

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



EUSKO JAURLARITZA  
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

## Aurkibidea

### Epidemiologi Zainketa

Meningokozioko aurkako txertaketa kanpainaren ebaluazioa 2-3

Txakur erasotzaileen zainketa 4

ABG 2005. 1. astetik 24.era 5

### Osasun Publikoko Programak

EAEko sortzetiko anomalien erregistroa 6-7

Bainatzeko uren kalitatea 2004ko denboraldian 8

«Bero bolada»ko egoerarako prebentzio plana 9

Salmonella-ren kontrolerako sailen arteko programa 9

### Tribuna Irekia

Osasuna eta bidaiak 10-11

GIB infekzioa EAEan 12-13

### Gaurkotasuna

Nazioarteko Araudi Sanitario berri bat 14

Barizelaren aurkako txertoa 14

## Editoriala

Gizakiok geure ingurunearen arabera aldatzen ditugu azturak eta, beharbada, horrexegatik izango da uda parte izatea geure eguneroko ohiturak gehien aldatzen ditugun urte sasoi. Hala, udaren etorrerak etxe barrutik irtetera eta aire zabalaz gozatzera bultzatzen gaitu, ospakizun sozialak antolatzen ditugu, gehiago bidaiatzen dugu eta, azken batean, aste batzuez bada ere, udako oporraldian beste era bateko bizimodua egiten dugu.

Osasun publikoaren ikuspegitik, udaldiak, osasunerako dakartzan ondorio onuragarriekin batera hainbat arrisku ere baditu, ezagutu eta prebenitu behar direnak.

Temperaturaren igoerak gure osasunerako arriskutsuak diren patogeno batzuen ugalketa eragiten du: salmonella eta elikagaietako beste zenbait mikroorganismo, legionella airea hozteko dorreetan, etab.

Bestalde, eguraldi beroarekin, hondartza eta igerilekuetara joan ohi gara eguzki bila edo berotik babestera freskatu bat hartuz. Hauetan ere hainbat arrisku ager daitezke infekzio, istripu, eguzkiaren erredura, etab.en forman.

2003ko udan jasan genuen bero bolada hura zela eta, populazioaren zati zaurgarrienaren osasunean eragin zituen ondorio larriekin, administrazio publikoek prebentzio planak ezarri zituzten; halaxe egin zen Euskadin joan den udan eta aurtengoan ere berriro martxan jarri dira.

Azkenik, planetako edozein lekutara desplazatzen diren bidaiariak ere gero eta gehiago dira; askotan ohituak gauden habitatu edo biziguneetatik erabat desberdinak diren jatorrietara joaten gara geure organismoarentzat ezezagunak diren arriskuei aurre eman behar diegularik (elikagai eta ur kutsatuak, parasitoak, istripuak...), osasuna eta, inoiz, bizitza ere arriskuan jar dezaketena, behar diren prebentzio neurriak hartzen ez badira.

Udaren hasiera, beraz, urte sasoi egokia da osasun publikoari buruz gogoeta egiteko eta prebentzio jarrerak hartzeko.

Luis González de Galdeano Esteban  
Osasun Publikoko Zuzendaria

## C meningokokoaren aurkako 2005eko ezohiko txertaketa kanpainaren ebaluazioa

Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailak, 2004 urtearen amaieran, C meningokokoaren aurkako ezohiko txertaketa kanpaina bat egi-  
tea erabaki zuen txerto konjokatuarekin, eta 2005eko urtarriletik  
aurrera 11 eta 20 urte bitarteko (biak barne) Euskal Herriko Auto-  
nomia Erkidegoko nerabe populazioa txertatzea.

Gainera, kanpaina honetan sartzen ziren adin taldeen txertaketa  
egoera aztertu zen txertatu gabeko haurretara iristeko, bereziki  
2000 urteko txertaketa kanpainaren ondoren EAera bizitzera eto-  
rritako haurrena.

Estrategia honen helburua meningokokoaren C serotaldearen  
aurrean haur-nerabeen kolektiboa immunizatzea zen, horiek bai-  
tira gaixotasunari aurre egiteko epidemiologikoki kolektiboa  
zaugarriena.

Kanpainarekin lortu nahi ziren helburuak hauek izan ziren:

- serotaldearen ondoriozko gaixotasun meningokokoaren in-  
tzidentzia gutxitzea arrisku handieneko populazioaren baitan.
- meningokokoak eraginiko erikortasun/hilkortasun tasa gutxi-  
tzea EAeko populazioan.

### 1. taula Txerto estaldura adin talde eta lurraldeen arabera.

Bizkaia	Programatuak	Administratuak	Estaldura %
11-15 urte	46.468	45.107	97,1
16-17 urte	20.052	16.799	83,8
18-20 urte	22.623	13.742	60,7
<b>Guztira</b>	<b>89.143</b>	<b>75.648</b>	<b>84,9</b>

Guipuzkoa	Programatuak	Administratuak	Estaldura %
11-15 urte	27.772	26.910	96,9
16-17 urte	16.999	13.860	81,5
18-20 urte	13.135	7.167	54,6
<b>Guztira</b>	<b>57.906</b>	<b>47.937</b>	<b>82,8</b>

Araba	Programatuak	Administratuak	Estaldura %
11-15 urte	12.593	12.279	97,5
16-17 urte	5.190	4.978	95,9
18-20 urte	8.934	6.266	70,1
<b>Guztira</b>	<b>26.717</b>	<b>23.523</b>	<b>88,0</b>

EAE	Programatuak	Administratuak	Estaldura %
11-15 urte	86.833	84.296	97,1
16-17 urte	42.241	35.637	84,4
18-20 urte	44.692	27.175	60,8
<b>Guztira</b>	<b>173.766</b>	<b>147.108</b>	<b>84,7</b>

Txertaketa kanpaina 2005eko urtarrilaren 10ean hasi zen eta ia bi halabetez luzatu zen Txertoak EAEko Osakidetzako ohiko txertaketa zentroetan eta eskola zentroetan eman ziren:

- 1986-1993 urteetan jaiotako kohorteak (lehen hezkuntzako 6. mailatik batxilergoko 2.era bitartekoak eta 18 urtera bitarteko Heziketa Zikloetakoak) eskola ingurunean txertatu ziren. Horretarako, aldezturik guraso edo tutoreak informatu ziren eta txertatzea zegoen haur/nerabe bakoitzarentzako baimena eskatu zitzaizkien.
- 1984, 1985 eta 1986 urteetan jaiotakoentzat (heziketa zikloetan ez zihardutenentzat), hau da 20 urteko adinera bitarteko gainerako guztientzat, osasun zentroetan eta Unibertsitateetako zerbitzu medikoetan eskaini zen txertatzeko aukera.

Txertaketa egiteko, Baxter laborategiko *NeisVacC*<sup>®</sup> C meningokoziko aurkako txerto konjokatuko dosi bat deltoide muskulu barnean administratu zen.

## Metodoak:

Kanpainaren populazio xedea 11tik 20 urtera bitarteko 173.766 neska-mutilek osatzen zuten. Txertatu beharreko populazioaren estimazioak populazio zentsuko eta eskola zentsuko datuetan oinarrituz egin ziren. Osakidetzako txertaketa zentroetan adin taldeen arabera erregistratu ziren administraturiko dosiak eta txertatutakoen izen zerrenda erregistratu zen, edozein arrazoiengatik zegoen eskola zentroan txertatu ez ziren ikasleak barne hartuz.

Eskola zentroetan erabili den zenbakitzailea eskola kurtso bakoitzean eman diren txerto dosien zenbaketan eta txertaturiko ikasleen izendun erregistroan oinarritu da, horretarako eskola zentroek hornitu dituzten ikasturte bakoitzeko izen zerrendak erabiliz.

Izendatzaile gisa 11-15 urteko adinetarako eskola zentsoari dagozkionak erabili dira eta populazio zentsuko datuak gainerakoentzat.

Intzidentziak eta aurkako erreakzioak agertu bezain laster jakinarazten ziren, gainera farmakoetarako erreakzioen deklarazio erregularra erabiliz Medikamentuaren Zaintzako Zentrora bidaliriko txartelekin.

## Emaitzak:

Kanpainan, oro har, 147.108 gazte eta nerabe txertatu dira; beraz, %85eko estaldura iritsi da. Estaldura hau ez zen banatu

era berdinean adin talde guztietan (ikus 1. taula). 11-15 urteko adin taldean estaldura oso altua izan zen, %97tik gorakoa; 16-17 urteko adin taldean estaldura %84koa izan zen. Azkenik, 18-20 urteko adin taldean estaldura baxuagoa izan zen, hain zuzen %60 EAerako (1. taula).

