



s	■ Índice	
o	■ Contenidos	
d	■ Vigilancia Epidemiológica	
i	■ Brote de triquinosis en la Montaña Alavesa	2-3
n	■ Estimación del impacto de la vacuna frente a hepatitis B	3-4
e	■ Vigilancia de la gripe en la CAPV. Temporada 2007-2008	5-6
t	■ EDO 2008 semanas 1 a 40	7
n	■ Programas de Salud Pública	
o	■ Vigilancia y control de las aguas de consumo público de la CAPV	8-9
c	■ Calidad de aguas de baño marítimas y continentales en la CAPV	9-10
e	■ Estrategia de vida saludable	11-12
i	■ Tribuna Abierta	
d	■ El resurgir de las Infecciones gonocócicas y sífilis	13-14

■ Editorial

Predecir el futuro es complicado, pero es misión de la salud pública no sólo dar solución a los problemas de salud hoy presentes, sino detectar y comprender lo antes posible la evolución y el cambio que se pueda producir en el entorno social y ambiental, en los estilos de vida imperantes, en síntesis, estimar los cambios en los determinantes de salud. Todo ello contando como único bagaje con las experiencias pasadas y los conocimientos del presente, al objeto de identificar los retos del siglo XXI y las estrategias más eficaces para afrontarlos.

En las últimas décadas del siglo XX resurgieron los olvidados preceptos de higiene divulgados por Galeno y la adopción de medidas sanitarias para prevenir y preservar la salud pública mediante el saneamiento del ambiente. En el último tercio del siglo XX, la generalización del uso de vacunas permitió la erradicación de la viruela y la poliomielitis en Europa, pero también se produjo el resurgimiento de algunas enfermedades que se creían controladas, como la tuberculosis, e hicieron su aparición otras como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En paralelo, aumentan progresivamente el cáncer y las enfermedades degenerativas, consecuencia del envejecimiento de la población, se incrementan significativamente los accidentes de tráfico y las consecuencias del consumo de drogas. Por otra parte, y afortunadamente, se va tomando conciencia y reaccionando positivamente ante atentados contra la dignidad de la persona como la violencia en el ámbito doméstico y, en otro orden de cosas, ante los riesgos para la salud derivados del deterioro del medio ambiente.

Por ello, la salud pública del siglo XXI, para afrontar con éxito la transición epidemiológica actual, debe, como ciencia y como arte, evolucionar y adaptarse a estos nuevos retos que requieren modelos de intervención que trascienden ampliamente de los servicios de salud. Todo ello sin olvidar los problemas clásicos en salud pública.

Este número del boletín refleja en parte esta paradoja. Se presenta el evidente impacto de la vacunación universal frente a la Hepatitis B y, por contra, asistimos al repunte de las infecciones de transmisión sexual. También se incluyen 2 programas consolidados de intervención frente a las condiciones medioambientales y en contraposición se presenta un brote de triquinosis. Finalmente se presenta, como un nuevo modelo de intervención sobre los determinantes de la salud, especialmente los sociales, la «Estrategia de Vida Saludable», cuyo abordaje innovador se articula de forma intersectorial y participativa, con el objetivo de incluir la promoción de la salud en la agenda social e institucional vasca.

Margarita Viciola García
Directora de Salud Pública

Brote de triquinosis en la Montaña Alavesa

Introducción

La triquinosis o triquinelosis es una enfermedad parasitaria que se transmite por la ingesta de carne cruda o mal cocinada contaminada con larvas del nematodo intestinal *Trichinella*. El reservorio principal en nuestro medio es el cerdo y el jabalí infectados con *Trichinella spiralis* (*T. spiralis*) o *Trichinella britovi* (*T. britovi*), especies identificadas en España.

En los humanos puede ocasionar desde una forma asintomática hasta formas graves con alteraciones neurológicas y miocárdicas; la duración y severidad de la enfermedad depende del número de larvas viables ingeridas así como de la edad y el estado inmunitario del huésped. La expresión clínica de la enfermedad viene determinada por el ciclo vital del parásito y suele comenzar a los 8-15 días después de la ingesta del alimento infectado, aunque puede variar entre 5 y 45 días dependiendo del número de larvas. La primera manifestación de la enfermedad son los síntomas gastrointestinales, que pueden ser leves o incluso faltar, y a continuación la aparición de fiebre, edema palpebral y mialgias. Además, la eosinofilia es el hallazgo de laboratorio más oportuno y característico de la infección.

Objetivo

Confirmación de la existencia de un brote de triquinosis y su descripción, así como la identificación de los alimentos y/o animales implicados en el mismo que permitieron proponer y adoptar las medidas preventivas oportunas para su control.

Material y métodos

Estudio epidemiológico descriptivo sobre la población expuesta a alguno de los productos cárnicos (chorizo, salchichón, carne de jabalí) procedentes de tres cacerías llevadas a cabo en Lagrán (Álava) en los días 27 de octubre (se elaboró chorizo), 17 de noviembre (se elaboró chorizo) y 1 de diciembre de 2007 (se elaboró salchichón). Esta investigación se ha realizado por la Unidad de Epidemiología de la Subdirección de Salud Pública de Álava, con la participación de la Unidad de Sanidad Alimentaria y el Centro Nacional de Epidemiología a través del Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (PEAC).

