



Índice

Contenidos

Vigilancia Epidemiológica

- La tuberculosis en la CAPV. 2
- Paludismo: situación en la CAPV y profilaxis 4
- EDO 2002 semanas 9-24. 6

Programas de Salud Pública

- Productos dietéticos. 7
- Los sistemas de autocontrol en los establecimientos alimentarios de la CAPV. 9
- Guía práctica para el diseño del plan de autocontrol de *Legionella*. 10
- Un nuevo decreto autonómico sobre residuos sanitarios. 11
- Murciélagos y virus de la rabia. 11

Tribuna Abierta

- Mycobacterium tuberculosis* en Gipuzkoa. Situación actual de la resistencia a fármacos (1993-2001). 13

Actualidad

- La Región Europea de la OMS es declarada libre de poliomielitis. 14

Editorial

El estudio de las toxiinfecciones alimentarias y la adopción de las medidas correctoras derivadas de las conclusiones alcanzadas, constituyen funciones esenciales, asumidas por la autoridad sanitaria responsable de la Salud Pública en nuestra Comunidad.

En muchas ocasiones, la magnitud del brote, sea por la importancia cuantitativa del número de afectados o sea por las repercusiones económicas o mediáticas del evento en el que se ha producido, facilita una pronta puesta en conocimiento de los profesionales sanitarios encargados de realizar la investigación. Sin embargo, esto no siempre es así, ya que en otras ocasiones las toxiinfecciones pasan absolutamente desapercibidas o se conoce su existencia a posteriori, a veces a través de los medios de comunicación, siendo entonces extremadamente difícil completar su estudio e identificar los factores contribuyentes que las propiciaron.

Son muchas las razones que pudieran explicar esta infradeclaración de las toxiinfecciones alimentarias y entre ellas figuran la sintomatología leve de los afectados que condiciona una escasa demanda de asistencia sanitaria, la posible dicotomía existente entre el lugar de consumo de los alimentos sospechosos y el lugar de residencia de los comensales, la "discreción" de determinados responsables de establecimientos de hostelería, etc...

También es preciso reconocer que la trascendencia del estudio de un pequeño brote de intoxicación alimentaria circunscrito al ámbito familiar no es comparable al producido con la ocasión de un evento en el que el número de afectados se multiplica.

No obstante, es preciso recordar que ante la sospecha de una toxiinfección alimentaria, su notificación a las autoridades de Salud Pública es una obligación legal para el conjunto de los profesionales sanitarios que ejercen su profesión tanto en el ámbito privado como en la red de Osakidetza/Servicio vasco de salud. Esta obligación legal se enmarca en el contexto de la declaración obligatoria de enfermedades (EDO) con carácter de urgencia.

En último término, hay que insistir en que, más allá del mencionado imperativo legal, la notificación temprana ante cualquier sospecha de toxiinfección alimentaria es esencial desde el punto de vista sanitario ya que permite desarrollar los pertinentes estudios epidemiológicos de los cuales surgirán recomendaciones/mejoras destinadas a lograr una mayor seguridad alimentaria a través de la identificación de los factores de riesgo y de los alimentos implicados.

Tuberculosis en la CAPV

Aunque han pasado más de 100 años desde el descubrimiento del bacilo de Koch, y más de 50 desde que existe tratamiento efectivo, la tuberculosis sigue siendo un grave problema de salud, de manera que se estima que para el año 2005 se producirán más de 10 millones de casos anuales, la mayoría en los países del tercer mundo (figura 1). El Departamento de Sanidad en repetidas ocasiones ha expresado su preocupación al considerar que su incidencia en la CAPV (aun siendo similar a la incidencia media del Estado español) es muy superior a la que cabría esperar, considerando los medios de que disponemos, y ha editado diversos documentos para su utilización por el personal sanitario. Recientemente, el pasado año, publicó un documento titulado "Programa de prevención y control de la tuberculosis" preparado por un grupo de expertos procedentes del ámbito socio-sanitario de la CAPV.

En este informe se resume la situación de la enfermedad en la CAPV a la vista de los datos disponibles.

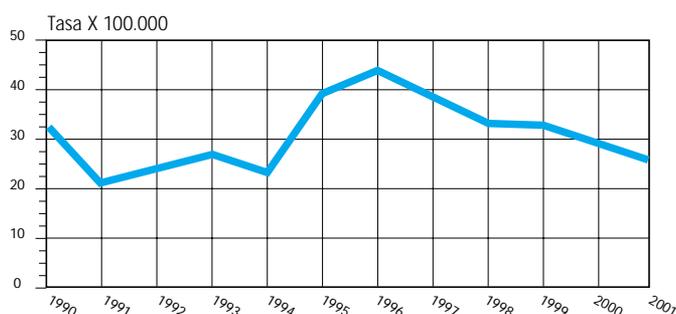
Casos y tasas (X10⁵) de tuberculosis por Comarcas. 1996-2001

Tabla 1

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

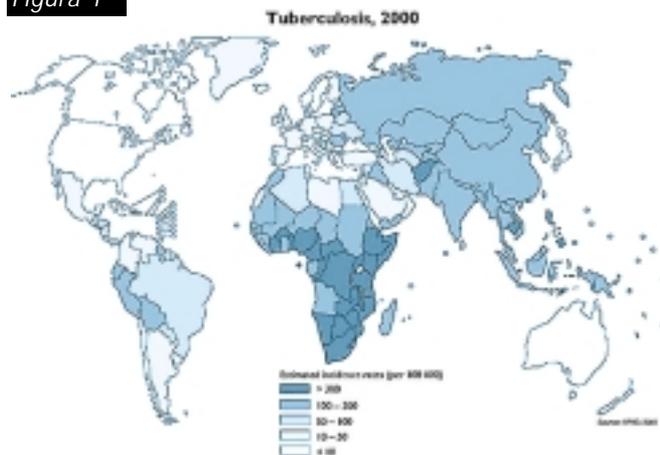
Evolución de la incidencia de tuberculosis en la CAPV