Baldin konparatzen badugu 1997an C meningokokoaren aurka txerto polisakaridoarekin egin zen kanpainarekin eta, besteak beste, oraingo kanpaina hau zuzendu zaien populazio diana berberak barne hartzen zituenarekin, hark 6-20 urte bitarteko adin taldean izan zuen estaldura %75ekoa izan zen.

Laburbilduz, lortu diren estaldurak guztiz asebetegarriak izan dira eta, EAEko Lurraldeen artean desberdintasun arin batzuk badauden arren, batez beste %80a baino gehiagoko estaldura portzentajeak iritsi dira.

**Inmaculada Saez, M.<sup>a</sup> Itxaso González, Rosa Sancho.**  
Araba, Bizkaia eta Gipuzkoako Osasun Publikoko  
Zuzendariordetzak.

## Txakur erasotzaileen zainketa

Amorrua mundu animalian hainbat ziklo epidemiologiko aurkezten dituen zoonosis biriko bat da; horietako bat amorru urbanoa da, batez ere txakurrek kutsatzen dutena, eta beste bat oiha-nekoa, basapiztiek kutsatua. Ziklo honetan azeria da Europako animalia arriskutsuena.

Euskal Herriko Autonomia Erkidegoa amorrutik libre dago. Hainbat hamarkada atzera egin behar dugu hemen ezagutu den azken kasua aurkitzeko, baina gaixotasun honen larritasuna, eta, behin sintomatologia hasi ondoren sendabiderik ez daukala kontuan edukita, beharrezkoa da hozkadagatik lesioak eragin dituzten txakur erasotzaileen kontrola, azterketa eta segimendua egitea. Gauza jakina da birusa listuan detekta daitekeela sintomak hasi baino hainbat egun lehenago. Zirkunstantzia hau dela eta ezarri da Epi-zootien Araudian hozkadaren ondorengo 14 egunetan txakur erasotzaile guztiak behaketapean edukitzeko betebeharra. Araudia oraindik indarrean dago, amorrua Osasun Publikoko arazoa zenean eta gaixotasunaren kasu batzuk bazeudenean aldarrikatua bada ere; gaur egungo egoera desberdina bada ere, gerta liteke gune endemikoko animaliak gure artera iristea edo hemendik igarotzea.

Eusko Jaurlaritzak ekainaren 1eko 101/2004 Dekretua promulgatu du Euskal Herriko Autonomia Erkidegoan txakur espezieko animaliak edukitzeari dagokiona (2004ko uztailaren 9ko EHAA). Normala denez, dekretu honetan arautzen dira txakur batek norbaiti kosk egiten dionean martxan jarri behar diren mekanismoak. Egoera epidemiologikoa eta erasoaren inguruabarrak baloratu egiten dira hozkada jasan duen pertsonaren tratamendua finkatzeko eta txakur erasotzailearekin hartu beharreko neurriak erabakitzeko.

Dekretuaren arabera, eraso baten berri jakiten denean, espediente administratiboa tramitatzeko erantzukizuna daukaten agintariei jakinarazi behar zaie, udalei kasu honetan, txakurra eta beronen jabea identifikatzeko eta aurkitzeko dagoen informazio guztiarekin. Espedientea txakurra zentsatua dagoen udaletxera bidali behar da izapideak han egiteko, eta hori ezinezko bada, jabea zentsatua dagoen udaletxera. Erasoan hozkada gertatu bada, Udalak dagokion Foru Aldundiko Animalia Sanitateko Zerbitzuari jakina-

razi behar dio, bai eta Osasun Publikoko Zuzendariorde eta bakoitzeko Zainketa Epidemiologikoko Unitateari ere.

Lesioak eragin dituen txakurraren jabeak alaitari baten behaketapean eduki behar du 14 egunetan. Denboraldi hori aldatu daiteke inguruabar epizootiologikoen arabera, aurretiaz txosten tekniko arrazoitu bat aurkeztuz. Jabeak bere borondatez behaketaren pean jartzen ez badu, udal agintariek hartuko dituzte behaketa egin ahal izateko neurriak, animalia giltzapean edukitzea barne, beharrezko bada. Txakur deslai edo jabe gabekoa bada, bilaketa eta harrapaketa ekin behar zaio.

Erasoaren ondorengo 72 ordutan jakinarazi behar zaio Udalari behaketa aldiaren hasiera. Berau amaitu ondoren, alaitariak txosten bat egingo du, dekretuz xedaturiko ereduaren arabera eta bertan ziurtatuko du «...ez dela aurkitu gaixotasun zoonosikorik egon daitekeela pentsaraz lezakeen ezein sintoma...» Jabeak ziurtagiri honen kopia bat bidaliko du Udaletxera, espedientearekin batzeko. Udalak, era berean, kopia bana bidaliko du Animalia Sanitateko eta Zainketa Epidemiologikoko Zerbitzuetara.

Baldin behaketa aldiaren amorrua susmaraz lezaketan zantzu edo sintomak agertuko balira, alaitarien jakinarazi behar zaie inplikatu guztiei, pertsona erasoari dagokion profilaxia aplikatu ahal izateko.

### Pazientearen atentzioa eta zainketa

Hozkada jasan duen pertsonaren atentzioari dagokionez, eta amorruaren prebentzio eta kontroleko Protokoloaren arabera, zaurien tratamendu espezifikoak egingo da, paziente tetanosaren aurka txertatua dagoela segurtatuz. Pazientea tetanosaren aurka txertatua ez balego, ezer baino lehen txerto hori emango zaio. 1. taulan zehazten dira esposizio osteko amorru aurkako profilaxirako neurriak.

Dolores Coll Jordá  
Miguel A. García Calabuig  
Osasun Publikoko Zuzendaritza.

#### 1. taula Esposizioaren osteko amorru aurkako profilaxirako gida.

Espezieak	Eraso Unean Animalia Zegoen Egoera	Tratamendua
Etxeko txakurra edo katua	Osasuntsua eta prest 14 egunetan behaketapean edukitzeko.	Ezer ez, animaliak amorrua adierazten ez badu behintzat.
	Oldarkor edo gaixotasuna edukitzeko susmagarri.	Amorru aurkako immunoglobulina eta amorru aurkako txertoa giza txerto diploideekin (HDCV).
	Ez jakin (ihes egin zuen)	Agintari sanitarioekin kontsultatu. Tratamendua indikatua badago, amorru aurkako immunoglobulina eta HDCV administratuko dira.
Haragijale basatiak, mofeta, azeria, saguzarra	Har bitez amorratuztat laborategiko probek besterik frogatzen ez duten bitartean.	Amorrua aurkako immunoglobulina eta HDCV.
Beste animaliak, karraskariak eta lagomorfoak (untxiak eta erbiak)	Azter bitez banaka. Agintari sanitarioei kontsultatu behar zaie amorru aurkako profilaxiaren egokitasunari buruz. Katagorri, krizeto, akuri, gerbo, arratoi, sagu, untxi eta erbien hozkadagatik ia behin ere ez da beharrezko izaten amorruaren aurkako profilaxia.	

## Derrigorrez Aitortu Beharreko Gaixotasunak. 2005 urteko 1-24 astei dagozkien datuak\*

E.H.A.E.	Kasu kop.	Tasa	I. E.** 1	I. E.** 2
Botulismoa	0	0,00	–	–
Kolera	0	0,00	–	–
Disenteria	2	0,10	1,00	1,00
Sukar tifo-paratifikoa	3	0,14	3,00	3,00
Trikinosia	0	0,00	–	–
Gaixotasun meningokozikoa	68	3,27	1,11	1,11
Gripea	56.689	2.722,05	5,35	1,87
Legionelosisia	29	1,39	1,00	1,45
Meningitis tuberkuloso	3	0,14	0,75	0,75
Tuberkulosia	195	9,36	0,80	0,75
Barizela	7.860	377,42	0,76	1,09
Infekzio gonokozikoa	10	0,48	1,00	1,00
Sifilisa	13	0,62	1,44	2,17
Difteria	0	0,00	–	–
Parotiditisa	36	1,73	2,25	1,80
Poliomielitisa	0	0,00	–	–
Errubeola	14	0,67	0,00	7,00
Elgorria	0	0,00	–	–
Tetanosa	1	0,05	0,00	0,00
Kukutxetzula	2	0,10	0,33	0,33
A Hepatitisa	31	1,49	1,63	0,97
B Hepatitisa	9	0,43	0,75	0,47
C Hepatitisa	7	0,34	2,33	1,00
Bestelako hepatitis birikoak	0	0,00	–	–
Bruzelosia	0	0,00	–	–
Amorrua	0	0,00	–	–
Sukar horia	0	0,00	–	–
Paludismoa	5	0,24	0,71	0,71
Izurria	0	0,00	–	–
Tifus exantematikoa	0	0,00	–	–
Legenarra	0	0,00	–	–
Errubeola kongenittoa	0	0,00	–	–
Sifilis kongenittoa	0	0,00	–	–
Jaioberrien tetanosa	0	0,00	–	–

(\*) Behin-behineko datuak.