Definiciones:

- **Persona expuesta:** persona que consumió cualquier alimento derivado de alguna de las tres cacerías de jabalí.
- **Definición clínica de caso:** aquella persona que a partir del 1 de noviembre de 2007 presentara algunos de los siguientes síntomas o signos: diarrea, fiebre, mialgias, edema palpebral o eosinofilia en los análisis de laboratorio.

Los casos se clasificaron:

- **Caso sospechoso:** persona expuesta a alguno de los alimentos derivados de alguna de las cacerías y que además cumpla la definición clínica de caso.
- **Caso confirmado:** caso sospechoso con confirmación por laboratorio por presencia de anticuerpos (Ac-s) IgM.

Se recogieron variables sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas. Para el análisis serológico se tomaron un total de 63 muestras clínicas, 40 procedentes de casos y 23 de personas asintomáticas. Estas determinaciones se realizaron mayoritariamente en el

Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III. Este mismo centro analizó, mediante digestión clorhidropéptica, muestras de chorizos y salchichones procedentes de las cacerías.

Tras investigar las fechas, lugares y cazadores que llevaron a analizar las muestras de los jabalíes, la Unidad de Sanidad Alimentaria de la Subdirección de Salud Pública de Álava, solicitó a la clínica veterinaria encargada de analizar dichas muestras, la confirmación de la información facilitada por los afectados, así como el método empleado en el análisis y el resultado del mismo. El 8 de febrero, la clínica confirmó los datos y que la técnica utilizada para el diagnóstico de triquinosis había sido la triquinoscopia, no observándose larvas de triquina, en ninguna de las muestras recibidas.

Se procedió a la localización y agrupación de toda la carne derivada de las tres cacerías centralizándose la recogida de la misma, para su destrucción controlada.

Resultados

Se identificaron un total de 110 personas que habían estado expuestas a algún producto derivado de alguna de las tres cacerías, de las que 42 presentaron una clínica compatible con triquinosis. El primer caso inició síntomas el 28/12/2007 y el último el 7/02/2008. El mayor número de casos se concentró en la segunda semana de enero de 2008, con un total de 18 casos.

El tiempo transcurrido entre las distintas cacerías y la aparición del primer caso es de 62 días para la primera cacería, de 41 días para la segunda y de 27 días para la tercera.

Por provincias, se identificó la siguiente relación casos/expuestos: Álava (39/94), Bizkaia (0/3); Gipuzkoa (1/7), Alicante (0/1) y Navarra (2/5).

El grupo de expuestos presentaba una mediana de 48 años (rango 3-84); y el de casos, 42 años (rango 3-61). Por grupos de edad, el 42,9% de los casos tenían entre 45 y 64 años, seguido por el de 15 a 24 años, con el 28,6 % de los casos.

En la población expuesta no se registraron diferencias por sexos con un total de 55 (50%) expuestos por grupo; sin embargo, de los 42 casos, 26 (62%) fueron del sexo femenino y 16 (38%) del sexo masculino.

Los casos presentaron mialgias (90,5%), fiebre (73,8%), edema palpebral (69%), diarrea (21,4%) y eosinofilia (26,2%, datos de 16 casos). Sólo uno de los casos necesitó hospitalización, aunque varios de los afectados precisaron baja laboral. El periodo de incubación tuvo un rango de 5 -29 días si el producto consumido fue el salchichón, y de 18-78 días si fue chorizo. Obtuvimos información sobre la variable «duración de los síntomas», en 18 (43%) de los 42 casos; presentando una mediana de 10 días (rango 4-25). El síntoma que más persistió en el tiempo fueron las mialgias.

El 5/02/2008 se obtuvo resultado positivo en las muestras procedentes del salchichón, siendo las de chorizo negativas. Se identificó *Trichinella Spiralis* por digestión clorhidropéptica, con una carga parasitaria de 7,6 larvas/gramo. El 20/02/2008 se enviaron a Majadahonda nuevas muestras de chorizo, salchichón y lomo congelado sobrante de la elaboración del salchichón. Volviéndose a identificar triquina únicamente en las muestras derivadas de la tercera cacería: embutido de salchichón (2 larvas/gramo) y lomo congelado (17 larvas/gramo).

Tabla 1 Resultados de serologías y alimentos

Afectados	Serologías			Total
	Positivas	Negativas	Dudosas	
Enfermos	27	11	2	40
Sanos	0	22	1	23
Total	27	33	3	63

Alimentos	Digestión clorhidropéptica			Total
	Positivas	Negativas	Larvas/gr.	
Chorizo	0	2		2
Salchichón	2	0	7,6 y 2	2
Lomo	1	0	17	1
Total	3	2		5

En la tabla 1 se desglosa el resultado de todas las muestras analizadas. El 42,9% de las serologías resultaron positivas a *Trichinella Spiralis*.

El análisis estadístico reveló una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre comer salchichón ($RR=3,27$), o salchichón y chorizo ($RR=14,7$) y enfermar. El haber consumido ambos alimentos producía lo que se conoce como «efecto de confusión», el cual no

permitía identificar cuál de los alimentos en concreto era el implicado. Sin embargo, mediante el análisis estratificado se determinó que el salchichón era el alimento responsable del brote de triquinosis, lo que fue confirmado por laboratorio en el análisis de alimentos.