Figura 2



Distribución mundial de la tuberculosis

Figura 1



En el año 2001 se diagnosticaron 538 casos, con una tasa de 25,64 casos por 100 mil habitantes. Como se puede ver en la tabla y en la figura 2, esta incidencia es la más baja de los últimos años; hay que señalar al respecto que, pro-

bablemente, la incidencia real antes de 1996 era más elevada de lo que se indica, debido a problemas de infradeclaración de casos, situación subsanada a partir de ese año al tomar parte la CAPV en el Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (PMIT). Por comarcas sanitarias, es Gipuzkoa-Oeste donde se registra la incidencia más alta, si bien se constata que el descenso se produce en todas las Comarcas excepto en la Comarca Araba, donde la situación permanece estable. Por Territorios, Gipuzkoa tiene la tasa más alta (tabla 2)

Casos y tasas de tuberculosis por Territorio, año 2001

Tabla 2

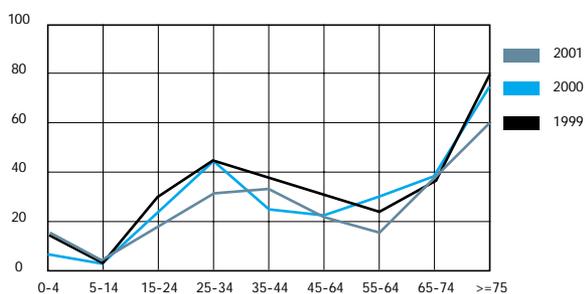
Territorio	Nº Casos 2001	Tasa TH X 10 ⁵
ALAVA	73	25,90
BIZKAIA	269	23,60
GIPUZKOA	196	28,99
Total	538	25,64

La distribución por género muestra una incidencia más elevada en los varones (relación 1,5:1), lo cual es característico de esta enfermedad.

Por grupos de edad, se puede observar una distribución bimodal con un pico en el grupo 35-44 años y otro en los mayores de 75. Sin embargo, como se aprecia en la figura 3, se ha producido un desplazamiento hacia la derecha del primer pico de incidencia, ya que en años anteriores afectaba al grupo 25-34 años. Este dato es positivo, ya que cuanto más atrasado en el tiempo se encuentre este pico, más probable es que los casos se deban a un problema de reagudización de infecciones pasadas y no a infecciones recientes.

Tasas de tuberculosis por grupo de edad, 1999-2001

Figura 3



En dos tercios de los casos el órgano afectado ha sido el pulmón y, de éstos, 190 han resultado con baciloscopia positiva de esputo (tasa de 9,15 por 100 mil habitantes).

El sida sigue siendo el factor de riesgo conocido más frecuente con 59 casos (61 en el año 2000 y 64 en 1999), seguido por el contacto reciente con un enfermo bacilife-

Tuberculosis según localización

Tabla 3

LOCALIZACIÓN	Nº Casos 2001	%
Sólo pulmonar	332	61,71
Pulmonar y extrapulmonar	25	4,65
Sólo extrapulmonar	181	33,64
Total	538	100,00

ro (tabla 4). Los usuarios de drogas por vía parenteral (UDPV) han descendido de 40 en 1999 a 26 en el año 2001.

Tuberculosis y factores de riesgo, año 2001

Tabla 4

FACTOR DE RIESGO	Nº Casos 2001	%
VIH+/SIDA	59	10,97
Contacto reciente	47	8,74
Alcoholismo	39	7,25
Tabaco	35	6,51
UDPV	26	4,83
Diabetes	26	4,83
Terapia inmunosupres.	23	4,28
Silicosis y otras	5	0,93
Neoplasia	3	0,56
Hemodiálisis	1	0,19
Otros	81	15,06
Desconocido	248	46,10
No consta	20	3,72

La demora de tratamiento en los pacientes bacilíferos (el tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas hasta el tratamiento), expresada por la mediana, fue de 33 días en 2001.

En los últimos 5 años no se ha declarado ningún caso de meningitis tuberculosa en pacientes menores de 5 años.

Resumiendo, aunque la incidencia de tuberculosis en la CAPV es más elevada que en otros países de nuestro entorno, se evidencia una evolución descendente en su trayectoria, por lo cual en breve la incidencia de casos anuales estará por debajo de 20 por cien mil habitantes y, probablemente, por debajo de 10 en este mismo decenio. Sin embargo, esto sólo será posible con el esfuerzo de todos los agentes sociales y sanitarios implicados en esta grave enfermedad.

Miguel A. García Calabuig

Departamento de Sanidad

Paludismo. Situación en la CAPV y profilaxis

Introducción

El Paludismo o Malaria es una enfermedad parasitaria, endémica en muchos países tropicales y subtropicales, de la que cada año se declaran 12.000 nuevos casos en Europa. Está causada por la infección de al menos una de las cuatro especies de *Plasmodium* (*falciparum*, *vivax*, *ovale* o *malariae*). El mecanismo natural de transmisión es a través de la picadura de un mosquito (*Anopheles*). Aunque puede transmitirse también por inyección o transfusión de sangre procedente de personas infectadas, o por empleo de agujas y jeringas contaminadas, los casos así transmitidos son clasificados por la OMS como "Paludismo Inducido".

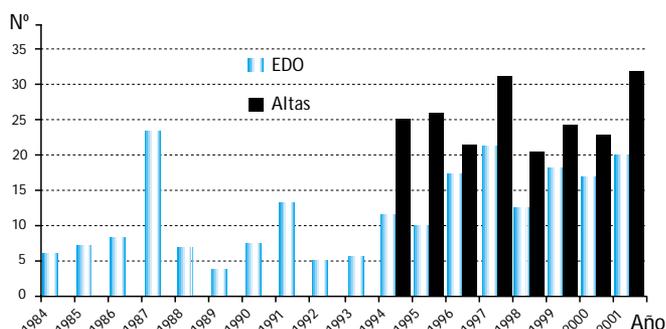
Situación en la CAPV 1984-2001

Se ha recogido información de las bases de datos del sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) de los años 1984-2001 y del Registro de Altas Hospitalarias (CMBD) de los hospitales de agudos de Osakidetza de los años 1994-2001 considerando el código de la CIE-9: Malaria (084).