(\*\*) I. E. 1 (1 Indize epidemikoa) aipaturiko denboraldian gaixotasun baterako aurkezturiko kasuen eta aurreko urteko (2004) denboraldi berean gaixotasun horretarako aurkezturiko kasuen arteko arrazoia da.

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

EHAE guztiko aitortpenen portzentajea = %71,19

2005eko aurreneko 24 aste hauetan aipatzekoak dira, lehenbiziko asteetan izan den gripe intzidentzia altuarekin batera, 36 parotiditisa kasu, horietako 8 kasu bakarrik berretsi badira ere, eta 14 kasu errubeola, horietako 8 txertatu gabeko populazio inmigranteari zegozkionak.

## Euskal Autonomia Erkidegoko sortzetiko anomalien erregistroa (EAESAE)

Sortzetiko anomaliak arazo garrantzitsu bat suposatzen dute Osasun Publikoan beren bolumenagatik eta dagokien atentzioaren konplexutasunagatik. Jaiotzen %2 edo 3ak aurkezten dute anomalia larriren bat, eta kopuru hori bikoiztu egiten da kontuan hartzen badira gero haurtzaroen diagnostikatzen diren beste anomalia batzuk. Haurren bizitzako lehenbiziko urteko hilkortasunaren bigarren kausa dira EAEan eta kasu gehienetan, oraindik ere, argitu gabe geratzen dira eragiten dituzten kausak, dela genetikoak dela ingurumenekoak. Horrez gain, baliabideen erabilpen handia suposatzen dute, bai baliabide sanitarioena eta bai sozialena eta eragozpen garrantzitsua, jasaten dituzten familientzat.

Horregatik guztiagatik Sortzetiko Anomalien Erregistroa sortu zen EAEan (EAESAE) 1990ean, EUROCAT proiektuaren barruan integratua, hau da, Sortzetiko Anomalien Erregistroen europar sarean, une honetan populazio oinarriko 37 erregistro koordinatzen dituen Europa guztian, urtean milioitik gora jaiotza erregistratuz<sup>1</sup>.

EAESAEaren helburu nagusiak hauek dira: gure Erkidegoan gertatzen diren anomaliak elkarturiko zainketa epidemiologikoa, atentzio sanitarioaren ebaluazioa eta arrisku faktoreen ikerkuntza.

Erregistroaren objektu dira jaioberri biziak, 22 asteko gestazioaren ondoren edo 500 gr. baino gehiagoko pisuarekin hilda jaiotakoak eta haurdunaldiko edozein garaitan, sortzetiko fetu anomaliaren baten ondorioz, induzituriko abortu guztiak. Jaioberri bizen kasuan, detekzioa eta segimendua egiten da bizitzako lehenbiziko urtean.

1. grafikoak erakusten du 1990-2002 aldiari dagozkion sortzetiko anomalien banaketa; guztira 4.090 kasu detektatu ziren, baina

### Sortzetiko anomalien jaiotza zentro bakoitzeko

1. taula guztizko kasuak. 1990-2002

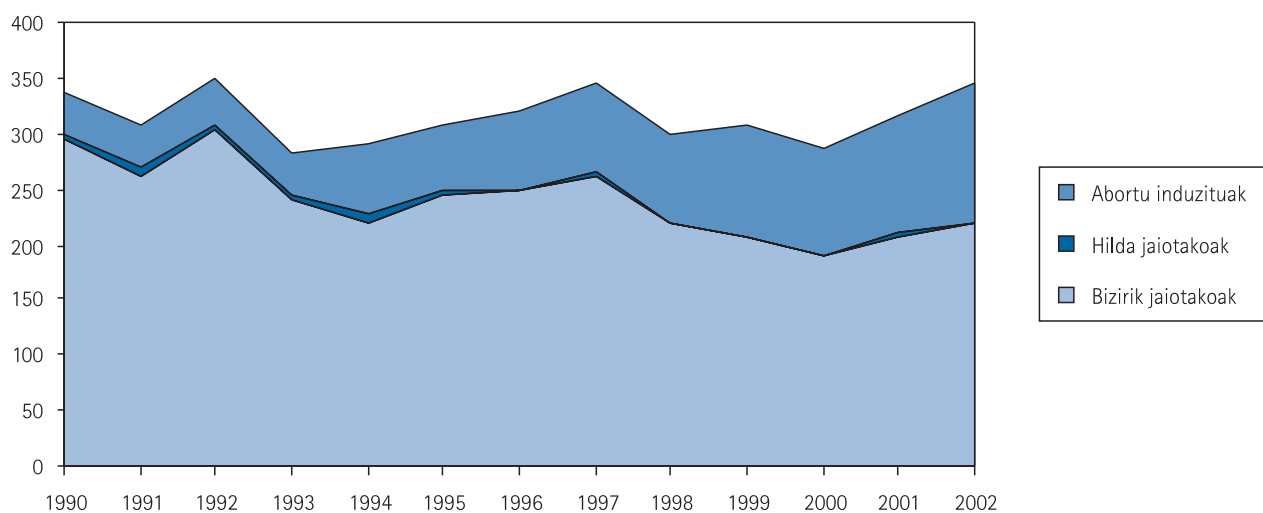
Jaiotza zentroa	Kasu kop.	Portzentajea
Gurutzeta Osp.	1.388	33,9
Donostia Osp.	1.014	24,8
Txagorritxu Osp.	516	12,6
Basurtu Osp.	391	9,6
Eskualde Osp.	253	6,2
Osp. Pribatuak	267	6,5
Besteak/Jaso gabe	261	6,4

aipatu behar da abortu induzituen kopurua urtetik urtera gehituz joan dela, 1990eko %10,4tik 2002an kasu guztien %36,8raino iritsiz. Gorakada hau lotua dago jaiotza aurreko detekzioarekin. Kasuen %41,1ean (1.679), anomalien detekzioarako jaiotza aurreko proben emaitzak positiboak izan ziren; %32,1 (1.311) ekografiak izan ziren eta %28,7 (1.175) amniozentesiak.

Argitu beharra dago sortzetiko anomalien kasuan prebalentzia erabiltzen dela eta ez intzidentzia denbora tarte jakin bateko maiztasuna kalkulatzeko (kasuen kopurua/jaiotza kopurua x 10.000). Erregistroko beste irizpide bat zera da, hainbat anomalia dituen kasua anomalia mota bakoitzaren barruan behin kontabilizatzen dela, beraz ezin daiteke egin mota guztien batuketara kasuen guztizko kopurua kalkulatzeko. Aldi guztiko batez besteko prebalentzia gisa 190,7 x 10.000 jaiotako lortu zen; EUROCAT-ena, berriz, aldi bererako 218,7 x 10.000 izan zen.

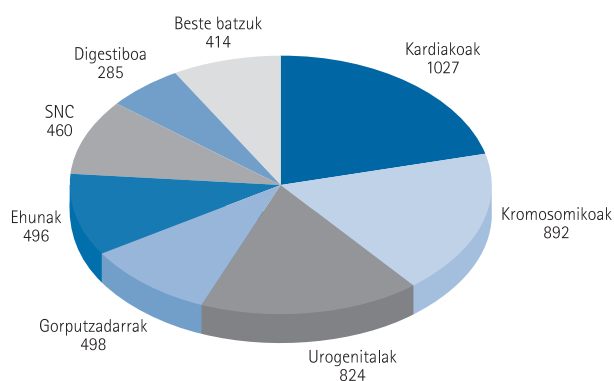
### EAESAEak detektaturiko sortzetiko anomalia kasuen eboluzioa.

1. grafikoa 1990-2002



## 1990-2002 aldian detektaturiko

## 2. grafikoan anomalien banaketa talde nagusien arabera



1. taulan jaiotza zentro bakoitzeko kasuen kopuruak aurkezten dira, eta azpimarratzekoa da kasu gehienak erreferentzia zentroetan atendituak izan direla.

