



s	■ Índice	
o	■ Contenidos	
d	■ Vigilancia Epidemiológica	
i	■ Epidemiología de la bronquiolitis en Gipuzkoa.	2
n	■ Brote epidémico de meningitis linfocitaria en Gipuzkoa.	4
e	■ Vigilancia de la gripe.	5
t	■ Vigilancia de la diabetes.	6
n	■ EDO 2003: semanas 1-48.	7
O	■ Programas de Salud Pública	
C	■ Análisis microbiológico en alimentos.	8
.	■ Alimentos funcionales.	9
e	■ Encuesta de nutrición de la CAPV.	11
i	■ Campaña de vacunación antigripal.	12
d	■ Sistema de control de establecimientos alimentarios.	13
i	■ Actualidad	
n	■ Novedades en el calendario vacunal.	14

Editorial

En este comienzo de siglo XXI, en el que las posibilidades diagnósticas y terapéuticas de nuestro sistema sanitario han alcanzado niveles desconocidos hasta ahora, gracias a la incorporación paulatina de las nuevas tecnologías al ámbito de la medicina, aún permanecen desconocidos múltiples aspectos acerca de la etiología, patogenia, genética, potencialidad de mutación, etc... de numerosos microorganismos.

Sin duda el virus *Influenza* es uno de esos agentes patógenos que, aunque viene acompañando a la humanidad a lo largo de los siglos, sigue constituyendo un enigma, al menos en lo referente a la posibilidad de predicción de sus periodos de mayor actividad, así como a la disponibilidad de un tratamiento eficaz y definitivo frente a la enfermedad que origina.

Frente a las limitaciones del conocimiento científico actual sobre la gripe, las autoridades sanitarias de los países desarrollados han potenciado sus esfuerzos preventivos. En efecto, desde hace varias décadas se dispone de una vacuna que constituye la única herramienta preventiva eficaz. En nuestra Comunidad, el Departamento de Sanidad ha organizado desde 1988, con carácter anual, una campaña de vacunación antigripal destinada a la inmunización de la población que capitaliza el mayor riesgo en el supuesto de padecer la infección por el virus *Influenza*.

Sin ánimo de incurrir en la autosatisfacción y reconociendo la siempre existente posibilidad de mejora, el incremento de un 14,1% conseguido en la cobertura vacunal de la población mayor de 65 años a lo largo de las cinco últimas campañas es un dato objetivo (desde el 57,9% en 1999 hasta el 72% en 2003).

A pesar de este buen resultado, es preciso admitir las limitaciones de nuestro conocimiento epidemiológico, las cuales no nos permiten la predicción de los «picos epidémicos» y menos aún de la eventualidad de la famosa pandemia.

Lo que sí es posible y además constituye una responsabilidad de las autoridades sanitarias es la previsión de los recursos asistenciales adecuados para poder afrontar este tipo de situaciones. En Euskadi, Osakidetza prepara cada año un plan de contingencias específico para dar respuesta en las mejores condiciones al eventual incremento de la demanda asistencial ocasionado por la gripe.

En definitiva se trata de, más allá de nuestras limitaciones originadas por el desconocimiento de determinados aspectos de esta enfermedad, garantizar a la población de riesgo los mayores niveles posibles de protección frente a la gripe, tanto previniendo la enfermedad por medio de la vacunación, como previniendo las complicaciones a través de una atención sanitaria adecuada. Y es en ese terreno donde el Departamento de Sanidad y Osakidetza seguirán haciendo un esfuerzo por mejorar el buen nivel de prestaciones ofertado hasta ahora.

Departamento de Sanidad

Epidemiología de la bronquiolitis en Gipuzkoa

Introducción

La bronquiolitis es la infección respiratoria aguda de vías aéreas inferiores más frecuente durante los dos primeros años de vida, estimándose que un 11-12% de los lactantes padece la enfermedad y hasta un 2% de los mismos requiere hospitalización. En los lactantes y niños pequeños el virus sincitial respiratorio (VSR) es la causa más importante de bronquiolitis, produciéndose las epidemias en los meses de diciembre, enero y febrero.

El VSR es un paramixovirus y el hombre es la única fuente de infección. Es frecuente la transmisión entre los contactos familiares y los centros de cuidado infantil, incluidas las personas adultas. El periodo de incubación varía de 2 a 8 días y el periodo de excreción vírica es habitualmente de 3-8 días, pero puede ser más prolongado, sobre todo en lactantes, en los que llega a persistir hasta 3-4 semanas. La transmisión es por contacto directo con secreciones contaminadas que pueden incluir microgotas respiratorias o fómites.

Con el propósito de conocer la epidemiología de la bronquiolitis en nuestro medio se realizó un análisis de distintas fuentes de información que permitieran aproximarse a la incidencia de la enfermedad en la temporada 2002-2003, así como una descripción del número de ingresos hospitalarios atribuibles a bronquiolitis en el periodo 1996-2002 y su relación con el VSR en Gipuzkoa.

Material y métodos

Se analizaron las siguientes fuentes: CMDB (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de las altas hospitalarias de los hospitales agudos de Osakidetza, el sistema de información microbiológica y registro informatizado de pacientes atendidos en consulta por pediatras de atención primaria.

A partir del CMDB se obtuvo el número de altas hospitalarias en menores de 2 años residentes en Gipuzkoa que presentaban como primer diagnóstico una bronquiolitis (rúbrica 466.1 de la CIE-9) para el periodo 1996-2002.

A partir del S.I.M. (Sistema de Información Microbiológica) se obtuvo el número mensual de aislamientos de VSR notificados por el servicio de microbiología del Laboratorio Unificado Donostia en el periodo 2000-2002.

La información referente a los casos de bronquiolitis extrahospitalaria se recogió a partir de la información enviada por 6 pediatras correspondientes a 5 centros de salud, seleccionándose los individuos menores de 2 años con diagnóstico R78 de la CIAP (bronquiolitis o bronquitis aguda).

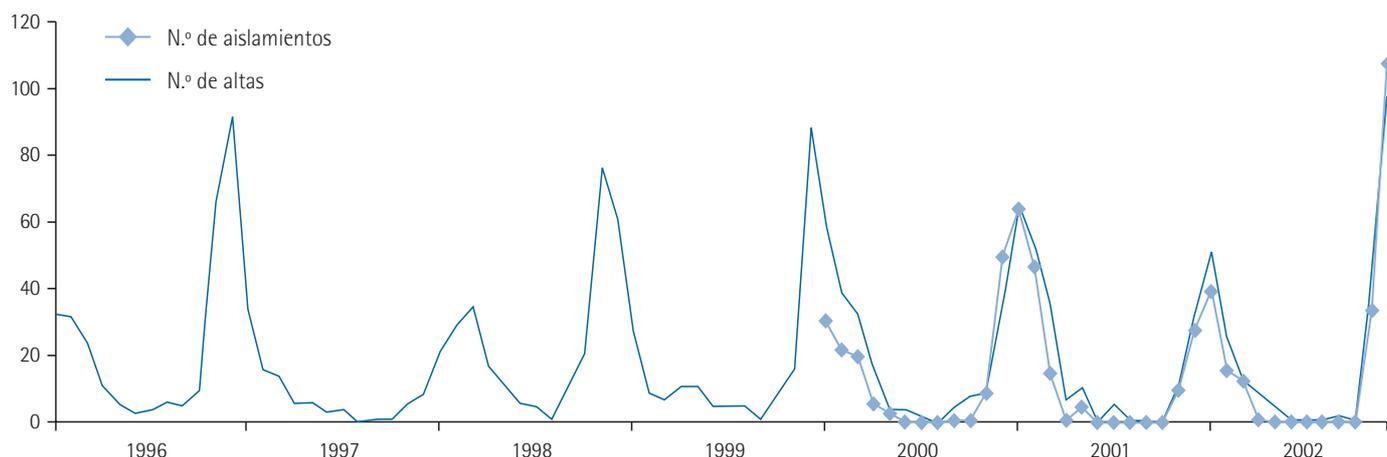
Resultados

Durante los 7 años analizados en el CMDB se han registrado 1.584 altas por bronquiolitis en niños menores de 2 años, de los que 938 (59,2%) eran hombres y 646 (40,8%) mujeres. Del total de altas, 1.418 (89,5%) son niños menores de 1 año y 166 (10,5%) de 1 año. En la distribución temporal de las altas se observa un claro patrón estacional con predominio de altas en los meses de invierno, con alternancia en la intensidad de los brotes y una clara relación con la circulación del VSR en la comunidad (gráfico 1).

La media de días de ingreso ha oscilado desde 6,17 (D.E.: $\pm 3,9$) en 1996 hasta 5,51 (D.E.: $\pm 3,02$) en 2002. En todo el periodo estudiado solamente se ha constatado un caso con fallecimiento al alta. Del total de altas en menores de 1 año registradas en el año 2001 (1.570), el 13% (201) presentaron una bronquiolitis como primer diagnóstico.