A través del CMBD entre 1994 y 2001 se han recogido 218 ingresos, (13 casos corresponden a reingresos en el mismo hospital y el mismo año) frente a los 130 declarados en el mismo período a través de las EDO, lo que supone que aproximadamente un 37% de los paludismos ingresados no han sido declarados al sistema EDO.

Número de casos de paludismo 1984-2001
EDO y Altas Hospitalarias - CAPV

Figura 1



La distribución de los 217 casos declarados al sistema EDO desde 1984 hasta 2001 por Territorio Histórico es la siguiente: Araba 27% (58 casos), Gipuzkoa 21% (46

casos) y Bizkaia 52%.(113 casos). El 68% de los mismos son hombres, y el rango de edades es amplio, entre 1 y 74 años (media de 34 años y DE: 14,5).

Desde 1964, año en que se erradicó el paludismo en el Estado, todos los casos notificados se pueden considerar importados. La distribución de los casos por país/continente de contagio (sólo consta en 138 casos) fue: África 78%, América 15% y Asia 7%. Los motivos del viaje se conocen en 34 casos y son variables: cooperantes, turistas, marinos o pescadores, misioneros...

En 116 casos hay datos sobre la administración de profilaxis: 55 habían tomado profilaxis, aunque 15 de forma incorrecta; 26 no habían tomado porque eran inmigrantes de zona endémica y 26 no habían tomado profilaxis. Se identificó *P. falciparum* (25%), *vivax* (21%), *ovale* (4%) o *malariae* (2%), mixto (3%) y *Plasmodium* sin tipar (25%).

Se han registrado tres fallecimientos por paludismo en el CMBD, dos en 1997 y uno en 1999. Los casos corresponden a tres varones de 5, 33 y 57 años; en todos ellos se había identificado *P. falciparum*.

Recomendaciones a los viajeros.

Dado que esta enfermedad puede resultar grave (más en niños y embarazadas), incluso mortal, es importante aplicar las medidas preventivas. Los viajeros deberán conocer los cuatro principios de la protección contra la malaria:

- Evitar la picadura de mosquitos.
- Tomar drogas antipalúdicas (quimioprofilaxis) cuando esté indicado
- Ser conscientes del riesgo de contraer la enfermedad en la zona (figura 2) y conocer el período de incubación (de 7 días o más).
- Consultar al médico inmediatamente si presentan fiebre a partir de una semana después de entrar en una zona donde existe riesgo de contraer la enfermedad.

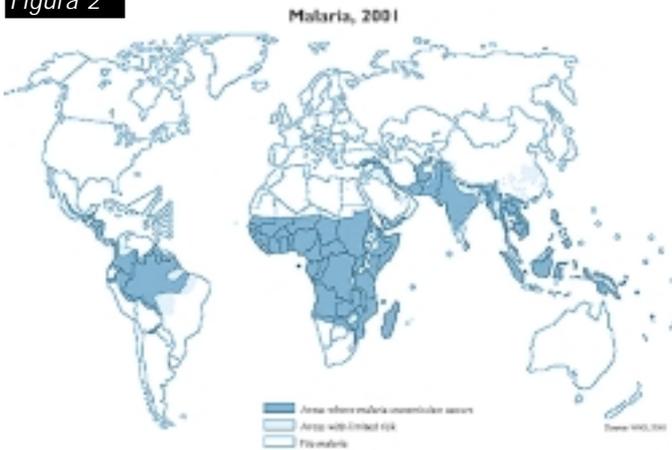
Prevención de la picadura de los mosquitos

Se deben tomar las siguientes precauciones:

- Evitar, si es posible, salir entre el anochecer y el amanecer, pues los mosquitos pican habitualmente durante ese período.

Distribución mundial de la malaria

Figura 2



- Llevar ropa de manga larga y pantalones largos y evitar los colores oscuros que atraen a los mosquitos.
- Impregnar las partes expuestas del cuerpo con un repelente que contenga N,N-dietil-m-toluamida (DEET), que a una concentración del 23,8% proporciona un período medio de protección de 301,5 minutos, o ftalato de dimetilo.
- Alojarse en un edificio bien construido, con tela metálica en puertas y ventanas o cerrarlas bien durante la noche.
- Utilizar una mosquitera alrededor de la cama impregnándola con permetrina o deltametrina.
- Pulverizar el ambiente con insecticidas o utilizar difusores de insecticidas que contengan piretrinas.

Quimioprofilaxis

- La quimioprofilaxis no elimina de forma absoluta el riesgo de contraer paludismo
- Dado que el tipo de medicación varía según la zona a visitar, el tipo de *Plasmodium*, las circunstancias de la estancia, y que ningún medicamento está desprovisto de efectos secundarios, su prescripción debe hacerla personal sanitario especializado. Los diferentes medicamentos y las pautas de administración se basan en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Los Servicios de Sanidad Exterior en la CAPV se encargan de esta función.
- La quimioprofilaxis debe empezar a tomarse antes de llegar a la zona, durante la estancia en la zona endémica y hasta 4 semanas después de abandonar la zona de riesgo, ya que el plasmodium puede permanecer acantonado en el hígado durante ese período
- Si una semana (mínimo período de incubación) después de la llegada a la zona endémica se declara una fiebre inexplicable, acompañada o no de otros síntomas (dolor

de cabeza, astenia y dolores musculares, vómitos, diarrea o tos) deberá descartarse esta enfermedad.

- Hay que sospechar paludismo si existe antecedente de viaje a zona endémica en los últimos 12 meses, aunque el 95% de los casos se presentan entre una y cuatro semanas después de la exposición.