Kasuen %56,1 gizonezko gisa identifikaturiko fetuak izan ziren. Kasu guztien %95,1 erditze/haurdunaldi ez-bikiak izan ziren. %26,6 35 urtetik gorako emakumeenak izan ziren.

2. grafikoan kasuen banaketa anomalia motaren arabera aurkezten da eta dismorfologia ohikoenen artean anomalia kardiakoak eta urogenitalak nabarmentzen dira, 2002 urtean 10.000 jaiotzako 51,6 eta 36,8ra iritsi baitziren, hurrenez hurren.

Anomalia kromosomikoen, gehienak gestazio adinarekin elkartuak, goranzko joera nabarmena aurkezten dute ( $\chi^2=15,561$ ;  $p<0,01$ ), 2002 urtean 10.000 jaiotzako 54,4ko prebalentziarekin. %59,5 (531) abortu indusituak izan ziren.

Azpimarratu behar da azken 10 urteotan amaren adinak gorakada esanguratsu bat izan duela. Hala, 1990ean EAEko egoiliarren jaiotza guztien %10a bakarrik zegokien 35 urtetik gorako emakumeei, eta 2002 urtean, berriz, jaiotzen %30a.

Erregistraturiko anomalia kromosomikoen kasuetan, emakumeen %51 35 urtetik gorakoak ziren. Amniozentesia egin zen emaitza positiboarekin kasu guztien %63an eta abortua indusitu zen kasuen %90ean (506). Kromosomopatiaren jaiotza aurreko detekzio handienak badirudi erlazioa dagoela adin horretatik aurrerako EAEan egiten zaien amniozentesi eskaintzarekin<sup>2</sup>.

Down sindromea ageri da anomalia guztien (kromosomikoen eta ez kromosomikoen) buruan, 10.000 jaiotzako 25,1eko prebalentziarekin, Europako erregistroetan hirugarren altuena (Paris eta Oxford-en ondoren)<sup>3</sup> eta geure inguruneko erregistrorik altuena (2. taula). Gainera goranzko joera aurkitu zen eta esangura estatistikorekin ( $\chi^2=15,561$ ;  $p>0,01$ ). %56,1a jaiotza aurretik diagnostikatu zen.

Aparteko aipamen bat merezi duten beste anomalia batzuk hodi neuraleko defektuak (HND) dira, hiru multzo garrantzitsu barne hartzen dituztenak: anentzefalia, mielomeningozelea eta bizkarrezur bifidoa. 240 kasu detektatu ziren eta horien %73,6 abortu indusituak izan ziren, 11,2 x 10.000 jaiotzako prebalentziarekin, baina joera esanguratsurik gabe. Erroka bat izaten jarraitzen du lehen mailako prebentzioak azido foliko perikonzeptzionalarekin, eraginkorra gertatzen baita %70 kasu baino gehiagotan<sup>4</sup>.

Erregistro honek osasun publikoarentzat eta atentzio sanitarioarentzat daukan garrantzia azpimarratuz, bertako datuetako batzuekin egin dugun azalpen labur hau amaitzeko, profesional guztiei eskatu nahi genieke parte har dezatela kasuen identifikazioan, faktore arriskuen zainketa, ebaluazioa eta ikerkuntza areagotu ahal izateko.

- (1) EUROCAT (European Surveillance of Congenital Anomalies). Report 8: Surveillance of Congenital Anomalies in Europe 1980-1999. Northern Ireland: University Ulster. 2002.
- (2) Osakidetza/Euskal Osasun Zerbitzua. 1997ko uztailearen 8ko 6/1997 Zirkularra, izenburu hau duena: «Kromosomopatiaren eta hodi neuraleko defektuen amniozentesiaren bidezko jaiotza aurreko diagnostikoa».
- (3) EUROCAT. <http://www.biomedicalweb.biz/eurocat/results>
- (4) Busy A, Abramsky L, Dolk H, Armstrong B and EUROCAT Working Group. Preventing neural tube defects in Europe: population based study BMJ 2005;330:574-575.

Isabel Portillo.

Osasun Publikoko Zuzendaritza

## Down sindromearen batez besteko prebalentziak Europako erregistroetan.

## 2. taula 1990-2002

Erregistroa	Kasua guzt.	Bizirik jaiotak	Hilda jaiotak	Abortu indusit.	Jaiotzak	Prebalentzia
Holanda	374	264	11	99	256.512	14,6
Dublin	559	533	26	0	260.743	21,4
North Tames (UK)	1.243	605	30	608	563.393	22,1
Paris	1.604	392	32	1.180	487.801	32,9
Asturias	175	106	1	68	89.290	19,6
Bartzelona	288	93	2	193	137.615	20,9
Euskadi	538	249	6	283	214.511	25,1
Eurocat (34 erregis.)	11.936	6.355	246	5.334	2.009.865	18,4

\* 1992-2002ko datuak.



## Bainatzeko uren kalitatea guztiz onargarria izan zen 2004ko denboraldian

Hemen aurkezten den informazioa lortzeko kontuan eduki da EEE/91/692 Araudia, horrek erregulatzen baitu bainatzeko uren kalitatearen kontrola.

2004ko bainu denboraldiko emaitzen analisiak bide ematen du baieztatu ahal izateko emaitza positiboak lortu zirela eta laurogeiko hamarkadaz gero Osasun Sailak Euskal Herriko hondartzetan egiten dituen analisi eta kontrolen segida historikoaren ildo bereko kalitate kalifikazioak mantendu direla. Puntu honetan, gogorazari beharra dago Gipuzkoan Gurutze Gorriak eta DYAk emaniko laguntza, eta Bizkaian Salbamendu eta Sorospeneko Bizkaitar Federazioak, ur laginak hartzeko lanean eta erakunde horietako sorsleek garatu duten trebakuntza eta jagoletza lanetan.

### Publikoarentzako Informazioa

Bainu denboraldian, Osasun Saileko Prentsa Zerbitzua izan da as-tebururako aurreikusten zen uraren kalitatearen berri publikoari emateaz arduratu dena. Informazio hori prentsa, irrati eta telebistaren bidez zabaldu da eta hala herritarrek ezagutu ahal izan dute gure hondartzetarako eta Ulibarri-Ganboa zingirarako aurreikusten zen egoera: bainua libre, bainua arretaz edo bainua debekaturik, astean zehar zehaztu sumatu diren baldintza higieniko-sanitarioen arabera.

### Kalitate hobea

Laginketa puntu bateko bainatzeko uraren kalifikazio sanitarioa Bainatzeko Uren Araudian markatzen diren irizpideei jarraituz egiten da eta hiru kalifikazio hauetan laburbiltzen da:

- «2» URAK: Bainatzeko egokiak eta oso kalitate oneko gisa kalifikatuak, lortu diren emaitza analitikoaren arabera.
- «1» URAK: Bainatzeko egokiak eta kalitate oneko gisa kalifikatuak, lortu diren emaitza analitikoaren arabera.
- «0» URAK: Bainatzeko onartezinak, egin diren analisisiek poluzioaren existentzia salatu dutelako eta bainatzeko egokitzat emateko komunitatearen baldintzak betetzen ez dituztelako.

1. taulan aurkezten da hondartzen kalifikazioen koadro laburtua.
2. taulan, lortu diren emaitzak laburbiltzen dira ur mota bakoitzerako portzentajeak adieraziz eta Lurralde bakoitzean dauden laginketa puntuen kopuruaren arabera.

Lehen aipatu den bezala, asebetegarriz eman daitezke emaitzak laginketa puntu gehienetan lorturikoak kontuan hartzen badira.

#### EAEko Lurralde Historiko bakoitzeko Hondartzetako

##### 1. taula bainatzeko uren kalitatearen kalifikazio orokorra. 2004.

Kalifikazioa	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	EAE	
	Kop.	Kop.	Kop.	Kop.	%
«2» ura	3	13	8	24	63
«1» ura	0	6	3	9	24
«0» ura	0	1	4	5	13
Guztira	3	20	15	38	100

#### EAEko Lurralde Historiko bakoitzeko hondartzetako bainatzeko

##### 2. taula uren Kontrol puntuetako kalitatearen kalifikazio orokorra. 2004

Kalifikazioa	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	EAE	
	Kop.	Kop.	Kop.	Kop.	%
«2» ura	5	19	13	37	64
«1» ura	0	10	5	15	26
«0» ura	0	1	5	6	10
Guztira	5	30	23	58	100

Denboraldi honetan erdietsi diren emaitzak baloratzeko orduan, itsasoko uren kalitatearen kasurako, 2002ko emaitzekin konparatu dira, «Prestige»ren katastrofearen aurrekoekin alegia. Bizkaia iragokionez, oro har, oso antzekoak dira 2002an eta 2004an lorturiko kalifikazioak. Kalifikazioetan truke bat besterik ez da gertatzen, hondartza batzuek hobera egiten duten bitartean, beste batzuek txarrera egiten dutela, alegia, baina «2» Uren «1» Uren eta «0» Uren portzentaje orokorra berdina da. Gipuzkoari dagokionez, hobekuntza bat sumatzen de «2» Uren portzentajearen, eta 2002ko portzentaje bera mantentzen da «0» Uretan.

