

4. Gaixotasun transmitigarriak

Gaurko egoera

Gaixotasun transmitigarriak garrantzi handiko arazoa ziren, antibiotikoak agertu arte; eta azken urteotan berriz ere arazo garrantzitsua izatera heldu dira. Azken urteetan gaixotasun infekziosoen erlazioetatik gertakizun nabariak ondokoa izan dira: herrialde garatuetan ezabatutako ematen ziren hainbat gaixotasunen intzidentziaren gehikuntza (tuberkulosia kasu); mikroorganismo batzuk eraginkor agertzea (*E. coli* O157, B taldeko estreptokokoarengatik gaixotasun inbasiboa); gaixotasun berriak agertzea (HIESa, Creutzfeldt-Jakob-en gaixotasunaren bariante berria); eta mikroorganismo batzuen antibiotikoekiko erresistentzia gehitzea.

Bestalde, biologia molekularren esparruan ezagutza zientifikoek aurrera egin dute, ekosistemak eta epidemiologia hobeto ezagutzen dira, eta haur-txertaketaren programak estaldura zabala lortu du. Guzti horiek etorkizun itxaropentsua planteatzen digute, gaixotasun askoren larritasun edo intzidentziaren eliminazioari edo murrizteari dagokienez.

Gaixotasun infekziosoak, HIESa izan ezik, EHAEko hilkortasun-zergatien artean hamargarren postuan zeuden 1998an, 281 heriotzarekin eta 100.000 biztanleko ia 10 heriotzako tasa estandarizatuarekin. Talde horren barruan nagusi ziren: septicemia, tuberkulosia eta bere ondorio berantiarak, eta hepatitis. HIESak 99 heriotza sortu zituen EHAEan 1998an, 100.000 biztanleko 4,24ko tasa globalarekin (7,18 gizonekotan).

4.1. Txertaketaren bidez prebeni daitezkeen gaixotasunak

Txertaketaren bidez prebenigarritzat jo daitezkeen gaixotasunak pritzipalak, gaur egun, hauexek dira: gripea, poliomielitisa, difteria, tetanosa, kukutxeztula, C serotipeagatik gaixotasun meningokozikoa, B hepatitis, *Haemophilus Influenza*, elgorria, errubeola eta parotiditisa.

33 taulan agertzen dira EHAEan gaixotasun horien kasu aitortuak, eta bakoitzean lortu den txertaketa-estaldura.

33 taula. EHAEko kasu-kopurua eta txertaketa-estaldurak. EHAE. 1999.

	Kasu-kopurua*	Komentarioa	Txertaketa-Estaldura* (%)
Poliomielitisa	0	Azken kasua 1985ean	94
Difteria	0	Azken kasua 1981 urtea baino lehen	
Tetanosa	2	21 kasu, 90-99 aldian	
kukutxeztula	87	113 kasu, 97-99 aldian	93
<i>Haemophilus influenza</i> (gaixotasun inbasiboa)	-	-	
C Meningitisa		175 kasu, 96-99 aldian	95
B Hepatitisa	32	591 kasu, 96-99 aldian	
Elgorria	3	16 kasu, 97-99 aldian (14 < 20 urte)	91
Errubeola	7	23 kasu, 97-99 aldian (17 < 20 urte)	
Parotiditisa	57	182 kasu, 97-99 aldian (144 < 20 urte)	58
Gripe	170.066		

* Urtea: 1999.

Iturria: Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila.

EHAEan, 1985 eta 2000 urteen bitartean, ez da erregistratu poliomielitisaren kasu bat ere. Hala ere, oraindik ez da lortu gaixotasun horren erradikazioa. Osasunaren Mundu Erakundearen helburuetariko bat erradikazio hori lortzea da, eta EHAE helburu horrekin konprometatuta dago.