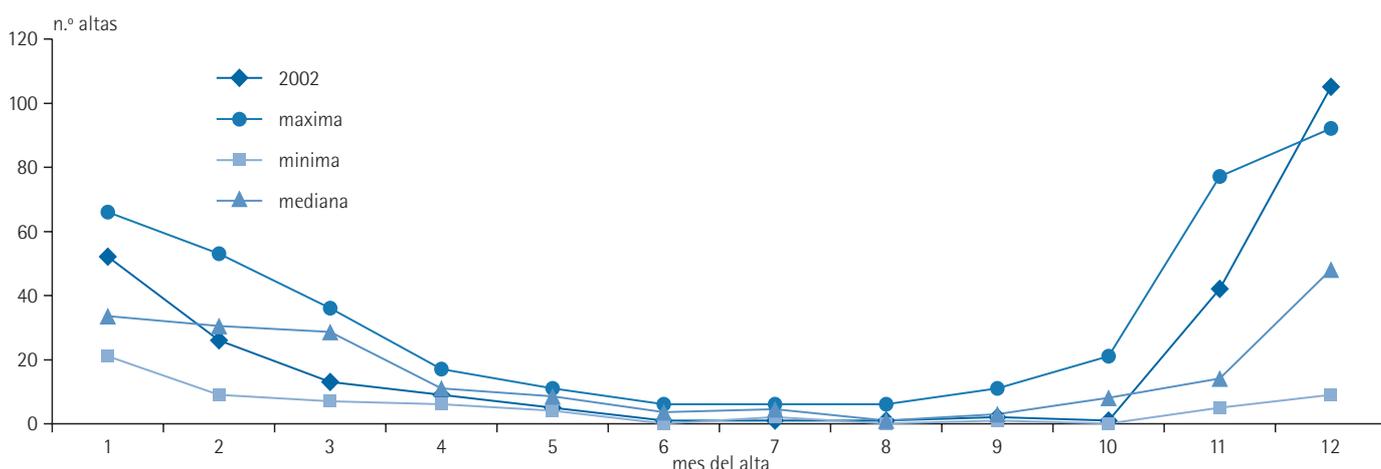
N.º mensual de altas por bronquiolitis en menores de 2 años y aislamientos de VSR.

Gráfico 1 Gipuzkoa 1996-2002.



Canal endemo-epidémico de altas por bronquiolitis en menores de 2 años.

Gráfico 2 Gipuzkoa 1996-2002.



Tal como se presenta en el gráfico 2, el número de altas por bronquiolitis en los dos últimos meses de 2002 ha estado muy por encima de la mediana de los 6 años anteriores, superando en diciembre la máxima de ese mismo periodo.

En los meses de noviembre, diciembre y enero de 2002-2003, en las 6 consultas pediátricas de atención primaria estudiadas, fueron diagnosticados 159 casos de bronquiolitis para una población de 744 niños (tabla 1), lo que supone una tasa global para el periodo de 21,4% (18,4-24,5) con una mínima de 6,5 %, máxima de 50,9% y mediana de 16,4%.

Aplicando la tasa de incidencia observada en las seis consultas estudiadas a la población menor de 2 años del conjunto de Gipuzkoa, se puede estimar que en ese periodo hubo entre 2.240 y 2.966 casos de bronquiolitis en niños de esa edad. En esos tres meses se registraron 176 altas con diagnóstico de bronquiolitis, por lo que se puede estimar que entre el 6 y el 8% de los casos requirieron ingreso en un centro hospitalario.

Conclusiones

La bronquiolitis es una patología muy frecuente en los dos primeros años de vida y con presentación epidémica en relación con la circulación del VRS en la comunidad. En el periodo analizado, entre el 5 y el 6% de enfermos precisaron de ingreso hospitalario con una estancia media de 6 días. En el año 2001, del total de altas en menores de 1 año, el 13% correspondieron a bronquiolitis.

Puede haber cambios de un año a otro tanto en el momento en el que se produce el pico epidémico como en la magnitud del brote anual, por lo que puede ser conveniente monitorizar la incidencia para detectar de forma lo más precoz posible el inicio de la temporada epidémica e informar a los servicios asistenciales para su organización y planificación.

J. Artieda*, M. Basterretxea*, I. Ozkoidi, S. Fuentes**, A. Bengoa**, J. Tapia**, P. Gorrotxategi****

* Departamento de Sanidad
** Pediatras de Atención Primaria

Bibliografía

- Breese Hall C., McCarthy C. «Virus Sincitial Respiratorio». Mandell, Douglas y Bennet. *Enfermedades infecciosas. Principios y práctica*.
- E. Grimpe. «Epidémiologie de la bronchiolite du nourrisson en France». *Arch. Pédiatr* 2001; Suppl 1; 83-92.
- J. Marchal. «Organisation actuelle de soins». *Arch. Pédiatr* 2001; Suppl 1; 109-13.
- Peter, Hall, Halsey, Marcy, Pickering. «Virus sincitial respiratorio». Red Book 1999. *Enfermedades Infecciosas en Pediatría*.
- Martinón-Torres, F. «Tratamiento de la bronquiolitis aguda: de las evidencias teóricas a la práctica clínica». *XIV jornadas de pediatría en atención primaria*.

N.º de casos de bronquiolitis en consultas de pediatría de atención primaria.

Tabla 1 Noviembre 2002-enero 2003.

	N.º de casos	Población TIS < 2 años	Tasa/100
Pediatra 1	32	124	25.8
Pediatra 2	11	168	6.5
Pediatras 3 y 4	17	191	8.9
Pediatra 5	16	98	16.4
Pediatra 6	83	163	50.9
TOTAL	159	744	21.4

Brote epidémico de meningitis linfocitaria en Gipuzkoa

Durante la primavera del año 2002, escolares residentes en las comarcas de Bajo Deba y Goierri enfermaron como consecuencia de un brote de meningitis vírica por enterovirus tipo Echo y serotipo 30. En la semana epidemiológica 17, el laboratorio de microbiología del hospital Donostia comunicó el aislamiento de enterovirus (echovirus) en cultivos de L.C.R. realizados a niños diagnosticados de meningitis linfocitaria en el hospital comarcal de Mendaro. Cuatro semanas más tarde, un pediatra de la comarca Goierri comunicó la presentación de 6 casos de meningitis vírica en niños, en el periodo de una semana. La búsqueda activa confirmó que el aumento de casos de meningitis linfocitaria correspondía únicamente a las comarcas de Bajo Deba y Goierri.

Estudio del brote

Se definió como caso probable de meningitis linfocitaria por echovirus a toda persona menor de 15 años, residente en Goierri o Bajo Deba, atendida en el hospital comarcal de referencia a partir del 15 de abril, que presentase un cuadro clínico de meningitis y pleocitosis con linfocitosis en el análisis bioquímico de L.C.R. Se definió como confirmado al caso probable con aislamiento de Echovirus en el cultivo de L.C.R. Los pediatras de ambos hospitales comarcales notificaron nominalmente todos los casos con sospecha de meningitis vírica. A cada uno de los casos notificados se les realizó una encuesta epidemiológica recogiendo datos demográficos y clínicos. Las muestras biológicas para estudio de enterovirus se enviaron al servicio de microbiología del Laboratorio Unificado Donostia (L.U.D.). A partir del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) se revisó el número de ingresos hospitalarios con diagnóstico al alta de meningitis linfocitaria (rúbricas 047 y complementarias de la CIE-9) en los hospitales de Gipuzkoa para el periodo 1994-septiembre de 2002. No se sospechó la contaminación de alimentos o agua durante el brote por lo que no se tomaron muestras.

Resultados

En total se notificaron 56 casos de meningitis linfocitaria, 31 (55,3%) pertenecían a Bajo Deba y 25 (44,6%) al Goierri. En 26 casos el diagnóstico fue definitivo y probable en los restantes. La distribución por sexo fue de 37 hombres (66,1%) y 19 (33,9%) mujeres. La media de edad de los casos declarados fue de 6,2 años (DE, de 2,84) siendo el más pequeño de 2 años de edad y el

mayor de 13 años. El 82% de los niños tenían edades comprendidas entre los 3 y 8 años. Las tasas de ataque para el grupo de edad de 0-14 años fue de 3,32 por 1.000 en la Comarca Bajo Deba y de 2,04 por 1.000 en la Comarca de Goierri.

La clínica se caracterizó por afectación importante del estado general, con presencia de fiebre (85,7%), cefalea (96,4%), vómitos (91,0%) y diarrea (3,5%). La totalidad de los enfermos evolucionó de forma satisfactoria y el 100% se curaron sin presentar complicaciones, tras una estancia media en hospital de 2-3 días.

La presentación de los casos se representa en el Gráfico 1. Dentro de cada una de las comarcas los casos tendieron a agruparse en pequeñas agrupaciones espaciales, sugiriendo todo ello una transmisión persona-persona, dándose el máximo de casos la semana 19 en la Comarca Bajo Deba y en la semana 21 en la Comarca Goierri.