Visitación De Castro, Marilo Goiri y Eva Alonso

Unidad de Vigilancia Epidemiológica

Subdirección de Salud Pública de Bizkaia

Bibliografía

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

Vigilancia Epidemiológica

Enfermedades de Declaración Obligatoria. Datos correspondientes a las semanas 1-24 de 2002*

C.A.P.V.	Nº casos	Tasa	I. E.** 1	I. E.** 2
Botulismo	0	-	-	-
Cólera	0	-	-	-
Disentería	1	0,05	0,50	0,50
Fiebre tifo-paratífica	7	0,33	7,00	3,50
Triquinosis	0	-	-	-
Enfermedad meningocócica	84	4,00	1,75	1,75
Gripe	75.880	3.616,68	4,44	1,04
Legionelosis	20	0,95	1,18	1,67
Meningitis tuberculosa	1	0,05	0,14	0,20
Tuberculosis	232	11,06	0,88	0,73
Varicela	5.495	261,91	0,76	0,93
Infección gonocócica	9	0,43	1,29	0,53
Sífilis	1	0,05	0,33	0,13
Difteria	0	-	-	-
Parotiditis	16	0,76	0,53	0,53
Poliomielitis	0	-	-	-
Rubéola	5	0,24	2,50	1,67
Sarampión	0	-	-	-
Tétanos	0	-	-	-
Tosferina	5	0,24	1,25	0,83
Hepatitis A	28	1,33	0,54	0,70
Hepatitis B	15	0,71	0,75	0,68
Hepatitis C	25	1,19	0,74	0,61
Otras hepatitis víricas	0	-	-	-
Brucelosis	3	0,14	3,00	0,38
Rabia	0	-	-	-
Fiebre amarilla	0	-	-	-
Paludismo	6	0,29	1,00	1,00
Peste	0	-	-	-
Tifus exantemático	0	-	-	-
Lepra	0	-	-	-
Rubéola congénita	0	-	-	-
Sífilis congénita	0	-	-	-
Tétanos neonatal	0	-	-	-

(*) Datos provisionales.

(**) 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 (2001).

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 (1997-2001).

Porcentaje de declaración para el conjunto de la C.A.P.V. = 62%

A lo largo de estas primeras 24 semanas se hace evidente el aumento de casos de gripe del brote de este último invierno; la enfermedad meningocócica también tiene una incidencia superior, tanto respecto al año pasado como frente al último quinquenio; los siete casos de fiebre tifo-paratífica son casos aislados; la incidencia de legionelosis es similar a la del año pasado. Siguen sin registrarse casos de sarampión.

Productos dietéticos

Introducción

Bajo la denominación de dietéticos se comercializa una extensa gama de productos que se ofertan, en muchos casos, como productos naturales y milagrosos. Se transmite a los consumidores un mensaje según el cual, mediante el aporte de determinados ingredientes que contiene el producto ofertado, los dietéticos permiten a quien los consume subsanar supuestas carencias de la dieta, obtener una correcta nutrición y tratar determinadas enfermedades. Atribuyen al producto propiedades terapéuticas y curativas, garantizan una mejora del estado general del organismo y, en definitiva, aportan energía y vitalidad que son necesarias, dada la actual forma de vida. De esta forma, se comercializan productos dietéticos con un elevado aporte de vitaminas, minerales o de otros ingredientes, productos estimulantes, alimentos enriquecidos, principios activos de medicamentos e incluso plantas que están incluidas en la catalogación de plantas medicinales por su finalidad terapéutica y que como tales deberían ser recomendadas por personal profesional cualificado, ya que el uso incorrecto de las mismas podría ocasionar trastornos en el consumidor. Sin embargo, los alimentos dietéticos destinados a una alimentación especial tienen una finalidad muy concreta y su composición debe ajustarse a dicha finalidad.

Definición

En general, se definen como alimentos que por su composición particular o por su proceso de fabricación se distinguen claramente de los de uso corriente, siendo requisito imprescindible, para que un alimento sea considerado como dietético, que la composición del mismo sea apropiada para una finalidad nutritiva específica y satisfaga las necesidades nutritivas particulares de determinados grupos de población específicos que son:

- Personas que se encuentran en situaciones fisiológicas particulares y por ello obtienen beneficios especiales de la ingestión de estos alimentos.
- Determinadas personas cuyo proceso de asimilación o de metabolismo esté alterado.

Estos alimentos deben comercializarse indicando claramente el objetivo nutritivo específico que pretenden conseguir, en relación con los grupos de población indicados anteriormente.

Bajo ningún concepto deben atribuirse al producto propiedades preventivas, de tratamiento o curación.

Composición

Entre los ingredientes constituyentes del producto no deben incluirse plantas con reconocidas propiedades medicinales, lo que otorgaría al producto características propias de un medicamento y no de un alimento. De la misma forma, los alimentos destinados a una alimentación especial no deben tener, en su composición, ingredientes recogidos en las farmacopeas como medicamentos, y la forma de presentación del producto no debe contribuir a potenciar eventuales propiedades medicamentosas. Además, las ingestas recomendadas de estos productos no deben superar las cantidades diarias recomendadas.

Etiquetado

En general, los alimentos ofertados como dietéticos no pueden inducir a error al comprador, especialmente en lo referente a las características del producto, y no pueden atribuir al producto efectos o propiedades que no posee. No pueden atribuir al producto características particulares, cuando otros productos similares también las poseen y no deben indicar propiedades preventivas, terapéuticas o curativas.

Por otro lado, ningún producto alimenticio que no cumpla todas las condiciones referidas en los puntos anteriores puede mostrar los calificativos "de régimen" o "dietético".

Preparación y comercialización

Los establecimientos cuya actividad es la elaboración, envasado, almacenamiento y comercialización de productos dietéticos, son objeto de autorización sanitaria de funcionamiento. Los productos que se ajustan a la legislación para su comercialización como productos dietéticos destinados a una alimentación especial son objeto de asiento en el Registro General Sanitario de Alimentos, con un número específico para cada producto, una vez que es verificada por las autoridades sanitarias competentes su adecuación a la legislación técnico sanitaria correspondiente.

La comercialización de los productos dietéticos se realiza en establecimientos alimentarios especializados en ali-

mentos de régimen y/o en farmacia, excepto aquéllos que se especifiquen como "de venta exclusiva en farmacia".