Difteriaren egoera antzekoa da. Azken hamarkadetan kasu bat ere ez da erregistratu. Baina, Europako ekialdeko herrialde batzuetan gertatu diren pujak eta nazioarteko bidaiak gero eta gehiago egiten direla kontuan harturik, beharrezkoa da txertaketa-zainketa eta -mailak mantentzea.

Tetanosari dagokionez, ez da posible gaixotasunaren erradikazioa helburutzat planteatzea, zeren *Clostridium tetani* natur ingurunean oso hedatuta baitago, eta talde-inmunitaterik ez baitago. Hala ere, 1990-99 aldian aitortutako 21 tetanos-kasuetatik bat ere ez zen izan 25 urtetik beherakoa; horrek adierazten digu haur-txertaketaren efektibitatea.

1997-99 aldiko kukutxeztularen kasuen %95a 15 urtetik beherakoetan gertatu zen; tasarik altuena urte 1etik beherakoetan ikusi zen (EHAEko urte 1etik beherako 100.000 haur bakoitzeko 59,08). *Bordetella pertussis*aren zirkulazioa ebitatzea posible ez bada ere, txertaketa-estaldura altuei esker ez dira gertatuko puja handiak, ezta gaixotasunaren formarik larrienak ere.

1996an b motako *Haemophilus influenza*ren aurkako txertaketa sartu zen. Txerto horrek *haemophilus*-agatiko gaixotasun inbasiboaren intzidentzia murriztu du 5 urtetik beherakoetan, 1993ko 29 kasutik 1997ko 2 kasura pasatu delarik. Antzeko gauza gertatu da C serotaldeko meningokokoagatiko meningitisari dagokionez; izan ere, azken urteetan kasuak gehitu zirenez, 1997an beharrezkotzat jo zen txertaketa-kanpaina bat egitea, eta kanpaina horren ondorioz, intzidentziak behera egin zuen, 1996ko 68 kasutik 1999ko 6 kasura pasatu zelarik. 2000ko urrian EHAEko txertaketa-egutegira C motako meningokokoaren aurkako txerto konjokatu berria inkorporatu da. B serotaldeko meningokokoagatiko meningitisari dagokionez, 96-99 aldiko kasuetatik %70a, 15 urtetik beherako gaixoak izan ziren; nahiz eta gaixotasun horren pronostikoa oso larria den, oraindik ez dago komertzializatutako txerto efikazik.

B Hepatitisaren txertaketa 1993-94 ikasturtean hasi zen egiten orokor adoleszenteen artean. 2000ko urtarilean sartu zen EHAEko haur-txertaketaren egutegiaren barruan 2 hilabetetik gorako haurrentzat. Dena dela, 1990-99 aldian erregistratutako 591 kasuetatik, bat ere ez zen 1 urtetik beherakoa; 49 kasu 1-19 urte bitartean gertatu zirelarik.

Elgorriari dagokionez, Osasunaren Mundu Erakundeak programa bat hasi du, datozen urteotan Europan bere erradikazioa lortzeko. Helburu horrekin, 2000 urtetik aurrera aldaketa bat egin zen EHAEko haur-txertaketaren egutegian, txerto hirukoitz birikoaren bigarren dosia 4 urteko haurrari errutinazko administrazioa aurreratzea gomendatuz, ordura arte 11 urtekoei ipitzen zitzairen eta. Halaber, ikastetxeetan aparteko txertaketa-kanpaina bat egin zen, 5-11 urte bitarteko haur guztiei txerto hirukoitz birikoa administratzeko, kanpaina horren helburua adin guztien estaldura lortzea izan zelarik.

Gripea osasun-arazoa da; gripearen eraginik handiena biztanleria-talde ahulenetan gertatzen da: pertsona zaharretan eta gaixo kronikoetan. Bi horietan konplikazio asko eta asko sortzen ditu. Orain dela hamarkada bat baino aurretik, txertaketa-kanpainak egiten dira EHAEan arrisku-taldearen artean. 1999ko estaldura %58ra heldu zen.

