

Euskal Herriko Autonomia Erkidegoko Buletin Epidemiologikoa
<http://www.euskadi.net/sanidad>



ELISKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Aurkibidea

Begiraletza Epidemiologikoa	
Tuberkulosia EHAEan	2
Paludismoa: EHAEko egoera eta profilaxia	4
ABG 2002 9-24 asteak	6
Osasun Publikoko Programak	
Produktu dietetikoak	7
EHAEko elikagai establezimenduetako autokontrol sistemak	9
<i>Legionella</i> -ren autokontrolerako plana diseinatzeko gida praktikoa	10
Autonomia mailako dekretu berri bat hondakin sanitarioen gainean	11
Saguzarrak eta amorruren birusa	11
Tribuna Irekia	
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> Gipuzkoan. Medikamentuekiko erresistentziaren gaur egungo egoera (1993-2001)	13
Gaukotasuna	
OMEko Europar Lurraldea polio-mielitisetik libre deklaratu	14

Editoriala

Elikapeneko toxiinfekzioen azterketa egitea eta lorturiko emaitzetatik ondorioztatzen diren neurri zuzentzaileak hartzea Gure Erkidegoan Osasun Publikoko erantzukizuna dagokion osasun agintaritzak bere gain hartzen dituen funtsezko betekizunak dira.

Askotan, agerraldiaren neurriak, edo daukan garrantzi kuantitatiboagatik eragina jasan dutenen kopuruagatik alegia, edo agertu deneko gertakariak dituen ondorio ekonomiko edo mediatikoengatik, erraztu egiten du ikerketa egiteko erantzukizuna dagokien profesional sanitarioak lehenbailehen jakinaren gainean jartzea. Halere hau ez da beti horrela gertatzen eta toxiinfekzio batzuk guztiz ohartzeke igarotzen dira edo berauen existentzia a posteriori jakiten da, inoiz komunikabideen bitartez, orduan oso zail gertatzen delarik azterketa oso bat egitea edo eragin zuten faktoreak identifikatzea.

Asko dira elikapen toxiinfekzioen infradeklarazio hau azal lezaketen arrazoiak, besteak beste, eragina jasan dutenen sintomatologia ahula eta horren ondoriozko osasun asistentziaren eskari urria, elikagai susmagarriak kontsumitu diren lekuaren eta mahaikideen egoitzaren artean egon litekeen dikotomia, ostalaritza establezimenduetako arduradun batzuen "zuhurtasuna", etab.

Era berean, ezagutu beharra dago famili eremura mugaturiko elikadura toxikapen agerraldi txiki baten azterketak duen garrantzia ezin konpara daitekeela kaltetuen kopurua askoz handiagoa den gertakari batean izan den toxikapenarekin.

Dena den, ez da ahaztu behar elikapen toxiinfekzio baten susmoaren aurrean Osasun Publikoko agintariei jakinarazteko obligazio legala daukatela osasuneko profesional guztiek, bai beren profesioa eremu pribatuan gauzatzen dutenek eta bai Osakidetza/Servicio vasco de salud Sarean dihardutenek. Obligazio legal hau premiatasun izaeraz aitortu beharreko gaixotasunen (ABG) testuinguruan enmarkatzen da.

Azken batean, argi eduki behar da, legezko obligazioa gorabehera, elikapen toxiinfekzioko edozein susmoren aurrean, ahalik azkarren jakinaraztea funtsezkoa dela osasunaren ikuspegitik, behar diren ikerketa epidemiologikoko egitea ahalbidetzen duelako eta arrisku faktoreen eta inplikaturiko jakien identifikazioari esker elikaduran segurtasun handiagoa lortzera bideraturiko gomendioak/hobekuntzak lortuko direlako.

Zaintza

Epidemiologikoa

Tuberkulosia EHAEan

Koch-en baziloa aurkitu zenetik 100 urte, eta tratamendu eraginkorra dagoenetik 50 urtetik gora igaro diren arren, tuberkulosiak osasun arazo larria izaten jarraitzen du; beraz, kalkulatzen da, 2005 urterako 10 milioi kasutik gora gertatuko direla urtean, gehienak hirugarren munduko herrialdeetan (1 Irudia). Osasun Sailak behin baino gehiagotan azaldu du bere kezka, ikustean, gaitz honek EHAEan daukan intzidentzia (hau Estatu espainoleko batezbestekoaren antzekoa bada ere) uste izatekoa litzatekeena baino askoz handiagoa dela, dauzkagun baliabideak kontuan edukiz; horregatik, zenbait agiri argitaratu ditu pertsonal sanitarioak erabil ditzan. Oraindik orain, zehazki iaz, dokumentu bat argitaratu zuen ondoko izenburuarekin: "Tuberkulosiaren prebentzio eta kontrolerako programa"; berau EHAEko osasun arloko aditu talde batek prestatu zuen.

2001 urtean 538 kasu diagnostikatu ziren, 1000 bizilagunetik 25,64 kasuko tasarekin. Taulan eta 2 irudian ikus

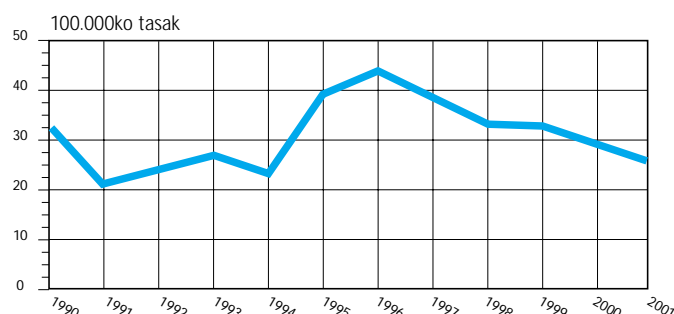
Tuberkulosi kasu eta tasak ($\times 10^5$) Eskualdeka, 1996-2001

1 Taula

ESKUALDEAK	1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	Kasuak	Tasak	Kasuak	Tasak	Kasuak	Tasak	Kasuak	Tasak	Kasuak	Tasak	Kasuak	Tasak
Araba	65	26,22	63	25,41	60	24,20	62	25,01	54	21,78	60	24,20
Bilbo	156	43,47	149	41,52	137	38,17	113	31,49	106	29,54	108	30,09
Barrualdea	114	38,70	90	30,55	90	30,55	67	22,74	88	29,87	45	15,28
Uribe-Kosta	67	34,97	56	29,23	53	27,66	59	30,80	38	19,84	30	15,66
Ezkerraldea-Enkarterria	137	44,32	116	37,53	69	22,32	98	31,71	74	23,94	84	27,18
Gipuzkoa-Ekialdea	175	42,91	160	39,23	160	39,23	136	33,35	107	26,24	105	25,75
Gipuzkoa-Mendebaldea	191	66,28	166	57,60	129	44,76	152	52,74	143	49,62	100	34,70
Araba Besteak											6	--
Bizkaia Besteak					2	--						
Guztira	905	43,14	800	38,13	700	33,36	687	32,79	610	29,07	538	25,64