Además de los casos infantiles, en el registro de altas de los dos hospitales comarcales, en el periodo del brote se registraron 9 casos en mayores de 14 años con diagnóstico al alta de meningitis vírica.

El análisis del CMBD, (gráfico 2) manifiesta que el número total de ingresos en el periodo enero-septiembre de 2002 fue de 80, cifra muy superior a la registrada en los años precedentes. Del total de casos de Gipuzkoa la proporción de ingresos correspondientes a los hospitales de Mendaro y Zumárraga fue entre el 15-20% hasta el año 2002 en el que pasó a ser el 66,3% (gráfico 2).

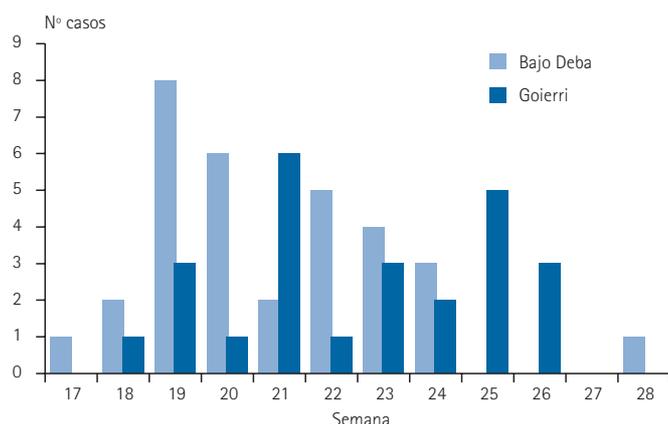
Resultados de laboratorio: se remitieron un total de 37 muestras de L.C.R. (66% del total de casos), resultando positivas para echovirus un total de 26 (70%) y en los 11 (30%) restantes el resultado fue negativo. En 3 muestras correspondientes al hospital de Mendaro el echovirus identificado correspondió con el echovirus 30. Además se aisló echovirus en 15 muestras de heces o frotis faríngeo en pacientes en los que no se estudió enterovirus en L.C.R. o tuvieron resultado negativo.

Medidas de control

Desde el comienzo del brote se contactó con los centros escolares a los que correspondían los casos para recordar la

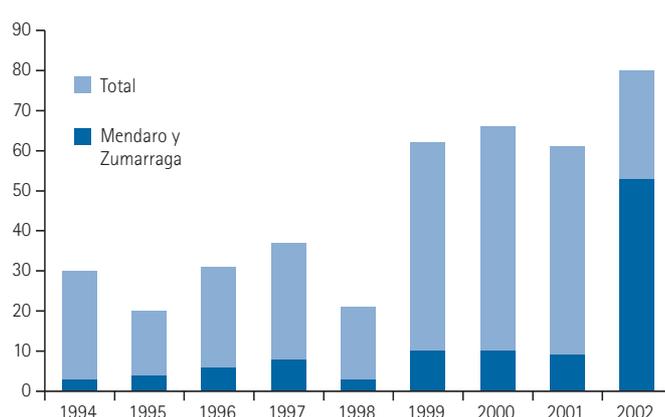
N.º semanal de meningitis linfocitarias

Gráfico 1 notificadas por comarca. Gipuzkoa 2002.



N.º anual de altas por meningitis vírica. Hospitales

Gráfico 2 de agudos de Osakidetza. Gipuzkoa 1994-2002.



importancia de extremar las medidas de higiene habituales ya que son las medidas preventivas más importantes.

Discusión

Se trató de un brote de meningitis linfocitaria con echovirus 30 como agente implicado, en el que estuvieron presentes los rasgos epidemiológicos atribuibles al enterovirus para las zonas templadas y desarrolladas, ya que los niños en edades comprendidas entre 2 y 15 años fueron los más afectados, la proporción de hombres enfermos fue mayor que la de mujeres y el total de casos se presentaron en primavera.

El patrón de la curva epidémica y la agrupación de los casos sugirieron una transmisión de persona a persona.

Dado que la expresión clínica de las infecciones por enterovirus es diversa y variada con frecuentes casos asintomáticos, leves o cuadros febriles inespecíficos, resulta difícil de evaluar la extensión de este brote y el resultado de las medidas que se adoptaron para su control, aunque seguramente la dispersión de la población escolar producida por el inicio de las vacaciones de verano contribuyó a la finalización del mismo.

J. Artieda*, I. Larrañaga*, M. Basterretxea*,
D. Vicente**, G. Cilla**, E. Artola***, L. Larraz***

* Departamento de Sanidad

** Laboratorio Unificado Donostia

*** Servicios de pediatría hospitales comarcales

Vigilancia de la gripe en la CAPV. Temporada 2003-2004

Red de médicos vigía de la CAPV

La temporada gripal 2003-2004 se ha caracterizado por un adelanto importante de la onda epidémica actual respecto a las cinco temporadas previas, ya que en la semana 39 (21 al 27 de septiembre), la red vigía del País Vasco notificó sus dos primeros aislamientos de virus de la gripe A(H3N) en Gipuzkoa. En la semana 43 (20 a 26 de octubre) la incidencia ya había aumentado hasta los 148 casos por 100.000 y continuó su incremento hasta la semana 45 (3 a 9 de noviembre), cuando se alcanzó el pico máximo de incidencia hasta el

momento con 512 casos por 100.000 habitantes. (Gráficos 1 y 2). A partir de la semana 46 se ha producido un paulatino descenso de los casos registrados. Por lo tanto, hasta la semana 49 de 2003, la onda epidémica de gripe es algo superior a la de la temporada anterior, que tuvo lugar a mediados del pasado mes de enero, y de intensidad moderada.

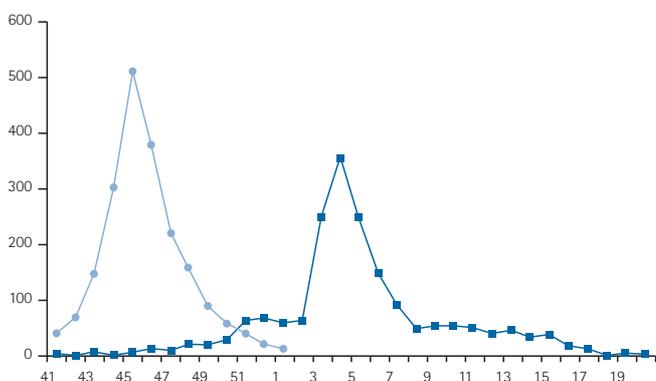
La evolución, en términos generales, ha sido similar en otras redes del estado español y en otros países europeos accidentales, como Reino Unido e Irlanda. No obstante, aún es pronto para valorar si, dado el precoz inicio del ciclo gripal de este año, se pueden producir repuntes posteriores durante el resto de los meses invernales.

En relación con los virus gripales circulantes hasta el momento, ha predominado de forma exclusiva el A(H3N2) entre los 118 aislamientos positivos registrados en la CAPV hasta la semana 49. Además, todas las cepas de A(H3N2) caracterizadas hasta este momento son similares a A/Fujian/411/2002. La actual temporada se ha caracterizado por una importante incidencia en la población infantil, particularmente entre los niños y niñas más pequeños, entre 0-14 años (ver gráfico 3).

J.M. Arteagoitia, M.I. Larrañaga, T. Sarobe, F. González, M. Montes, D. Vicente, G. Cilla, I. Echevarria, F.J. Nafarrate, A.M.^a Fernández, P.L. Urigoitia, J. Rodríguez, C. Llorente, V. Ortiz, F. Gómez, M.^a J. Caballero, M.A. San Martín, V. Rubio, P. Aldave, C. Calderón, M. Leturiaga, M. Luque, S. Auriguiberri, E. Busselo, J. Izkara, M. Alonso, R. Lachen, V. Astobiza, M.I. Olabarrieta, J. Chávarri, M. Urquía, L. Aurrekoetxea, P. Valdés, J.M. Robles, B. Etxeguren, F. Rodríguez, K. Gómez, J.L. Lombardero, J.I. Juez, F. Galán, A. Burgui, M. Ruiz, M.C. Ugalde

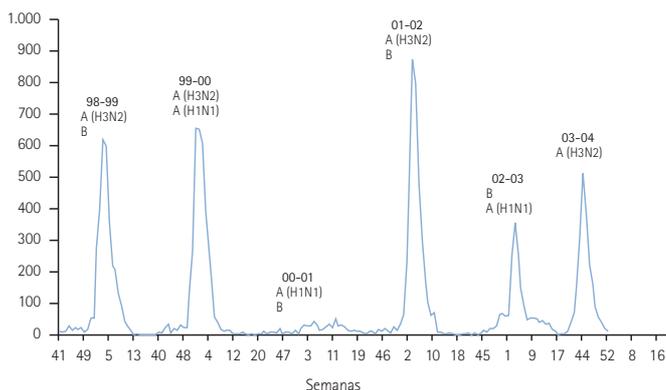
Gripe. Tasas/100.000 hab.