Conclusiones

Se confirma la existencia de un brote de triquinosis familiar en Lagrán, Álava, causado por el consumo de salchichón de jabalí. La falta de sensibilidad del método de detección de larvas, y que el alimento se consumió crudo fueron los causantes del brote. Debe informarse a la población de los métodos eficientes profilácticos contra la triquinosis, mediante la cocción y congelación adecuada y suficiente de la carne. Igualmente se recomienda la introducción del análisis por digestión enzimática y fortalecer la vigilancia sanitaria en el proceso de cacerías.

Agradecimientos

A todos los profesionales de Atención Primaria por su colaboración.

S. Jiménez-Jorge¹, M.C. Tobalina², E. Urarte³, L. Arriola², T. Garate⁴, E. Rodríguez⁴, D. Herrera¹, F.G. Carril²

¹ Programa de Epidemiología Aplicada de Campo, Centro Nacional de Epidemiología.

² Unidad de Vigilancia Epidemiológica, Subdirección de Salud Pública de Álava.

³ Sanidad Alimentaria, Subdirección de Salud Pública de Álava.

⁴ Parasitología, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid.

Estimación del impacto de la vacuna frente a hepatitis B en menores de 15 años en Euskadi

Antecedentes

La hepatitis B es una de las mayores amenazas para la salud pública en el mundo. El virus de Hepatitis B es de alta prevalencia en Asia, África, sur de Europa y Latinoamérica. El objetivo más importante para la vacunación contra la hepatitis B es prevenir la enfermedad crónica y secuelas tales como la cirrosis y el carcinoma hepatocelular. Para que sean evidentes los beneficios de la vacunación deben pasar décadas y este intervalo constituye un desafío en la monitorización del impacto de los programas de inmunización de hepatitis B. Entre los países que implantaron pronto la inmunización universal infantil para la hepatitis B están Taiwán (1984), Israel (1989), Malasia (1990), Gambia (1990), Italia, España y Estados Unidos (1991).

En un país de alta endemia como Taiwán, partiendo de una mortalidad por hepatitis B en niños de 5,36 por 100.000 habitantes en 1974-1984, se redujo a 1,71 por 100.000 durante 1985-1998 gracias a la vacunación masiva, con una cobertura del 86-93%.

Los datos de vigilancia poblacional en Italia han mostrado un declive en la incidencia de la hepatitis B aguda de 11 por 100.000 en 1987 a 3 por 100.000 en el año 2000.

La incidencia en Estados Unidos de hepatitis B descendió en un 94% (de 3 casos por 100.000 a 0.19 por 100.000) en menores de 20 años en el período 1990-2004.

Un estudio seroepidemiológico realizado en Cataluña durante el año 2002, en relación con los datos recogidos por el sistema de vigilancia catalán de hepatitis B encontró tasas de 3,5 y 2,0 por 100.000 personas-año en 1990 y 2005.

Desde mediados de los setenta se han desarrollado distintas vacunas frente a hepatitis B: (1) las llamadas de primera generación o plasmáticas, derivadas del plasma humano (M.S.D., Pasteur), que contienen una suspensión de 15 mcgr. de HBsAg purificados e inactivados en formaldehído en una solución salina tamponada que incluye hidróxido de aluminio absorbente, y (2) las llamadas de segunda gene-

ración por ingeniería genética (ENGERIX-B - SKF, GlaxoSmithKline en la actualidad), en suspensión 20 mcgr. de antígeno proteico absorbido en gel de hidróxido de aluminio e incorporado al tiomersal como conservante. Actualmente se utilizan las vacunas de segunda generación o vacunas recombinantes, ya sean solas o combinadas.

En el decreto 206/82 de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), de 2 de noviembre de 1982, se establece las enfermedades de declaración obligatoria (EDO), entre las que se incluye la hepatitis B, cuya vacuna ya se administraba a grupos de alto riesgo de padecer la enfermedad desde 1985. Se introduce posteriormente la vacuna en el curso escolar 93-94, cuyos candidatos son los escolares de 13 años de edad y en 2000 se inicia la vacunación frente a la hepatitis B en el recién nacido, con lo que se amplía la vacunación universal y se unifica el calendario con otras comunidades autónomas. Se está aplicando un nuevo protocolo (año 2008) con pautas de adaptación a niños inmigrantes como autóctonos no vacunados.

En el protocolo de las enfermedades de declaración obligatoria de la red nacional de vigilancia epidemiológica (Centro Nacional de Epidemiología) se utiliza la siguiente definición de caso para la Hepatitis B:

- **Caso Sospechoso/Probable:** Cumple los criterios clínicos (fiebre, malestar general, anorexia, náuseas, molestias abdominales, coluria e ictericia) y presenta niveles elevados de transaminasas (GOT, GPT) sin evidencia de padecer otra enfermedad hepática, y antecedentes compatibles con transmisión de esta enfermedad.
- **Caso Confirmado:** Concuerda con la descripción clínica de caso y está confirmado por el laboratorio (IgM anti-HBc positivo).

Además de conocer la situación de la Hepatitis B, el objetivo de este trabajo es conocer el impacto epidemiológico de la vacunación frente al virus de hepatitis B en la CAPV en menores de 15 años durante el período 1986-1993 (prevacunal) y 1994-2006 (postvacunal) y describir el patrón de los casos de Hepatitis B.