Helburuak

Osasunean emaitzak lortzeko diren helburuak bakarrik planteatu dira. Ez da sartu gripearekin erlazioatutako helbururik, zeren gaixotasun horretarako txertaketa-estaldura hobetzeko diren estrategiak planteatu egin behar dira.

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Polio autoktonoa	0 kasu	0	0 kasu	ABG, PFA Programa. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Difteria	0 kasu	0	0 kasu	ABG, EHAEIMS. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Tetanosa	0 kasu (35 urtetik beherakoetan)	0	0 kasu (35 urtetik beherakoetan)	ABG, EHAEIMS. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
<i>Haemophilus influenzae</i> (gaixotasun inbasiboa)	0 casos (5 urtetik beherakoetan)	1	0 casos (5 urtetik beherakoetan)	ABG, EHAEIMS. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
C Meningitisa	0 kasu (15 urtetik beherakoetan)	6	0 kasu (15 urtetik beherakoetan)	ABG, EHAEIMS. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
B hepatitis	0 kasu (urte1etik beherakoetan)	0	0 kasu (urte1etik beherakoetan)	ABG, Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Elgorria	0 kasu autoktono	3	0 kasu autoktono	ABG, Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Errubeola	0 kasu autoktono	7	0 kasu autoktono	ABG, Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Parotiditisa	0 kasu autoktono	57	0 kasu autoktono	ABG, Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila

* Urtea: 1999.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Txertaketa-estaldua hobetzea lor daiteke, haur sanoaren kontrol medikoan txertaketa fomentatuz.
2. Pertsona helduetan tetanosaren txertaketa promobituko da, lehen mailako atentzioko esparruan interbentzioak eginez.
3. Profesional sanitarioen artean B hepatitisaren aurkako txertaketa promobituko da.
4. B serotaldeko meningokokoaren aurkako kimioprofilaxia behar duten guztiei egiteko estrategiak bul-tzatuko dira, gaur egun ez baitago inolako txertorik.
5. Elgorriaren %100aren aitopen urgentea eta baieztapen serologikoa lortu behar da, bai eta puja guz-tien ikerkuntza eta kontaktu minberakor guztien txertaketa ere; gainera, txerto hirukoitz birikoarekin estaldura-tasak altu mantentzea lortu behar da.

Jokabide komunitarioak

6. Planteatutako helburuak lortzeko, zainketa epidemiologikoko jarduerekin jarraitu beharko da, oinarritzotzat jotzen baitira mota horretako gaixotasunak kontrolatzeko.
7. Era berean, txertaketa-mailak %95etik gora mantentzeko, txertaketa-zentroekiko eskuragarritasuna hobetu egin beharko da.
8. Txertaketa-programekiko atxekidura faboratzeko, komunikabideen bidez informazio-kanpainak egin beharko dira.
9. Gure inguruan efektibitatea erakutsi duten txerto berriak inkorporatu egin behar dira txertaketa-programetara.

Jokabide intersektorialak

10. Eskolako osasun-programetan txertaketa fomentatu behar da, haurren txertaketa-programek gaur dituzten estaldurak hobetzeko helburuaz.

Beste jokabide batzuk

11. Txertatuen izen-erregistro informatizatua ezar daiteke. Horrelako erregistroaren erabilerak asko dira: txertaketa-datak jakinaraztea, txertaketa-historia osoa eskura izatea, txertaketa-efikazia monitorizatzea eta abar.

4.2. Tuberkulosia

Patologia horren intzidentzia EHAEan handiagoa da gure inguruko herrialdeetan baino. Hala ere, Estatu-mailan, bitarteko posizio bat dauka, beste autonomia erkidegoekiko. 1997-99 aldian 2.184 kasu erregistratu ziren, urteko batez bestekoa 728 kasutakoa zelarik, eta batez besteko tasa 100.000 biztanleko 34,74koa.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
TBKaren intzidentzia	%70ean gutxitzea	34,7*	10,4	ABG, TBK Erregistroa.Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
Tuberkulosi miliar eta meningitis tuberkulosoaren kasuak urte1etik beherakoetan	0	0**	0	ABG, TBK Erregistroa.Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasa gordina. 1997-99 hirurteko batez bestekoa.