Denboraldi honetan bainatzeko onartezin gisa, «0» Ur, sailkatuak izan direnetan, beren baldintza naturalak edo saneamendu azpiegituren gabezia izan dira leku hauetako uren kalitate sanitarioaren funtsezko hobekuntza bat lortzea eragotzi dutenak, ez baitira oraindik deuseztatu uretan poluitzaileen presentzia eragiten duten faktoreak. Aipatu beharra dago Arabako Ulibarri-Ganboa aintzirako ur laginetan egin diren analisisen emaitza bikainak eta, poluzio gertaera bakan batzuk izan badira ere, hauek guztiak bainu denboraldiaren hasiera baino lehenagokoak izan dira eta denboraldian zehar egin diren kontrolek zingirako puntu guztietarako lor zitekeen kalifikaziorik onena eman dute.

Hondartza inguruneen kalifikazioak 3. taulan aurkezten dira. Kontrol hau astean behin egiten da bainu denboraldi ofizialean zehar, ekainaren 15etik irailaren 15era, hondartzen eta berauetako zerbitzuen baldintza orokorren kalitatea zaintzeko.

Hondartza ingurunearen kalitatearen emaitzek oraindik zer hobetu badagoela erakusten dute, batez ere garbiketa lanen eta zaborra biltzen maiztasunari eta eraginkortasunari dagozkien arloetan.

**Adolfo Cid**  
Osasun Publikoko Zuzendaritza

#### EAEko Lurralde Historiko bakoitzeko hondartza

##### 3. taula ingurunearen kalitatearen kalifikazioa. 2004

Kalifikazioa	Araba	Bizkaia	Gipuzkoa	EAE	
	Kop.	Kop.	Kop.	Kop.	%
Ona	0	12	10	22	58
Hobegarria	3	7	2	12	32
Txarra	0	1	3	4	10
Guztira	3	20	15	38	100



Pertsona bat kanpoko tenperatura altua jasaten denbora luze eta errekupeatzeko aukerarik gabe egoteak ekar ditzake konplikazio larriak erregulazio termikoaren faltagatik. Gehiegizko beroko eguraldiek zenbait patologiarenean agerpena eragiten dute edo lehendik zeuden batzuk areagotzen dituzte, hipertermiarenean ondorioz, batez ere pertsona ahulengana edota beroa jasateko eragozpenak dituztenengan.

luz, 2004ko udan, **bero boladako prebentzio plana** ezarri zen EAEan, horrela aurre egiteko 2003ko udan EAEan izan ziren gehiegizko beroei eta ekarri zituzten ondorioei: %13ko igoera Osakidetzaan atenditu ziren urgentzia ospitalarioetan; %3,3ko igoera ingresuetan eta %7koa heriotzatan, 2002ko denboraldi berarekin konparatuta, eta horiez gain, beste 3 heriotza, kausa zuzena beroarekin erlasionaturiko patologia izan zituztenak. EAEko ehorztetxeek, %20ko gehikuntza erregistratu zuten kausa guztiengatik heriotzetan, aurreko 5 urteetako batez bestekoarekin alderatuta.

Joan den udan, EAEan, espero izatekoak direnak baino tenperatura altuagoak erregistratu ez ziren arren, gerta daitekeen gauza da Europako edozein herrialdeetan uda beroegiak egitea eta, horrexegatik, beharrezkoa da plana eguneratzea, bero handiegiko tenperaturen inpaktua arintzeko helburu nagusia mantenduz, populazio guztian baina bereziki arrisku handieneko taldeetan: haurrak eta zaharrak, gaixotasun kronikoak dituzten pertsonak eta gehiegizko tenperaturako inguruneetan jarduten duten langileak.

Bero bolada edo aparteko beroko tenperaturako egoerarako lau gune definitu dira: Itsasertzeko Gunea (itsasotik oso hurbil dago-

ena), Barneko Kantabriar Gunea (gainerako isurialde kantabriar guztia, Bilbo barne), Trantsizio Gunea eta Ebroren Ardatz Gunea.

«Bero bolada» gisa definitzen da hiru egun edo gehiagotan definitu ditugun guneetarako aurreikusten diren tenperaturak, bai maximoak eta bai minimoak, definituriko atalaseak baino altuagoak direnean.

«Izugarrizko tenperatura altu» gisa definitzen da egun oso batean edo gehiagotan definitu ditugun gune klimatiko bakoitzerako aurreikusten diren eguneroko tenperaturak 99 pertzentilaz definituriko atalaseak baino altuagoak direnean.

«Bero bolada»ren atalaseak definitzeko Barneko Kantabriar Gune, Trantsizio Gune eta Ebroren Ardatz Gune estazio ordezkatzailerik batzuetako ekain, uztaile eta abuztuko eguneko tenperatura maximoen eta tenperatura minimoen 95 pertzentila hartu da, eta 96 pertzentila Itsasertzeko Gunerako. «Izugarrizko tenperatura altuen» atalaseak definitzeko, kasu guztietan, 99 pertzentila hartu da.

Planak informazio eta zainketako sistema bat ezartzen du; komunikazio eta informazioko sistema bat eta, azkenik, jardueraren sektorialak asistentzia sanitarioaren eta elikagaien zainketa eta kontrolaren arloan.

Miguel Angel García Calabuig  
Osasun Publikoko Zuzendaritza

## Salmonelosiaren borrokatu eta kontrolatzeko sailen arteko programa

Euskadiko Zainketa Epidemiologikoko sarearen datuen arabera, salmonelosiaren gure Autonomia Erkidegoko patologia kutsagarri garrantzitsuenetakoa bat. 3.000tik gora kasu erregistratzen dira urtero Informazio Mikrobiologikoko Sistemaren eta jakinarazi ziren elikapean infekzio eta toxiinfekzio agerpenen %74a eragin zituen 2003an eta %77a 2004an. Arrautza izaten da agerpen hauetan gehienetan inplikaturiko elikagaia eta *Salmonella enteritidis* maiztasun handienaz identifikaturiko salmonella mota.

Salmonelosiaren ezaugarri epidemiologikoak direla eta, gaixotasun honen prebentzioa gutxitzea bideraturiko ezein programak ez du izango inolako arrakasta aukerarik, baldin sektore primarioarekin koordinaturik egiten ez bada, animalien, bereziki hegaztien, eta beraien produktuen infekzioak murriztera bideraturiko ekitaldien bitartez.

Egoera honen aurrean, Osasun Saila, Nekazaritza eta Arrantzako Sailarekin eta hiru Foru Aldundiekin batera, «salmonelosiaren borrokatu eta kontrolatzeko sail arteko programa bat» martxan jartzea da, Elikapean Segurtasuneko Liburu Zurian «baserritik mahaira» lema pean, gomendatzen diren jarduerekin guztia ados datorrena.

Programa honetan elikapean kate guztia barne hartzen da, inplikaturiko sektore guztiak alegia (baserri zein granjak, pensu fabrikak, arrautzak enbalatzeko zentroak, establezimendu manipulatuak, etab.).

Programan isolaturiko *Salmonella* andui guztiak, edozein dela ere beren jatorria (pensuak, animaliak, elikagaiak...), serotipatu egingo dira eta isolamenduen segimendua egingo da. Horrela posible izango da serotipo ohikoenak identifikatzea jatorriaren eta euren arteko erlazioaren arabera, beren kontrolerako neurriak hartzea eta gizakiengan isolaturiko serotipoekin konparatzea.

Osasun Sailak, bere eskumen eremuan, bere gain hartzen ditu, besteak beste, elikagaien eta elikapean establezimenduen ardura eta osasunerako hezkuntza.

Lehen fase batean, Osasun Sailak kasuetan maiztasun handienaz inplikaturiko gisa identifikatu den elikagaiari buruzko jardueretan zentratuko da: arrautzak, arrautzen deribatu eta oinarritzat arrautza daukaten elikagaiak.

