



|   |  |   |
|---|--|---|
| s | Índice                                   |   |
| o | Contenidos                               |   |
| d | Vigilancia                               |   |
| i | Epidemiológica                           |   |
| n | - Campaña de vacunación antigripal       | 2 |
| e | 2000.                                    |   |
| t | - Brote de hepatitis A en Gipuzkoa.      | 4 |
| n | - Brote de legionelosis en Bizkaia       | 5 |
| o | asociado a un club de alterne.           |   |
| c | - Enfermedades de Declaración            | 6 |
| . | Obligatoria. Datos correspondientes      |   |
| e | a las semanas 1-48 de 1999.              |   |
| i | Programas                                |   |
| d | de Salud Pública                         |   |
| n | - Actualidad de la encefalopatía         | 7 |
| i | espongiforma bovina.                     |   |
| n | - El proyecto Zainbide de prevención     | 8 |
| i | de lesiones accidentales.                |   |
| d | Actualidad                               |   |
| n | - Se han aprendido las lecciones         | 9 |
| i | enseñadas por la epidemia de             |   |
| d | encefalopatía espongiforme bovina en     |   |
| n | el reino Unido?.                         |   |
| i | - Diferencias de género en factores de   | 9 |
| d | riesgo, tratamiento y mortalidad en      |   |
| n | pacientes con infarto agudo de           |   |
| i | miocardio: un estudio observacional.     |   |
| d | - Arsénico total e inorgánico en pescado | 9 |
| n | fresco y procesado.                      |   |

## Editorial

La gripe es una enfermedad que ocasiona todos los años una morbi-mortalidad importante, fundamentalmente a aquellas personas pertenecientes a determinados grupos de riesgo, todos ellos con alto riesgo de padecer complicaciones.

En nuestra Comunidad se viene realizando desde hace trece años una campaña de vacunación destinada a conseguir la inmunización de los colectivos que presentan mayor riesgo en caso de ser infectados por el virus *Influenza*. Aunque constituye una actividad preventiva con la que la población se encuentra ampliamente familiarizada, un porcentaje nada despreciable de la misma permanece, por diferentes razones, insensible a las recomendaciones de vacunación emitidas desde el sistema público de salud.

Para la campaña de vacunación antigripal 2000, Osakidetza ha realizado un importante esfuerzo con el objetivo de mejorar el porcentaje de cobertura de la población de riesgo. Junto con la ampliación de la difusión del mensaje de la campaña y la colaboración con otras instituciones sociales y comerciales, hay que destacar el papel esencial desarrollado un año más por el consejo sanitario de los profesionales de la Atención Primaria.

Durante esta última campaña se ha incrementado un 12% el número de vacunas administradas. La cobertura alcanzada en personas de 65 o más años ha sido del 64,2%; un 6% más que en la campaña anterior con lo que ha superado el objetivo teórico fijado en 62% desde hace varios años. La valoración extremadamente positiva de estos resultados no debe hacernos olvidar la persistencia de un sustancial margen de mejora: prácticamente cuatro de cada diez personas de 65 o más años no reciben la vacuna antigripal. Hay que esperar que esa proporción disminuya en las próximas campañas.

## Campaña de vacunación antigripal 2000

La gripe es una enfermedad que, en la mayoría de los casos presenta un curso benigno limitándose a originar una clínica molesta que desaparece al cabo de unos días con el reposo y la administración de un tratamiento sintomático. Sin embargo, en aquellos grupos de personas consideradas con alto riesgo de padecer complicaciones, las posibles consecuencias de la infección por el virus *Influenza* pueden revestir una gravedad que obliga a adoptar las medidas de prevención oportunas. En este sentido, la eficacia de la vacuna antigripal ha sido ampliamente establecida a través de múltiples estudios científicos y la campaña de vacunación de los grupos de riesgo de nuestra Comunidad, que viene realizando Osakidetza desde hace más de una década, constituye una actuación preventiva que ha acumulado una importante experiencia positiva.

El objetivo general de la campaña de vacunación antigripal es disminuir la tasa de morbi-mortalidad causada por la gripe en la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco mediante la vacunación de los grupos de personas de mayor riesgo. Los objetivos operacionales son:

1. Vacunar, al menos, al 95% de la población mayor de 65 años en régimen de institucionalización permanente.
2. Lograr una cobertura mínima del 62% de la población mayor de 65 años adscrita a la red de Atención Primaria de Osakidetza.
3. Conseguir la mayor cobertura posible de las personas incluidas en los grupos de riesgo (OCFA, diabetes, cardiopatía crónica, nefropatía crónica, etc)

La campaña de vacunación antigripal 2000 se inició el día 18 de septiembre y finalizó el día 31 de octubre.

### Población diana

#### A. Personas con alto riesgo de padecer complicaciones:

- Personas de 65 años o más
- Personas menores de 65 años que presenten:
  - Obstrucción crónica al flujo aéreo (OCFA)
  - Diabetes
  - Cardiopatía crónica.
  - Enfermedad hepática crónica
  - Enfermedad renal crónica
  - Otras patologías de carácter crónico
  - Pacientes con terapia inmunosupresora
  - Niños que reciben tratamiento de larga duración con ácido acetilsalicílico.
  - Niños con degranocitosis y otras hemoglobinopatías.

#### B. Personas que pueden transmitir la gripe a otras personas con alto riesgo de complicaciones:

- Profesionales sanitarios de la Atención primaria (médicos, DUE, etc).
- Profesionales sanitarios de ámbito hospitalario y en especial aquellos que se encuentran en contacto con personas pertenecientes a alguno de los grupos de riesgo descritos (UCI, unidades de diálisis, oncología y neumología).

-Personal de residencias de la 3ª edad, geriátricos, etc, así como el perteneciente a servicios sociales de ayuda a domicilio.