Tuberkulosi intzidentziaren eboluzioa EHAEan

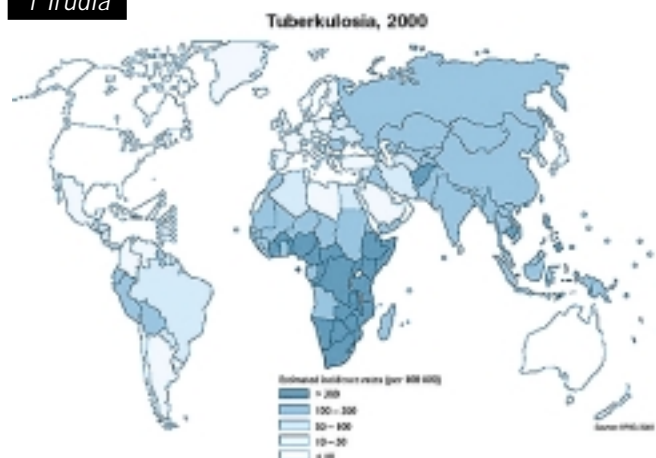
2 Irudia



2

Tuberkulosiaren zabalpen mundiala

1 Irudia



daitekeenez, intzidentzia hau azken urteetako baxuena da; honi dagokionez, esan behar da, seguru aski, 1996 aurretik benetako intzidentzia, adierazten dena baino altuago zela, kasuen infradeklarazio arazoengatik; egoera

hau urte horretatik hasita konpondu zen, EHAEak Tuberkulosiaren Ikerketarako Proiektu Multizentrikoan parte hartzean. Osasun eskualdeka, Gipuzkoa-Mendebaldean gertatzen da intzidentzia-tasarik altuena, beherakada, eskualde guztietan nabarmentzen bada ere, Araba Eskualdean izan ezik, hor egoerak egonkor jarraitzen baitu. Lurraldeka, Gipuzkoak dauka tasarik altuena (2 Taula)

Generoaren araberrako banaketak gizonezkoengan intzi-

Tuberkulosi kasu eta tasak Lurraldeka, 2001 urtea

2 Taula

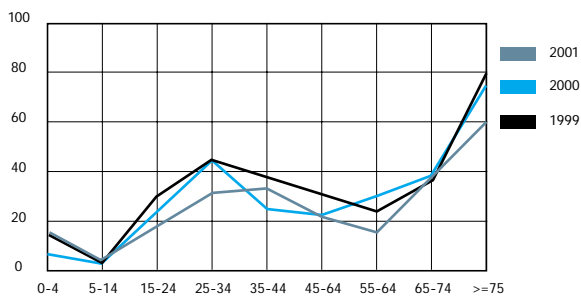
Lurraldea	Kasu Kop. 2001	Tasa TH X 10 ⁵
ARABA	73	25,90
BIZKAIA	269	23,60
GIPUZKOA	196	28,99
Guztira	538	25,64

dentzia altuagoa erakusten du (erlazioa 1,5:1), hau gaixotasun honen berezitasun bat da.

Adin taldeen arabera, banaketa bimodal bat ikus daiteke bi tontorrekin: bat, 35-44 urteko taldean, eta bestea 75 urtetik gorako taldean. Halere, 3 irudian ikusten den bezala, desplazamendu bat gertatu da lehen intzidentzi tontorraren eskuinalderantz, aurreko urteetan 25-34 urteko taldeari erasaten baitzion. Datu hau positiboa da, ze tontor hau denboran zenbat eta atzeratuago azaldu, posibleago baita kasuak iraganeko infekzioen indarberri-tzeari zor izatea eta ez infekzio berriei. Tratamenduaren berandutzea gaixo baziliferoengan (sintomen hasieratik tratamendura arte igarotako denbora), erdibitzaileak adierazten duena, 33 egunekoa izan zen 2001ean.

Tuberkulosi tasak adin taldeen arabera, 1999-2001

3 irudia



Kasuetatik bi herenetan organo erasana birika izan da eta hauetatik 190 karkaisaren baziloskopia positiboarekin gertatu dira (9,15eko tasa 100 mila bizilaguneko).

HIESak jarraitzen du arrisku-faktore ohikoena izaten 59 kasurekin (61, 2000 urtean eta 64, 1999an), gaixo bazi-lofero batekin kontaktu gertatu berriak jarraitzen diola (4

Tuberkulosia kokagunearen arabera

3 Taula

KOKAGUNEA	Kasu kop. 2001	%
Birika bakarrik	332	61,71
Birika eta birikaz kanpo	25	4,65
Birikaz kanpo bakarrik	181	33,64
Guztira	538	100,00

taula). Parenteral bidezko droga erabiltzaileek (PBDE) behera egin dute 1999KO 40tik 2001eko 26ra.

Tuberkulosia eta arrisku-faktoreak, 2001 urtea

4 Taula

ARRISKU-FACTOREA	Kasu kop. 2001	%
GIB+/HIES	59	10,97
Oraintsuko kontaktua	47	8,74
Alkoholismoa	39	7,25
Tabakoa	35	6,51
PBDE	26	4,83
Diabetesa	26	4,83
Terapia inmunosupres.	23	4,28
Silikosia eta besteak	5	0,93
Neoplasia	3	0,56
Hemodialisia	1	0,19
Besteak	81	15,06
Ezezaguna	248	46,10
Ez da ageri	20	3,72

Azken 5 urteotan ez da deklaratu meningitis tuberkuloso-ko kasu bakar ere 5 urtez beheko pazienteengan.

Laburbilduz, EHAEan tuberkulosiaren intzidentzia gure inguruko beste lurralde batzuetan baino altuago bada ere, beheranzko joera ikusten da bere jardueran, horregatik, laster urteko kasu intzidentzia 20tik behera egongo da ehun mila biztanleko eta, seguru aski, 10etik behera hamarkada honetan bertan. Halere, gaixotasun larri honetan inplikaturako gizarte eta osasun eragile guztien ahaleginarekin bakarrik lortu ahal izango da hori.

Miguel A. García Calabuig

Osasun Saila

Zaintza

Epidemiologikoa

Paludismoa. EHAEko egoera eta bidaiarientzako gomendioak

Sarrera

Paludismoa edo Malaria gaixotasun bizkarroia da, endemikoa herrialde tropikal eta subtropikal askotan; gaitz honen 12.000 kasu berri deklaratu dira urtero Europan. Gutxienez, lau *Plasmodium* espezie hauetako batek (*falciparum*, *vivax*, *ovale* edo *malariae*) eragina izan ohi da. Transmititzeko mekanismo naturala eltxo baten (Anopheles) ziztada izaten da. Infektatutako pertsonengandik datorren injekzio edo odol transfusioz, edota kutsatutako orratz eta xiringak erabiltzeagatik ere transmiti daitezkeen arren; honela transmititutako kasuak "Paludismo Induzitu" gisa sailkatzen ditu OMEak..

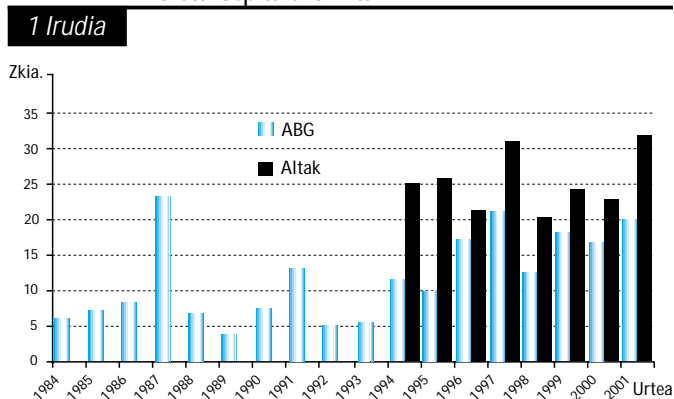
EHAEko egoera, 1984-2001

1984-2001 urteetako Aitortu Beharreko Gaixotasun sistematikoko datu-baseetatik, eta 1994-2001 urteetako Osakidetzako akutuen ospitaleetako Ospilaleko Alteen Erregistrotik bildu da Informazioa CIE-9: Malaria (084) delakoaren kodea kontsideratuz.