Gráfico 1 Temporadas 02-03 y 03-04.



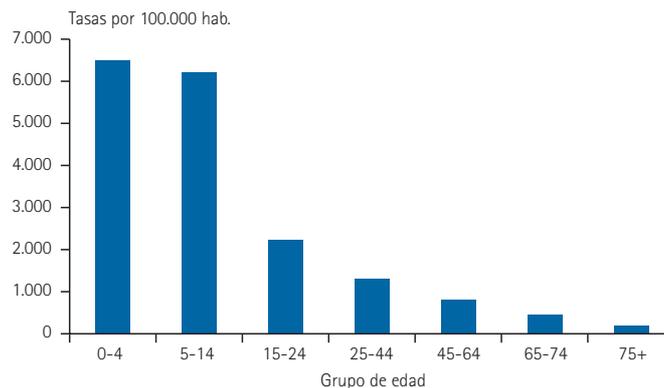
Gripe. Tasas/100.000 hab.

Gráfico 2 Evolución en las temporadas 98-99 a 03-04.



CAPV. Tasas acumuladas de gripe por edad.

Gráfico 3 Semanas 40 a 49 de 2003.



Diabetes y riesgo cardiovascular

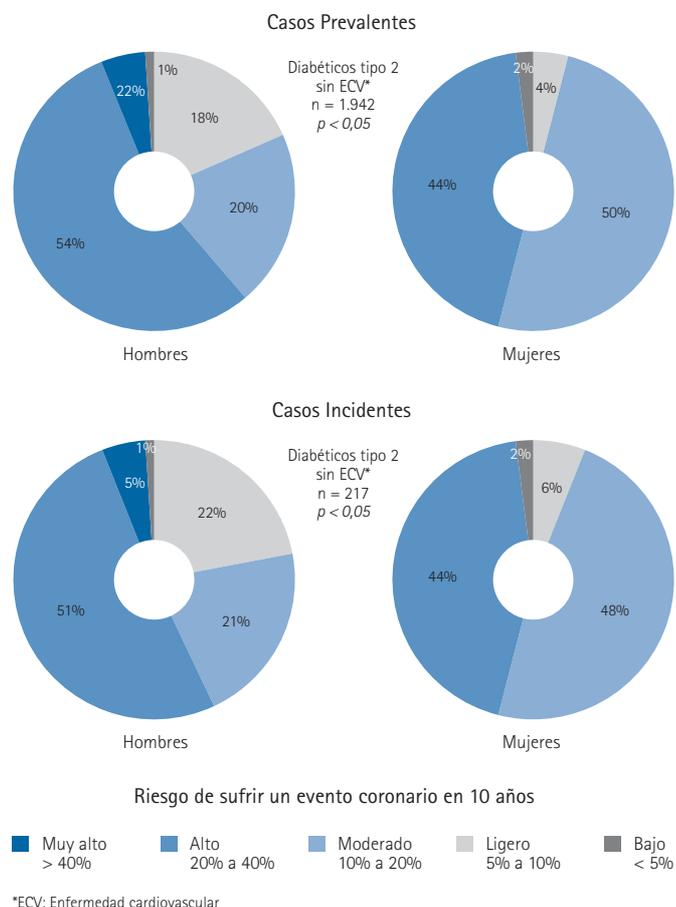
Se resumen a continuación los resultados más relevantes del trabajo sobre diabetes mellitus (DM) tipo 2 realizado en el año 2000 a través de la Red de Médicos Vigía del País Vasco. Este trabajo pretendía conocer la frecuencia, complicaciones, factores de riesgo cardiovascular y riesgo de enfermedad coronaria en la población diabética tipo 2 conocida en el País Vasco.

El estudio se realizó a partir de una muestra de 65.651 personas mayores de 24 años con similar distribución por edad y sexo que la población de la CAPV. Se clasificaron los casos según criterios diagnósticos de la OMS. Se registró como caso incidente de diabetes tipo 2 a las personas que fueron diagnosticadas de diabetes tipo 2 a lo largo del año 2000 y caso prevalente a los diabéticos tipo 2 diagnosticados antes o durante el estudio. Por último se valoró el nivel de riesgo coronario según los criterios establecidos por las diferentes Sociedades Europeas para la Prevención de la Enfermedad Coronaria.

La *prevalencia* de diabetes tipo 2 conocida ajustada por edad fue de 4.6% (IC 95%: 4,5%-4,7%), siendo máxima (12,6%) entre 65-74 años de edad. La edad media de los casos prevalentes fue $68 \pm 0,2$ años, significativamente mayor en las mujeres ($p < 0,001$) y la duración media de la enfermedad $8,1 \pm 4,5$ años. La macroangiopatía fue la complicación crónica más frecuente (33%) en los casos prevalentes, siendo mayor en hombres ($p < 0,05$), mientras que retinopatía, nefropatía y polineuropatía se observan en el 20% en los diabéticos tipo 2 conocidos. El 61% tenían la $HbA_{1c} \geq 6,5\%$, siendo más elevada en las mujeres ($p < 0,05$). El 85% tenían el LDLc > 100 mg/dl, el 65% colesterol > 200 mg/dl, 18% HDLc < 40 mg/dl y 33% triglicéridos > 150 mg/dl. El 79% eran hipertensos, alrededor del 40% eran obesos y el 13% fumadores. El 60% de los hombres tenían un nivel de riesgo de enfermedad coronaria alto o muy alto (riesgo de presentar un evento coronario en 10 años del 20-40% o $> 40\%$ respectivamente) frente a un 44% en las mujeres ($p < 0,05$). La *incidencia* acumulada ajustada por edad de DM tipo 2 conocida en la población mayor de 24 años fue de 5 por 1.000 (IC 95%: 4,9-5,1) y similar para ambos sexos, con una edad media de $64 \pm 0,7$ años, siendo más elevada en las mujeres ($p < 0,05$). El grupo de 65-74 años registró la máxima incidencia (12,8 por 1.000). El 36% de los casos incidentes presentaban al diagnóstico complicaciones de la diabetes: 22% macroangiopatía, 12% neuropatía, 12% nefropatía y 6,5% retinopatía diabética. El 46% presentaban elevada la HbA_{1c} , 75% colesterol elevado, 90% LDLc elevado, 38% triglicéridos altos y 20% el HDL bajo. El 82% eran hipertensos, 45% obesos y 14% fumadores. La distribución de los factores de riesgo y el nivel de riesgo coronario por sexos fue similar a los casos prevalentes (ver gráfico 1).

Destaca la gran frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en los casos de diabetes tipo 2 conocida prevalentes como en los recién diagnosticados. Otro dato relevante es que

Diabetes tipo 2,
Gráfico 1 nivel de riesgo de enfermedad coronaria (EC)



más del 50% de los diabéticos tipo 2 conocidos tienen un riesgo elevado (20-40%) o muy elevado ($> 40\%$) de presentar un evento coronario a 10 años.

J.M. Arteagoitia, M.I. Larrañaga, J.L. Rodríguez, F. González, J.A. Piniés, R. Abasolo, I. Aguirrezabal, M. Arroniz, M.E. Azpeitia, J. de Castro, R. Esquisabel, M.I. Etxebarria, D. Gonzalo, R. Gracia, J.M. Hernández de Pedro, M.A. Larrañaga, F.J. Nafarrate, J.M. Ordoño, J. Pérez de Viñaspre, F. Ricarte, V. González, M. Maortua, L. Unzueta, P. Valdés, J.C. de la Fuente, E. Etxegarai, V. Astobiza, F.J. Eizaguirre, E. Elorriaga, M.P. Ruiz, F. Aizpurua, C. Ugarte, M.D. García, M.L. Rodríguez, A. Bolaños, M.A. Azazeta, A. Berganza, P. Zaballa, I. Elizarán, J.I. Gorroño, M. Díez, M.F. Loyola, A. Burgui, J. Crespo, J. Rodríguez, M. García, K. Muñiz, M.I. Olabarrieta, E. de la Peña, T. López, C. Calderón, E. Auzmendi, V. Tapiz, M.A. Arrondo, M. Luke, J.L. Aguirrezabala, J.I. Ugoitia, L. Pérez, I. Andréu, M.V. González, D. Baixas de Ros, I. Osa, M.L. Vivanco, I. Ibarrondo, M.J. Domaica, P. Aldave

**Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Datos correspondientes a las semanas 1-48 de 2003***

C.A.P.V.	N.º casos	Tasa	I. E. 1**	I. E. 2**
Botulismo	0	—	—	—
Cólera	0	—	—	—
Disentería	13	0,62	2,60	1,86
Fiebre tifo-paratífica	4	0,19	0,27	0,50
Triquinosis	5	0,24	—	—
Enfermedad meningocócica	93	4,47	0,74	1,26
Gripe	59.826	2.872,68	0,74	0,71
Legionelosis	93	4,47	0,93	1,27
Meningitis tuberculosa	5	0,24	0,71	0,71
Tuberculosis	439	21,08	0,86	0,76
Varicela	10.647	511,24	1,35	1,29
Infección gonocócica	27	1,30	1,17	0,93
Sífilis	19	0,91	6,33	2,11
Difteria	0	—	—	—
Parotiditis	32	1,54	0,97	0,63
Poliomielitis	0	0,00	0,00	0,00
Rubéola	0	0,00	0,00	0,00
Sarampión	0	0,00	0,00	0,00
Tétanos	2	0,10	1,00	1,00
Tos ferina	7	0,34	0,70	0,70
Hepatitis A	50	2,40	1,14	0,57
Hepatitis B	30	1,44	1,25	0,73
Hepatitis C	11	0,53	1,22	0,13
Otras hepatitis víricas	2	0,10	0,00	0,00
Brucelosis	2	0,10	0,20	0,20
Rabia	0	—	—	—
Fiebre amarilla	0	—	—	—
Paludismo	24	1,15	1,50	1,50
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 (2002).