### Estrategia para la campaña 2000

Aunque la cobertura alcanzada en nuestra Comunidad durante la campaña 1999 (58%) experimentó un incremento del 2% con respecto a la del año anterior (al mismo tiempo que el grupo de edad mayor de 64 años creció un 3%), la magnitud de las repercusiones asistenciales originadas por el pico epidémico ha obligado a considerar medidas excepcionales. Para esta campaña se ha realizado un esfuerzo adicional materializado en las siguientes iniciativas:

Se han concentrado los esfuerzos en conseguir una **mayor difusión del material**.

Se ha contratado la difusión de estos anuncios a través de las emisoras con mayor audiencia en nuestra Comunidad. Por otra parte, se ha procedido a la publicación en prensa de anuncios de la campaña durante el fin de semana anterior al inicio de la misma y también en el inmediatamente posterior. Por primera vez, el Consejero de Sanidad ha enviado una **carta personalizada a todas las personas mayores de 64 años de edad** aconsejando la vacunación antigripal en ejercicio de la función de garante de la salud de los ciudadanos que, como autoridad sanitaria, le corresponde.

Además, se ha solicitado en las **entidades bancarias** con mayor implantación entre los mayores de nuestra Comunidad (BBK, Kutxa, Vital, Caja Laboral Popular y Caja Rural Vasca) su colaboración, consistente en **ubicar en sus oficinas los carteles y los dípticos de la campaña 2000**. Estos puntos de difusión adicionales permiten aumentar el impacto, al ser lugares de paso obligado para muchos pensionistas o incluso personas de otras edades pertenecientes a alguno de los grupos de riesgo afectados.

Para potenciar la cooperación con los servicios sociales, se ha enviado una carta explicativa a los tres Diputados de Bienestar Social así como a los Alcaldes de los diferentes municipios de nuestra Comunidad, con el fin de que los **asistentes sociales de base** dependientes de estas instituciones insistieran en su ámbito, sobre la necesidad de vacunación de aquellas personas pertenecientes a los grupos de riesgo definidos. Por otra parte, en dicha carta se ofreció a las **Diputaciones** y a los **Ayuntamientos** la posibilidad de disponer carteles y/o dípticos de la campaña en aquellos puntos que consideraran oportunos (por ejemplo, en centros cívicos, polideportivos u hogares de jubilados).

Al igual que en la anterior campaña, se ha contactado con todas aquellas **asociaciones que representan a alguno de los grupos de riesgo en relación con la gripe** para conseguir su mayor implicación posible.

Se ha enviado una **carta personalizada a cada profesional sanitario** de Atención Primaria, agradeciendo el esfuerzo

realizado y subrayando el papel esencial desempeñado por el consejo sanitario del médico de familia y de la enfermería, así como por el apoyo del personal de las áreas de atención al cliente.

Por primera vez, se ha preparado para esta campaña un material de difusión (carteles) específicamente dirigido a los profesionales sanitarios que ha sido distribuido desde las Unidades de Salud Laboral.

La vacunación de los profesionales sanitarios constituye una prioridad por los siguientes motivos:

- se pueden considerar como un colectivo "estratégico" para hacer frente al incremento de la demanda asistencial que acompaña tradicionalmente a la epidemia gripal.
- pueden representar un riesgo de transmisión a terceros de la infección gripal, de especial trascendencia si se encuentran en contacto con pacientes especialmente susceptibles (UCI, inmunodeprimidos, etc.).

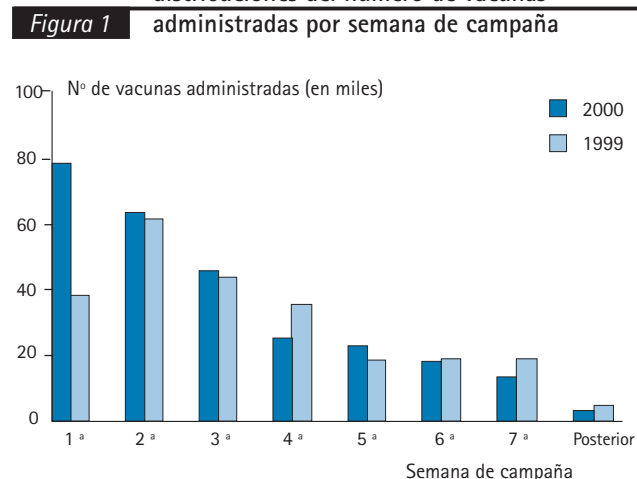
## Vacunas administradas

Durante la campaña de vacunación antigripal 2000 se han suministrado en la CAPV 306.406 vacunas de las que se han administrado 302.306, lo que supone un porcentaje de utilización cercano al 99% (98,66%). Con respecto a la campaña 1999, en la que se administraron 269.794 vacunas, se ha constatado este año un incremento del 12% en el número de vacunas administradas.

## Evolución de la campaña en el tiempo

Tal y como se aprecia en la Figura 1, en la campaña de vacunación 2000 el máximo se corresponde con la 1ª semana de campaña mientras que en 1999 se administró el mayor número de vacunas durante la 2ª semana

Comparación entre 1999 y 2000 de las distribuciones del número de vacunas administradas por semana de campaña



## Distribución por grupo de riesgo. Cobertura

El grupo de riesgo que representa el mayor volumen es el correspondiente a las personas de 65 años o más. Por otra parte, es el único del que podemos calcular la cobertura alcanzada con base poblacional, al ser el único del que disponemos un censo fiable.

Las coberturas alcanzadas en el grupo de riesgo constituido por las personas de 65 años o más figuran en la Tabla 1. Para

su cálculo, se han utilizado las proyecciones de población para el año 2000 actualizadas por el EUSTAT (última actualización 13-4-00).

Número de vacunas administradas y cobertura alcanzada en personas de 65 o más años por Territorio Histórico

**Tabla 1**

|          | Nº de vacunas administradas | Población > 65 (actualizada 2000) | Cobertura |
|----------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------|
| Álava    | 26.432                      | 44.400                            | 59,5%     |
| Bizkaia  | 129.222                     | 204.700                           | 63,1%     |
| Gipuzkoa | 79.747                      | 117.600                           | 67,8%     |
| CAPV     | 235.401                     | 366.800                           | 64,2%     |

El número de vacunas administradas en los restantes grupos de riesgo se detalla en la Tabla 2. La comparación entre 1999 y 2000, del número de vacunas administradas en los diferentes grupos de riesgo, se detalla en la Tabla 2.

