorakada gertatu ondoren (%70) alde horiek asko hurbildu direla esan behar da.

Eboluzioa desberdina izan da genero, laneko egoera, egoera zibil, ikasketa eta gizarte klasearen arabera.

Eztabaida

E.A.E.ko biztanleen artean dagoen tabakomenpekotasuna murriztu egin da 1986tik 1997ra, baina esan behar da eboluzioa ez dela bera izan gizarteko talde guztietan. Menpekotasuna jaitsi egin da gizonezkoen artean eta hazi emakumezkoetan. Gizonezkoen artean bilakaera txarragoa izan dute alargunek, langabetuek eta ikasketa ertainak dituztenek. Azpimarratu behar da ezkonduen eta goi mailako ikasketak dituztenen artean menpekotasuna gehiago jaitsi dela. Emakumezkoen kasuan menpekotasuna hazi egin da gazteen artean, etxeko lanak egiten dituztenen artean, ikasketa askorik ez dutenen multzoetan eta beheko klaseetakoetan. Azpimarratu behar da, halaber, menpekotasuna murriztu egin dela hezkuntza maila altua dutenen artean.

Azterlan honek zeharkako azterlanetan gertatzen diren mugak izan ditu, horietan ez direlako azaltzen norbanakoan ezaugarrietan denboran zehar gerta daitezkeen ustezko

aldaketak. Adierazi behar da, halaber, 1986an inkesta egin zuten pertsonen kopuruagatik zenbatespenak ezin direla hain zehatzak izan eta, ondorioz, 1986 eta hurrengo urteen artean antzeman diren aldaketen garrantzia kautela eta kontu osoz aztertu behar dela.

Biztanleen artean menpekotasunak behera egiteko joera eta gizarteko taldeen eboluzio desberdina herri industrializatueta ohiko gauzak dira. Espainian, eta baita Europako beste herri batzuetan⁵⁻⁸ eta Estatu Batuetan⁹ ere, gizonezkoen artean zegoen menpekotasun altuagoa nabarmen gutxitu da eta, ordea, emakumeen artean bere horretan mantendu da edo hazi egin da. Europako hegoaldeko beste herri batzuetan ere gazteen artean menpekotasuna hazi egin da eta erretzen hasteko tasak oso antzekoak dira bi generoetan⁹. Halaber, frogatu da tabakomenpekotasuna uzteko jarrera hobea dagoela pertsona ezkonduen eta ikasketa maila altuagoa duten pertsonen artean^{7,9,10} eta, halaber, langabezian egoteak eragin kaltegarriak dituela¹¹. EE.BB. eta Europako iparraldean gizarteko beheko klaseek gehiago erretzen dute⁹; ez da hori gertatzen Europako hegoaldeko herrietan⁷⁻⁸, horietan menpekotasuna altuagoa delako goiko klaseetan.

Menpekotasunak gora egin du 16 eta 24 urte arteko emakume gazteen artean eta horrek berdindu egiten du 1986an antzeman zen aldea. Bizitzaren arlo guztietan orokor bihurtu den generoen arteko berdintasunaren gehikuntzak isla izan du jarrera honetan ere. 45 eta 64 urte arteko emakumeen artean izan den gehikuntza txikia multzo-efektuagatik izan da eta ez adin talde horretan kontsumitzen hasi direlako.

Azpimarratu behar da kontsumoa handitu egin dela emakumezkoen artean eta, bereziki, gazteak diren, etxeko lanak egiten dituzten, ikasketa urriak dituzten eta beheko klasekoak diren artean.