Clasificación de los alimentos dietéticos

Los grupos de alimentos que son considerados como dietéticos, destinados a una alimentación especial son:

- Alimentos complementarios o para situaciones de esfuerzo y desgaste
 - Alimentos para embarazadas y en periodo de lactación.
 - Alimentos destinados a personas que realizan esfuerzos físicos extraordinarios o viven en condiciones especiales en el medio ambiente.
 - Alimentos para personas de avanzada edad.
- Alimentos para regímenes nutricionales específicos
 - Alimentos sin gluten.
 - Alimentos con reducido contenido en ciertos aminoácidos o sin ellos. De venta exclusiva en farmacias.
 - Alimentos ricos en calorías.
 - Alimentos con variaciones cuantitativas en grasas, carbohidratos, proteínas, sales o iones.
 - Alimentos hipoalergénicos.
 - Alimentos para diabéticos.
- Alimentos considerados tradicionalmente como dietéticos:
 - levaduras
 - germen de trigo
 - polen, jalea real
 - alimentos no refinados
 - aceites y grasas con elevado contenido en ácidos grasos esenciales
- Alimentos suministrados a través de sonda. De venta exclusiva en farmacia.
- Alimentos para regímenes dietéticos y/o especiales enriquecidos: aquellos en que además de tener la categoría de dietéticos y por tanto cumplir todas las exigencias de los mismos, contienen una proporción de vitaminas, sustancias minerales, aminoácidos o ácidos grasos esenciales superior a la del contenido natural medio de sus ingredientes, por haber sido suplementados significativamente sin finalidad terapéutica.

Hay cuatro grupos de alimentos que están pendientes de elaboración de legislación específica:

- Alimentos pobres en sodio, incluidas las sales dietéticas hiposódicas y asódicas.

- Alimentos sin gluten.
- Alimentos destinados a un intenso desgaste muscular, sobre todo para deportistas.
- Alimentos destinados a personas físicas afectadas de perturbaciones en el metabolismo de los hidratos de carbono (diabéticos).

y hasta su publicación seguirán regulados por la Reglamentación Técnico Sanitaria para la elaboración, circulación y comercio de preparados alimenticios para regímenes dietéticos y/o especiales.

Alimentos pobres en sodio:

En el etiquetado de estos productos deberá figurar, además de todos los requisitos de etiquetado que se requieren de forma general para todos los productos alimentarios, una mención específica como "alimento pobre en sodio" o "muy pobre en sodio" definiéndose estos dos grupos de alimentos del siguiente modo:

- Pobre en sodio: aquellos que contienen como máximo 120 mg. de Na por 100 gr. de producto terminado.
- Muy pobre en sodio: los que contienen como máximo 40 mg. de Na por 100 gr. de producto terminado.

Alimentos exentos de gluten:

Los alimentos exentos de gluten no han sido objeto de legislación específica. Haciendo referencia a las normas del Codex, estos productos se definen como aquéllos en los que el contenido de nitrógeno de los granos de cereal que contienen gluten no exceden de 0,05 g por 100 g de esos granos expresados como materia seca. Los alimentos sin gluten serán:

- los cereales que contienen gluten, como trigo, triticale, centeno, cebada, avena, o sus constituyentes, de los que se ha eliminado el gluten hasta la proporción indicada en el punto anterior.
- ingredientes que no contienen gluten y se utilizan en sustitución de los que contienen gluten y se emplean normalmente en alimentos de este tipo.
- toda mezcla de dos o más de los ingredientes indicados en los dos apartados anteriores.

Estos alimentos deberían tener en el etiquetado, junto con la denominación del producto y siempre aludiendo a las normas del Codex, el término "exento de gluten".

Alimentos para diabéticos:

Los alimentos destinados a este grupo de población deben cumplir diversas exigencias:

- Deben tener limitado el contenido de glúcidos respecto a los alimentos de uso corriente, estableciéndose

distintos valores de reducción en función de los distintos grupos de alimentos

- Deben ajustarse a las indicaciones sobre la adición de azúcares y edulcorantes permitidos o prohibidos; de este modo, se prohíbe la adición de glucosa, sacarosa, disacáridos e hidrolizados de almidones, permitiéndose el uso de fructosa como edulcorante natural sustitutivo del azúcar. Así mismo, se establecen indicaciones especiales de etiquetado en caso de que estos alimentos contengan sorbitol o aspartame.
- Contenido en grasas permitido, que no debe exceder del de los alimentos ordinarios comparables.

Como conclusión y partiendo del conocimiento de lo que es un alimento dietético, sus finalidades nutritivas y su formulación específica y del hecho de que no todos los productos que se ofertan como alimentos dietéticos lo son, hay que proporcionar información clara a los consumidores para que su uso sea el correcto y se obtengan los beneficios nutricionales para los que están diseñados en las personas necesitadas de ellos.

Lucía Díaz de Lezana

Departamento de Sanidad

Programas de Salud Pública

Los sistemas de autocontrol en los establecimientos alimentarios de la CAPV

Cuando se iniciaron los viajes tripulados al espacio, una de las preocupaciones de la NASA era conseguir que los alimentos que ingerían los astronautas fueran seguros, por las graves repercusiones que podía ocasionar un alimento en mal estado. Idearon un sistema preventivo que consistía, fundamentalmente, en establecer medidas preventivas en la elaboración de alimentos para eliminar peligros e identificar las etapas del proceso de elaboración consideradas críticas y sobre las que establecían un sistema de vigilancia sistemático.

Este sistema preventivo para manipular alimentos se ha desarrollado posteriormente dando lugar al sistema HACCP¹, desarrollando el Códex Alimentarius los principios que lo rigen². Este sistema tiene fundamentos científicos y carácter sistemático, permite identificar peligros específicos y medidas para su control con el fin de garantizar la inocuidad de los alimentos; es un sistema que se centra en la prevención en lugar de basarse en el ensayo del producto final y obliga a los establecimientos alimentarios a realizar un autocontrol del que debe quedar constancia escrita, de forma que las autoridades sanitarias puedan evaluarlo.