Dolores Coll Jordá  
Osasun Publikoko Zuzendaritza

## Prebentzioa eta osasuna nazioarteko bidaiariarentzat

Azken hamarkada honetan nabarmenki gehitu dira garapen bidean dauden herrialdeetarako nazioarteko bidaiak, batez ere gune tropikaletara helburu turistikoa, profesionala, soziala, humanitarioa edo ikasketengatik, eta horrek berekin dakartza gaixotasun kutsakor exotikoak edota gure ingurunean baino intzidentzia handiagoak diren beste zenbait gaixotasun harrapatzeko arriskuak. Horietako asko prebeni daitezke txertoen bidez, baina hil edo biziko garrantzia daukana gaixotasuna beti prebenitzea da, bidaiaria heziz kutsapen bideekin erlazionaturiko higie-ne neurrien arloan. 2004an, EAEko Nazioarteko Txertaketako Zentroetan 18.149 bidaiari atenditu dira, 6.620 txerto espezifiko eman zaizkielarik (sukar horia, entzefalitis japoniarra, entzefalitis zentroeuroparra, meningitis tetrabalentea, kolera, amorrua...) eta beste 10.030 txerto administratzea gomendatu da (A hepatitis B hepatitis, sukur tifoidea, difteria-tetanosa, hirukoitz birikoa, polioa, gripea eta beste hainbat) eta askotan txertaketa eredu bizkorra erabili behar izan dira.

Bidaiarien %40ak bakarrik eskatzen dute abiatu aurretik ekitera doazen bidaiari buruzko aholkua eta horietako %20 baino gehiagok azkeneko 15 egunetan egiten dute, azken orduan sortutako bidaiak direlako, tarte laburra egon ohi da beraz aurreneko kon-

sultaren eta abiatzeko dataren artean. Hori dela eta, profesional sanitarioek sor daitezkeen arriskuaren ebaluazioa egin behar izaten dute infekzioen intzidentziaren eta larritasunaren arabera, eta txertoak emateko lehentasun bat ezarri, denborarik laburrenean konplimendua eta babesa segurtatzeko, kontuan edukiz, txertaketa pautak konbentzionalekin alderatuta, txertaketa bizkorreko pauten erantzun immunea eta errektogeniziala, bai eta aldi berean administraturiko beste prestakin immunologiko batzuekin ager daitezkeen interakzioa ere.

### Malaria eta nazioarteko bidaiak

Gaur egun gaixotasun endemikoa da munduko gune tropikal eta subtropikaletako 100 herrialde baino gehiagotan; beraz, munduko populazioaren %40a arrisku guneetan bizi da, eta 2010erako portzentajea %50eraino iristea aurreikusten da.

Malaria edo paludismoa gaixotasun parasitarioa da eta «anopheles» motako eltxo emearen ziztaduraz kutsatzen zaio gizakiari; eltxo hau gautarra da eta kolore ilunek, CO<sub>2</sub>-aren jaulkimenak, tenperatura epelak eta hezetan erakartzen dute. Ez

### Arriskua ebaluatzeko irizpideak nazioarteko

**Tabla 1** bidaiarien txertaketen lehentasunak ezartzeko

#### Bidaiarekin erlazionaturiko irizpideak

Helmuga herrialdea(k)  
Bidaiaren helburua  
Bidaiaren iraupena eta mota  
Txertaketa derrigorrezkoa ala gomendatua

#### Bidaiariarekin erlazionaturiko irizpideak

Egoera inmunitarioa  
Osasun egoera  
Adina eta txertaketarako kontraindikazio espezifikoak  
Bizi estiloa eta infekzio arriskuaren aurrean daukan jarrera  
Gaixotasunarekin erlazionaturiko irizpideak  
Elkarturiko erikortasun/hilkortasuna  
Dauden tratamendu aukerak, antibiotikoen erresistentzia barne

#### Txertoarekin erlazionaturiko irizpideak

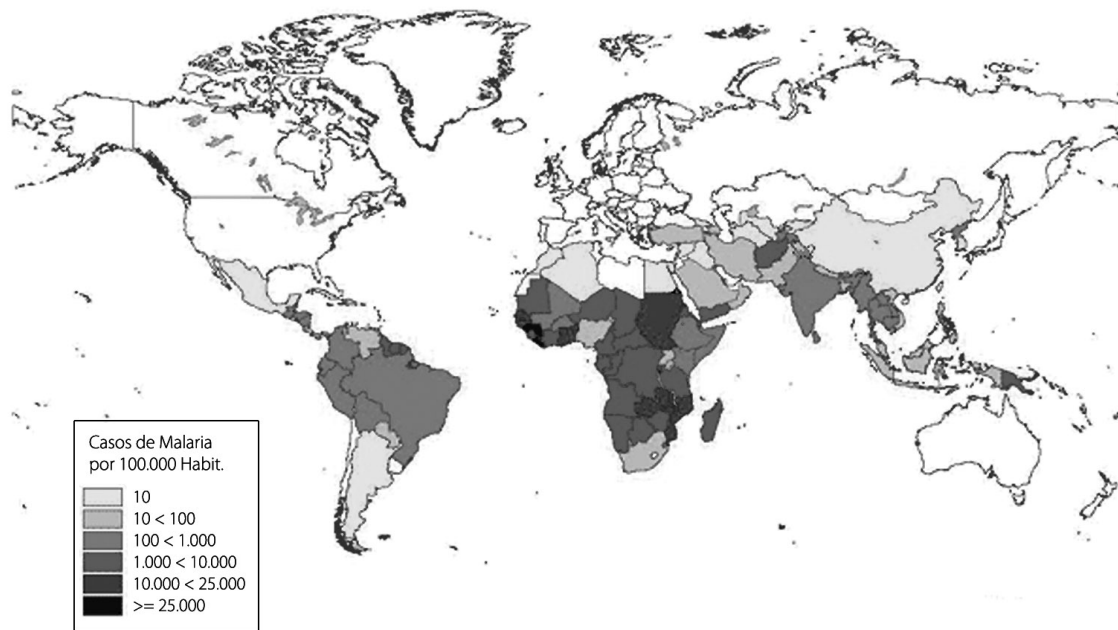
Eraginkortasuna  
Jasangarritasuna  
Administrazio pautak  
Konplimendua/egokitasuna  
Kostua

**2. taula** Bidaiarien txertaketa

Legeak exijituriko txertoak	Txerto gomendatuak	Txerto aholkatuak
Sukar Horia	DTP/DTPa, Td, Tdpa Sukar Tifoidea A hepatitis B hepatitis Poliomelitis	BCG Kolera Entzefalitis japoniarra Udaberri-udako entzefalitis Enf. meningokozikoa Gripea Izurria Amorrua EEP Barizela

**3. taula** Txertaketa azkarreko pautak

Txertoa	Txertaketa pautak	Oroitzapen dosia
VHB	0, 7, 21 egun	12 hilabete
VHA	0	6 hilabete
VHA+VHA	0, 7, 21 egun	12 hilabete
Amorruarkakoa	0, 7, 28 egun	–
Entzefalitis japoniarra	0, 7, 14 egun	3 urte
Entzefalitis zentroeurop.	0, 7, 21 egun	12 hilabete (3-5 a.)



### Malariaren profilaxirako estrategiak nazioarteko

Tabla 4 bidaiarientzat

- Gaixotasunaren eta dauzkan arriskuen ezagutza
- Oztopo neurriak ziztadurak saihesteko (uxagarriak, eltxosareak, intsektizidak...)
- Kimioprofilaxia egokia edo auto-tratamendua dagokion kasuan
- Paludismoaren susmoa, gune endemikoak bisitatu ondoren bat-bateko sukarra agertuz gero

dago kutsadurarik 3.000 m-tik gorako altueran ez eta 15°-tik beherako tenperaturan ere. Kalkuluen arabera, gune endemikoak bisitatzen dituzten 10.000tik gora nazioarteko bidaiari gaixotzen dira urtero paludismoz beren jatorriko herrialdeetara itzuli ondoren. Gure ingurunean ere, inportaturiko kasuen gorakada handia sumatu da; hori, batez ere, erregimen kimioprofilaktikoaren konplimendu txarrari zor zaio, edota profilaxi desegokia aplikatu izanari, eta horrezaz gain, ziztadatik babesteko neurriak hartu ez izanari.

2005 urtean Madril eta Bartzelonako aireportuetan egin diren inkesta epidemiologikoez erakutsi dute malaria arriskuko guneetan izan diren bidaiarien %34ak bakarrik hartzen zuela kimioprofilaxi antipaludikoa.