Métodos

Se analizó la cobertura de la vacunación frente a hepatitis B en la población adolescente de la CAPV por año académico desde 1993 hasta 2007.

También se analizaron los casos de hepatitis B notificados al sistema EDO de la población de la CAPV, tomando en cuenta las siguientes variables a estudio: Período de la notificación, distribución geográfica de casos, grupos de edad y sexo, estado clínico, diagnóstico, factores de riesgo, estado vacunal, presentación de caso. Se calcularon las tasas de incidencia de hepatitis B por 100.000 habitantes.

Se estudió la cobertura vacunal poblacional (infantil y adolescente), y se cuantificó el impacto calculando el porcentaje de cambio de las tasas de incidencia de hepatitis B correspondiente a la temporada anterior y posterior al inicio del programa de vacunación masiva en menores de 15 años. Se realizó asimismo una descripción de los casos de hepatitis B acontecidos en menores de 15 años tras la introducción del programa vacunal.

Para el análisis se ha utilizado el programa libre de análisis epidemiológico de datos tabulados *Epidat*®3.1. Se hizo una comparación de dos proporciones (test binomial) en muestras independientes con un intervalo de confianza del 95%, y se consideró estadísticamente significativo con un valor de $p < 0.05$. La población utilizada fue la de los censos de 1991, 2001, 2006 del Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT).

Resultados

La incidencia de hepatitis B en la CAPV en el grupo de menores de 15 años desciende de 4,71 casos por 100.000 en 1986 a 0 casos por 100.000 en 2006 (período 1986-1993: 43 casos, tasa 15,6; período 1994-2006: 16 casos, tasa 6,1) siendo estadísticamente significativa ($p = 0,0014$, IC 95%: 0,0001-0,0002). Este descenso se hace más evidente a partir de 1993, con la implantación del programa masivo de vacunación dirigido a escolares de 13 años que alcanzó una cobertura global del 96,7% durante el período 1993-2007. Posteriormente se introduce la vacuna en recién nacidos (año 2000).

La distribución de sexos refleja un predominio en varones (V/M: 5.1) cinco hombres por mujer. Los factores de riesgo más importantes en los adultos infectados (1.918 casos, 100%) han sido la adicción a drogas intravenosas (4,9%), contactos sexuales (2,8%), contacto familiar (1,1%), vía sanguínea (0,7%), iatrogénica (0,2%), viajeros (0,1%) y sin especificar (90,2%).

El porcentaje de cambio anual de la incidencia de hepatitis B en menores de 15 años ha mostrado una tendencia decreciente de un 3,1% anual en el período de 1993-2006 en ambos sexos.

A partir de 1999 se han registrado solo 7 casos de hepatitis B en menores de 15 años en la CAPV, 6 de ellos importados ($p < 0,002$).

En 1999 se hace un cambio en la definición de caso para recoger exclusivamente los casos incidentes. Es poco probable que esto afecte a la serie de casos de menores de 15 años, como así se refleja en la serie de índices epidémicos.

Conclusiones

El impacto de la vacunación universal en la población infantil es evidente después de su implementación ya que ha reducido considerablemente la incidencia de hepatitis B en menores de 15 años.

El éxito de la vacunación integrada en los centros escolares ha garantizado coberturas cercanas al 97%. Este programa de vacunación, equitativo y accesible a la población, explica la alta cobertura, además de la reducción de la incidencia postvacunal.

El programa ha supuesto un cambio drástico en el patrón epidemiológico de casos de hepatitis B.

Con programas adecuados de prevención se pueden evitar los brotes de hepatitis B tanto en población autóctona como en población inmigrante, en particular la población infantil que está protegida frente a una posible transmisión horizontal por los casos importados, con el objetivo de erradicar la hepatitis B a corto plazo.

Referencias

1. Shepard C, et al. Hepatitis B Virus Infection: Epidemiology and Vaccination. *Epidemiol Rev* 2006;28:112-125.
2. Salleras L, et al. Declining prevalence of hepatitis B virus infection in Catalonia (Spain) 12 years after the introduction of universal vaccination.
3. *Vaccine* 25 (2007) 8726-8731.
4. Gidding H, et al. The impact of a new universal infant and school-based adolescent hepatitis B vaccination program in Australia. *Vaccine* 25 (2007) 8637-8641.
5. Heras C A, et al. Estudio seroepidemiológico: situación de las enfermedades vacunables en España. Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología (CNE) 2000. RUMAGRAF, S.A. Madrid.