Emakumeen tabakomenpekotasunaren bilakaera oso desberdina izan da horien gizarteko taldearen arabera. Esan behar da ikasketa mailarik altuena duten emakumeen artean menpekotasuna nabarmen jaitsi dela eta, aldi berean, asko hazi dela etxeko lanak egiten dituzten eta beheko klaseetan dauden emakumeen artean. Joera hori azaltzeko emakumeen gizarteko baloreetan izan diren aldakuntzak aztertu beharko dira: baldin eta lehen erretzea emakumearen betiko irudia haustea bazen, gaur egun esparru horietan modernitatearen irudi bezala har daiteke. Tabakokinen industriak izugarri landu du emakumea mundu honetan murgiltzeko ahalegina eta erretzea emakumeentzako jarrera egokia dela hedarazi du, emakumeen asmoak suspertuz, eta emakumeentzako aldizkariak erabiltzen ditu emakume horiengana heltzeko¹². Dirudienez mezu hori errazago onartzen dute ikasketa maila baxuagoa duten eta gizarteko beheko klasetakoak diren emakumeek.

Bizitzeko ohiturak eta jarrerak hartzeko funtsezkoa da inguruaren garrantzia eta hori argi eta garbi ikus daiteke datu hauetan.

Tabakoaren kontsumoa, askatasunez egiten den aukera baino gehiago, norbanakoak bizi dituen inguruabarrei aurre egiteko duen erantzuna da. Horrela, bada, langabezian dauden pertsonen, bananduek, estres emozionala pairatzeko arriskua duten alargunek, sarritan arazo horiei aurre egiteko okerreko estrategia hautatzen dute.

Beste azterlan batzuetan frogatu da gizarte sareak ere funtsezko zeresana duela erretzeari uzteko orduan. Gure datuetan frogatu da menpekotasunaren murrizketa nabarmena dela pertsona ezkonduen eta lana dutenen artean, gehienetan talde horiek gizarte mailan laguntza handiagoa izaten dutelako.

Gazteen artean antzeman den gehikuntzak argi adierazten du nahitaezkoa dela eskola mailan eskuhartzea erretzeko ohitura hori aurrez ezabatzeko. Halaber, derrigorrezkoa da generoaren arabera era desberdinean eskuhartzea: gerta daiteke eskuhartze homogeen batekin bi generoen eboluzioen arteko aldeak areagotzea. Emakumeen artean hazkuntzarako joera horren arabera esan daiteke egungo estrategian akatsak daudela eta beharrezkoa dela mezua emakumeen ezaugarri eta baloreei egokitzea. Azterlan askotan frogatu da erretzaileek pisu gutxiago izaten dutela eta pisuaren kontrola erretzen jarraitzeko zio garrantzitsua izaten dela¹³. Emakumeentzat gertutzen diren estrategietan oso garrantzitsua da mezuan erretzea uzteak ez duela nahitaez pisuaren gehikuntza ekarriko azpimarratzea, baldin eta eragiketa bidezko kontrolarekin egiten bada.

Jon Lekuona Larrañaga

Cecilia Anitua Trevijano

Bibliografia

1. US Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress (A report of the surgeon general). DHHS 1989 (CDC) 89-8411.
2. WHO-IARC. Cancer: Causes, occurrence and control. Tomatis I (editorial). IARC Scientific publications N°100 Lyon 1990.
3. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary smoking (A report of the surgeon general). DHHS 1986 (CDC).
4. Anitua C, Esnaola S, Aldasoro E. Panorámica de la Salud. Vitoria-Gasteiz: EUSTAT, 1999 [prentsan].
5. Waldron I. Pattern and causes of gender differences in smoking. Soc Sci Med 1991; 32: 989-1035.
6. Hill C. Trends in tobacco smoking and consequences on health in France. Prev Med 1998; 27(4): 514-9.
7. Fernández E, La Vecchia C, D'Avanzo B et al. Quitting smoking in Northern Italy: A cross-sectional analysis of 2621 subjects. Eur J of Epidemiology 1997; 13: 267-73.
8. Joosens L, Sasco A, Salvador T, Villalbí JR. Las mujeres y tabaco en la Unión Europea. Revista Española de Salud Pública 1999; 73: 3-12.
9. Kabat G, Wynder EL. Determinants of quitting smoking. AJPH 1987; 77:1301-5.
10. Tillgren P, Haglund BJ, Lundberg M, Romelsjö A. The sociodemographic pattern of tobacco cessation in the 1980s: result from a panel study of living condition surveys in Sweden. J Epidemiol Community Health 1996; 50(6): 625-30.
11. Waldron I, Lye D. Employment, unemployment, occupation and smoking. Am J Prev Med 1989; 5(3): 142-9.
12. Amos A, Bostock C, Bostock Y. Women's magazines and tobacco in Europe. Lancet 1998; 786-7.
13. Pomerleau C, Ehrlich E, Tate J, et al. The women weight-control smoker: a profile? J Substance Abuse 1993; 5: 391-400.