Gaixotasuna eragiten duen parasitua *Plasmodium sp* da, lau espezie barne hartzen dituena (*p. falciparum*, *p. vivax*, *p. ovale*, *p. malariae*) eta bi fasetan gertatzen den bizi zikloa dauka: bat asexuala gizakiarengan eta bestea sexuala, eltxoan osatzen dena. Ziztada gertatu denetik odolean forma parasitarioak agertzen

diren arte 7-14 egun igarotzen dira *p. falciparum* espeziearen kasuan eta 30 egun edo gehiago gainerako espezieetan.

Paludismo forma larriena *p. falciparum*-ak eragiten duena da, hilgarria izan daitekeelarik %1-2 kasutan. Haur populazioak, emakume haurdunak eta adin handiko pertsonak dira arrisku handiena daukatenak. Gaixotasun larri hau saihesteko erarik onena diagnostiko goiztiarra eta tratamendu egokia dira; horregatik, paludismoaren posibilitatean pentsatu behar da beste azalpenik ez daukan edozein sukar agertuz gero eta paludismoko herrialde endemiko bat bisitatu izandako aurrekariak dituen pertsona batengan aurkezten bada. Emergentzia medikoko kasu gisa tratatu behar da.

### Paludismoaurrekako kimioprofilaxian erabiltzen diren farmako ohikoenak:

- Klorokina
- Klorokina eta proguanila (bartzertua efektu sekundario eta erresistentziengatik)
- Meflokina
- Doxiziklina
- Atobakuona eta Proguanila

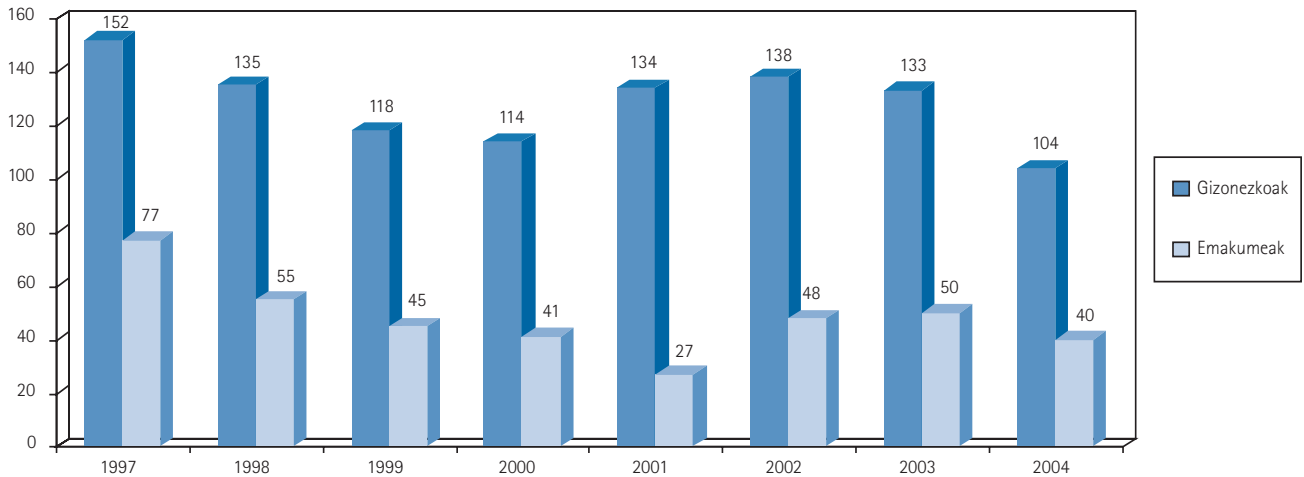
Espero da malaria prebenitu ahal izango dela etorkizun hurbilean RTS,S/AS02 txertoari esker, oraingoz espermentazio fasean aurkitzen dena eta Pedro Alonso doktoreak Mozambiken garatzen diharduena.

Ana Vilasau Pena  
Nazioarteko Txertaketa Zentroa  
Donostia-San Sebastián

## GIB infekzioa Euskadin

GIBaren ondoriozko infekzio berriak sexuen arabera.

1. grafikoa 1997-2004



1997tik 2004ra bitartean, 1.411 pertsonari diagnostikatu zaie Euskadin GIBagatikoko infekzioa. %72,2 gizonezkoak ziren eta %27,8 emakumeak (1. grafikoa).

Lehenengo taulan erakusten da 1997az gero diagnostikatu diren GIBagatikoko infekzio tasen eboluzioa, Lurralde Historiko bakoitzean, 100.000 biztanleko.

%42,7a harreman heterosexualengatik infektatu da, %19,5 harreman homosexualengatik eta %29,1ek arriskuko praktika gisa bide parenteraleko droga hartzaile (BPDH) direla edo izan direla aitortu dute (2. grafikoa). Sexuei dagokienez, gizonezkoen artean %33,7a harreman heterosexualengatik infektatu da, %31,5a BPDH delako edo izan delako eta %26,8 harreman homosexualengatik. Emakumeen artean, %67,3a harreman heterosexualengatik eta %22,5a BPDH direlako edo izan direlako.

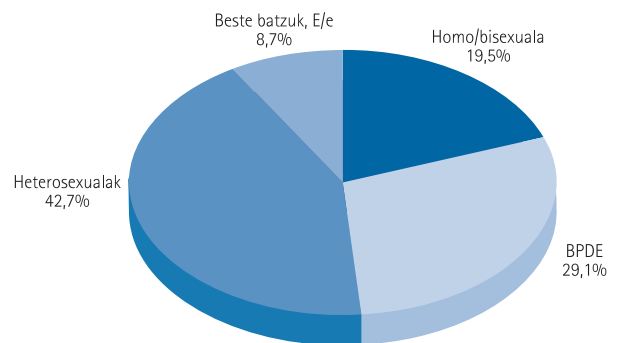
203 kasu diagnostikatu dira pertsona atzerritarrengan. 1997tik 2002ra bitartean, kasu berrien etengabeko gorakada bat dago eta urte horretatik aurrera infekzio berrien kopurua egonkor mantentzen da. Populazio honetan, 2002tik aurrera, gizonezkoen kasuen kopurua beharokada bat sumatzen da eta, alderantziz, emakumeengan gorakada etengabe bat dago, 2004an emakume

infektatuen kopurua gizonezkoena baino altuagoa delarik (20 emakume eta 19 gizonezko) (3. grafikoa).

2004an GIBagatikoko 144 infekzio berri diagnostikatu ziren, 2003 urtean baino %21 gutxiago. %72,2 (104) gizonezkoak dira, batez beste 38,3 urteko adinekoak, eta %27 (40) emakumeak, batez

### GIBagatikoko infekzio berriak.

2. grafikoa 1997-2004 kutsapena



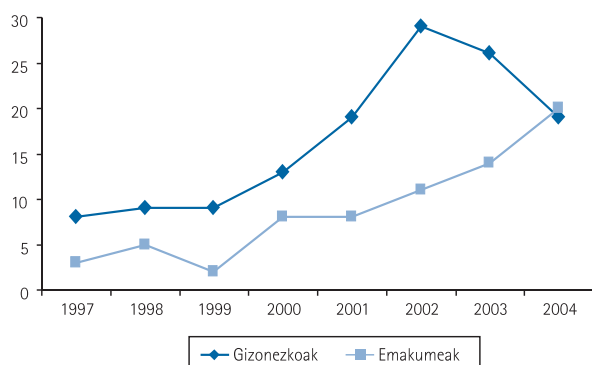
### GIBagatikoko infekzio kasuak eta tasa (X10<sup>5</sup>) Lurralde Historiko bakoitzean.

1. taula 1997-2004

Lurraldea	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	GIB	Tasa	GIB	Tasa	GIB	Tasa	GIB	Tasa	GIB	Tasa	GIB	Tasa	GIB	Tasa	GIB	Tasa
Araba	32	11,53	24	8,63	29	10,39	19	6,80	36	12,86	23	8,20	17	6,05	25	8,88
Bizkaia	130	11,59	113	10,13	98	8,83	101	9,15	88	8,02	118	10,81	118	10,87	77	7,14
Gipuzkoa	67	10,11	53	8,03	36	5,47	35	5,34	37	5,67	45	6,92	48	7,41	42	6,51
EAE	229	11,11	190	9,25	163	7,97	155	7,61	161	7,93	186	9,20	183	9,09	144	7,18

## GIBagatiko infekzio berrien atzerriko

3. grafikoa eboluzioa sexuen arabera. 1997-2004



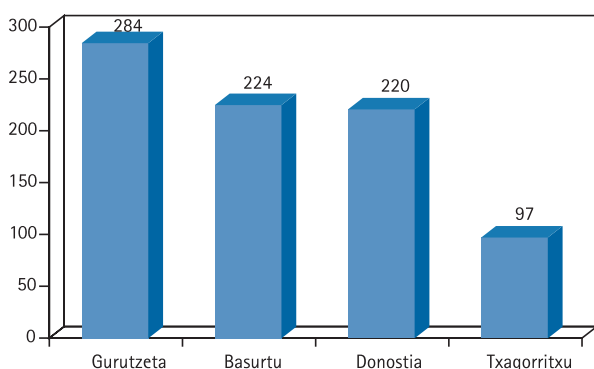
beste 34,8 urteko adinekoak, Kasuen %27,8tan GIB diagnostikoa bat dator HIES diagnostikoarekin (4. grafikoa).