Desde el año 1998 el Departamento de Sanidad está realizando un importante esfuerzo para que los sistemas de autocontrol basados en el sistema HACCP se instauren en los establecimientos alimentarios del País Vasco, por la evidencia de que es el mejor mecanismo para asegurar la calidad sanitaria de los alimentos. Entre otras actividades, se establecieron los requisitos que deben tener los sistemas de autocontrol³ y, de forma paulatina, está exigiendo a los diferentes sectores alimentarios la realización de

estudios de autocontrol que deben ser aprobados por la administración para, posteriormente, ser instaurados en cada empresa.

Durante el periodo 1998-2002 se han solicitado estudios de autocontrol a todas las industrias de los siguientes sectores: cárnicas, pesqueras, lácteas, cocinas centrales, industrias de platos preparados y pastelería industrial. Se ha recibido un total de 731 estudios de un censo total de 579 establecimientos (algunos estudios rechazados deben repetirse, por lo que hay mayor número de estudios que el censo) y en la actualidad hay 206 empresas con sistemas de autocontrol aprobados.

Esto supone que el 35,6 % de los principales establecimientos de la CAPV cuentan con estudios correctos que han sido implantados para asegurar la calidad de los alimentos que manipulan. La distribución por sectores es variable (Figura 1) ya que mientras en el sector cárnico la mitad de los establecimientos tiene los estudios aprobados, en el sector de platos preparados, pastelería industrial y cocinas centrales el porcentaje no llega al 20%. A lo largo del 2002 se está intensificando la presión para que estos porcentajes se incrementen, a la par que se exige a otros sectores.

Se han iniciado además las auditorías del sistema HACCP, que se pretende sustituyan paulatinamente a las inspecciones tradicionales en los establecimientos alimentarios. Una auditoría del sistema sirve para evaluar más allá de la información puntual de una inspección, porque permite conocer el control que realiza el establecimiento sobre proveedores, la forma en que vigila que los Puntos de

Control Críticos estén siempre en los límites establecidos y si funcionan las medidas correctoras cuando se detectan desviaciones. Los registros obligatorios y la necesaria formación que se exige a los manipuladores para desarrollar correctamente el sistema, unido a la necesaria recogida de información documental que debe realizar el establecimiento, nos permite, mediante técnicas de auditoría, conocer más allá de la situación del local en el instante de la visita. Además nos permitirá orientar los recursos a aquellos establecimientos más deficientes y sin sistemas de autocontrol válidos.

Javier García González
Departamento de Sanidad

Programas de Salud Pública

Guía práctica para el diseño del plan de autocontrol de *Legionella*

La legionelosis es un término genérico que se utiliza para definir la enfermedad causada por bacterias del género *Legionella*. En el Estado Español la legionelosis es una enfermedad de declaración obligatoria desde 1997. A partir de esta fecha el número de casos y brotes declarados ha ido en aumento de forma importante. La mayoría de los brotes de origen comunitario han sido asociados a torres de refrigeración, agua caliente sanitaria y bañeras de agua agitada por aire.

Con el fin de frenar este aumento, el Ministerio de Sanidad publicó el Real Decreto 909/2001 en el que se establecen las medidas preventivas en cuanto al diseño de las instalaciones y el programa de control y vigilancia que tienen que realizar dichas instalaciones para garantizar un agua segura en relación con su capacidad para transmitir *Legionella*.

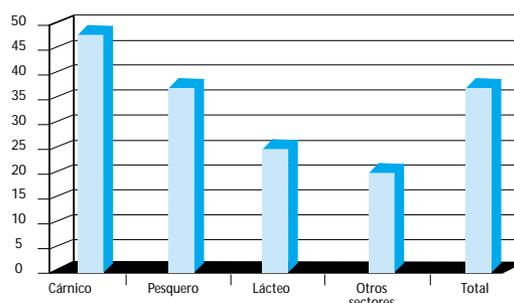
El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco ha puesto en marcha un programa de control y vigilancia para desarrollar las medidas preventivas recogidas en dicho Real Decreto. Una de las actuaciones del programa ha sido la elaboración de la "Guía práctica para el diseño del plan de autocontrol de *Legionella*". Esta guía se ha elaborado utilizando la sistemática HACCP o APPCC (Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico) con el fin de facilitar a las instalaciones consideradas de riesgo la metodología para la realización del plan de autocontrol. Las instalaciones donde se concentra el mayor riesgo son las torres de refrigeración y condensadores evaporativos ubicados en

¹HACCP son las siglas de Hazard Analysis Critical Control Points.(Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos)

²Codex Alimentarius: Anexo del CAC/RPC 1-1969, rev 3 (1997)

³Departamento de Sanidad. Documento de Referencia 1/98. 1998

Figura 1 Estudios HACCP aprobados en relación al censo de establecimientos (en %): Período 1998-2001



hospitales, residencias de ancianos, polideportivos, balnearios, hoteles y establecimientos penitenciarios.

El sistema APPCC es el procedimiento actual de referencia mundial para prevenir y controlar los peligros relacionados con la producción de alimentos. En esta guía la metodología se ha aplicado a un entorno ambiental que puede estar cargado de aerosoles contaminados con *Legionella*, en el que es posible definir los peligros potenciales. Utilizando esta guía, cada instalación podrá elaborar su plan de autocontrol, desarrollando y adaptando los principios contenidos en la misma a las características particulares de su instalación.

Loreto Santa Marina

Sanidad Ambiental

Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa

Programas de salud pública

Un nuevo decreto autonómico sobre residuos sanitarios

La continua actualización de las disposiciones comunitarias en materia de residuos y la adaptación al progreso técnico en el tratamiento de éstos, junto con la experiencia acumulada en los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco, han conducido a la elaboración y posterior aprobación del Decreto 76/2002, por el que se regulan las condiciones para la gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma del País Vasco (B.O.P.V. nº 75 de 22/4/2002).

El objetivo de este nuevo decreto es hacer suyos los principios básicos inspiradores de la gestión avanzada de los residuos sanitarios, teniendo en cuenta las responsabilidades que el productor tiene dentro de la actividad sanitaria sobre la adecuada separación y segregación previa del residuo, como condicionante principal para su posterior gestión.