Belgikan ekoiztu diren edari freskagarrien arrisku ezezaguna

Ekainaren 14an, informazioa azkar elkartrukatzeko sistema koordinatuaren bidez jakin zenez, Belgikan zenbait pertsona gaixotu zen Coca-Cola edateagatik; gaixotasunaren sintomak ondokoak ziren: goragalea, bertigoa, sabeleko mina eta buruko mina. Arazoa lantegi bitan ontziratutako latetan (Frantzia) eta 20 ml-ko botiletan (Belgika) azaldu zen batik bat. E.H.A.E.n Belgikako ontziratze-lantegiko 20 ml-ko botilak detektatu ziren. Zer gerta ere, 0,2 litroko 235.771 botila ibilgetu ziren eta balizko pozoidura kasuak detektatzeko zaintza aktiboa abiarazi zen; ez zen bat ere azaldu. Ondoren, pozoiduraren jatorriari buruzko eztabaidari ekin zaio: enpresa inplikatuak esan zuen pozoidurak Belgikako lantegiko CO₂-aren kalitatearen urritasuna zela-eta gertatu zirela, eta Frantzia ontziratutako produktuan, berriz, latak antifungikoekin kutsatu zirela.

Aitzitik, gertakariak aztertu ondoan Europako Batzordeak egin zuen txosten batean esaten da, besteak beste, enpresak eman dituen azalpenak ez direla behar bezain egokiak. Beste alde batetik, "Lancet" aldizkari zientifikoak gutun bat argitaratu zuen uztailean, eta adierazten zuen ezen pozoidura kasuak "histeria kolektiboari" dagokion sindromeari iraxiki zekizkiokeela. Gaur egun ez dago erabateko adostasunik arazoa eragin zuten karien gainean.

Erresuma Batuak C meningitisaren aurkako txerto berria aurkeztu du

Datorren urrian C meningitisaren aurkako txertaketa-kanpainari ekingo zaio Erresuma Batuan. Munduan lehen aldiz, kanpaina honetan proteina batekin nahasten den azaleko polisakaridoz prestatutako meningokokoen aurkako txertoa erabiliko da, b ereduko (Hib) *Haemophilus influenzae*ren aurkako txertorako erabiltzen den antzeko teknikaz baliatuz. Txerto berri hau immunogenoa da haurrentzat, bi hilabetetik aurrera. Gomendatzen den pauta ondokoa da: 3 dosi 2,3 eta 4 hilabeteko seinentzat; bi dosi 4 hilabetetik urtebetara bitarteko haurrentzat, eta dosi bat gainerako umeentzat. Txerto honen eskasia dela eta, egitaraua apurka-apurka garatuko da, lehenengo txertoa hartzen duten haurrekin hasiko da egitaraua, umearen lehenengo 13 hilabeteetarako ezarririk dauden txertoekin jarraituz, eta azken hauekin batera, 15-17 urteko nerabeentzako txertoekin. Bigarren fasean, txertoa eskura baldin badago behintzat, 1-5 urte bitarteko haurrei eta

gainerako taldeei jarriko zaie txertoa. Uste da txertoaren babes ondorena %98koa izan daitekeela, eta ondore kaltegarri bakarra txertoa jarri den unean narritadura txikiren bat azaltzea kasuren batean edo. *BMJ* 1999; 319: 278.