ABGaren bidez 1994 eta 2001 artean 218 ospitaleratze bildu dira, (13 kasu, ospitale eta urte bereko ospitaleratzeei dagozkie) epe berean ABGen bidez deklaraturako 130en aurrean; honek esan nahi du ospitaleratutako paludismoen ia %37a ez dela izan deklaraturak DDBG sisteman.

1984tik 2001era arte ABG sistemari deklaraturako 217 kasuen banaketa honela da Lurralde Historikoen arabera:

Paludismo kasuen kopurua, 1984-2001
ABG eta Ospitaleko Altak - EHAE



Araba %27 (58 kasu), Gipuzkoa %21 (46 kasu) eta Bizkaia %52 (113 kasu). Berauetatik %68 gizonetzkoak dira, eta adinaren maila zabala da 1 eta 74 urteren artean, (34 urteko batez bestekoa eta DE: 14,5).

1964tik, Espainiar Estatuan paludismoa erauzi zenetik, jakinarazitako kasu guztiak inportatutzat har daitezke. Kutsaduraren jatorriko herrialde/kontinenteko kasuen banaketa (egiaztatuak 138 kasu bakarrik) ondoko hau izan zen: Afrika %38, Amerika %15 eta Asia %7. Bidaiaren motiboak 34 kasutan ezagutzen dira eta aldakorrak dira: borondatezko lankideak, turistak, marinel edo arrantzaleak, misiolariak...

116 kasutan profilaxi-administrazioaren gaineko datuak daude, 55ek profilaxia hartu zuten, 15ek behar bezala egin ez bazuten ere; 26k ez zuten hartu eskualde endemikoko etorkinak zirelako eta beste 26k, berriz, ez zuten hartu profilaxirik. Identifikatu zen *P. Falciparum* (525), *P. vivax* (521), *ovale* (%4) edo *malariae* (%2), mistoa (%3) eta *Plasmodium*, tipifikatu gabea (%25).

Paludismoagatik hiru heriotza erregistratu dira DGOBan, bi 1997an eta bat 1999an. 5, 33 eta 57 urteko hiru gizonetzkoek dagozkie; guztiengan *P. Falciparum* identifikatu zen.

Bidaiarientzako gomendioak

Gaixotasun hau larria gerta daitezkeenez (areago ume eta haurdunengan), hilgarria ere bai, garrantzizkoa da neurri prebentiboak hartzea. Bidaiariek malariaren aurkako babesaren lau printzipioak ezagutu behar dituzte:

- Eltxo ziztadak saihestea.
- Droga antipaludikoak (kimioprofilaxiak) hartzea, horrela egitea gomendatzen denean.
- Eskualdean gaixotasuna harrapatzeko arriskuaren jakintun izatea (ikusi mapa) eta inkubazioaldia ezagutzea (7 egun edo gehiago).
- Gaixotasuna harrapatzeko arriskua dagoen lekuan sartu eta astebetara sukarra azaltzen bada berehalaxe medikuari kontsultatzea.

Eltxoek ziztadaren prebentzioa

Ondoko neurri hauek hartu behar dira:

- Ahal dela ez irtetea iluntzearen eta egunsentiaren artean, eltxoek denboraldi horretan ziztatu ohi baitute.
- Mahuka luzeko arropa eta galtza luzeak eraman eta eltxoak erakartzen dituzten kolore ilunak ez erabiltzea.



- Gorputzaren ageriko atalak N,N-dietil-m-toluamida, % 23,8ko kontzentrazioan batez beste 301,5 minutuko babesa ematen duen produktua, edo dimetilo ftalatoa edukiko duten eltxo uxagarriz igurztea.
- Ondo eraikitako etxean ostatu hartzea, ate eta leihoetan sare metalikoarekin edo, ate eta leihoak gauez ondo ixtea.
- Ohearen inguruan eltxo-sarea ipintzea, berau permetrina edo deltametrinaz ondo igurtziz.
- Gela intsektizidaz lainoztatu edo piretrinak edukiko dituzten intsektizida hedatzaileak erabiltzea.

Kimioprofilaxia

- Kimioprofilaxiak ez du erabat baztertzen paludismoa harrapatzeko arriskua.
- Bisitatzen den eskualdearen arabera, desberdinak direnez medikazio mota, *Plasmodium* mota, gelaren inguruabarrak, eta ezein medikamentu ez dagoenez bigarren mailako ondorioz gabe, beronen preskripzioa osasuneko pertsonal adituak egin behar du. Medikamentu diferentek eta administratzeko arauak Osasun Munduko Erakundearen gomendioetan oinarritzen dira. EHAz Kanpoko Osasun Zerbitzuak arduratzen dira funtzio honetaz.
- Eskualdera iritsi baino lehen hasi behar da hartzen kimioprofilaxia, eta hartzen jarraitu behar da eskualde endemikoko egonaldi bitartean eta arriskuko eskualdea utzi eta 4 aste igaro arte, izan ere, denboraldi horretan gibelean kantonatua egon baitaiteke plasmodiuma.
- Eskualde endemikora iritsi eta astebetera sukarrak uler gaitz bat azaltzen bada (inkubatzeko gutxieneko aldia), beste sintoma batzuk ere tarteko direla ala ez (buruko mina, astenia eta muskuluetako minak, okadak, behearkoa edo eztula), gaixotasun hau baztertu beharko da.

- Paludismo susmoa izan behar da azken 12 hilabeteetan eskualde endemikorako bidaia aurrekaririk baldin bada, nahiz eta kasuen %95ean agerpenaz geroztik bat eta lau asteren artean azaltzen den.

Visitación De Castro, Marilo Goiri eta Eva Alonso

Zaintza Epidemiologikoko Unitatea

Bizkaiko EUA

Bibliografia

1. International travel and health. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/ith>.
2. James Chin, Editor. El control de las enfermedades transmisibles. Organización Panamericana de la Salud. 2001.
3. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Recommandations sanitaires pour les voyageurs. BEH N° 24/2002 :112-117 <http://www.invs.sante.fr/beh/default.htm>
4. CDC Travelers'Health. Malaria: General Information. <http://www.cdc.gov/travel/malinfo.htm>
5. Fradin MS et al. Comparative efficacy of insect repellents against mosquito bites. N Engl J Med 2002;347:13-18

Zaintza

Epidemiologikoa

Aitortu Beharreko Gaixotasunak. 2002 urteko 1-24 astei dagozkien datuak*

E.H.A.E.	Kasu kop.	Tasa	I. E.** 1	I. E.** 2
Botulismoa	0	-	-	-
kolera	0	-	-	-
Disenteria	1	0,05	0,50	0,50
Sukar tifo-paratifikoa	7	0,33	7,00	3,50
Trikinosia	0	-	-	-
Gaixotasun meningokozikoa	84	4,00	1,75	1,75
Gripea	75.880	3.616,68	4,44	1,04
Legionelosi	20	0,95	1,18	1,67
Meningitis tuberkulosa	1	0,05	0,14	0,20
Tuberkulosia	232	11,06	0,88	0,73
Barizela	5.495	261,91	0,76	0,93
Infekzio gonokozikoa	9	0,43	1,29	0,53
Sifilisa	1	0,05	0,33	0,13
Difteria	0	-	-	-
Parotiditisa	16	0,76	0,53	0,53
Poliomielitisa	0	-	-	-
Errubeola	5	0,24	2,50	1,67
Elgorria	0	-	-	-
Tetanoa	0	-	-	-
Kukutxetzula	5	0,24	1,25	0,83
A Hepatitisa	28	1,33	0,54	0,70
B Hepatitisa	15	0,71	0,75	0,68
C Hepatitisa	25	1,19	0,74	0,61
Bestelako hepatitis birikoak	0	-	-	-
Bruzelosia	3	0,14	3,00	0,38
Amorrua	0	-	-	-
Sukar horia	0	-	-	-
Paludismoa	6	0,29	1,00	1,00
Izurria	0	-	-	-
Tifus exantematikoa	0	-	-	-
Lepra	0	-	-	-
Errubeola 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 (2001) denboraldi berean gaixotasun horretarako aurkezturiko kasuen arteko arrazoia da.