2004an %50a praktika heterosexualagatik infektatu zen (emakumeengan portzentajea %67,5era iristen delarik), %22,9a praktika homosexualagatik (gizonezkoen %31,7) eta %18,8ak arrisku praktika gisa aitortzen du BPDH dela edo izan dela (%20a emakumeengan) (5. grafikoa).

1984tik 2004ra bitartean 825 haur jaio ziren ama GIB+ -enganatik eta horietako 133 ama-fetu kutsapenagatik infektatu ziren. Jaiotza gehien gertatu diren ospitalea Gurutzeta izan da (284) eta, ondoren, Basurtu (224), Donostia (220) eta Txagorritxu (97) (6. grafikoa).

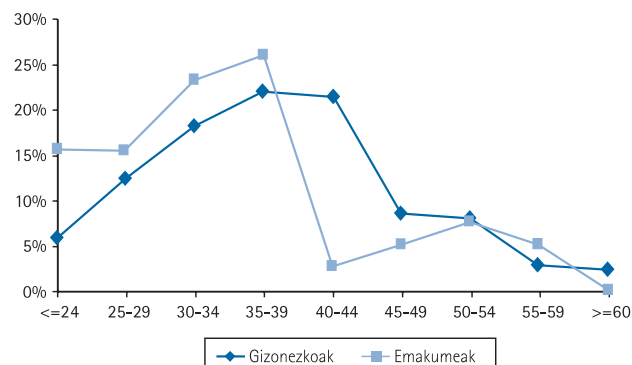
## Euskadin 1984-2004 urteetan GIB+ amengandik

6. grafikoa jaiotako haurrak ospitaleen arabera



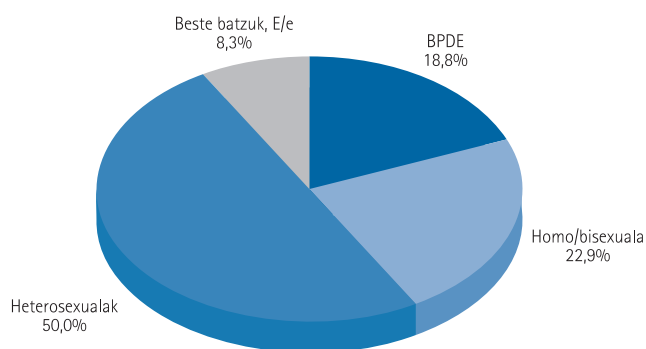
## GIBagatiko infekzioak adinaren eta sexuaren

4. grafikoa arabera. 2004 urtea



## GIBagatiko infekzio berriak kutsapen

5. grafikoa kategoriaren arabera. 2004



1996 urtetik 2004ra bitartean, ama-fetu kutsapenagatik 18 haur infektatu dira; hauetako azkenekoa 2003 urtean jaio zen Donostia ospitalean (2. taula).

Konklusio gisa, azpimarratzekoa da sexu bidezko kutsapenak drogen zain barneko kontsumoaren lekua hartu duela GIBaren kutsapen mekanismo gisa. Datuek GIBagatiko infekzio berrien etengabeko beherakada erakusten dute 1997tik 2000ra bitartean; 2001etik 2003ra igoera bat sumatzen da. 2004 urtean, berriz ere beherakada bat hasten da, baina argi dagoena da erne ibili behar dela, arreta galdu gabe.

Arantxa Arrillaga, José Manuel Lorenzo eta Daniel Zulaika  
Plan de Prevención y Control del Sida.  
Osakidetza-Servicio Vasco de Salud

2. taula 1996- 2004 bitartean ama-fetu kutsapenagatik GIBaz infektaturiko haurrak

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Donostia	0	1	0	1	0	0	0	1	0
Basurtu	0	2	2	0	1	0	1	0	0
Gurutzeta	2	1	3	1	1	1	0	0	0
Txagorritxu	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Guztira	2	4	5	2	2	1	1	1	0

## Araudi Sanitario berri bat onartu du OMEk

Joan den maiatzaren 28an Osasunaren Mundu Erakundeak (OME) Nazioarteko Araudi Sanitario berri bat onartu zuen, gaixotasun infekziosoen nazioarteko kutsapena prebenitzeko praktika eta prozedura multzo batean datzana baina, bestalde, nazioarteko bidaia eta merkataritzarekin ahalik eta interferentzia txikiena eraginez. Orain arte indarrean zegoen araudia 1969an onartu zen eta hainbat prozedura barne hartzen zituen gaixotasun batzuen jakinarazpenerako, nazioarteko bidaiarientzako eta merkataritzarako arau sanitarioak, portuetan eta mugetan bete beharreko prozedurak eta dokumentazioari buruzko exijentziak. Araudi hura, hainbeste urte igaro ondoren, zaharkitua geratu zen eta desegokia gertatzen zen zenbait gaixotasun berriri aurre egiteko, adibidez, SARS-ASAL edo hegazti gripearri. Erantzukizunak ezartzen zituen OMErentzat eta erakunde horretako estatu kideentzat, baina hiru gaixotasun hauei dagokienez bakarrik: kolera, izurria eta sukar horia.

Araudi berriak hainbat jarraibide eta eragiketa mekanismo ezartzen ditu nazioarte mailan erantzun koordinatuago bat emateko gaixotasunen zabalkundeari. Arau hauek gaixotasun infekziosoak baino harago doaz eta nazioarteko mehatxu bat suposa dezaketen substantzi kimikoen eta erradioaktiboen esposizioaz ere arduratzen da. Aparteko garrantzia eskaintzen dio herrialde bakoitzak daukan gaitasunari zainketa eta erantzun sistemak garatzeko, nazioarte mailako interesa eduki dezaketen emergentzia sanitarioei aurre emateko helburuaz. Arauek gaixotasun zerrenda bat barne hartzen dute, horien artean, baztanga, poliomielitisa eta SARS-ASAL, agertuz gero OMEri jakinarazi behar zaiolarik; Araudi berriak matrize bat ere barne hartzen du herrialdeetako agintarientzat, ea zenbait jazoera nazioarteko interesa duten osasun publikoko gertaerak diren ala ez erabakitzen laguntzeko.

<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050526.asp#3>

## Barizelaren aurkako txertaketa EAEan

2005eko martxoan Osasun Sistema Nazionaleko Lurraldearterko Kontseiluak zera onartu zuen: «*Barizelaren aurkako txertaketa gomendatzea Autonomia Erkidego bakoitzak hautaturiko kohorte batean, 10 eta 14 urte bitartean (biak barne) gaixotasuna ez dutela jasan eta lehendik txertatuak ez daudela dioten pertsonentzat*».

Euskadiko Txertaketen Batzorde Aholkulariak, aurreko akordiotik ondorioztatzen diren alternatiba desberdinak aztertu ondoren, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailari zera gomendatu dio: «2005 ur-

tean zehar barizelaren aurkako txertaketa eskain dadila EAEko 10 urteko haur populazio guztiarentzat, baldin gaixotasun hau jasan ez badu eta barizelaren aurka txertatua ez badago»

Adin horretan badago haur populazioarentzat programaturik osasun azterketa bat eta lagungarria gerta daiteke txerto estaldura areagotzeko.

Osasun Sailak uda igaro ondoren eta 2005 urtea amaitu baino lehen jarriko du martxan txertaketa hau.

## Erredakzioa

# Salud Pública Osasun Publikoa

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

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

### Erredakzio-batzordea:

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

### Edizioa:

Miguel Ángel García Calabuig  
Fotokonposaketa IPAR, S. Coop.  
Inpresioa: Grafo, S.A.  
2. hiruhilekoa.  
19. zenbakia; 2005. urtea  
ISSN: 1697-2430  
Lege gordailua: BI-2874-98