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 (1998-2002).

Porcentaje de declaración para el conjunto de la C.A.P.V. = 64,9%

A pesar del brote de gripe que tuvo su máxima incidencia en las semanas 45 y 46, los casos registrados durante el año están por debajo de la incidencia del año anterior y de la mediana del quinquenio. En cuanto a las enfermedades incluidas en el calendario vacunal, cabe indicar que los dos casos de tétanos ocurrieron en adultos mayores de 70 años, los casos de tosferina en menores de 6 meses excepto uno, y los casos de parotiditis se reparten por todas las edades. No ha habido casos de sarampión ni rubéola. La varicela ha aumentado ligeramente sobre el año anterior, al contrario que la enfermedad meningocócica y la tuberculosis.

Programas de Salud Pública

Análisis microbiológico en alimentos. 1998-2002

Desde la Dirección de Salud Pública se vienen programando tomas de muestras de alimentos para determinaciones microbiológicas. Estas analíticas sirven para el control de los alimentos elaborados y comercializados en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) y también para la vigilancia de los patógenos más frecuentes o emergentes transmitidos por los alimentos. Los datos así obtenidos se utilizan para la toma de decisiones y la elaboración de programas de control.

En el periodo 1998-2002 se han tomado muestras de una gran variedad de alimentos y se han investigado diferentes patógenos e indicadores, estén o no contemplados por la legislación. Aquí realizaremos un breve repaso de algunos de los patógenos investigados y de los resultados obtenidos en los últimos años. Hay que considerar que estas muestras están en muchos casos dirigidas y no son aleatorias; representan una tendencia o afloran problemas, pero de manera global carecen de representatividad estadística.

Es diverso el origen de los alimentos en los que se han realizado determinaciones: productos elaborados, no elaborados, alimentos de preparación y venta en el establecimiento, envasados, productos de establecimientos ubicados en la CAPV y fuera de ella, muestras recogidas en los establecimientos elaboradores y en locales de venta. Se han incluido también resultados analíticos procedentes de estudios puntuales, realizados por la detección de problemas concretos.

En todos los casos en los que se aíslan patógenos que pueden afectar a la salud de la población se toman las medidas correctoras pertinentes encaminadas a evitar riesgos a los consumidores.

En este resumen se presentan los resultados de tres bacterias diferentes, con significación y problemática dispar:

- La presencia de *Salmonella spp* en los alimentos está contemplada en la legislación. Se trata de un patógeno presente, en general, en alimentos de origen animal y que produce una patología aguda y grave. Además de la transmisión por la ingesta de los alimentos, es posible también la transmisión del microorganismo persona a persona.
- *Campylobacter spp* es responsable de procesos gastrointestinales en humanos. El modo de transmisión es fundamentalmente a través de los alimentos de origen animal (carne de aves principalmente) o aguas contaminadas. El proceso patológico raramente reviste gravedad.
- *Listeria monocytogenes* es una bacteria ubicua, vehiculada por muchos alimentos diferentes, siendo éstos la única fuente de contagio para el hombre. Causa procesos patológicos dispares según las características del huésped y el inóculo; el estudio e investigación presentan especial dificultad, debido al largo periodo de incubación, hasta 70 días. Está contemplada en la legislación alimentaria.

Salmonella spp

De forma sistemática se realiza el serotipado de las *Salmonellas* aisladas y *Salmonella enteritidis* es el detectado con mayor frecuencia.

Los alimentos investigados y aislamientos se presentan en la tabla 1. El mayor porcentaje de detecciones se ha producido en la carne y productos cárnicos de ave.

Es *Salmonella spp* la causante del mayor porcentaje de brotes de toxiinfecciones alimentarias: 156 de un total de 249 en el periodo considerado (62,5%). Los alimentos elaborados con huevo son los relacionados como vehículo en el 66% de estas toxiinfecciones.

Campylobacter spp

Los alimentos en los que se ha investigado son carne y derivados cárnicos de ave. Se han tomado un total de 588 muestras; en 228 de ellas se ha detectado *Campylobacter spp*, lo que representa el 39% de las muestras analizadas.

Alimentos en los que se ha investigado la presencia

Tabla 1 de *Salmonella spp*. CAPV 1998-2002

Alimento	Total	Aislamientos	
		N.º	%
Carne de ave	343	89	25,9
Derivados de carne de ave	266	62	23,3
Huevos	130	11	8,5
Derivados cárnicos cocidos	191	6	3,1
Carne picada de vacuno	100	5	5,0
Quesos	541	2	0,4
Helados lácteos	145	0	0,0
Leche	143	0	0,0
Leche y productos lácteos (excepto quesos)	85	0	0,0
Precocinados	56	0	0,0
TOTAL	2.000	175	8,8

Fuente: Programa de Seguridad Microbiológica.

Listeria monocytogenes

Listeria monocytogenes es una bacteria psicrófila, y por tanto capaz de reproducirse a temperaturas próximas a 0°C, por lo que su vigilancia y control presentan especial interés y dificultad. Es posible que pequeñas contaminaciones al finalizar el proceso de elaboración determinen altas contaminaciones al final de la vida útil del alimento.

Entre los alimentos en los que se ha investigado, la mayor contaminación se ha encontrado en los cárnicos cocidos y carne y derivados cárnicos de ave.

Alimentos en los que se ha investigado la presencia

Tabla 2 de *Listeria monocytogenes*. CAPV 1998-2002

Alimento	Total	Aislamientos	
		N.º	%
Carne y derivados cárnicos de ave	145	30	20,7
Cárnicos cocidos	236	31	13,1
Chorizo/txistorra	111	6	5,4
Pasteles de crema	59	3	5,1
Postres y derivados lácteos	85	4	4,7
Carne picada de vacuno	100	4	4,0
Leche	143	5	3,5
Queso	460	5	1,1
Helados lácteos	145	1	0,7
TOTAL	1.484	89	6,0

Fuente: Programa de Seguridad Microbiológica.

Conclusiones

De los datos recogidos destaca la mayor presencia de patógenos en carne y derivados cárnicos de ave, que son los alimentos en los que se han aislado los tres patógenos en mayor porcentaje de muestras. Sin embargo los brotes de toxiinfección alimentaria son causados principalmente por *Salmonella spp*, pero con una mayor presencia de los alimentos elaborados con huevo. La vigilancia de las contaminaciones cruzadas se apunta como un elemento esencial en el control.

Dolores Coll

Dirección de Salud Pública

Desde la época de los 50, se tienen ejemplos del uso de alimentos funcionales y se han llevado a cabo programas para luchar contra la desnutrición en determinadas zonas del planeta utilizando este tipo de alimentos: se mezcló harina básica con harinas de pescado para aumentar el aporte de proteínas, se añadió yodo a la leche para evitar problemas de hipotiroidismo en zonas endémicas, o se realiza la fluoración del agua para evitar problemas de caries. Sin embargo, es en los últimos tiempos cuando se ha producido el «boom» de los alimentos enriquecidos, tales como ácidos omega 3, leches con calcio, zumos con vitaminas y minerales, alimentos con fitosteroles, etc. Por otro lado, se impone la alimentación con productos naturales procedentes de explotaciones ecológicas, lo que demuestra, en cualquier caso, la inquietud de la población por conseguir una vida sana a través de la alimentación.

Alimentos funcionales

No han sido todavía legalmente definidos por la normativa europea, pero en general se consideran alimentos funcionales aquellos que se consumen como parte de una dieta normal y que contienen componentes, que ofrecen beneficios para la salud y reducen el riesgo de padecer enfermedades.

Los alimentos funcionales no curan ni previenen enfermedades por sí solos y no son indispensables en la alimentación, sino que son una opción ante determinadas circunstancias concretas como alergias, diabetes, alteraciones digestivas, etc.