** 1997-99 hirurtekoa.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Pazienteen %90ean tuberkulosiaren aurkako tratamendua betetzen dela aseguratzeko behar diren jokabideak garatuko dira.
2. TBKaren tratamendu gainbegiratu erraztu behar zaie tratamendu hori behar duten pertsonei, pertsonek duten bizitza-kondizioagatik.
3. TBK ezkutuariengatik infekzioak dituzten pertsonei kimioprofilaxiaren tratamendu egokia eman behar zaie. Interbentzio horren efektibitatea gehitzeko %70etik gorako estaldurak lortu behar dira.

Jokabide komunitarioak

4. BCG txertoa %95 jaioberri edo gehiagori ematea lortu behar da, batetik, gaixotasunaren intzidentzia murrizteko, eta bestetik, haurtzaroan tuberkulosiaren formarik larrienak ebitatzeko, meningitis tuberkuloso eta tuberkulosi miliarra kasu. Tuberkulosiaren programak ondo funtzionatzeko badu, etorkizunean txertaketa-irritziak aldatzea posible izango da.

Ezberdintasunak

5. Aurreikus daitekeenez, biztanleria inmigraentea gehitu egingo da. Beraz, pertsona horiek dituzten osasun-arazoekin lotutako jokabide-estrategia berriak planteatu behar dira. TBK-aren kasuan, baloratu egin behar dira beren egoera orokorra, eta beren egoera infekzio tuberkulosoarekiko, Mantoux-en proba eginda.

4.3. Infekzio nosokomiala

Herrialde garatueta infekzio nosokomialak (IN) osatzen dute sarrienak, karuenak eta larrienak diren infekzio-taldeetako bat. 1999ko EPINE (estudio de prevalencia de la infección nosocomial en España) delako azterlanak erakutsi zuenez, Osakidetza/SVSeko ospitaleetan ingresatzen diren pazienteetatik %6,7k infekzio nosokomial bat gutxienez hartzen dute ospitalean dauden bitartean. Guztira, 100 paziente ingesatu bakoitzeko 7,4 infekzio erregistratu dira. Zifra horiek berdintsu daude azterlanean parte hartu zuten beste

osasun-zerbitzuetan erregistratutakoekin. Prozesu kirurgikoetako INen intzidentziari buruzko azterlanen arabera, ostera, gure zentroetan erregistratutako zifrak gorago daude Estatu Batuetako NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance) delakoak argitaratu dituenak baino.

1990 urtean, Osakidetza/SVSeko ospitaleetako INen prebalentzia paziente ingresatuen %10,4koa izan zen. Hala ere, orduan egiaztatu zen zentroetan zenbat eta zainketa-, prebentzio- eta kontrol-planak garatuagoak izan hainbat eta intzidentzia txikiagoa zegoela, IN kirurgikoari dagokionez. Emaita horiek bat zetozen beste nazioarteko lanetan lortutakoekin. Azken horietan ere IN-ren tasek eta aipatutako motako planen garapen-mailak erlazio alderantziz proportzionala gordetzen dute.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Ospitalean daudela, infekzio nosokomialen bat harrapatzen duten pazienteen proportzioa	%6,5etik behera mantendu behar da**	6,7	%6,5etik behera mantendu behar da**	INOZ. Osakidetza/SVS

* Urtea: 1999.

** Ospitalizazio-aukeren garapena eta batez besteko egonaldien beherakada kontuan harturik, zera aurrerik daiteke, ospitale-pazienteak, batez beste, konplexuagoak izango direla, eta horren ondorioz, infekzio nosokomialen bat harrapatzeko probabilitatea handiagoa izango dela.