Carmen Esmeralda Santana Pérez
Dirección de Salud Pública

Evolución de la Hepatitis B en la CAPV

Figura 1 en menores de 15 años, EDO 1986-2006

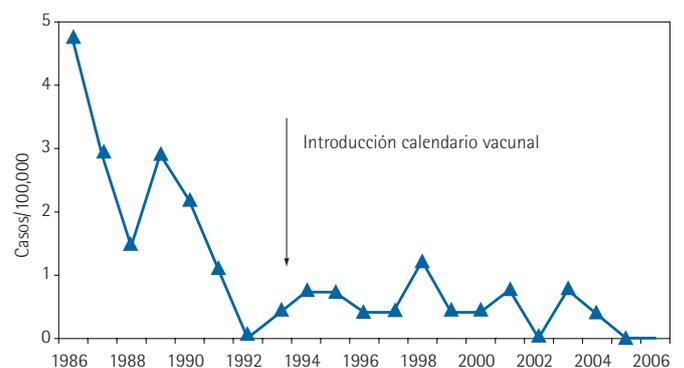


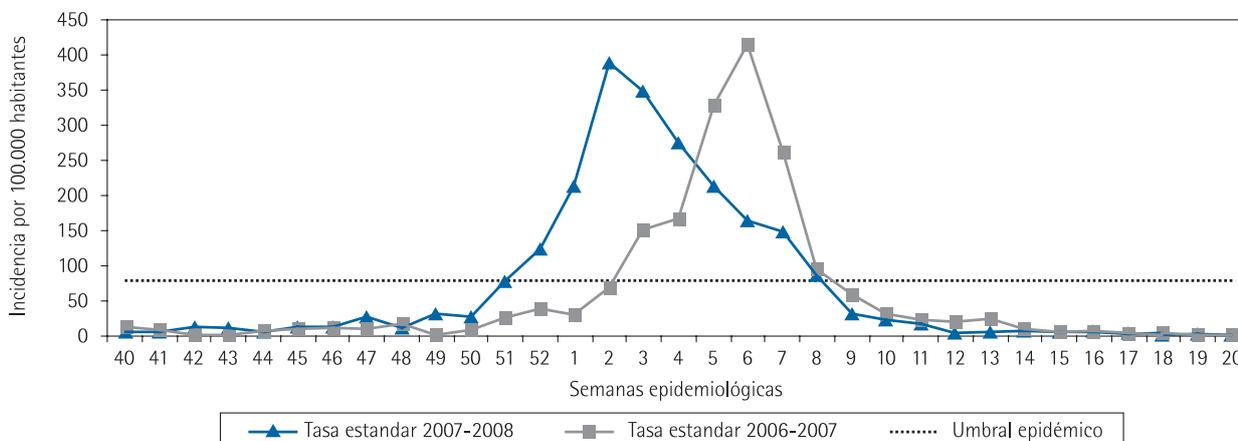
Tabla 1 Incidencia de hepatitis B aguda en menores de 15 años en la CAPV

Período prevacunal			Período postvacunal					
Año	Casos	Tasas*	Año	Casos	Tasas	Año	Casos	Tasas
1986	13	4,7	1994	2	0,7	2002	0	—
1987	8	2,9	1995	2	0,2	2003	2	0,7
1988	4	1,4	1996	1	0,4	2004	1	0,3
1989	8	2,9	1997	1	0,4	2005	0	—
1990	6	2,1	1998	3	1,2	2006	0	—
1991	3	1,1	1999	1	0,4			
1992	0	—	2000	3	1,2			
1993	1	0,3	2001	0	—			

* Tasas \times 100.000 habitantes.

Comparativa de la incidencia semanal de gripe en la CAPV

Figura 1 en las temporadas 2006-07 y 2007-08



Introducción

Desde 1998 la red vigía del País Vasco mantiene, entre sus objetivos, la vigilancia de la gripe estacional. En la temporada 2007-2008 la red ha estado formada por 34 médicos de familia y pediatras de Atención Primaria de Osakidetza, el laboratorio de referencia de Hosp. Donostia y las Unidades de Epidemiología de la CAPV. Además colaboran un médico de residencias de ancianos en cada Territorio y los servicios de urgencia de pediatría hospitalarios. La población utilizada como denominador de las tasas, es la suma de los cupos de los médicos declarantes, ha sido de 51.009 personas lo que supone el 2,5% de la población vasca.

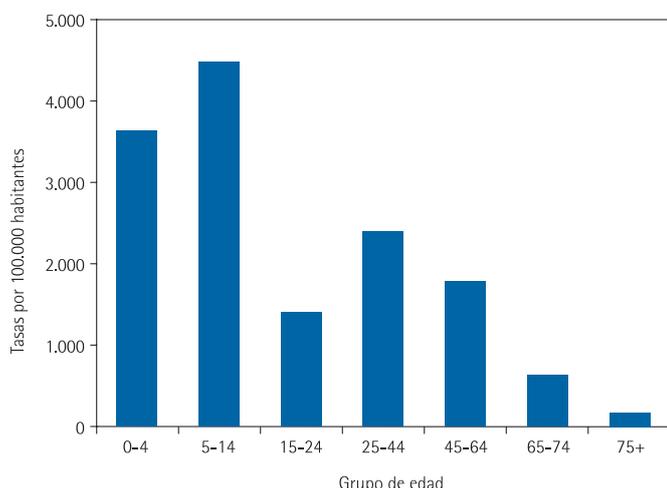
La red vigía ha recogido datos de incidencia de gripe en el periodo que va de la semana 40 de 2007 (que empezó el 30 de septiembre del 2007) hasta la semana 20 de 2008 (que finalizó el 17 de mayo). El porcentaje de declaración ha sido alto, alcanzando el 91,1% en las 33 semanas de vigilancia.