Como ejemplos de alimentos que se están ofertando como funcionales se podrían citar entre otros los siguientes:

- Alimentos con cultivos vivos de lactobacillus que mejoran el equilibrio de la flora intestinal (yogur).
- Alimentos con fibra: la fibra es la sustancia de origen vegetal que se adiciona a los alimentos y que favorece el tránsito intestinal.
- Alimentos con esteroides y estanoles de origen vegetal añadidos, que reducen los niveles de colesterol LDL, y que por tanto reducen el riesgo de enfermedades cardíacas (margarinas, lácteos).
- Alimentos enriquecidos con ácidos grasos omega-3 que son ácidos grasos poliinsaturados que influyen en el metabolismo de los lípidos y por tanto actúan sobre el control de la hipertensión y en la prevención de los niveles de colesterol.
- Isoflavonas: son fitoestrógenos que se encuentran en la soja y previenen determinadas enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, etc
- L-carnitina: aminoácidos que ayudan en el metabolismo de las grasas.

Los alimentos a los que se añaden fitosteroides merecen una mención especial por la presentación en los últimos tiempos, en el mercado, de una amplia gama de alimentos a los que se añaden fitosteroides a su composición original, con la indicación sanitaria de disminuir los niveles de colesterol.

Estos ingredientes (esteroides de origen vegetal) actúan reduciendo el nivel del «colesterol malo». Se adicionan a diferentes alimentos tales como margarinas, productos lácteos, etc. y se recomiendan para personas cuyos niveles de colesterol están elevados.

Hay que tener en cuenta que el consumo de estos fitosteroides pueden ocasionar ciertos desequilibrios, como la reducción de niveles de betacarotenos y vitamina A y una disminución en la absorción de determinadas vitaminas, por lo que es recomendable sean utilizados dentro de una dieta equilibrada. Por otro lado, conviene controlar su ingesta en determinados grupos de personas, como niños en fase de crecimiento, embarazadas, personas con alteraciones digestivas, etc. Además su consumo debe ser controlado por personal facultativo en caso de que se padezca alguna patología.

Alimentos enriquecidos

Un alimento se considera enriquecido cuando se le adicionan nutrientes con el fin de que el contenido en dichos nutrientes sea superior al de su composición normal y en unas cantidades que deberán ser fijadas cuando sean regulados en la legislación. Nos referimos a nutrientes tales como vitaminas, minerales, ácidos grasos, aminoácidos. Ej.: leche enriquecida en calcio.

A pesar de que la inclusión en la dieta de este tipo de alimentos puede ser interesante, ya que en determinados estados carenciales de la población se podría mejorar el estado nutricional de la misma, no por ello debemos considerarlos o atribuirles propiedades milagrosas que confundan al consumidor.

Estos productos, si son bien utilizados, pueden ayudar a satisfacer las necesidades nutritivas de determinados grupos de personas en determinadas situaciones fisiológicas (edad avanzada, embarazadas, lactantes, deportistas, etc. (Ej.: la alimentación del niño hasta cierta edad suele ser deficitaria en hierro y, a través de leches maternizadas o cereales enriquecidos en este mineral, se ha atenuado este problema). Por otro lado hay que tener en cuenta que si el alimento es utilizado por un grupo de población al que no va dirigido su uso, no se obtendrá el beneficio indicado.

Sin embargo la presencia de una gran cantidad de estos alimentos en el mercado podría ocasionar el consumo excesivo de determinados nutrientes que podrían dar lugar a determinadas enfermedades por exceso (Ej: hipervitaminosis).

Complementos alimenticios

Se definen como complementos alimenticios los productos cuya finalidad sea complementar la dieta normal, consistentes en fuentes concentradas de los nutrientes o de otras sustancias que tengan un efecto nutricional o fisiológico, de forma simple o combinada, comercializados de forma que permitan una dosificación determinada del producto y que deben tomarse en pequeñas cantidades nutritivas.

La diferencia con los alimentos enriquecidos es clara, aunque estemos hablando del mismo tipo de nutrientes. En este caso hablamos de vitaminas y minerales con una presentación diferente a los alimentos tradicionales (cápsulas, ampollas, etc.).

Fitonutrientes

Son nutrientes procedentes de las plantas y son utilizados con finalidad preventiva, e incluso terapéutica, en la mayoría de los casos. No entrarían en la categoría de alimentos si los extractos de plantas que entraran a formar parte de su composición se recogieran en la normativa correspondiente a plantas medicinales, por lo que su uso debería estar recomendado por personal especializado.

Prebióticos

Son sustancias no digeribles por el organismo. Promueven la salud estimulando el crecimiento y la actividad de las bacterias beneficiosas del colon, como por ejemplo la fibra que se añade a los alimentos, favorecen el crecimiento y equilibrio de la flora intestinal y, como consecuencia, una mejora en el funcionamiento intestinal.

Probióticos

Son microorganismos vivos que, ingeridos en cierta cantidad, pueden proporcionar efectos beneficiosos para el organismo. Ej.: yogures: se añaden lactobacillus para mejorar el equilibrio microbiano intestinal y por tanto el funcionamiento intestinal.

Productos bio/biológico-eco/ecológico

En principio el término BIO se asocia a productos que son «biológicos», es decir, que han sido elaborados sin productos químicos, pesticidas, aditivos, conservantes, o manipulación genética. En este sentido se explicita en los reglamentos comunitarios.

Actualmente hay una gran controversia, ya que la normativa española permite el uso del término BIO de forma indiscriminada, tanto para productos de origen biológico como para los que no tienen este origen. Este hecho se justificó porque el término BIO venía utilizándose con anterioridad a la publicación del reglamento en ciertas marcas de productos lácteos que, desde luego, no procedían de la agricultura ecológica y porque la población entendía el término BIO como el utilizado en productos fundamentalmente lácteos a los que se incorporan bifidus, y no como aquellos procedentes de la agricultura ecológica.

Productos light

Hay una amplia gama de productos (jamón york, patés, mayonesas, turrónes, refrescos, mermeladas, etc.) que utilizan esta denominación.

La definición del término se corresponde con liviano, leve, ligero, lo que sugiere que los alimentos que así se denominan,

tienen un menor aporte de grasas o de hidratos de carbono. Si esto es realmente así, deberíamos encontrarnos con productos que nutricionalmente tuvieran una reducción del valor energético en un determinado porcentaje, al menos respecto al alimento de las mismas características de consumo normal, y esto debería de estar perfectamente indicado en el etiquetado.

Conclusiones

El aumento de la esperanza de vida y el deseo de una mejor calidad de vida, junto con la clara inquietud de los consumidores respecto a una alimentación sana como fuente de salud, ha potenciado la aparición en el mercado de una gran variedad de productos incluidos en el campo alimentario.

La incorporación de estas sustancias a los alimentos los convierte en productos más accesibles a la población, quien considera los alimentos como fuente de salud, frente a otro tipo de sustancias complementarias de la dieta que podrían ser considerados, bajo la percepción de la población, no como alimentos sino como «medicamentos» o «sustancias extrañas». Al tener esta consideración, pueden exponerse en los puntos de venta junto con el resto de los alimentos considerados «ordinarios». No obstante, esta misma accesibilidad podría llegar a ocasionar importantes problemas si los consumidores los considerasen como sustitutivos de una dieta equilibrada o no conociesen perfectamente las condiciones de uso de estos alimentos, es decir, los nutrientes que contienen, las proporciones de sus componentes y la población a la que están dirigidos, así como los grupos de población a los que su consumo podría ocasionar un perjuicio.

En el futuro, cabe esperar una gran oferta de mercado a base de alimentos que mejoren nuestro rendimiento mental, que nos ayuden ante determinadas situaciones fisiológicas ligadas al sexo, alimentos que nos ayuden a controlar la hipertensión, productos para el cuidado de la piel, antialérgicos, alimentos para controlar el peso, etc.

Por todo esto, quizá el gran reto actual está en establecer un marco regulador en el que se establezcan las condiciones sobre las atribuciones de los productos que se pongan en el mercado, sobre las investigaciones científicas necesarias para determinar la veracidad o no de dichas propiedades y de un marco regulador estricto en cuanto al etiquetado, de forma que se garantice la seguridad de quienes consumen el producto y no se induzca a error al consumidor.

Asimismo, el conocimiento por parte del personal especializado de estos alimentos, sus indicaciones, contraindicaciones, grupos de población diana, etc. contribuiría al mejor conocimiento y uso, por parte de los consumidores, de este tipo de productos, cuya presencia en el mercado aumenta cada día, sin olvidar en ningún caso que una alimentación equilibrada es la base de una vida sana.

Lucía Díaz de Lezana

Dirección de Salud Pública

Los últimos datos sobre consumo de alimentos en la población de la CAPV se obtuvieron entre los años 1988-1989 y corresponden a la población adulta de entre 25 y 60 años. No incluyen por tanto los grupos de niños, adolescentes o ancianos. Es seguro que en estos últimos 13-14 años se han producido cambios en los hábitos alimentarios, no sólo porque es un largo período, sino porque los cambios laborales/culturales, de estilos de vida e incluso las cada vez más variadas opciones que ofrece la industria alimentaria, los propician día a día.