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

EHAE guztiko aitortpenen portzentaia = %62

Aurreneko 24 aste hauetan gripe kasuen gorakada bat sumatzen da, joan den neguko agerraldi berekoak; gaixotasun meningokozikoak ere intzidentzia handiagoa izan du, bai aurreko urtearekin eta bai aurreko bosturtearekin alderatzen badugu; sukarr tifo-paratifikoko zazpi kasuak kasu isolatuak dira; legionelosiaren intzidentzia aurreko urtekoaren antzekoa da. Oraingo ez da erregistratu elgorri kasurik.

Produktu dietetikoak

Sarrera

Dietetikoen izenpean produktu aukera oso zabal bat komertzializatzen da, askotan, produktu natural eta ia miragarri gisa merkaturatzen direnak. Kontsumitzaileei helarazten zaien mezuaren arabera, eskaintzen den produktu horrek dauzkan osagai jakin batzuei esker, jan-neurrian dagoenaren dietak dituen gabezia batzuk konponetzen dira, eta horrela nutrizio egoki bat ez ezik zenbait gaixotasunentzako tratamendu egokia lortzen da. Produktuari propietate terapeutiko eta sendatzaileak egotzen dizkiote, organismoaren egoera orokorrean hobekuntza bat bermatzen duelako eta, azken batean, gaur egun egiten den bizimodurako beharrezkoak ditugun bizkortasunaz eta energiaz hornitzen gaituztelako. Horrela komertzializatzen dira hainbat produktu dietetiko bitamina, mineral eta beste osagai batzuetan ekarpen handiko direnak; produktu suspergarriak; elikagai aberastuak; medikamentuen printzipio aktiboak, eta baita beren helburu terapeutikoagatik sendabelarren artean katalogatuak dauden zenbait landare ere, zeinak horrexegatik pertsonal kualifikatuak bakarrik gomendatu behar lituzkeen, oker erabiliz gero kontsumitzailearengan osasun arazoak eragin litzatekeelako. Halere, elikagai dietetikoek, nutrizio mota berezi baterako direnez, oso helburu zehatz bat daukate eta beren konposaketak helburu horretara doitu behar du egon.

Definizioa

Oro har, elikagai dietetiko gisa definitzen dira, edo daukaten konposaketa apartekoagatik edo izan duten fabrikazio prozesuagatik, elikagai arruntetatik nabarmenki bereizten direnak; beraz, ezinbesteko baldintza da elikagai bat dietetikotzat onartua izateko bere konposaketa nutrizio helburu espezifiko batzuetarako egokia izatea, eta populazio talde jakin batzuen nutrizio premia espezifikoerantzutea. Talde horien artean:

- Egoera fisiologiko berezietan aurkitzen diren pertsonak eta horrexegatik elikagai hauek hartuz gero onura bereziak lortzen dituztenak.
- Asimilazio edo metabolismo prozesua aldrebesturik daukaten pertsona batzuk.

Elikagai hauek, lortu nahi duten helburu nutritibo berezia zein den argi eta garbi adieraziz komertzializatu behar dira, gorago aipatu ditugun populazio taldeei dagokienez.

Inolaz ere ez zaio egotzi behar produktuari tratamendu edo sendaketako propietate prebentiborik.

Konposaketa

Produktua osatzen duten gaien artean ez da sartu behar sendabelar gisa propietateren batzuk egotzen zaizkion landareri, horrek produktuari medikamentu baten ezaggarri bereziak emango lizkiokeelako, eta ez elikagai batean. Era berean, nutrizio berezi baterako bideraturiko elikagaiek ez dute eduki behar, beren konposaketan, farmakopeatan medikamentu gisa jasotako osagairik eta produktua aurkezteko erak ez du bultzatu behar balizko gaitasun sendatzaileak sustatzera. Gainera, gomendatzen diren produktu hauen ingestioek ez dituzte gainditu behar egunero hartzea gomendatzen diren kantitateak.

Etiketatu

Normalean, dietetiko gisa eskaintzen diren elikagaiek ez diote bide eman behar erosleari gaizki-adituetarako, batez ere produktuaren ezaugarri dagokienez, eta ez diote produktuari egotzi behar ez daukan efektu edo propietaterik. Ez dizkiote produktuari egotzi behar, ezaugarri bereziak bailiran, beste antzeko produktu batzuek ere badauzkaten propietateak eta ez dute aipatu behar gaitasun prebentibo, terapeutiko edo sendagarriak.

Bestalde, aurreko puntuetan aipatu diren baldintza guztiak betetzen ez dituen ezein produktuk ezingo ditu erakutsi "erregimeneko" edo "dietetiko" kalifikatiboak.

Prestakuntza eta merkaturatzea

Beren jarduera produktu dietetikoak lantzea, ontziratzea, metatzea eta merkaturatzea duten establezimenduek funtzionatzeko baimen sanitario baten jabe izan behar dute. Legeriari egokitzen zaizkion produktuek, elikapen berezi batera bideraturiko produktu dietetiko gisa merkaturatuak izateko, beren idazpena izango dute Elikagaien Erregistro Orokor Sanitarioan, produktu bakoitzerako bere zenbaki espezifikoarekin, behin Osasuneko agintari eskudunek dagokion legeria tekniko sanitarioari egokitzen zaizkiola egiaztatu ondoren.

Produktu dietetikoaren komertzializazioa erregimeneko elikagaietan espezializaturiko establezimenduetan egiten da eta/edo farmazian, salbu "farmazian bakarrik salgai" espresuki zehazten dutenena.

Elikagai dietetikoaren sailkapena

Dietetikotzat hartzen diren eta, beraz, janari erregimen berezi batera bideratzen diren elikagai multzoak honako hauek dira:

- Elikagai osagarriak edo esfortzu eta unadura egoeretan hartzekoak
 - Haurdun edo eradoskitze aldian dauden emakumeak.
 - Aparteko esfortzu fisikoak egiten dituzten edo ingurugiroan baldintza berezietan bizi diren pertsonentzako elikagaiak.
 - Adin handiko pertsonentzako elikagaiak.
- Nutrizio erregimen berezietarako elikagaiak
 - Gluten gabeko elikagaiak.
 - Zenbait aminoazidotan oso urriak edo batere gabeak diren elikagaiak. Farmazian soilik salgai.
 - Kaloriatan aberatsak diren elikagaiak.
 - Koipetan, karbohidratotan, proteinatan, gatz edo ioietan aldakuntza kuantifikatuak dauzkaten elikagaiak.
 - Elikagai hipoalergenikoak.
 - Diabetikoentzako elikagaiak.
- Tradizioz dietetikotzat eduki izan diren elikagaiak
 - Legamiak.
 - Galorratza.
 - Polena. Erregina-jelea.
 - Errefinatu gabeko elikagaiak.
 - Gantz-azido esentziala proportzio altuan daukaten olio eta koipeak.
- Zunda bidez ematen diren elikagaiak. Farmazian bakarrik salgai.
- Erregimen dietetikoetarako elikagaiak eta/edo aberasturiko elikagai bereziak: dietetikoaren kategoria edukirik eta, ondorioz horien baldintza guztiak betetzeaz gain, bitaminatan, substantzia mineralatan, aminoazido edo gantz-azidotan berez dagokien batez besteko proportzioa baino altuagoa daukatenak, modu esanguratsuan gehitu zaielako helburu terapeutikorik gabe.