Comparación del número de personas vacunadas por grupo de riesgo (1999-00)

**Tabla 2**

| Grupo de riesgo     | 1999 (nº) | 2000 (nº) | Variación porcentual |
|---------------------|-----------|-----------|----------------------|
| > 65 años           | 208.560   | 235.401   | 12,9 %               |
| OCFA*               | 15.386    | 17.272    | 12,3 %               |
| Diabetes            | 8.132     | 9.031     | 11,1 %               |
| Cardiopatía crónica | 7.082     | 7.556     | 6,7 %                |
| Hepatopatía crónica | 1.057     | 1.196     | 13,2 %               |
| Nefropatía crónica  | 984       | 1.103     | 12,1 %               |
| Personal sanitario  | 2.699     | 3.285     | 21,7 %               |
| Otros               | 25.894    | 27.462    | 6,1 %                |
| Total               | 269.794   | 302.306   |                      |

(\*) Obstrucción crónica al flujo aéreo

En conjunto, el número de vacunas administradas a profesionales sanitarios (de las que existe constancia) es de 5.416. De estas 5.416, se han administrado 3.127 a trabajadores de las organizaciones de servicios de Osakidetza lo que supone un incremento con respecto a 1999 del 31%.

## Conclusiones

- Para la campaña 2000 se ha realizado un esfuerzo importante destinado a aumentar la cobertura alcanzada.
- Se ha incrementado un 12% el número de vacunas administradas.
- La cobertura alcanzada en personas de 65 o más años ha sido del 64,2%; un 6% más que en la campaña anterior. Se ha superado el objetivo teórico fijado en 62% desde hace varios años.
- Se aprecia un progreso en cuanto a la vacunación del personal sanitario perteneciente a las organizaciones de servicios de Osakidetza (incremento del 31% con respecto a 1999). Sin embargo, el porcentaje de profesionales sanitarios vacunados, y en especial aquellos pertenecientes a servicios hospitalarios en los que la transmisión de la gripe de los profesionales sanitarios a los pacientes puede revestir mayor gravedad, parece claramente mejorable.
- Por otra parte, como ya viene siendo habitual, se ha superado ampliamente el objetivo específicamente dirigido a la vacunación de la población mayor de 65 años en régimen de institucionalización permanente.

Enrique Peiró

Coordinación de Programas de Salud Pública.

## Brote de hepatitis A en Gipuzkoa

Durante los nueve primeros meses de 2000 se detectó un aumento en el número de casos de hepatitis A en el Territorio Histórico de Gipuzkoa con respecto a la casuística de los años anteriores en el mismo período (8 en 1998 y 5 en 1999). Ante el aumento de casos se inició una vigilancia epidemiológica activa para el control de la enfermedad, solicitando colaboración a los laboratorios de microbiología y realizando la correspondiente encuesta epidemiológica a cada uno de los casos. Hasta la semana 38, se detectó un total de 69 casos de hepatitis A, de los que 34 eran mujeres y 35 varones; 19 casos eran menores de 20 años, y 50 tenían edades comprendidas entre los 20 y los 44 años. El 64% de los casos se concentró en San Sebastián, Pasajes, Oiartzun, Rentería e Irún, y un 6% en Eibar y en Beasain. Los restantes casos quedaron diseminados por los diferentes municipios de la provincia.

Las encuestas realizadas a los casos diagnosticados en las primeras semanas sugerían como posible factor de riesgo el consumo de marisco. Con el fin de contrastar esta hipótesis se llevó a cabo un estudio de casos y de controles con los casos diagnosticados hasta la semana 14. La definición de caso incluía a los pacientes con IgM anti VHA positiva, siendo excluidos los casos secundarios. Por cada caso fueron seleccionados dos controles según los siguientes criterios de inclusión: edad similar al caso (+/- 2 años), residencia en la misma localidad que el caso y ausencia de antecedentes de hepatitis A. Los factores de riesgo estudiados fueron: consumo de almejas o de otros mariscos (crudos o cocinados), consumo de agua de manantial, viajes a zonas endémicas, consumo de verduras crudas, y trabajo en guardería o institución cerrada.

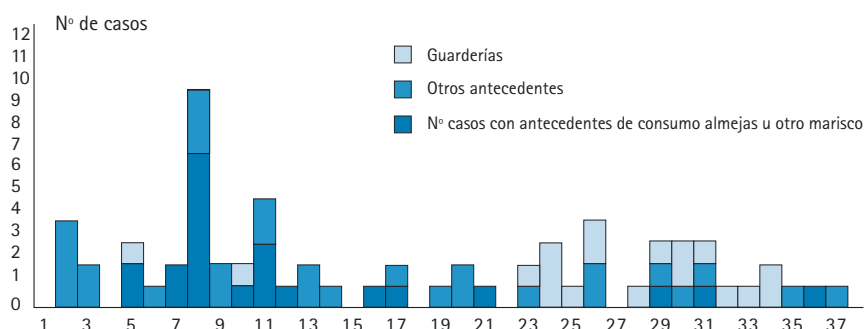
Del conjunto de factores analizados, solamente se observaron diferencias significativas en el caso de consumo de marisco, siendo el riesgo de infección por virus de hepatitis A cinco veces mayor entre los consumidores de almeja cruda y semicruda que entre los que no consumidores (OR=5; IC 95%: 1,04-24,12). Sin embargo, no se observó diferencia de riesgo cuando se analizó el consumo de almeja cocinada. Los resultados confirmaron la existencia de un brote de hepatitis A, en el que el consumo de la almeja cruda o semi-cruda era el alimento involucrado.