Estatu Batuetan 2010. urterako tuberkulosia ezabatzeko txostena

Tuberkulosia ezabatzeko Kontseilu Aholkuemaileak berrikusi egin du, hamar urte igaro ondorik, "Estatu Batuetan tuberkulosia ezabatzeko Plan Estrategikoa", eta txosten berria argitaratu du, zeinetan eskatzen baitira "diagnostiko, tratamendu eta prebentziorako metodo berriak eta hobeak, txerto berria barne".

Estatu Batuetan, tuberkulosi kasuak -1953tik aurrera jaitsiera orekatua izan zen, 1985. urtean 22.201 kasu baino azaldu ez zirelarik- berrirori gorantz egin zuten, harik eta 1992an 26.673 kasu jo arte. Ondoren, berriz ere gutxitu egin dira 1998an 18.361 kasutara (6,8 kasu 100.000 biztanleko), tuberkulosia kontrolatzeko egitaraua abian jarri ostean, zeinen aurrekontua aurrekoa baino 15 bider handiagoa baitzen. Txosten horretan azaltzen denez, 2000. urterako 100.000 biztanleko 3,5 kasutara jaitea da helburua, eta 2010. urterako milioi biztanleko kasu bat baino gutxiago izatea, hau da, tuberkulosiaren ezabatze-tasara iristea.

CDC. Tuberculosis Elimination Revisited: Obstacles, Opportunities, and a Reviewed Commitment. *MMWR* 1999; 48 (Nº RR-9).

Tuberkulosiaren Ikerkuntzarako Zentruanitzeko Proiektuaren (T.I.Z.P.) datuen arabera (1996/1997), E.H.A.E.n tuberkulosi tasa 100.000 biztanleko 38,97 kasukoa zen, Estatu Espainiarraren batez bestekoaren parekoa alegia.

Pisua kontrolatzeko neurriek erretzeari lagatzen laguntzen die emakumei

Emakume erretzeileen artean hamasei astetan egin den ausazko azterlan baten arabera, erretzeari lagatzeko egitarauak pisuaren kontrola trinkorako teknikekin konbinatzeak arrakastaren tasak areagotzen laguntzen dute. Lehenago erretzeari lagatzeko ahalegina egin baina gizendu izanagatik porrot egin zuten emakumeek esku hartu zuten azterlan horretan. Denek hartu zituzten nikotinazko txikleak eta erdiek oso dieta hipokalorikoari ekin zioten aldika. 16

aste igaro ondorik, arrakastaren portzentaiak %50ekoak izan ziren dieta egin zuten taldean eta %35ekoak kontrol taldean. Danielsson T, Rössner S. and Westin A. Open randomised trial of intermittent very low energy diet together with nicotine gum for stopping smoking in women who gained weight in previous attempts to quit. *BMJ* 1999; 319: 490-494.

Ur hornikuntzen fluorazioa

Erresuma Batuko gobernuak berrikusi egingo du ur hornikuntzen fluorazioaren esperientzia, neurri horri eusten dion legeria sendotze aldera, baldin eta emaitzak positiboak badira. Epidemiologiari dagokionez, ur fluoreztatuak hortzetako txantxarraren aurrean ematen duen babesa zeharo egiaztatua dago (txantxarra %50 gutxitzen du, batez ere umeen artean eta, bereziki, gizarteko mailarik baxuenetan); hala ere, Ingalaterran eta Galesen biztanleriaren %10ek baino gutxiagok jasotzen du ur fluoreztatua, eta are, ur horren zabalkundeak aurkako jarrera bortitza eragin du zenbait taldetan, zeinek arriskutsutzat eta zentzugabekotzat jotzen duten.