Lau elikagai multzo existitzen dira legegintza espezifiko baten zain daudenak:

- Sodio urriko elikagaiak, gatz dietetiko hiposodikoak eta asodikoak barne direla.
- Gluten gabeko elikagaiak.
- Higadura muskular handien kasurako prestatuturiko elikagaiak, bereziki kirolarientzat.
- Karbono hidratoen metabolismoan eragozpenak jasaten

dituzten pertsonentzat prestatuturiko elikagaiak (diabetikoentzat).

eta beren argitalpena arte, erregimen dietetiko eta/edo berezietarako prestatuturiko elikagaien lantze, zirkulazioan jartze eta merkaturatzeko Araudi Tekniko Sanitarioaren menpe jarraituko dute.

Sodio urriko elikagaiak:

Produktu hauen etiketatuan agertu behar du, orokorrean elikagai guztientzat exijitzen diren baldintzez gain, aipamen berezi gisa "sodio urriko elikagaia" edo "oso sodio urriko elikagaia", bi elikagai multzo hauek honela definitzen direlarik:

- Sodio urrikoak: produktu amaituko 100 g-ko gehienez 120 mg Na daukatenak.
- Oso sodio urrikoak: produktu amaituko 100 g-ko gehienez 40 mg Na daukatenak.

Gluten gabeko elikagaiak:

Gluten gabeko elikagaiak ez dira izan legeria espezifiko baten objektu.

Codex-eko arauari dagokienez, produktu hauek honela definitzen dira: glutena daukaten zereal aleen nitrogenua edukiak zereal ale lehortuen 100 g-ko 0,05 proportzioa gainditzen ez dutenak. Gluten gabeko elikagaiak izango dira:

- Glutena daukaten zerealak, hala nola, garia, tritikalea, zekalea, garagarra, oloa edo berauen osagaiak, aurreko puntuan adierazi den proportzioraino glutena kendu zaienak.
- Glutenik ez duten osagaiak, eta glutena daukatenak ordezkatzeko erabiltzen direnak, batez ere mota honetako elikagaietan.
- Aurreko bi ataletan aipaturiko bi osagai edo gehiagorekin eginiko nahasturak.

Elikagai hauek etiketatuan eduki behar dute, produktua izenaren ondoan eta betiere Codex-eko arauak aipatuz, "Gluten gabe" azalpena.

Diabetikoentzako elikagaiak:

Populazio talde honentzat prestatuturiko elikagaiek hainbat baldintza bete behar dituzte:

- Erabilpen arrunteko elikagaiek ez bezala, mugatua eduki behar dute gluzidoen portzentaia, murrizpen balio desberdinak ezartzen direlarik elikagai multzo bakoitzerako.
- Baimenduriko edo debekaturiko azukre edo edulkoratzailen gehitzeari buruzko oharpenei men egin behar diete; horrela, debekaturiko dago glukosa, sakarosa,

disakaridoak edo almidoen hidrolizatuak gehitzea eta baimendurik dago fruktosaren erabilpena azukrearen ordeko edulkoratzaile natural gisa. Era berean, etiketatuko adierazle bereziak ezartzen dira elikagai hauek sorbitola edo aspartamea daukaten kasurako.

- Gantz eduki baimendua, inoiz pareko elikagai arruntek daukatena gainditu behar ez duelarik.

Ondorio gisa, eta abiapuntutzat hartuz elikagai dietetiko-
ei buruzko ezagutza, dauzkan elikapen-helburuak eta for-

mulazio espezifikoak, eta kontuan edukirik halakotzat eskaintzen diren produktu guztiak ez direla elikagai dietetikoak, informazio argia eman behar zaie kontsumitzaileei, horien premia daukaten pertsonen behar bezala baliatuz eta helburutzat dauzkaten nutrizio-onurak lor ditzaten.

Lucía Díaz de Lezana

Osasun Saila

Osasun Publikoko Programak

Autokontrol sistemak EHAEko elikagai establezimenduetan

Espaziorako bidaia tripulatuak hasi zirenean, NASA erakundearen kezketako bat zera zen, astronautek irensten zituzten elikagaiak seguruak izan zitezela, egoera txarreko elikagai batek ekar zitzakeen ondorio larriengatik. Sistema prebentibo bat asmatu zuten, funtsean, elikagaien prestatze prozesuan neurri prebentibo batzuk ezartzean zetzana, horrela arriskuak saihesteko eta elaborazio prozesuko etapa garrantzitsuenak identifikatzeko, horien gainean etengabeko jagoletza sistematiko bat ezarriz.

Elikagaiak maneiatzeko sistema prebentibo hau denborarekin garatuz joan da eta horrela sortu da HACCP¹ sistema, Codex Alimentarius² deritzona arautzen duten printzipioak garatuz. Sistema honek oinarri zientifikoak eta izaera sistematikoa dauzka, arrisku espezifikoak eta berauen kontrolerako neurriak identifikatzea ahalbidetzen du, elikagaien kaltegabetasuna bermatzeko helburuaz; prebentzioan zentratzen den sistema da eta ez azken produktuaren saiakuntzan eta elikagai-establezimenduak behartzen ditu autokontrola egitera eta beronen emaitzak idatziz jasotzera, osasuneko agintariek ebaluatu ahal izan ditzaten.

1998 urtetik hona Osasun Sailak ahaleginak egiten dihar du HACCP sistemaren oinarrituriko autokontrol sistemak Euskal Herriko elikagai establezimenduetan ezar daitezen, ukazina baita elikagaien osasun kalitatea bermatzeko mekanismorik onena dela. Beste hainbat jardueraren artean, autokontrol sistemek³ bete behar dituzten baldintzak finkatu dira eta, pixkana-pixkana, elikagai sektore guztiei exijitzen zaie autokontrol azterketak egitea; hauek administrazioaren onarpena lortu behar dute eta, azkenik, enpresa bakoitzean ezarri.

1998-2002 bitartean, autokontrol azterketak eskatu zaizkie honako sektore hauetako industria guztiei: haragi, arrain eta esnekien sektoreei, sukalde zentralari, plater prestatuetaiko industriei eta gozogintza industrialei. Guztira 731 azterketa jaso dira, erroldan sarturiko 579 establezimenduetatik (onartu gabeko azterketa batzuk berriro egin behar izan ziren, horri zor zaio erroldaturiko establezimenduen bakoitzeko kopuru handiagoa egotea); gaur egun, 206 enpresa daude onarturiko autokontrol sistema daukatenak.