Las actividades sanitarias comprendidas son: las realizadas en hospitales, clínicas y sanatorios, centros de atención primaria, centros de planificación familiar y otros centros, servicios y establecimientos sanitarios, también las realizadas en laboratorios de análisis clínicos y de investigación médica, centros o unidades de los servicios de prevención y cualquier otra que tenga relación con la sanidad, incluidas las correspondientes a centros y servicios de asistencia y experimentación veterinaria.

Resumiendo, el decreto afecta a cualquier centro en el que se generan residuos y donde trabaja un profesional cualificado en el área de las Ciencias de la Salud.

La autorización del centro sanitario como productor de residuos deberá realizarse presentando el documento denominado Plan de Gestión de Residuos Sanitarios ante el Departamento de Sanidad, en la Subdirección de Salud Pública del Territorio Histórico donde esté ubicada la actividad sanitaria. Este plan de gestión consistirá en una memoria donde se recoja la información sobre clasificación, envasado y etiquetado de los residuos producidos, los sistemas de recogida y almacenamiento intracentro empleados, así como la identidad de la empresa gestora autorizada que vaya a realizar la gestión extracentro y el tipo de tratamiento final previsto.

Sólo si el centro sanitario deseara además ser gestor de residuos sanitarios que estén clasificados como peligrosos, deberá presentar ante el Departamento de Ordenación del Territorio y Medio Ambiente, como órgano competente, la correspondiente solicitud de autorización.

En definitiva, el Decreto 76/2002 pretende ser la guía para ordenar la actividad de producción y gestión de residuos sanitarios en la presente década.

Adolfo Cid

Departamento de Sanidad

Programas de salud pública

Murciélagos y virus de la rabia

Según el Informe Semanal de Vigilancia, de 17 de junio de 2002, del Centro Nacional de Epidemiología, se ha realizado diagnóstico positivo frente a rabia a un murciélago perteneciente a la especie *Eptesicus serotinus*, procedente de Archena (Murcia), que había mordido a una niña de 10 años. El Centro Nacional de Microbiología ha encontrado positividad frente a virus EBL1. Este es el segundo caso de animal afectado en el año 2002 y es el segundo murciélago positivo en Murcia, tras el diagnosticado en el año 1999. En los últimos años, desde 1987, se han encontrado 18 quirópteros infectados con el *Lyssavirus* de murciélago tipo 1 en el Estado Español.

En Europa la rabia de los murciélagos se debe a dos *Lyssavirus* específicos: EBL1 (European Bat Lyssavirus 1) y EBL2. Ambos corresponden a genotipos (5 y 6 respectivamente) estrechamente adaptados a su huésped y difíciles de cambiar de una especie a otra. Por ello la rabia de los murciélagos europeos es totalmente diferente de la rabia vulpina que se debe a un *Lyssavirus* de genotipo 1. La rabia de los murciélagos y de los zorros son dos fenómenos totalmente independientes y con una evolución diferente. El riesgo de transmisión de la rabia de los murciélagos a los mamíferos terrestres parece muy reducido, no

sólo porque los murciélagos insectívoros tienen un comportamiento que no les predispone a morder, sino también porque parece que la contaminación experimental requiere una dosis muy elevada de virus para que sea efectiva.

El primer caso de rabia en murciélagos europeos se descubrió en Alemania en 1954 y desde entonces se han notificado más de 600 casos a lo largo de todo el continente, siendo la especie más afectada el *Eptesicus serotinus*, presente en la CAPV, con el 95% de los casos. Entre dicho año y 1983 el número de casos notificados fue relativamente bajo, hubo un fuerte incremento en 1986 y a partir de 1988 se mantiene estable con una declaración del orden de 10 a 50 casos anuales. El descubrimiento de casos de rabia en murciélagos está correlacionado con la presión de la vigilancia ejercida sobre los quirópteros.

Aunque el ciclo de la rabia de los murciélagos es independiente de la de los carnívoros, el paso a otras especies de animales no voladoras es posible. En Dinamarca murieron en 1998 tres ovejas por la rabia del virus EBL1

Todos los Lyssavirus son patógenos para el hombre y provocan una encefalitis de evolución mortal. En 1985 se notificaron en Europa tres muertes debidas a una contaminación por el EBL1 y 2 (genotipos 5 y 6). En Estados Unidos se han aislado variantes del virus de la rabia circulantes en los murciélagos en 21 de los 36 casos de rabia humana desde 1980, aunque solamente en uno, perteneciente al genotipo 1, existía el antecedente de mordedura por un murciélago.

Es difícil reconocer la exposición al virus de los murciélagos. Las circunstancias de la mordedura en ciertos casos pueden sugerir que el murciélago está enfermo, por su comportamiento agresivo. Según algunos estudios, existe la posibilidad de una transmisión transcutánea; parece que se trata habitualmente de mordeduras que pasan desapercibidas por su pequeño tamaño, indoloras y situadas en zonas como el cuero cabelludo o las orejas. Las personas mordidas pueden minimizar las implicaciones de estas mordeduras y no buscar atención médica, con lo cual no reciben la profilaxis post-exposición (PPE).

Siempre que se produzca o se sospeche un contacto entre un murciélago y un humano, el murciélago debe recogerse y ser enviado para su análisis. Si no es posible, debe valorarse por los técnicos en salud pública la necesidad de PPE. Asimismo, debe considerarse la PPE en el caso de que alguien se encuentre en una habitación con un murciélago y no pueda descartar el haber contactado con él (por ejemplo, si ha estado dormido o se trate de un niño, de una persona incapacitada o intoxicada). No se aconseja la PPE si no se produce contacto. Ante una herida producida por mordedura de murciélago se debe iniciar rápidamente el tratamiento antirrábico completo

Es importante recordar que se debe evitar recoger o tocar murciélagos, sobre todo si están enfermos o con compor-

tamientos anómalos. Asimismo, se debe evitar que los animales domésticos entren en contacto con murciélagos.