Interbentzio-estrategiak

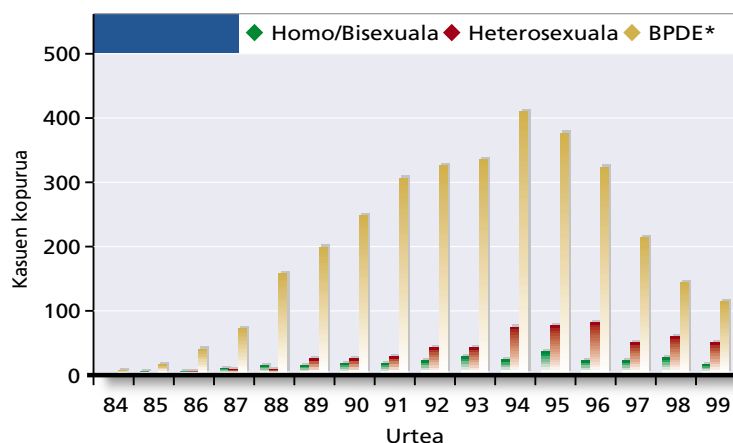
Beste jokabide batzuk

1. Ospitale guztietan infekzio nosokomiala zaintzeko, prebenitzeko eta kontrolatzeko planak ezartzea; plan horietan, infekzioaren kontrolean efikazia eta efizientzia erakutsi duten elementuak inorporatuko dira.
2. EHAEko ospitale guztietan infekzio nosokomiala zaintzeko, prebenitzeko eta kontrolatzeko planak kreditatzea.

4.4. GIB-HIESa eta sexu bidez transmititutako beste gaixotasun batzuk

HIESaren kasu-kopuruak behera egin du EHAEan azken 5 urteotan. Beherakada hori 80 hamarkada erditik aurrera martxan jarritako programen ondorioz gertatu da, bai eta farmako antirretrobiralekin egindako tratamenduak asko aurreratu direlako ere. Bide parenteraletiko drogen kontsumitzailen taldeak jarraitzen du izaten HIES-kasu berrien agerrera-talderik printzipalena (32 irudia).

32 irudia. HIES-kasuak, transmititzeko bidearen eta diagnostiko-urtearen arabera. EHAE. 1984-1999.



*Bide Parenteraletiko Drogen Erabiltzaileak.

Iturria: HIESa Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Plana. Osakidetza/SVS.

Tratamendu antirretobiral berriei esker batez ere murriztu da HIESagatiko hilkortasuna: 1995ean HIESak jotako 100 pertsonetatik 13 hil ziren; 1999an, berriz, 3.

Datozen urteetan Giza Inmunoeskasiaren Birusarentzat (GIBarentzat) txertoa garatzeko posibilitateak badaude. Seguraski, farmako antirretobiralek efikazak izaten jarraiko dute, nahiz eta zenbait paziente infektatu hilko diren bai infekzio-koexistentiak bai erresistentziak agertzearen.

Sexu bidez transmititzen diren gaixotasunei (STGei) dagokienez, azpimarratzekoa da aitortu beharreko gaixotasunen (ABGen) informazio-sistemari azken urteotan ez zaiola aitortu sortzetiko sifiliaren kasurik.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Sortzetiko sifiliaren kasu berriak (jaioberrien kasuak)	0	0	0	ABG. Osasun Publikoko Zuzendaritza. Osasun Saila
GIB+ duten jaioberrien kasuak	0	1	0	HIESaren Erregistroa. Osakidetza/SVS
GIB+ aren kasu berrien kopurua	Urteko 100etik beherakoa	Momentuz ez dago informazio-sistematik adierazle horren egoera ezagutzeko.	Urteko 100etik beherakoa	Proposatutako jokabideen garapena ikusita ebaluatuko da helburu horren lorpena
HIESaren kasu berrien kopurua	Urteko 100etik beherakoa	186	Urteko 100etik beherakoa	HIESaren Erregistroa. Osakidetza/SVS
HIESagatiko hilkortasuna	< urteko 50 kasu	91	< urteko 50 kasu	Hilkortasun-Erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* Urtea: 1999.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide-estrategien helburua GIBaren transmisioa prebenitzea da, bai eta pertsona seropositiboan bizi-iraupen eta bizitza-kalitatea hobetzea ere.