Resultados

Se han registrado un total de 1.078 casos que cumplían criterios de definición de caso de gripe. Esto supone una incidencia acumulada de gripe 2.113,4 casos por 100.000 habitantes para todo el período

Incidencia acumulada de gripe por edad

Figura 2 en la CAPV en la temporada 2007-08



vigilado. Dicha incidencia ha sido ligeramente superior a la observada en la temporada 2006-2007 (1.787 casos \times 100.000). En conjunto, la onda epidémica estacional de la gripe en la temporada 2007-2008, en comparación con el histórico de la red vigía de la CAPV, podemos definirla como de intensidad media.

La actividad gripal comenzó a ser significativa en las dos últimas semanas de 2007. En la semana 51 se superó el umbral epidémico (68,36 casos \times 100.000) y a partir de aquí, la incidencia registrada fue en aumento hasta la semana 2 (7 a 13 de enero de 2008) donde se registró el pico de máxima incidencia con 388 casos por 100.000 habitantes en el conjunto de la red vigía de la CAPV. Este pico es ligeramente inferior al de la temporada previa 2006-2007 que superó los 400 casos por 100.000. Tras la semana 2 se observó un descenso progresivo de los casos, aunque a un ritmo más lento que la temporada previa, hasta alcanzar de nuevo en valores por debajo del umbral epidémico en la semana 9 (Figura 1). Esta caída más lenta de la curva epidémica ha contribuido al incremento de la incidencia total de la temporada.

Características de los casos

En esta temporada el grupo de edad más afectado ha sido el de 5-14 años (4.500 casos \times 100.000), seguido de los menores de 5 años. Entre los adultos destaca la mayor incidencia en la población de adultos entre 25-44 años (figura 3). La incidencia más baja corresponde a la población mayor de 65 años. El 51% de los casos registrados han sido mujeres y el 49% hombres.

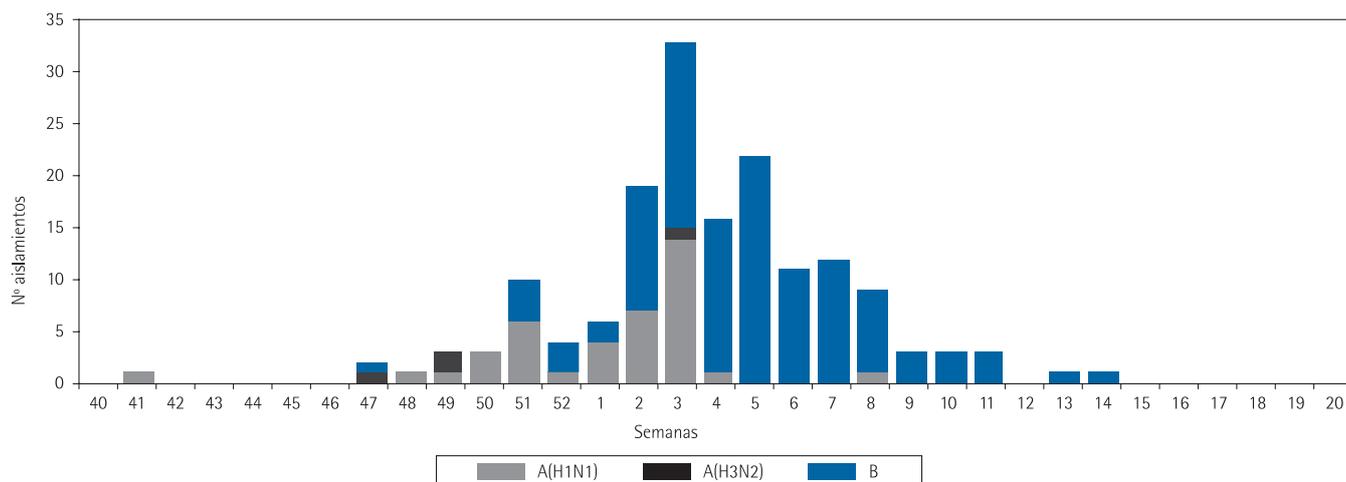
Los síntomas de la enfermedad referidos más frecuentemente han sido la fiebre de aparición brusca (97,7% de los casos), mialgias (86,8%), los síntomas respiratorios (83,5%) y la cefalea (80,1%). El 86,5% de los enfermos de gripe no refieren antecedentes de patología asociadas siendo las más frecuentes los antecedentes de enfermedades respiratorias (3%) y las enfermedades metabólicas (2,3%). En 95,7% de los casos no existen antecedentes de vacunación antigripal.

Datos virológicos

En el conjunto de la temporada 2007-2008 la Red Vigía ha remitido al laboratorio de referencia 338 frotis faríngeos para cultivo y/o detección viral por PCR, lo que indica que se tomaron muestras en el 31,4% de los casos registrados. El laboratorio de referencia de gripe del hospital Donostia ha confirmado 201 resultados positivos, por lo que, el rendimiento de las muestras remitidas ha sido del 59,4%, un ratio que es el más alto alcanzado en nuestra red desde el inicio de la vigilancia de la gripe en 1998.

Distribución de aislamientos virales de gripe por tipo en la CAPV

Figura 3 en la temporada 2007-08



El primer aislamiento viral positivo, en la semana 42, fue un virus A(H1) y se registró en Álava. Esta temporada, en conjunto, han sido más numerosos los aislamientos de virus gripal tipo B (73%), sobre todo a partir de la semana 4 cuya circulación ha sido la predominante; seguido del virus A(H1N1) que se ha aislado en el 25% de las muestras (ver figura 3). El tipado de las cepas confirma que son cepas similares B/Florida/4/2006(B/Yamagata) y A/SolomondIslands/3/2006(H1N1).