Con posterioridad al desarrollo del estudio de casos y de controles, 34 nuevos casos de hepatitis A fueron notificados, en los que el factor de riesgo más frecuente fué el contacto previo con casos de hepatitis A o el consumo de marisco crudo. La información recogida a lo largo de las 38 semanas permitió diferenciar dos agregaciones de casos durante el periodo estudiado: la primera entre las semanas 5 y 22 que agrupó 42 casos y cuyo factor de riesgo predominante fue la ingesta de almeja cruda o semi-cruda y la segunda entre las semanas 23 y 38 que agrupó a 27 casos relacionados fundamentalmente con 2 guarderías. Este segundo brote afectó a los niños de dichas guarderías de San Sebastián, a sus cuidadores, y/o padres-familiares, siendo el mecanismo de transmisión de persona a persona.

Como medida de control de la transmisión de la enfermedad, se actuó en todos los casos según el protocolo vigente, y se administró inmunoglobulina y vacuna a los contactos a riesgo y se facilitaron normas de higiene con el fin de minimizar los riesgos de transmisión de la infección. Por otro lado, se procedió a la toma de muestras de almeja en los distintos viveros de la provincia, así como a analizar los lodos de las depuradoras de este marisco. De los cinco viveros estudiados, los análisis en las muestras de almeja dieron resultado positivo al virus en cuatro, y los lodos en uno de los viveros. Actualmente un equipo multidisciplinar de la Subdirección de Salud Pública está estudiando la posible contaminación de los bivalvos (en origen, en vivero, etc.) y su control con el fin de prevenir el riesgo que implica para la salud la ingesta de almeja cruda o semi-cruda. En resumen, se trata de un brote de hepatitis A cuyo vehículo de transmisión inicial fué el consumo de marisco crudo o semi-crudo (almeja), seguido de casos en los que predominó la transmisión de persona a persona en el seno de dos guarderías o entre sus familiares. Los resultados sugieren cambios en el patrón epidemiológico de la hepatitis A en nuestro medio, motivado por el aumento de población susceptible entre los adultos retrasando en muchos casos la aparición de la enfermedad a la segunda y tercera década de la vida. Isabel Larrañaga y Junkal Artieda. Departamento de Sanidad

Distribución del número de casos de hepatitis A, en función de la semana de inicio de los síntomas y factores de riesgo.

Figura 1



## Brote de legionelosis en Bizkaia asociado a un club de alterne

Entre los meses de mayo y noviembre de 1999 la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia detectó, a través del Sistema de Enfermedades de declaración Obligatoria (EDO), un aumento del número de neumonías por *Legionella* declaradas en Bizkaia.

Este aumento se producía básicamente por los casos de pacientes con domicilio en municipios de la comarca sanitaria Ezkerraldea-Enkarterri, hombres, y de edades comprendidas entre los 30 y los 49 años. Se descartó que este exceso de casos se debiera a una mayor utilización de la detección de antígeno en orina como método diagnóstico de legionelosis. La encuesta epidemiológica realizada a todos los casos no daba ninguna pista que orientara hacia una exposición común, a pesar de que además de las preguntas habituales, se interrogó a los casos expresamente acerca de lugares de ocio, bares, sitios de copas, etc.

El 9 de diciembre se declaró un nuevo caso a quién se realizó la encuesta epidemiológica de manera urgente, estando todavía ingresado en la UCI del Hospital de Cruces. Esta encuesta reveló un antecedente de interés en los 10 días previos al inicio de síntomas: el paciente había estado en un club de alterne y había utilizado la ducha de una de las habitaciones. Este club estaba ubicado en la misma comarca sanitaria donde se estaba produciendo el aumento de casos, por lo que los técnicos de Salud Pública de dicha comarca visitaron esa misma tarde sus instalaciones. Se decidió, asimismo, reencuestar a los casos, haciéndoles expresamente la pregunta de si había acudido a ese club los 10 días previos al inicio de síntomas y, en caso afirmativo, qué instalaciones habían utilizado.

### Estudio del brote

#### Estudio epidemiológico

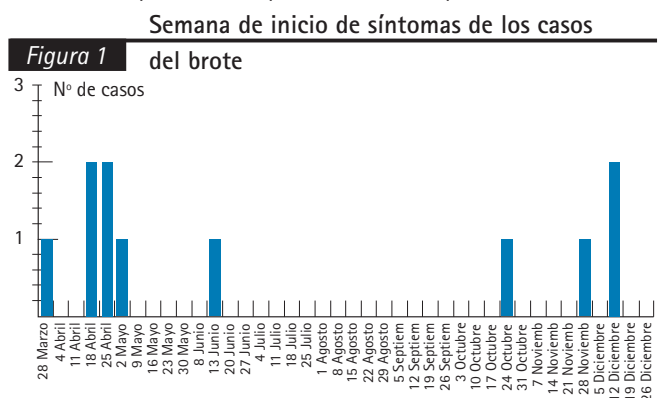
De los 36 casos de legionelosis declarados en Bizkaia a lo largo de 1999 (tasa 3,15 por 100.000 habitantes), no se interrogó sobre el antecedente concreto de la exposición al club a 12 casos, 3 por pertenecer al brote del balneario de Zestoa, 5 con antecedentes de viaje, 2 mujeres de más de 70 años, un caso nosocomial posible y un caso fallecido. A los 24 casos restantes se les interrogó sobre la visita al club de alterne y el uso de las diferentes instalaciones durante el periodo previo al inicio de síntomas.

#### Estudio medioambiental

Durante la inspección del local se midieron la temperatura y humedad ambiental con el establecimiento cerrado al público. Se tomaron muestras de agua de las duchas, del jacuzzi y de la bañera de hidromasaje y se midieron los niveles de cloro y temperatura del agua. Se investigó el tipo de bañera de hidromasaje y jacuzzi (dotación, características) y el mantenimiento técnico e higiénico. Además, se investigó el tipo del sistema de renovación y acondicionamiento de aire y el mantenimiento técnico e higiénico. Se indagaron las posibles incidencias en la red de distribución de agua.