Osasun Publikoaren arloko beste neurri batzuk bezalaxe (segurtasun uhala erabiltzea, esaterako), norberak hautatzeko duen askatasunaren murrizketa legez interpreta daiteke fluorazioa, eta onartzeko modukoa izango da baldin eta neurri hori hartzeak eragiten dituen onurak arriskuak baino askozaz handiagoak badira. Eztabaidaren alderdi etikoa eta iritzi publikoaren inplikazioa kontuan hartuz, arazo honek argudio zientifikoak behar den moduan ulertzea eskatzen du. Hori ez da erraza, ezik kontuan hartu beharrekoak dira egun diren zalantzak, nabaritasun zientifikoak ebaluatzeko subjektibotasuna eta komunikabideek maizetan duten joera, hau da, adostasunak barik hizka-mizkak azpimarratzekoa. Britainiar gobernuak egin

Atal honek honako hau du helburu: gure Elkarteko profesionalei bai osasun-laguntzako bai herri osasuneko lankideentzat interesgarritzat jotzen dituzten kolaborazioak argitaratu ahal izateko leku bat ematea. Osasun Saileko Herri Osasun Zuzendaritzak ez du nahitaez bat egiten tribuna ireki honetan eman diren iritziekin. Kolaborazioak posta-helbide batera bidali behar dira. Helbide hori honako hau da:

EHAeko Epidemiologi Aldizkaria.
Herri Osasunaren Zuzendaritza.
Osasun Saila.
K/ Duque de Wellington, 2.
01010 - GASTEIZ

Era berean, kolaborazioak posta elektronikoko helbide batera bidali ahal dira. Helbide hori honako hau da: bolepi-san@ej-gv.es

Epidemiologi Aldizkariaren ale bana jaso gura duten profesionalek alea idatziz, telefonoz edo posta elektronikoko bidez eska dezakete (aldizkariaren datuak Idazlaritza atalean daude). Posta-helbide bat ematea bakarrik da beharrezkoa. Era berean, hura sare batean eskuratu ahal da. Sare hori honako hau da: <http://www.euskadi.net/sanidad>

asmo duen berrikuspenak fluorazioaren aldeko eta aurkako argudioak jarriko ditu berriro ere aztergai. Coggon D, Cooper C. *BMJ* 1999; 319: 269-270.

Tuberkulosiaren aurkako terapia saguetan DNA txertatzearen bidez

Mycobacterium tuberculosis bakterioak oraindik ere 3 milioi pertsona hiltzen ditu urtero, beste edozein infekzio-agentek baino gehiago alegia. Bakterioaren infekzioaren aurreko immunitate-erantzun desegokiak eragiten du hori, zeren eta, hil barik, hazkundera inhibitzen baitzaio, eta horrenbestez hain ugaltzen da asko non azkenean izugarritzko hondamendia eragiten duen. BCG txertoa usu erabiltzen den arren, hagitx mugatua da prebentzio-neurri gisa; are, gaixotasuna tratatzeko droga-dosi konbinatu asko hartu behar da, 6 hilabetean gutxienez, eta horrek bakterioen erresistentziak azaltzea ahalbidetzen du. Lan honek DNA txertoen jarduketa erakusten du. Txertoak, hasiera batean bederik, infekzioa prebenitzeko gertutu ziren, baina ondore terapetiko eraginkorrak izan dituzte oso infektaturik zeuden saguekin probatzean. DNA txerto hauek immunitate-erantzuna aldaraz dezakete erabat eraginkorra ez den uneetan. Immunoterapia hori bakterioen aurkako drogekin batera erabiliz gero, aplikazioa izan dezake saguak ezezik gizakiak ere osatze aldera.

Lowrie DB, Tascon RE, Bonato VLD, Lima VMF, Faccioli LH, Stavropoulos E. eta beste batzuk. *Nature* 1999; 400: 269-271.

Erredakzioa

Salud Pública
Osasun Publikoa

Eusko Jaurilaritza.
Osasun Saila.
Duque de Wellington, 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
Nerea Muñozguren
Enrique Peiró
Luis González de Galdeano

Edizioa:

Enrique Peiró

Diseinua: Neverland, S.L.
Impresioa: Gráficas Berriz, S.L.
3. Hiruhilekoa
7. Zenbakia; 1999ko urtea
Legezko Gordailua: BI-2874-98

Zenbaki honetako lankideak:

Iraida Hurtado de Saracho