Vigilancia de gripe en el estado español y UE

En las CCAA que participan en la vigilancia de la gripe mediante las Redes Centinelas, las características de la actual temporada han sido similares a las descritas para nuestra comunidad, en cuanto a los virus circulantes, distribución por edad y temporalidad. El conjunto de las redes detectaron el pico epidémico en la semana 2 del 2008 (<http://vgripe.isciii.es/gripe/inicio.do>).

En Europa, el EISS (<http://www.eiss.org/index.cgi>) informa que la actividad gripal epidémica 2007-2008 se detectó de forma significativa en las primeras semanas del año en Irlanda, Reino Unido y España, aunque la mayoría de los países europeos alcanzaron el máximo de incidencia entre las semanas 4 y 8 de enero de 2008.

El tipo viral predominante en Europa ha sido claramente el B, que supuso un 58% entre los aislamientos centinelas y hasta un 80% en los aislamientos no centinelas. De un total de 3.504 virus caracterizados, 10 fueron A/New Caledonia/20/99 (H1N1), 2.141 A/Solomon

Island/3/2006 (H1N1), 21 A/Wisconsin/67/2005 (H3N2), 23 A/Brisbane/10/2007 (H3N2), 1.293 B/Florida/4/2006 (linaje B/Yamagata/16/88, no incluida en la vacuna de la temporada 2007-2008) y 16 B/Malaysia/2506/2004 (linaje B/Victoria/2/87, incluida en la vacuna de la temporada 2007-2008). Se han encontrado virus gripales A(H1N1) resistentes a Oseltamivir en 19 países de Europa con una prevalencia global del 23% (586/2.533)

En resumen, la gripe estacional en la temporada 2007-2008 ha estado dominada por el virus tipo B, sobre todo en la segunda mitad de la misma y su incidencia puede calificarse de media si la comparamos con los antecedentes de otras temporadas gripales previas (ver figura 4).

Recomendaciones vacuna antigripal 2008-2009

La recomendación sobre la composición de la vacuna antigripal para la temporada 2008-09 de la Organización Mundial de la Salud en el hemisferio norte incluye las siguientes cepas:

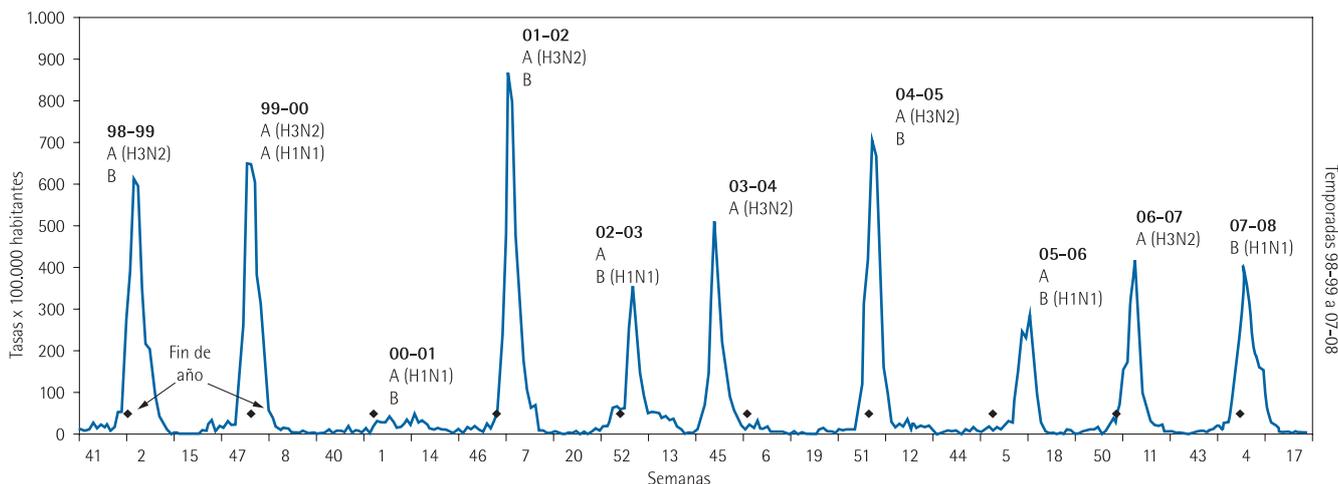
- A/Brisbane/59/2007 (H1N1)
- A/Brisbane/10/2007 (H3N2)
- B/Florida/4/2006

Fuente: http://www.who.int/csr/disease/influenza/recommendations/2008_9north/en/index.html

Red Vigía de Gripe de Euskadi

Evolución de la gripe estacional y tipos virales predominantes.