### Resultados

Se reencuestaron un total de 24 casos, 11 de los cuales declararon haber visitado el club sospechoso. La Figura 1 muestra la distribución de dichos casos en el tiempo, según la semana de inicio de síntomas, que muestra dos periodos epidémicos, antes y después del verano. El diagnóstico de todos estos casos se realizó por detección de antígeno en orina, no disponiéndose de ningún cultivo de *Legionella* para su identificación. Se aisló *Legionella pneumophila* serogrupo 1 subtipo Pontiac (Knoxville) en el jacuzzi e hidromasaje, así como en las duchas de dos habitaciones del club. Este mismo tipo de *Legionella* se aisló en un paciente de las características de los implicados en el brote, a quien no se pudo encuestar por haber fallecido.



### Medidas de prevención y control

El local permaneció cerrado desde el 13 de diciembre hasta el 17 de enero y se realizó una limpieza por una empresa especializada mediante desinfección química de los elementos desmontables de la grifería. Se cambiaron 3 calentadores para poder realizar choques térmicos. Además, se realizó desinfección química de la bañera de hidromasaje y del jacuzzi y en este último se corrigió el sistema de recirculación. En el sistema de aire se cambiaron los filtros y se realizó tratamiento químico. Se indicaron unas pautas de mantenimiento a los responsables del local.

### Discusión

Los resultados de la encuesta epidemiológica, las deficiencias halladas en las instalaciones y los resultados microbiológicos indican que la visita al club de alterne ha sido el origen del brote y explicaría el exceso de casos en la comarca Ezkerraldea-Enkarterri. Como hipótesis causal más plausible se apunta a la presencia de *Legionella* en agua y/o calentadores, que crecería posteriormente en circuito de agua caliente y que se incorpora al aire en forma de aerosol por el sistema de producción de vapor. No se han detectado casos en los trabajadores; esto puede ser debido a que son más jóvenes, mujeres en su mayoría, y que el contacto diario ha podido llevarles a desarrollar inmunidad o fiebre de Pontiac.

Eva Alonso

Departamento de Sanidad

# Vigilancia Epidemiológica

## Enfermedades de Declaración Obligatoria. Datos correspondientes a las semanas 1-48 de 2000\*

| C.A.P.V.                 | Nº casos | Tasa     | I.E.**1 | I.E.**2 |
|--------------------------|----------|----------|---------|---------|
| Botulismo                | 3        | 0,14     | -       | -       |
| Cólera                   | 0        | -        | -       | -       |
| Disentería               | 7        | 0,33     | 3,50    | 1,75    |
| Fiebre tifo-paratífica   | 7        | 0,33     | 1,00    | 0,78    |
| Triquinosis              | 0        | -        | -       | -       |
| Enfermedad meningocócica | 84       | 4,00     | 1,18    | 1,14    |
| Gripe                    | 84.218   | 4.014,10 | 0,60    | 0,62    |
| Legionelosis             | 69       | 3,29     | 1,64    | -       |
| Meningitis tuberculosa   | 7        | 0,33     | 1,00    | 1,00    |
| Tuberculosis             | 528      | 25,17    | 0,82    | 0,75    |
| Varicela                 | 8.252    | 393,32   | 0,74    | 0,84    |
| Infección gonocócica     | 34       | 1,62     | 1,17    | 0,50    |
| Sífilis                  | 8        | 0,38     | 0,62    | 0,62    |
| Difteria                 | 0        | -        | -       | -       |
| Parotiditis              | 100      | 4,77     | 1,89    | 1,43    |
| Poliomielitis            | 0        | -        | -       | -       |
| Rubéola                  | 19       | 0,91     | 2,71    | 1,73    |
| Sarampión                | 4        | 0,19     | 1,33    | 0,40    |
| Tétanos                  | 2        | 0,10     | 1,00    | 1,00    |
| Tos ferina               | 42       | 2,00     | 0,49    | 0,49    |
| Hepatitis A              | 100      | 4,77     | 2,38    | 1,27    |
| Hepatitis B              | 33       | 1,57     | 1,06    | 0,83    |
| Hepatitis C              | 90       | 4,29     | 0,95    | -       |
| Otras hepatitis víricas  | 0        | -        | -       | -       |
| Brucelosis               | 16       | 0,76     | 1,84    | 1,00    |
| Rabia                    | 0        | -        | -       | -       |
| Fiebre amarilla          | 0        | -        | -       | -       |
| Paludismo                | 17       | 0,81     | 0,89    | 1,21    |
| Peste                    | 0        | -        | -       | -       |
| Tifus exantemático       | 0        | -        | -       | -       |
| Lepra                    | 0        | -        | -       | -       |
| Rubéola congénita        | 0        | -        | -       | -       |
| Sífilis congénita        | 0        | -        | -       | -       |
| Tétanos neonatal         | 0        | -        | -       | -       |

Datos provisionales correspondientes al período 2 de Enero, 2 de Diciembre. Además, es preciso tener en cuenta que algunos procesos están sujetos a declaración individual desde 1997, pero sólo a numérica anteriormente. (\*\*) I. E. 1 (Índice epidémico 1) es la razón entre los casos presentados para una enfermedad en el período mencionado y los casos presentados para dicha enfermedad durante el mismo período del año anterior (1998). I. E. 2 (Índice epidémico 2) es la razón entre los casos presentados para una enfermedad en el período mencionado y la mediana de los casos presentados para dicha enfermedad durante el mismo período del quinquenio anterior (1994-98).

Porcentaje de declaración para el conjunto de la C.A.P.V. = 57%

De estos datos provisionales cabe destacar el aumento de casos de legionelosis, parotiditis, rubéola y hepatitis A; disminuyen la gripe, tuberculosis, varicela y tos ferina.

## Actualidad de la encefalopatía espongiforme bovina

La aparición en el Estado Español de los nueve primeros casos de encefalopatía espongiforme bovina (EEB) ha sembrado alarma entre la población, generando una considerable desconfianza en la seguridad de determinados alimentos, particularmente la carne.

Y sin embargo, este hecho poco cambia en la valoración que de la situación en relación con la salud hacen los expertos. Ya en mayo de 2000 el informe de la Comisión Europea sobre el riesgo de la aparición de la EEB en España, consideraba como probable la aparición de casos. Los expertos comunitarios, una vez inspeccionada la cabaña de vacuno (su procedencia, las medidas de seguridad, etc.), apuntaban a lo que al fin ha ocurrido este otoño-invierno.