Debido a las implicaciones desde el punto de vista de la salud pública, debería reducirse la posibilidad de que el público entre en contacto con colonias salvajes de murciélagos positivos al EBL1, que suelen encontrarse en ciertas cuevas frecuentadas por espeleólogos, turistas o aficionados a los murciélagos. Debería controlarse la entrada a estas cuevas durante los periodos en que los quirópteros están presentes (primavera, verano y otoño) por medio de barras horizontales que permitan que los murciélagos entren y salgan pero que impidan la entrada de la gente.

Miguel A. García Calabuig

Departamento de Sanidad

Bibliografía

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

Mycobacterium tuberculosis en Gipuzkoa. Situación actual de la resistencia a fármacos (1993-2001)

La literatura mundial refleja una elevada incidencia de tuberculosis resistente a los fármacos. En la mayoría de las publicaciones de nuestro entorno, las resistencias primarias a isoniazida son inferiores al 4%, límite por encima del cual se aconseja incorporar un cuarto fármaco al tratamiento empírico habitual.

resistente). De las 10 cepas multirresistentes, 3 eran resistencias primarias; 5 se aislaron en 1997, aunque ni en ese ni en otros años se detectaron brotes asociados a cepas resistentes. A lo largo de los años no se observó un incremento en las resistencias (Tabla 1).

Distribución anual de las resistencias a fármacos de *Mycobacterium tuberculosis*

Tabla 1

Año	Cepas estudiadas		Cepas resistentes nº (%)			
	nº	Total resistentes	H*	R	S	E
1993	68	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
1994	114	13(11,4)	12(10,5)	1(0,9)	0(0)	2(1,8)
1995	13	8(7,1)	8(7,1)	0(0)	0(0)	0(0)
1996	105	7(6,7)	5(4,8)	0(0)	3(2,9)	1(1)
1997	84	6(7,1)	6(7,1)	5(6)	4(4,8)	0(0)
1998	153	7(4,6)	4(2,6)	0(0)	5(3,3)	0(0)
1999	138	6(4,3)	5(3,6)	3(2,2)	1(0,7)	0(0)
2000	148	9(6,1)	7(4,7)	1(0,7)	3(2)	0(0)
2001	127	4(3,1)	4(3,1)	1(0,8)	0(0)	0(0)
Total	1050	60(5,7)	51(4,9)	11(1)	16(1,5)	3(0,3)

*H: isoniazida; R: rifampicina; S: estreptomina; E: etambutol

Presentamos una revisión retrospectiva de la susceptibilidad de 1.050 cepas no seleccionadas de *Mycobacterium tuberculosis* aisladas en Gipuzkoa en los últimos 9 años. El estudio se realizó por el método indirecto de las proporciones en agar Middlebrook 7H11. Los antibióticos probados fueron isoniazida (H), rifampicina (R), estreptomina (S) y etambutol (E). No se estudió la sensibilidad a pirazinamida por su mayor complejidad técnica y el bajo grado de resistencia descrito.

De las 1.050 cepas estudiadas, 60 (5,7%) presentaron algún tipo de resistencia: 51 (4,9%), 11 (1%), 16 (1,5%) y 3 (0,3%) fueron resistentes a H, R, S y E respectivamente. La resistencia a dos o más drogas se detectó en 16 cepas, aunque sólo 10 (1%) cumplieron los criterios de multirresistencia (al menos resistentes a H+R). El 36,5% de las cepas resistentes se aislaron en pacientes con tratamientos previos. En 7 pacientes (dos con resistencia a H+S, dos a H, dos a S y uno a R) no se pudo obtener este dato. Tres de los pacientes con cepas resistentes procedían de otros países (5,3% del total de pacientes con *M. tuberculosis*

El conocimiento de los datos de resistencia en todo el mundo es insuficiente para plantear el tratamiento empírico de los casos de tuberculosis adquirida en cada región. En nuestro medio, debido a las cifras bajas de resistencia a isoniazida, se debe iniciar el tratamiento antituberculoso con tres fármacos. En cepas aisladas en pacientes que procedan de países con cifras altas de resistencia es recomendable el inicio del tratamiento con cuatro fármacos. Los estudios de susceptibilidad son siempre aconsejables en la tuberculosis e imprescindibles en pacientes que han seguido tratamiento previo. La situación de las resistencias a los fármacos antituberculosos y el número de cepas multirresistentes en nuestro entorno no constituye aún un problema grave; pese a todo, es fundamental supervisar la evolución de las resistencias.

Pedro Idigoras y Emilio Pérez-Trallero

Servicio de Microbiología - Hospital Donostia

Bibliografía

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

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

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

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

Actualidad

La Región Europea de la OMS es declarada libre de poliomeilitis

El pasado 21 de junio de 2002, en Copenhague, la Comisión Regional Europea para la Certificación de la Erradicación de la Poliomeilitis ha certificado a la Región Europea de la OMS libre de polio. La Región engloba a 51 Estados Miembros en los que viven unos 870 millones de personas, por lo que esta decisión es el mayor acontecimiento de salud del nuevo milenio. La Región Europea ha estado libre de poliomeilitis autóctona más de tres años. El último caso de poliomeilitis autóctona ocurrió en el este de Turquía en 1998, en un niño de dos años no vacunado. Pero la importación de poliovirus salvaje de países endémicos continúa siendo una amenaza. En 2001 hubo tres casos en Bulgaria y un caso no-paralítico en Georgia, todos causados por poliovirus importados de la India. La rápida detección y confirmación de los casos y la instauración de intensas campañas de vacunación en su entorno, han evitado que la circulación se extendiera en la Región. El último caso de poliomeilitis salvaje en Euskadi se registró en Bizkaia en 1985. En 1986 se notificó el último caso en el Estado español. No obstante, el mantenimiento de la vacunación y de la vigilancia epidemiológica continúa siendo vital, puesto que el riesgo de importación de poliovirus seguirá existiendo hasta que la poliomeilitis se erradique en todo el mundo.

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 Angel García Calabuig
Mikel Basterretxea
Nerea Muniozguren
Enrique Peiró
Luis González de Galdeano

Edición

Miguel Angel García Calabuig

Diseño: Gráficas Zubi
Imprime: Gráficas Zubi
Trimestre 2
Número 13/2002
Depósito Legal: BI-2874-98