Los objetivos que se establecen en el Plan de Salud para el año 2010 (proporción de energía procedente de los hidratos de carbono y de las grasas) toman como referencia los datos de la Encuesta de Nutrición de 1990 y el estudio EPIC (1992-1996), correspondientes a población adulta.

Para que los datos proporcionados por las encuestas sirvan de base para el desarrollo de políticas nutricionales y de seguridad alimentaria en la CAPV, es preciso actualizarlos cada cierto número de años. Con ello se pondrían las bases para la implantación de un verdadero sistema de vigilancia nutricional, permitiendo además reducir el coste en ediciones posteriores, al tener desarrollada la infraestructura y los procedimientos para la recogida y explotación de los datos.

Todo ello hace necesaria la reedición de una encuesta de nutrición en la CAPV, que incluya a toda la población (infantil y adultos). Sin embargo, considerando la complejidad de la recogida de información en la población infantil y la falta de información al respecto en la CAPV, se decide iniciarla con la población de 4 a 18 años, para, en un plazo no superior a 5 años, completar la encuesta de nutrición en la población adulta.

El objetivo principal del estudio es conocer el estado de salud nutricional y sus determinantes en la población de 4 a 18 años de la CAPV e identificar los principales grupos de riesgo. Así mismo, se estudiará la distribución de ciertos factores determinantes de la salud en general y del riesgo cardiovascular en particular. Por otra parte, la información recogida permitirá disponer de una amplia base de datos que facilitará la monitorización de la «seguridad química» de la dieta, la evaluación de programas en marcha y el desarrollo de nuevos programas de nutrición.

Metodología

Se trata de un estudio epidemiológico transversal descriptivo que permite la descripción de la distribución de los parámetros nutricionales en relación con las variables socio-demográficas.

La encuesta se realizará mediante entrevista personal a las personas de 4 a 18 años (y/o sus tutores) residentes en hogares privados en la CAPV, utilizando la muestra efectiva de la encuesta de salud del 2002 (ESCAV'02). Se seleccionará para la encuesta de nutrición un niño en cada una de las familias del ESCAV'02 con niños de 4 a 18 años.

Se ha calculado un tamaño muestral de 1.063 individuos para poder realizar las estimaciones de los parámetros nutricionales más relevantes, con una participación de 90% de la muestra efectiva del ESCAV'02. El error muestral estimado con esta muestra para los distintos parámetros nutricionales examinados varía desde un 1,8% para la energía (kcal) hasta un 11,4% para el consumo de verduras (gr).

Cuestionario de dieta

Se utilizarán dos cuestionarios de dieta: el recuerdo de 24 horas (R-24h) que se aplicará en dos días no consecutivos, con un

intervalo de 7 a 10 días entre ellos y un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (FCA) con una lista cerrada de los alimentos. El R-24h se trata de un cuestionario informatizado (EPIC-soft) que estima el consumo actual de alimentos durante un periodo precedente inmediato (24 horas) mediante entrevista personal. El cuestionario FCA permitirá mejorar la estimación de la ingesta habitual de los alimentos de interés en la población a estudio, partiendo de la ingesta actual y utilizando la probabilidad de consumo mediante técnicas de modelaje propuestas por S-Nusser.

La recogida de datos sobre dieta incluirá la estación fría y la calurosa del año para poder reflejar la variabilidad estacional en el consumo de alimentos. Así mismo, se distribuirá proporcionalmente entre los días de la semana.

Por último, se recogerán muestras de sal para la determinación del contenido de yodo de la sal en uso en la vivienda.

Antropometría

Se incluirá antropometría básica, midiendo el peso y la talla para estimar la prevalencia de obesidad y sobrepeso mediante el cálculo del índice de masa corporal.

Marcadores biológicos

La utilización de técnicas cruentas en niños tiene unas implicaciones éticas, de seguridad y prácticas a tener en cuenta previamente a la inclusión de marcadores biológicos en el protocolo y se recomienda su monitorización como parte de otros estudios en los que se recojan muestras biológicas. Por otra parte, la participación de la población adolescente puede ser también difícil de conseguir para la realización de extracciones. Por ello, se utilizará química seca (sangre capilar) para la determinación del colesterol total como indicador de riesgo cardiovascular.

Por último, se recogerán muestras puntuales de orina para la estimación de la ingesta de sodio y yodo.

Cuestionario de actitudes y conocimientos acerca de la nutrición

La confección de las encuestas de conocimiento y actitudes debe contemplar específicamente a cada grupo de edad o etapa de escolarización. La encuesta de nutrición de la CAPV incluirá exclusivamente a la población de 12 y más años con dos bloques de información:

- conocimientos sobre alimentación y nutrición, y preferencias que permitan hacer sustituciones o modificaciones en la práctica dietética;
- actitudes hacia el papel general de la dieta en relación con la salud, las actitudes respecto a las barreras sociales y personales para cambiar o manipular la dieta.

Cuestionario de salud y hábitos de vida

De manera general, en los jóvenes de 12 a 18 años los datos se recogerán mediante un cuestionario autoadministrado. En el caso de la población de 4 a 11 años la recogida se realizará mediante entrevista de los padres o tutores. Se utilizará el cuestionario individual elaborado para la encuesta de salud 2002, reducido y adaptado, y que incluye las siguientes áreas:

- Autovaloración de la salud.
- Actividad física.
- Percepción de la imagen corporal.

- Consumo de alcohol.
- Consumo de tabaco.

Para niños y niñas de 4 a 11 años, este cuestionario incluirá únicamente el apartado de actividad física.

Se realizarán 2 tomas de presión arterial, con un intervalo de 2 minutos, utilizando un aparato electrónico validado.

Características sociodemográficas

Existe un grupo de variables que recogen las características demográficas y socio-económicas familiares que determinan los estratos de análisis para los indicadores que se plantean. Esta información será cumplimentada por el/la cabeza de familia.

Desarrollo del trabajo de campo

Para llevar a cabo la encuesta de nutrición se prevé un periodo de un año de recogida de datos continuado y un mes previo de

Campaña de vacunación antigripal 2003

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. Superar la cobertura de la población con 65 o más años alcanzada en la anterior campaña: 67,3%.
2. Vacunar, al menos, al 95% de la población con 65 o más años en régimen de institucionalización permanente.
3. Conseguir la mayor cobertura posible de las personas incluidas en los grupos de riesgo (OCFA, diabetes, cardiopatías crónicas, hepatopatías crónicas, etc.)

La campaña de vacunación antigripal 2003 se inició el día 15 de septiembre y finalizó el día 31 de octubre.

Población diana

- A. Personas con alto riesgo de padecer complicaciones:
- Personas con 65 o más años.
 - Personas menores de 65 años que presenten patología de carácter crónico
- B. Personas que pueden transmitir la gripe a otras personas con alto riesgo de complicaciones: profesionales sanitarios y cuidadores de servicios sociales.

Estrategia para la campaña 2003

Aunque la cobertura alcanzada en nuestra Comunidad durante la campaña 2002 (67,3%) experimentó un incremento del 2,3% con respecto a la del año anterior, para esta campaña se ha realizado un esfuerzo adicional:

- Nuevo diseño tanto para los carteles como para los trípticos.
- Cuñas de radio y anuncios en prensa y en exteriores a lo largo de la campaña.
- Envío por parte del Consejero de Sanidad de una carta personalizada a todas las personas mayores de 64 años de edad aconsejando la vacunación antigripal.

preparación, con inicio en febrero de 2004. En noviembre y diciembre se ha llevado a término el pilotaje o pretest.

La «Encuesta de nutrición de la población infantil y juvenil de la CAPV del año 2004» está incluida en el Plan Vasco de Estadística. Se trata de un estudio promovido por el Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y se cuenta con la participación de técnicos de distintas direcciones del departamento y Osakidetza, así como con la asesoría y/o colaboración del centro de Investigación en Nutrición y Alimentación TNO (the Netherlands Organisation for Applied Scientific Research), el Centro de Enseñanza de Nutrición y Dietética de la Universidad de Barcelona (CESNID) y el departamento de dieta y cáncer de la Agencia internacional de investigación en cáncer (IARC).

Nerea Larrañaga

Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa

- Colaboración con las cajas vascas (BBK, Kutxa, Vital, Caja Laboral Popular y Caja Rural Vasca), los Colegios de Farmacéuticos, los Ayuntamientos de la CAPV y los Departamentos de Bienestar Social de las tres Diputaciones.

Vacunas administradas y cobertura alcanzada

Durante la campaña de vacunación antigripal 2003 se han suministrado en la CAPV 376.288 vacunas, de las que se han administrado 373.060, lo que supone un porcentaje de utilización del 99,1 %. Con respecto a la campaña 2002, en la que se administraron 335.335 vacunas, se ha constatado este año un incremento del 11,2% en el número de vacunas administradas.