Honek esan nahi du EHAEko establezimendu garrantzitsuenen %36k ezarrita dauzkatala autokontrol sistema egokiak maneiatzen dituzten elikagaien kalitatea bermatzeko. Sektoreen araberrako banaketak desberdintasunak aurkezten ditu (1. grafikoa), izan ere harategien sektorean establezimenduen erdiak azterketak onartuak dauzkan bitartean, plater prestatuen, gozogintza industrialaren eta sukaldaritza zentralaren sektorean portzentaia ez baita iristen %20ra. 2002 urte honetan presioa areagotzen ari da portzentaia hauek gora egin dezaten, eta aldi berean beste sektore batzuetara ere hedatu da exijentzia.

Gainera HACCP sistemaren auditoriak egiteari ekin zaio, eta pixkanaka hauek elikagai establezimenduetako ohiko ikuskaritza tradizionalak ordezkatzeko lortu nahi da. Sistemaren auditoria batek ikuskaritza baten informazio puntualak baino ebaluazio zabalagoa eskaintzen du, honako hauek ezagutzea ahalbidetzen baitu: establezimenduak zer kontrol egiten duen hornitzaileei buruz, nola arduratzen den Kontrol Kritikoko Puntuak beti ezarritako mugen barruan egon daitezen, eta neurri zuzentzaileek funtzionatzen duten ala ez desbideratzeak gertatzen direnean. Derrigorrezko erregistroek eta maneiatzaileei siste-

ma behar bezala garatzeko exijitzen zaien prestakuntzak eta, gainera establezimenduak eskuratu behar duen informazio dokumentalak, horrek guztiak, auditoriako tekniken bitartez, lokalak ikuskaritza egiten den unean daukan egoera baino askoz gehiago jakiteko aukera ematen digu. Bestalde, establezimendu eskasenei, autokontrolerako sistema egokirik ez dutenei, beren baliabideak orientatzen lagunduko digu.

Javier García González

Osasun Saila

Osasun Publikoko Programak

Legionella-ren autokontrolerako plana diseinatzeko gida praktikoa

Legionelosiak *Legionella* generoko bakterioek eragiten duten gaixotasuna definitzeko erabiltzen den izen arrunta da. Espainiar Estatuan legionelosiak aitortu beharreko gaixotasuna da 1997az geroztik. Data horretatik hasita, deklaraturiko kasu eta agerraldiak nabarmenki gehituz joan dira. Jatorri komunitarioko agerraldiak gehienetan elkartu izan dira hozte-dorreekin, ur bero sanitarioarekin eta airez irabiatutako ureko bainuontziekin.

Gorakada hau eragoztearren, Osasun Ministerioak 909/2001 Errege Dekretua argitaratu zuen bertan ezarritako neurri prebentiboak aipatu instalazioek gauzatu behar dituzten kontrol programa eta zaintzaren arloan, uraren segurtasuna bermatzeko Legionella kutsatzeko arriskuari dagokionez.

Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak Dekretu horretan jasotzen diren neurri prebentiboak garatzeko kontrol eta zaintza programa bat jarri du martxan. Programaren jarduretako bat "*Legionella*-ren autokontrolerako planaren diseinatzeko gida praktikoa" lantzea izan da. Gida hau HACCP edo AKKPA (Arriskuen eta Kontrol Kritikoko Puntuen Analisia) sistematikoki erabiliz landu da, arriskutsutzat hartzen diren instalazioei autokontrolerako plan bat gauzatzeko metodologia eskaintzeko helburuaz. Arriskurik handieneko instalazioak hozte dorreak eta lurrinztze kondentsadoreak dira, ospitale, zahar-egoitza, polikiroldegi, balneario, hotel eta presondegietan ezarri ohi direnak.

AKKPA sistema elikagaien ekoizpenarekin erlazionaturiko arriskuak kontrolatu eta prebenitzeko mundu mailako

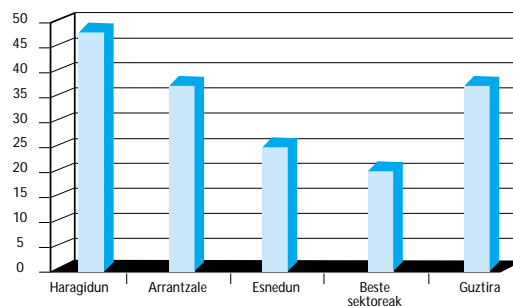
¹HACCP siglak Hazard Analysis Critical Control Points hitz ingelesei dagozkie (Arriskuen eta Kontrol Kritikoko Puntuen Analisia)

²Codex Alimentarius: CAC/RPC 1-1969, 3 (1997) aldizkariaren eranskina

³Osasun Saila. 1/98. 1998 Erreferentziako Agiria

Establezimenduen erordaren arabera onarturiko HACCP azterketen portzentaia (%). 1998-2001 aldia

1 Irudia



erreferentziadun gaur egungo prozedura da. Gida honetan Legionellaz kutsaturiko aerosolez beterik egon daitekeen ingurune bati aplikatu zaio metodologia, eta bertako arrisku potentzialak definitzeko aukera ematen du. Gida hau erabiliz, instalazio bakoitzak bere autokontrol plana landu ahal izango du, bertan edukiak dauden printzipioak garatuz eta instalazioaren ezaugarri berezietara egokituz.

Loreto Santa Marina

Ingurugiro Osasuna

Gipuzkoako Osasun Publikoko Zuzendariorde

Osasun Publikoko Programak

Hondakin sanitarioei buruzko autonomia mailako dekretu berria

Hondakinei dagokienez, Erkidegoko xedapenen etengabe-ko eguneratzeak, horien tratamenduan aurrerakuntza teknikora egokitzeak eta, azkenik, Euskal Herriko Autonomia Erkidegoko osasun zentroetan metatuz joan den esperientziak berekin ekarri dute 76/2002 Dekretua lantzea eta ondoren onartzea, zeinaren bitartez arautzen baitira Euskal Herriko Autonomia Erkidegoko hondakin sanitarioen gestiorako baldintzak.

Dekretu berri honen helburua hondakin sanitarioen gestio aurreratua iradoki zuten oinarriko printzipioak bere egitea da, kontuan edukiz ekoizleari jarduera sanitarioaren barruan dagozkion erantzukizunak hondakina alde aurretik behar bezala bereizi eta banatzeko, horrek baldintzatzen baitu beste ezerk baino areago ondorengo gestioa.

Barne hartzen diren jarduera sanitarioak hauek dira: ospitaleetan, klinika eta erietxeetan, lehen atentzioko zentroetan, famili plangintzako zentroetan eta beste zenbait zentro, zerbitzu eta establezimendu sanitariotan gauzaten direnak, bai eta analisi klinikoko eta ikerkuntza medikoko laborategietan gauzaten direnak ere; halaber, prebentzio zerbitzuetako zentro eta unitateetakoak eta, oro har, osasunarekin zerikusia daukaten guztiak, albaitari asistentzia eta esperimentazioko zentro eta zerbitzuei dagozkienak ere barne hartzen direlarik. Laburtuz, dekretuak

eragina du Osasuneko Zientzien arloko profesional batek lan egiten duen eta hondakinak sortzen diren edozein zentrotan.

Osasun zentroak hondakinak sortzeko behar duen baime-na lortzeko Hondakin Sanitarioak Gestionatzeko Plana deritzon agiria aurkeztu beharko du Osasun Sailean, jarduera sanitarioa kokatua dagoen Lurralde Historikoko Osasun Publikoko Zuzendariordetzan. Gestio Plan hau ondoko informazioa jasotzen duen txosten batean datza: sortu diren hondakinen sailkapen, ontziratze eta etiketatzea, erabili diren zentro barruko bilketa eta metaketa sistemak, bai eta zentroz kanpoko gestioa gauzatuko duen enpresa gestore baimenduaren identifikazioa eta aurreikusten den azken tratamenduaren mota.