### ¿Qué valoración podemos hacer al momento actual de la EEB en Europa?

La enfermedad, que tuvo su origen en el Reino Unido, sigue causando allí el mayor número de casos. Y si bien en franca regresión desde 1992 (36.000 casos) hasta poco más de 1.000 este año, lo que más preocupa es el aumento de casos en ese país de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, nueva variante (nv). Esta enfermedad, según la mayoría de los expertos, estaría originada por el consumo de carne de vacuno infectada por la EEB y aquí sí que los datos son preocupantes. De 15 fallecidos el pasado año, se va a pasar a al menos 31 en el año 2000. Es evidente que todo lo que podamos hacer por evitar que algo similar ocurra en nuestra Comunidad debe ser llevado a cabo.

Al valorar la situación en la CAPV es preciso indicar que hasta ahora ni la EEB ni la nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob han aparecido en nuestra Comunidad. Tanto en un caso como en el otro el sistema de vigilancia mostrado al respecto haría poco menos que imposible que un caso de cualquiera de las dos enfermedades pasase desapercibido. Todas las explotaciones ganaderas y mataderos están apercebidos de la sintomatología que la EEB produce en el ganado, y a la menor sospecha los animales son retirados y analizados. Todos los casos con sintomatología sospechosa que se han analizado han dado negativo a EEB en la analítica realizada. Aparte de ello, y de manera aleatoria, se llevan a cabo en la CAPV análisis en explotaciones ganaderas en base a un plan elaborado por los Departamentos de Agricultura y Sanidad.

En los dos últimos años se han realizado más de 500 análisis, siendo todos ellos negativos a EEB. Téngase en cuenta que en el resto del Estado, y en el mismo período, sólo se han efectuado 1.200 análisis, lo que indica bien a las claras el esfuerzo que estamos realizando.

Por otra parte, desde 1993 existe en nuestra Comunidad un registro epidemiológico de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

que lleva a cabo un seguimiento de todos los casos de esta enfermedad, bien sea la llamada clásica variante, en nada relacionada con el consumo de carne, o de la nueva variante, que como hemos explicado aún no se ha dado en la CAPV. El seguimiento es importante porque un diagnóstico diferenciado y definitivo de las dos variantes sólo se puede hacer tras el fallecimiento del paciente, con la correspondiente autopsia. Como centro de referencia se ha elegido el Hospital de Txagorritxu en Vitoria, donde bajo la dirección del Dr. Gonzalo Bautista se llevan a cabo las autopsias. En los dos últimos años hemos conseguido con una única excepción, realizar autopsias a todos los fallecidos por Creutzfeldt-Jakob.

A los sistemas de vigilancia diagnóstica se han sumado desde 1996 el cumplimiento de todas las resoluciones de la Unión Europea en relación con la EEB.

Así este año se prohibió la importación de carne británica y desde entonces se retiraron en los mataderos todos los así llamados tejidos de riesgo (MER) de los animales de más de un año procedentes de Francia, Irlanda, Portugal y Suiza, países que ya entonces contaban con bastantes casos de enfermedad. Desde el 1 de octubre de este año esta medida se ha extendido a todos los animales de más de un año, sacrificados en mataderos, y estos residuos son enviados a plantas de incineración.

Además, y desde 1994, el departamento de Agricultura vigila para que la prohibición de alimentos a rumiantes con proteínas animales sea observado en toda nuestra Comunidad. Este mismo Departamento está elaborando un plan por el cual todos los residuos llamados MER van a ser, como la resolución europea propone, incinerados en nuestra Comunidad, con lo que es de esperar que en el más breve plazo posible de tiempo podamos cumplir estrictamente con la normativa europea.

Es ésta pues, en breves líneas, la situación actual de la EEB y de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en Euskadi. Aún libres en el momento actual de las dos enfermedades, es absolutamente imprescindible que todos los responsables de Salud Alimentaria, como los de Sanidad Animal, extrememos las medidas precautorias ante unas enfermedades, que por su reciente aparición y el consiguiente desconocimiento de muchas de sus características, pueden depararnos sorpresas desagradable, para las que demomento sólo disponemos de medidas precautorias.

Una predicción de cuál va a ser la tendencia en los próximos años, es difícil de realizar. El ejemplo del Reino Unido en las EEB, muestra que planes de erradicación radicales muestran un éxito relativo, ya que la desaparición de la enfermedad va algo más lento que lo esperado. En cuanto a la Creutzfeldt-Jakob (nv) sigue aumentando y está aún por ver cuándo las medidas preventivas tomadas en el reino Unido en 1996 empiezan a traducirse en un descenso en el número de casos.

**Luis González de Galdeano**  
Director de Salud Pública.

# Programas de Salud Pública

## El proyecto Zainbide de prevención de lesiones accidentales

El proyecto Zainbide de prevención de lesiones accidentales infantiles tiene como objetivo modificar los comportamientos del padre y de la madre para adoptar pautas de conducta más seguras con sus hijos o hijas menores de 5 años. Para conseguir dicho objetivo los equipos de pediatría de Atención Primaria llevan a cabo, durante las visitas programadas de control del niño sano, un consejo preventivo y entregan a los padres las Guías de Seguridad Infantil.

Durante 1999 se ha seguido trabajando con padres y madres los consejos preventivos referidos al uso de sistemas de sujeción cuando el bebé va en automóvil, a caídas desde superficies altas, atragantamiento por objetos pequeños, quemaduras en la cocina, a guardar las medicinas fuera de su alcance y a cerrar las ventanas y puertas de la habitación donde se encuentre el bebé. Asimismo, se ha continuado con la formación de pediatras y de ATS/DUE mediante un módulo de 14 horas de duración.

Igualmente, se ha proseguido con el registro de lesiones accidentales en las consultas de pediatría con el fin de conocer las características epidemiológicas de los accidentes y evaluar el impacto de la intervención preventiva.