El grupo de riesgo que representa el mayor volumen es el correspondiente a las personas con 65 o más años. 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 con 65 o más años figuran en la Tabla 1. Para su cálculo, se han utilizado los datos de población remitidos por los propios municipios a la Dirección de Osakidetza.

Número de vacunas administradas y cobertura alcanzada en personas con 65 o más años

Tabla 1 por Territorio Histórico.

	N.º de vacunas administradas	Población ≥ 65 (actualizada 2003)	Cobertura
Álava	36.035	48.956	73,6%
Bizkaia	152.585	213.266	71,5%
Gipuzkoa	90.649	125.529	72,2%
CAPV	279.269	387.751	72,0%

La comparación entre 2003 y 2002 del número de vacunas administradas en los diferentes grupos de riesgo, se detalla en la Tabla 2.

Comparación del número de personas

Tabla 2 vacunadas por grupo de riesgo (2002-03).

Grupo de riesgo	2002 (n.º)	2003 (n.º)	Variación porcentual
≥ 65 años	262.260	279.269	6,5%
OCFA*	16.001	17.918	11,9%
Diabetes	9.819	11.289	14,9%
Cardiopatía crónica	7.562	8.661	14,5%
Hepatopatía crónica	1.503	1.630	8,4%
Nefropatía crónica	1.196	1.294	8,2%
Personal sanitario	4.599	10.429	126,8%
Otros	32.395	42.570	31,4%
TOTAL	335.335	373.060	

(*) Obstrucción crónica al flujo aéreo.

En conjunto, el número total de vacunas administradas a profesionales de las diferentes organizaciones de servicios de Osakidetza es de 6.191 (se incluyen los pertenecientes a Atención Primaria, a Atención Especializada así como a las restantes organizaciones de servicios) lo que supone una cobertura alcanzada del 28%, frente al 21% registrado en la anterior campaña.

Conclusiones

- Para esta campaña, se ha intensificado el esfuerzo realizado con el fin de mejorar los niveles de cobertura de la población diana.

- Se ha incrementado un 11,2% el número de vacunas administradas.
- En la campaña de vacunación antigripal 2003 se ha alcanzado una cobertura del 72% de la población con 65 o más años de la CAPV.
- Se ha conseguido también alcanzar el objetivo de vacunación, al menos, del 95% de la población mayor de 64 años en régimen de institucionalización permanente. Concretamente el porcentaje de cobertura alcanzado es del 98,3%.
- Se aprecia un incremento significativo en cuanto a la vacunación del personal sanitario perteneciente a las organizaciones de servicios de Osakidetza que se traduce en una cobertura alcanzada del 28% frente al 21% registrado en la anterior campaña. 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.
- El presupuesto destinado al conjunto de la campaña asciende a 1.623.604,70 € lo que supone un incremento del 16,8% con respecto al año anterior.

Enrique Peiró

Osakidetza. Servicio Vasco de Salud

Sistema de control de establecimientos alimentarios

En el ámbito del Plan de Calidad que está realizando el Departamento de Sanidad, la Dirección de Salud Pública está desarrollando un ambicioso «Sistema de Control de Establecimientos Alimentarios», que en enero del 2004 se implantará en tres de las nueve Comarcas de Salud Pública de forma inicial, y posteriormente a toda la estructura.

Este sistema nace como respuesta a:

- La necesidad de normalizar la sistemática de inspección de establecimientos, que garantice la uniformidad de criterios de inspección.
- La necesidad de establecer una priorización en las inspecciones a los establecimientos para garantizar la calidad sanitaria de los alimentos.

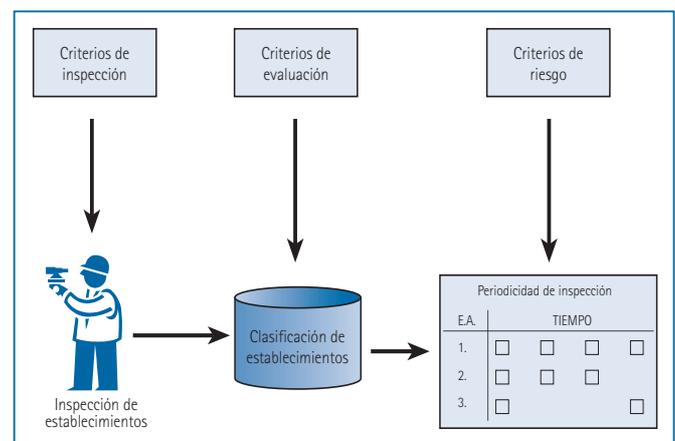
Para satisfacer estas necesidades, el sistema desarrolla el conjunto de actividades y herramientas necesarias para:

- Gestionar la información disponible de los establecimientos.
- Planificar y priorizar las inspecciones de establecimientos de acuerdo a criterios de riesgo e impacto en la población.
- Sistematizar la inspección de establecimientos alimentarios de acuerdo a criterios homogéneos definidos, tanto normativos como de buenas prácticas de higiene.
- Sistematizar otras actuaciones sobre los establecimientos (toma de muestras, actuación ante brotes, gestión de altas y registros) que aseguren su realización de forma homogénea en todos los territorios.
- Mantener actualizada la cualificación de los técnicos tanto en la inspección como en el sistema, y asegurar la homogeneización de los criterios de actuación.

Con el nuevo sistema los establecimientos alimentarios van a ser gestionados en función del riesgo que suponen para la salud de la población y en función de:

- Tipo de producto.
- Tipo de actividad y procesado.
- Población de impacto.
- Condiciones higiénico – sanitarias.
- Confianza en base a antecedentes históricos.

Este riesgo permite priorizar las inspecciones sobre los establecimientos y asignando una frecuencia de inspección en función del riesgo, determinar cuándo realizar visitas de inspección al establecimiento.



A partir de este planteamiento básico se desarrolla todo el Sistema de Control de Establecimientos Alimentarios.

Javier García González

Dirección de Salud Pública

Cambios en el calendario vacunal infantil de la CAPV en 2004

El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, siguiendo las recomendaciones del Comité Asesor de Vacunaciones de Euskadi, procederá a modificar el calendario vacunal infantil de la CAPV en el año 2004 introduciendo los siguientes cambios:

- Sustituir la vacuna oral frente a la poliomielitis (VPO) por la vacuna intramuscular inactivada (VPI).
- Eliminar la 5.ª dosis de poliomielitis que se administraba a los 6 años de edad.
- Cambiar la primovacunación frente a tos ferina de célula completa por la vacuna frente a la tos ferina acelular.

Los cambios son debidos a que en nuestro medio, al igual que en los países desarrollados, la incidencia de parálisis por poliomielitis salvaje es nula y, en cambio, se han descrito casos de parálisis por virus atenuados en inmunodeprimidos o bien en inmunocompetentes por

reversión de la virulencia del virus vacunal. Este riesgo es cada vez más difícil de asumir, sobre todo una vez que la Organización Mundial de la Salud otorgó al estado español en el año 2002 el Certificado Oficial de Erradicación de la Poliomielitis.

El cambio VPO a VPI se hará efectivo a partir del **1 de marzo de 2004** y se iniciará en todos aquellos niños nacidos a partir del 1 de enero de 2004 cuando se les administre la primera dosis de primovacunación a los dos meses de edad. Asimismo, a partir del 1 de marzo de 2004 se sustituirá también en el resto de la población infantil la vacuna VPO por VPI, independientemente de la situación vacunal individual en relación con la vacuna oral (VPO).

José María Arteagoitia

Dirección de Salud Pública

Calendario vacunal recomendado para la CAPV.

Tabla 1 Año 2004.

1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	4 años	6 años	13 años ²	16 años
BCG	Hepatitis B	Hepatitis B	Hepatitis B	Sarampión		Sarampión		Hepatitis B (tres dosis)	
	Difteria	Difteria	Difteria	Rubéola	Difteria	Rubéola	Difteria		
	Tétanos	Tétanos	Tétanos	Parotiditis	Tétanos	Parotiditis	Tétanos		Tétanos-difteria adulto ³
	Tos ferina acelular	Tos ferina acelular	Tos ferina acelular		Tos ferina acelular		Tos ferina acelular		
	Poliomielitis (VPI)	Poliomielitis (VPI)	Poliomielitis (VPI)		Poliomielitis (VPI)				
	Hib ¹	Hib	Hib		Hib				
	Meningococo C	Meningococo C	Meningococo C						

¹ *Haemophilus influenzae b.*

² Pautas provisionales hasta completar cohortes en edades intermedias.

³ Dosis de recuerdo cada 10 años.

Redacción

Salud Pública Osasun Publikoa

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

Eusko Jauriaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Comité de redacción:

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

Edición:

Miguel Ángel García Calabuig
Fotocomposición IPAR, S. Coop.
Imprime: Grafo, S.A.
3.º y 4.º Trimestres.
Número 16/2003
ISSN: 1697-2430
Depósito Legal: BI-2874-98