Bakarrik baldin osasun zentroak gainera arriskutsu gisa sailkatuak dauden hondakin sanitarioen gestore izan nahi balu, dagokion baimena eskatu beharko luke, Lurralde eta Ingurugiroaren Antolamendu Sailean, eskumendun organoa berau baita.

Azken batean, 76/2002 Dekretuak hondakin sanitarioen sortze eta gestioa jarduera arautuko duen gida izan nahi du gauden hamarkada honetan.

Adolfo Cid

Osasun Saila

Osasun Publikoko Programak

Amorruaren birusak kutsatutako saguzarrak

Epidemiologiako Zentro Nazionalak 2002ko ekainaren 17an argitaratutako Zainketako Asteroko Txostenaren arabera, amorruaren kontrako diagnostiko positiboa gauzatu zaio *Eptesicus serotinus* espezieko saguzar bati; Archenako (Murtzia) 10 urteko neskatu bati kosk egin ziona. Mikrobiologiako Zentro Nazionalak positibitatea aurkitu du EBL1 birusaren aurrean. Hau kutsatutako bigarren animalia kasua da 2002 urtean eta bigarren saguzar positiboa da Murtzian, 1999an diagnostikatutakoaren ondoren. Azken urteetan, 1987tik, 1 tipoko saguzar *Lyssavirus*-arekin kutsatutako 18 kiroptero aurkitu dira Espainiar Estatuan.

Europar saguzarren amorrua bi *Lyssavirus* espezifikori zor zaie: EBL1 (European Bat *Lyssavirus* 1) eta EBL2. Biak estu-estu beren ostalariari egokitutako eta espezie bategatik bestera aldatzen zailak diren genotipoei (5 eta 6 hurrenez hurren) dagozkie. Horregatik saguzar europarren amorrua erabat diferentea da 1 genotipoko *Lyssavirus*-ari zor zaion amorru bulpinoaren aldean. Saguzarren eta azerien amorrua guztiz independenteak dira eta eboluzio diferentea dute. Saguzarren amorrua lurreko ugaztunei kutsatzeko arriskuak oso txikia ematen du, batetik saguzar intsektujaleek kosk egitera eragiten ez

dien portaera daukatelako, eta bestetik, kutsadura esperimentalak, eraginkorra izateko oso birus dosi altua eskatzen duela dirudielako.

Lehen amorru kasua saguzar europarretan Alemanian aurkitu zen 1954an eta ordutik 600 kasutik gora jakinarazi dira kontinente guztiaren luze-zabalean, espezie inplikatuena *Eptesicus serotinus* delarik, EHAEan ere aurkitzen dena, kasuen %95arekin. Aipaturiko urtearen eta 1983aren artean jakinarazitako kasuen kopurua erlatiboki baxua izan zen, gehikuntza handia nabaritu zen 1986an eta 1988tik hona bere horretan eusten dio, 10etik 50 kasura deklaritzen direla urtean. Amorru kasuen aurkikuntza saguzarretan kiropteroen gainean egindako zainketaren presioarekin erlazionatua dago.

Saguzarren amorru zikloa haragijaleenetik independentea bada ere, beste animalia espezi ez hegalarietara pasatzea posible da. Danimarkan hiru ardi hil ziren 1998an EBL1 birus amorruaren eraginez.

Lyssavirus guztiak patogenoak dira gizakiarentzat eta eboluzio hilgarriko entzefalitisa eragiten dute. 1985ean hiru heriotza jakinarazi ziren EBL1 eta 2ren (5 eta 6 genotipoak) kutsaduragatik. Estatu Batuetan 1980tik hona giza amorruaren 36 kasutatik 21etan saguzarrengan zirkulatzen duten birusaren aldakiak isolatu dira, nahiz eta 1 genotipoko batean bakarrik existitzen zen saguzarren hozkadagatiko aurrekaria.

Zaila da saguzarren birusari azalpena onartzea. Hozkadaren inguruabarrek kasu batzuetan iradoki dezakete saguzarra gaixo dagoela, bere portaera oldarkorragatik. Azterketa batzuen arabera, kutsapen transkutaneoaren posibilitatea dago; ematen du, beren tamaina txikiagatik, normalean, oharkabean pasatzen diren hozkadak direla, minik ematen ez dutenak eta, adibidez, buruazalean edo belarrietan kokatuak. Hozkada jasan duten pertsonen baliteke garrantzirik ez ematea hozkada hauei eta ez jotzea zainketa medikoaren baima, eta ondorioz ez hartzea agerpen osteko profilaxia (AOP).

Saguzarraren eta gizakiaren artean kontaktua gertatu dela edo gertatu den susmoa dagoen bakoitzean, saguzarra harrapatu eta analizatzera eraman behar da. Hori ezinezkoa bada, osasun publikoko teknikariek AOParen premia baloratu behar dute. Era berean, AOP kontsideratu behar da norbait gelan saguzarrarekin aurkitzen den kasuan eta harekin kontaktua izan duenik baztertu ezin duenean (adibidez, lo egon bada edo haurra, ezindua edo toxikatua bada). Ez da gomendagarria AOP kontakturik gertatzen ez bada. Saguzarraren hozkadaz egindako zauriaren aurrean bat-batean hasi behar da amorrutarako tratamendu osoa.

Garrantzizkoa da gogoraraztea ez dela saguzarrik hartu edo ukitu behar, batez ere gaixo badago edo portaera anomaloa badauka. Era berean, etxeko animaliak saguzarrekin kontaktuan sartzea eragozti behar da.

Osasun publikoaren ikuspegitik dauzkan inplikazioengatik, publikoa EBL1arekiko positibo diren saguzar basati koloniek kontaktuan sartzeko aukera murriztu beharko litzateke; hauek, espeleologoak, turistak edo saguzarzak ibili ohi diren haitzulo batzuetan aurkitzen dira. Haitzulo hauetarako sarrera kontrolatu beharko litzateke kiropteroak bertan egon ohi direnean (udaberria, uda eta udazkena), saguzarrei sartzea eta irtetea eragozti ez dien, baina jendeari sarrera itxiko dien hesiak jarri.

Miguel A. García Calabuig

Osasun Saila

Bibliografia

1. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Rabia animal 2002. Informe Semanal de Vigilancia. 17 de junio de 2002
2. Sánchez Serrano L.P. Rabia transmitida por murciélagos insectívoros en España. Boletín Epidemiológico Semanal 1999; nº 14: 149-152.
3. Sánchez Serrano L.P. Vigilancia Epidemiológica de la rabia humana y animal. Boletín Epidemiológico Semanal 1997; nº 5:45-47
4. Serra-Cobo J. et al. European Bat Lyssavirus Infection in Spanish Bat Populations. Emerging Infectious Diseases 2002; Vol. 8, No. 4: 413-420
5. Rotivel Y. et al. La rage des chiroptères en France actualités et importance en santé publique. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2001; nº 39
6. CDC. Human Rabies. MMWR 2000; vol.49 nº 49: 1111-1115

Mycobacterium tuberculosis Gipuzkoan.