GIB-HIESarentzako planteatutako estrategiek beste STG batzuk ere prebenitzeko balio dute.

Jokabide indibidualak

1. Tratamendu antirretobiralarekiko pazienteen atxekidura hobetzeko estrategiak garatu beharko dira, horrela murriztuko baita farmako horiekiko erresistentzien agerrera.

Jokabide komunitarioak

2. Inportantea da exigentzia baxuko zentroak martxan jartzea toxikomano marginalen kolektiboarentzako (zentro horietan ez da exigitzen mendetasunari guztiz utzita egotea zenbait zerbitzu sozio-sanitario hartzeko); izan ere, pertsona horien beharrianak ezin dira estali gaur egun dauden dispositibo bidez. Zentrook martxan jarri aurretik, egon daitezkeen aukera berriei buruzko azterlan aitzindariak egin beharko dira.
3. Beharrezkoa da hezkuntza afektibo-sexualaren programa garatzea, lehen eta bigarren mailako irakas-kuntzan.
4. Euskal Herriko presondegi guztietan Xiringak Trukatze Programak sartuta egon behar du exigentzia baxuko programen barruan.

Beste jokabide batzuk

5. GIBagatiko infekzioak zaintzeko sistema bat jartzea. Gaur egun, GIB/HIESaren izurria ebaluatzeko HIES-kasu berriak hartzen dira kontuan bakarrik; horrek informazio ez-oso ematen digunez, ezin da jakin, esaterako, zenbat pertsona ari diren infektatzen GIBa dela-eta, edo zein bidetatik infektatzen diren.
6. Informazio-sistema bat garatu behar da, sexu-bidezko gaixotasun transmitigarrien monitarizazioa egin ahal izateko.
7. Biztanleria orokorraren eta kolektibo berezien (adoleszenteen, gizonezko homosexualen eta abarren) portaera sexualak monitorizatu egin behar dira, ohitura sexualei buruzko azterlanak eginda, geroago konparazioak egin ahal izateko.

Ezberdintasunak

8. Beharrezkoa da dispositibo egokiak garatzea, HIESak jotako pazienteen kolektiboa hobeto bizi dadin; izan ere, gizarte-arazoan elkarrekintza dela-eta paziente horiek ez dira lotzen tratamendura eta jarraipen medikora.
9. Inmigrantei zuzendurik GIBa prebenitzeko programak promobitu behar dira, zeren, marginalitate sozialaren ondorioz, kolektibo horren zati bat birusa transmititzeko arrisku altuko praktketan ari baita.

5. Jokabide bereziko taldeak

Kapitulu honetan arituko gara kolektibo batzuen osasun-arazo espezifikoari erantzuteko beharrezkoak diren jokabideak aztertzen; izan ere, kolektibo horiek atentzio berezia merezi dute bakoitzak bere berezitasunak baititu. Honela bildu ditugu: haurtzaroa, gaztearoa, zahartzaroa eta emakumezkoak.

5.1. Bizitzaren hasiera

Gaurko egoera

Bizitzaren lehen aldietako osasun-maila hertsiki lotuta dago bizitza helduko osasunarekin. Horregatik erabakitasunez jokatu behar da EHAEko haur guztiei ahalik eta osasunik onena garantizatzeko, eta ez-ekitateak ebitatzeko.

Haurren hilkortasun-tasak (ikusi "Gaurko egoera" kapitulua) apurka-apurka behera egin du azken hamarkadetan; 1998an, tasa hori 6,1ekoa izan zen, 1.000 bizirik jaioetako. Hilkortasunaren lehen zergatiak jaio-tinguruko afekzioak izan ziren.