La evaluación inicial del proyecto se llevó a cabo en 1998, antes de comenzar la intervención, mediante encuestas a profesionales de pediatría y a padres y madres. Durante 1999 se ha seguido con la evaluación de proceso mediante grupos focales y entrevistas semidirigidas a los y las profesionales participantes en el proyecto.

El modelo de intervención, centrado en la teoría de las etapas del cambio conductual de Prochaska, no es sencillo de llevar a la práctica por las dificultades que entraña la realización del diagnóstico de motivación. La formación de las y los profesionales se ha centrado en ello con el fin de intentar subsanar estas dificultades.



Durante 1999 y según el registro de lesiones accidentales realizado en las consultas de pediatría, han habido 1.967 accidentes en menores de 5 años, lo que supone una tasa de 101,5 por mil (en 1998 fué de 101,7 por mil). El 54% de esos accidentes se ha producido en el hogar; el 19% en la calle; y el 11% en el colegio-guardería. por otra parte, el 82% han sido caídas y golpes; el 8%, quemaduras; el 2%, accidentes de tráfico, y otro 2%, ingesta de cáusticos y medicamentos. Han precisado hospitalización 49 niños o niñas y 2 casos han sido atendidos en la UCI. Tasas y datos porcentuales indican que no se ha registrado variación significativa respecto a 1998.



En otro orden de cosas, la Dirección de Salud Pública ha seguido participando en la Comisión de Seguridad Vial para la prevención de los accidentes de tráfico.

Además y con el fin de conocer el número real de personas fallecidas a 30 días por accidente de tráfico en la CAPV, ha mantenido un sistema activo de recogida de información de todos los hospitales de agudos de Osakidetza/SVS.

**Juan Zuazagoitia**  
Departamento de Sanidad



## Actualidad

### ¿Se han aprendido las lecciones enseñadas por la epidemia de encefalopatía espongiforme bovina en el Reino Unido?

En este artículo el autor analiza los diferentes problemas que se han presentado para llevar a cabo el control de la encefalopatía espongiforme bovina en el Reino Unido: múltiples retrasos, conflictos de intereses entre la Salud Pública y los intereses comerciales y políticos, deficiente información a la población y actuaciones inapropiadas. Por otra parte, establece una relación de las consecuencias de esta crisis: destrucción de la industria cárnica inglesa, perjuicios para la salud de los jóvenes, desconfianza en los expertos, desacreditación de las autoridades, protección de la Salud pública minada y promoción de actuaciones anárquicas.

Resume las lecciones a aprender de la siguiente manera:

- Asegurar que el ganado se alimenta con proteínas vegetales.
- Evitar que los animales enfermos entren en la cadena alimentaria humana.
- Delimitar las responsabilidades de la Salud Pública y del comercio.
- Establecer un sistema de vigilancia de la Salud Pública y registros sanitarios.
- Promover las investigaciones oportunas.
- Decir la verdad.

O'Brien M. Have lessons been learned from the UK bovine spongiform encephalopathy (BSE) epidemic. *International Journal of Epidemiology* 2000; 29: 730-33.

### Diferencias de género en factores de riesgo, tratamiento y mortalidad en pacientes con infarto agudo de miocardio: un estudio observacional.

Se trata de un estudio prospectivo observacional para investigar las diferencias de género en factores de riesgo, tratamiento hospitalario tras un infarto agudo de miocardio (IAM) y la mortalidad al alta y a los dos años del episodio. Se analizó la información demográfica y clínica de 2.196 episodios (2.153 personas: 850 mujeres y 1.303 hombres) confirmados de IAM. ingresado en hospitales públicos de Yorkshire. Los hombres resultaron ser más jóvenes y con un porcentaje significativamente superior de fumadores o exfumadores y antecedentes de IAM previo o revascularización. Por otra parte, las mujeres presentaban con más frecuencia historia de hipertensión, diabetes o valvulopatía.

La mortalidad intrahospitalaria era superior en mujeres que en hombres y la diferencia se mantuvo tras ajustar por edad y factores de riesgo, perdiendo significancia estadística tras ajustar por tratamiento. El porcentaje de mujeres que

recibieron trombolisis y/o aspirinas fué menor al igual que las que eran dadas de alta con betabloqueantes y aspirina. También fué inferior el número de mujeres derivadas para angiografía, prueba de esfuerzo o revascularización.

La mortalidad a los dos años fue superior en mujeres, sin embargo, las diferencias eran debidas en su mayor parte a las diferencias de edad, factores de riesgo y tratamientos durante el periodo post-IAM inmediato.

Los autores sugieren que las diferencias en tratamiento de las personas de mayor edad pueden contribuir a los peores resultados observados en mujeres tras IAM.

Hanratty B, Lawlor DA, Robinson MB, Sapsford RJ, Greenwood D, Hall A. Sex differences in risk factors, treatment and mortality after acute myocardial infarction: an observational study. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 912-916.

### Arsénico total e inorgánico en pescado fresco y procesado.

Se determinaron los contenidos en arsénico inorgánico y total de 153 muestras de pescado consumido en el País Vasco: pescados blanco y azul, moluscos, crustáceos y conservas. El pescado blanco presentó niveles más elevados de arsénico total y más bajos de arsénico inorgánico que el azul, motivado quizás por la diferente metabolización del arsénico inorgánico. El 66% de las muestras superaban el nivel máximo de arsénico total permitido por la legislación más estricta (1µg/g peso húmedo).

Sin embargo, los niveles encontrados de arsénico inorgánico se hallaban muy por debajo de los máximos autorizados por la única legislación existente al respecto (Nueva Zelanda 2µg/g peso húmedo).

Dado que las formas más tóxicas de arsénico se encuentran en los compuestos inorgánico y que los compuestos orgánicos tienen muy poca o ninguna toxicidad, las autoras recomiendan el establecimiento de legislación que haga referencia al contenido de arsénico inorgánico.

Muñoz O, Devesa V, Suñer MA, Vélez D, Montoro R, Urieta I, Macho ML y Jalón M. *J Agric Food Chem* 2000; 48: 4369-76.