Gaurko egoera medikamentuen aurkako erresistentziari dagokionez, 1993-2001

Mundu-literaturak medikamentuekiko erresistente den tuberkulosiaren intzidentzia altua islatzen du. Gure inguruko argitalpen gehienetan, insonoazidarekiko lehen erresistentziak %4 baino baxuago dira; muga honetatik gora, ohiko tratamendu enpirikoari laugarren medikamentu bat sartzea gomendatzen da.

izan zen datu hau. Andui erresistentedun gaixoetako hiru beste herrialde batzuetakoak ziren (*M. tuberculosis* erresistentedun gaixo guztien %5,3). 10 andui multierresistenteetatik 3 lehen erresistentziak ziren; 5 1997an isolatu ziren, ez urte horretan eta, ez ondokoetan andui erresistenteei elkartutako agerraldirik detektatu ez bazen ere. Bi urtean ez zen nabaritu gehikuntzarik erresistentzietan

Mycobacterium tuberculosis-aren medikamentuekiko erresistentzien urteko banaketa

1 Taula

Urtea	Andui aztertuen kop.		Andui erresistenteen kop. (%)			
	Erresistenteak guztira	H*	R	S	E	
1993	68	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	
1994	114	13(11,4)	12(10,5)	1(0,9)	0(0)	2(1,8)
1995	13	8(7,1)	8(7,1)	0(0)	0(0)	0(0)
1996	105	7(6,7)	5(4,8)	0(0)	3(2,9)	1(1)
1997	84	6(7,1)	6(7,1)	5(6)	4(4,8)	0(0)
1998	153	7(4,6)	4(2,6)	0(0)	5(3,3)	0(0)
1999	138	6(4,3)	5(3,6)	3(2,2)	1(0,7)	0(0)
2000	148	9(6,1)	7(4,7)	1(0,7)	3(2)	0(0)
2001	127	4(3,1)	4(3,1)	1(0,8)	0(0)	0(0)
Guztira	1050	60(5,7)	51(4,9)	11(1)	16(1,5)	3(0,3)

*H: isoniazida; R: rifampizina; S: estreptomizina; E: etambutola

Gipuzkoan azken 9 urtetan isolatutako *Mycobacterium tuberculosis*-en 1050 anduien suszeptibilitatearen atzera begirako azterketa bat aurkezten dugu. Azterketa, proportzioen zeharkako metodoaz egin zen agar Middlebrook 7H11n. Probatutako antibiotikoak isoniazida (H), rifampizina (R), estreptomizina (S) eta etambutola (E) izan ziren. Ez zen aztertu pirazimidarekiko sentikortasuna bere zailtasun tekniko handiagogatik eta deskribatutako erresistentzi maila baxuagatik.

Aztertutako 1050 anduietatik, 69k (%5,7) erresistentzia motaren bat erakutsi zuten: 51 (4,9%), 11 (1%), 16 (1,5%) eta 3 (0,3%) erresistenteak izan ziren H, R, S eta E-kiko hurrenez hurren. Bi droga edo gehiagorekiko erresistentzia 16 anduitan detektatu zen, nahiz eta 10ek bakarrik (%1) bete zituzten multierresistentzia-irizpideak (gutxien H+S-rekiko erresistenteak). Andui erresistenteen %36,5%a lehendik tratamenduan zeuden gaixoengan isolatu zen. 7 gaixoengan (bi H+S-arekiko erresistente, bi H-arekiko, bi S-arekiko eta bat R-arekiko) ezin lortu ahal

(1 taula).

Erresistentzi datuen ezagutza eskasa da mundu osoan hartutako tuberkulosi kasuen tratamendu enpirikoa planteatzeko eskualde bakoitzean. Gure artean, isoniazidarekiko erresistentzi zifrak baxuak direla eta, hiru medikamenturekin hasi behar da tuberkulosikotrako tratamendua. Erresistentzi zifra altuak dauzkaten herrialdeetatik datozen gaixoen zepa isolatuetan gomendagarri da tratamendua lau medikamenturekin hastea. Suszeptibilitate azterketak gomendagarri dira beti tuberkulosian eta nahitaezkoak aurretiko tratamenduan jarraitu duten gaixoengan. Tuberkulosikotrako medikamentuekiko erresistentzien egoera eta gure inguruko andui multierresistenteen kopurua ez da larria oraindik; halere, funtsezkoa da erresistentzien eboluzioa gainbegiratzea.

Pedro Idigoras eta Emilio Pérez-Trallero

Mikrobiología Zerbitzua – Donostiako Ospitalea

Bibliografia

1. Echeverría MJ, Ayarza R, Jiménez MS, López de Goicoechea MJ, Berdonces P, Ibarretxebea AB. Estudio de la resistencia primaria de *Mycobacterium tuberculosis* en la comarca interior de Bizkaia. Rev Esp Quimioter 1999; 12:152-153.
2. Martín-Casabona N, Alcaide F, Coll P, González J, Manterola JM, Salvado M, et al. (Grupo de Trabajo sobre Resistencias en Tuberculosis). Farmacorresistencia de

Mycobacterium tuberculosis. Estudio multicéntrico en el área de Barcelona. Med Clin (Barc) 2000;115:493-8.

3. García Rodríguez JF, Marino Callejo A, Lorenzo García MV, Rodríguez Mayo M, Domínguez Gómez D, Sesma Sánchez P. Resistencias de *Mycobacterium tuberculosis* en Ferrol. Factores asociados. Med Clin (Barc) 1999; 113:572-574.

4. Grupo de trabajo de tuberculosis. Documento de consenso. Programa de prevención y control de la tuberculosis. Osakidetza/Servicio vasco de salud. 1991.

Gaurkotasuna

OMEko Eskualde Europarra poliomielitisetik libre deklaratu izan da

Joan den 2002ko ekainaren 21ean, Kopenhagen, Poliomielitisaren Errotik kentzearen Ziurtapenerako Europako Eskualde Batzordeak poliotik libre deklaratu du OMEaren Europar Eskualdea. Eskualdeak 51 Estatu Kide barne hartzen ditu, 870 milioi biztanle inguru bizi diren lekua; beraz, erabaki hau milurteko berriko osasun gertakizunik garrantzizkoena da. Europar Eskualdea poliomielitisa autoktonotik libre egon da hiru urte baino gehiagoan. Azken poliomielitisa autoktono kasua Turkiako Ekialdean gertatu zen 1998an, txertatu gabeko bi urteko haur batengan. Baina herrialde endemikoetako poliobirus basatiaren inportazioak mehatxu izaten jarraitzen du. 2001ean hiru kasu izan ziren Bulgarian eta kasu bat ez-paralitiko Georgia, denak Indiatik inportatutako poliobirusak eraginak. Kasuak azkar detektatu eta baieztatu izanak eta inguruan txertaketa kanpaina gogorrak gauzatzek, zirkulazioa Eskualdera hedatzea oztopatu du. Euskadiko azken poliomielitisa basati kasua Bizkaian erregistratu zen 1985ean. 1986an erregistratu zen azken kasua Estatu espainolean. Halere, txertaketari eustea eta zainketa epidemiologikoa hil ala bizikoa da oraindik ere, zeren, poliobirusaren inportazio arriskuak hor jarraituko baitu harik eta poliomielitisa mundu osotik erauzten ez den arte.

Erredakzioa

Salud Pública Osasun Publikoa

Eusko Jaurlaritza.
Osasun Saila
C/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
Mikel Basterretxea
Nerea Muniozguren
Enrique Peiró
Luis González de Galdeano

Edizioa

Miguel Ángel García Calabuig

Diseinua: Gráficas Zubi
Impresioa: Gráficas Zubi
2. Hiruhilekoa
13. Zenbakia; 2002ko urtea
Legezko Gordailua: BI-2874-98