### Utilización de teléfonos móviles y riesgo de cáncer cerebral.

Existen pocos datos sobre los posibles efectos sobre la salud derivados de la utilización de los teléfonos móviles. Este estudio caso-control plantea la relación entre la utilización de dichos teléfonos y riesgo de padecer tumores cerebrales primarios. Se realizó entre 1994 y 1998 en 5 centros médicos universitarios americanos, utilizando 469 hombres y mujeres entre 18 y

y 80 años diagnosticados de cáncer cerebral primario apareados con 422 controles sin cáncer. Se valoró la asociación entre la utilización del teléfono móvil en horas por mes, los años de uso y el riesgo de padecer cáncer cerebral. La media de uso del móvil fue de 2,5 horas/mes en los casos y 2,2 horas/mes en los controles y los años de uso fueron de 2,8 años en los casos y 2,7 años en los controles. Se realizó un análisis multivariado y el de Odds Ratio (OR) de los pacientes que utilizaban regularmente el móvil comparado con los pacientes que nunca los habían usado no fue significativa OR 0,85 (95% IC: 0,6-1,2). El OR entre los usuarios poco frecuentes (<0,7 horas/mes) fue de 1,0 (95% IC: 0,5-2,0) y el de los considerados usuarios frecuentes (>10,1 horas/mes) fue 0,7 (95% IC: 0,3-1,4). Los casos sufrieron tumores con mayor frecuencia en el mismo lado de la cabeza donde se utiliza el móvil (26 vs 15 casos; p=0,6), aunque cuando el tumor afectaba al lóbulo temporal fue más frecuente la afectación contralateral (9 vs 5p=0,33). El OR fue menor de 1 para todos los tipos de cáncer excepto para un tipo de cáncer neuroepitelial poco frecuente. Los autores concluyen que según el estudio no hay asociación entre el uso de teléfonos móviles y el cáncer cerebral, aunque plantean la necesidad de estudios adicionales de mayor duración que valoren períodos largos de inducción y tumores de crecimiento lento.

Muscat JE, Malkin MG, Thompson S, Shore RE, Stellman SD, McRee D et al. Handheld cellular telephone use and risk of brain cancer. *JAMA* 2000; 3:001-7.

### Revisión de la ficha técnica del zanamivir.

La FDA ha revisado las indicaciones para el zanamivir (Relenza) atendiendo a nuevos datos sobre su seguridad. La FDA autorizó dicho medicamento en 1999 para ser utilizado como antiviral frente a la gripe (Influenza). En la ficha técnica original se indicaba que el zanamivir podía producir broncoespasmo o alteraciones de función pulmonar, no demostró eficacia, y debía ser utilizado con precaución, en pacientes con asma p enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Esta nueva revisión indica que debido a posibles efectos adversos severos no debe utilizarse en estos pacientes. Asimismo, en el apartado de precauciones, alerta sobre posibles reacciones alérgicas y sobre la aparición de infecciones bacterianas como complicaciones de la gripe tras el uso del medicamento.

Henney JE. revised labeling for zanamivir. *JAMA* 2000; 284:1.234.

### La gripe y los nuevos antivirales: riesgo de diagnósticos erróneos y de mal uso de antivirales.

Muchas veces es difícil distinguir entre gripe y otras infecciones de las vías respiratorias. Con la llegada al mercado farmacéutico de los nuevos antivirales para el tratamiento de la gripe, con toda la publicidad asociada, podrían acrecentarse los riesgos de diagnósticos incorrectos y el mal uso de los medicamentos. La introducción de los inhibidores de la neuraminidasa ha sido acogida como un gran adelanto en el tratamiento de la gripe. Los estudios han demostrado que el zanamivir inhalado y el oseltamivir oral reducen la duración de los síntomas gripales. La cobertura mediática de la gripe, la intensa promoción farmacéutica de los nuevos agentes antivirales y la cada vez mayor autoeducación del paciente a través de Internet han renovado el interés por la gripe y particularmente por su tratamiento. Entre los problemas más serios que esto ha

conllevado está el diagnóstico erróneo y la posibilidad de un mal uso de los antivirales contra la gripe.

La Food and Drug Administration (FDA), el 12 de enero de 2000 emitió un aviso después de haber sido informada de que varios pacientes tratados con zanamivir por una gripe habían fallecido a causa de infecciones bacterianas no identificadas, recordando a los médicos una prescripción prudente. Estos pacientes tenían problemas respiratorios subyacentes y no se conocen más detalles de estos casos.

LLCM. Influenza and new antivirals: potential for misdiagnosis and possible misuse of antivirals. *CCDR* 2000; 26-23: 202-205.

### Una vacuna para la enfermedad de Alzheimer?

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por una demencia devastadora y cambios físicos anormales en el cerebro. Pero todavía no está claro qué es lo que causa la demencia, aunque se sospecha de las placas de un péptido llamado amiloide beta que se pueden acumular en densas marañas proteicas. Cuando el amiloide beta se ha utilizado como vacuna en ratones, se ha reducido la formación de placas de amiloide.

Dos artículos de Nature relacionan la formación de placas con la disfunción cerebral, dando esperanzas de que puede ser posible mejorar la demencia simplemente interrumpiendo la deposición de amiloide beta. Un tercer artículo añade validez a los anteriores, diferenciando los efectos de la enfermedad de los del envejecimiento ordinario de los ratones.

Estos tres estudios suscitan la esperanza de que puede que no estén lejos los ensayos con la vacuna humana.

<http://www.nature.com/nature/fow/001221.html>.

## Redacción

Salud Pública  
Osasun Publikoa

Gobierno Vasco.  
Departamento de Sanidad.  
C/Duque de Wellington, 2  
01010 Vitoria-Gasteiz  
Tel.: 945 01 92 03  
Fax: 945 01 91 92  
e-mail: bolepi-san@ej-gv.es

### Comité de redacción:

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

### Edición:

Enrique Peiró

Diseño: Neverland, S.L.  
Imprime: Gráficas Crono  
Semestre 1.  
Número 10/2001  
Depósito Legal: BI-2874-98