Figura 4 País Vasco. 1998-2008



**Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Datos correspondientes a las semanas 1-40 de 2008***

C.A.P.V.	N.º casos	Tasa	I. E.** 1	I. E.** 2
Botulismo	0	0,00	—	—
Cólera	0	0,00	—	—
Disentería	28	1,31	2,00	2,00
Fiebre tifo-paratífica	2	0,09	0,50	0,67
Triquinosis	40	1,88	13,33	0,00
Enfermedad meningocócica	53	2,49	1,06	0,70
Gripe	42.015	1.973,15	1,49	1,49
Legionelosis	59	2,77	0,79	0,76
Meningitis tuberculosa	6	0,28	2,00	1,00
Tuberculosis	288	13,53	0,82	0,75
Varicela	5.495	258,06	0,44	0,53
Infección gonocócica	72	3,38	0,82	1,57
Sífilis	78	3,66	1,00	2,79
Difteria	0	0,00	—	—
Parotiditis	363	17,05	0,20	7,56
Poliomielitis	0	0,00	—	—
Rubéola	0	0,00	—	—
Sarampión	0	0,00	—	—
Tétanos	1	0,05	1,00	1,00
Tosferina	36	1,69	1,80	2,40
Hepatitis A	37	1,74	1,06	0,97
Hepatitis B	33	1,55	1,32	1,32
Hepatitis C	9	0,42	1,50	1,00
Otras hepatitis víricas	0	0,00	—	—
Brucelosis	2	0,09	2,00	1,00
Rabia	0	0,00	—	—
Fiebre amarilla	0	0,00	—	—
Paludismo	11	0,52	0,73	0,69
Peste	0	0,00	—	—
Tifus exantemático	0	0,00	—	—
Leprosia	0	0,00	—	—
Rubéola congénita	0	0,00	—	—
Sífilis congénita	0	0,00	—	—
Tétanos neonatal	0	0,00	—	—

(*) 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 (2007).

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 (2003-2007).

Porcentaje de declaración para el conjunto de la C.A.P.V. = 82%

En el período analizado hay que reseñar el final del brote de parotiditis, aunque todavía se registran casos esporádicos. Descenso también de los casos de varicela, con la menor incidencia de los

últimos 5 años. Aumentan por otra parte los casos de tosferina. Destacan también los casos de triquinosis, por el brote registrado en la Montaña Alavesa debido a la ingesta de carne de jabalí.

Líneas de actuación en la vigilancia y control de las aguas de consumo público de la CAPV

El agua es esencial para el progreso y es un recurso limitado. Dentro de la vigilancia y control de los riesgos ambientales el agua de consumo ha sido siempre un área de actuación prioritaria en salud pública. Todos los ciudadanos son consumidores potenciales de agua, por lo que los riesgos hídricos afectan a poblaciones enteras, con independencia de la edad y estado de salud de los individuos. Así, riesgos moderados o incluso pequeños pueden tener una trascendencia importante. Respondiendo a esta realidad, la vigilancia de los riesgos de origen hídrico se ha integrado en los sistemas de información sanitaria y, en la Unión Europea, los controles y los requisitos de calidad del agua han sido regulados normativamente.

El Real Decreto 140/2003 de 7 de febrero, por el que se transpuso la directiva 98/83, establece los requisitos de calidad y la vigilancia mínima que debe realizarse en las aguas de consumo. Entre otras cuestiones, determina los niveles máximos de contaminantes en agua para 51 parámetros fisicoquímicos y microbiológicos, así como la frecuencia mínima y los métodos de análisis. En Euskadi, el Decreto 178/2002 definió las responsabilidades de los agentes relacionados con los abastecimientos, creando y regulando la figura de la «Unidad de Control y Vigilancia» (UCV) como el agente acreditado por el Departamento de Sanidad para redactar y ejecutar los *programas de control y gestión de los abastecimientos*, pieza clave del autocontrol de los mismos. Todos los abastecimientos, desde julio de 2004, deben contar con su propia UCV. Las UCVs, los centros de salud pública y los laboratorios de análisis constituyen la Red de Control y Vigilancia de las Aguas de Consumo de Euskadi, con las funciones que se establecen en el D 178/2002. Así mismo, esta misma norma creó las bases del sistema de información de las aguas de consumo de la CAPV (EKUIS), concebido como un sistema abierto al servicio de los integrantes de la Red de Control y Vigilancia, los ayuntamientos y los ciudadanos.

Controlar y vigilar adecuadamente las aguas no es suficiente, es necesario que la información que se genera fluya y llegue a sus destinatarios, a planificadores, a responsables políticos, profesionales y a la ciudadanía. Es una realidad que los ciudadanos no sólo demandan a los poderes públicos el control de los riesgos ambientales, sino también el poder disponer de información sobre ellos, derecho que queda recogido en la directiva 2003/4/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 28 de enero de 2003 relativa al acceso del público a la información medioambiental.

EKUIS entró en funcionamiento en 2004, recogiendo información exhaustiva tanto de las infraestructuras de los abastecimientos como de los resultados de los análisis de agua. La información se carga en sistema por aquél que la genera, UCVs, laboratorios y centros del Departamento de Sanidad. Así, actualmente se encuentran dadas de alta en EKUIS 455 zonas de abastecimiento (áreas geográficamente definidas en las que la calidad de las aguas distribuidas puede considerarse homogénea), 985 captaciones, más de 1.300 depósitos y más de 4.600 puntos de muestreo,

en los que, a modo de ejemplo, en 2007 se tomaron aproximadamente 19.000 muestras y se hicieron 300.000 determinaciones analíticas.

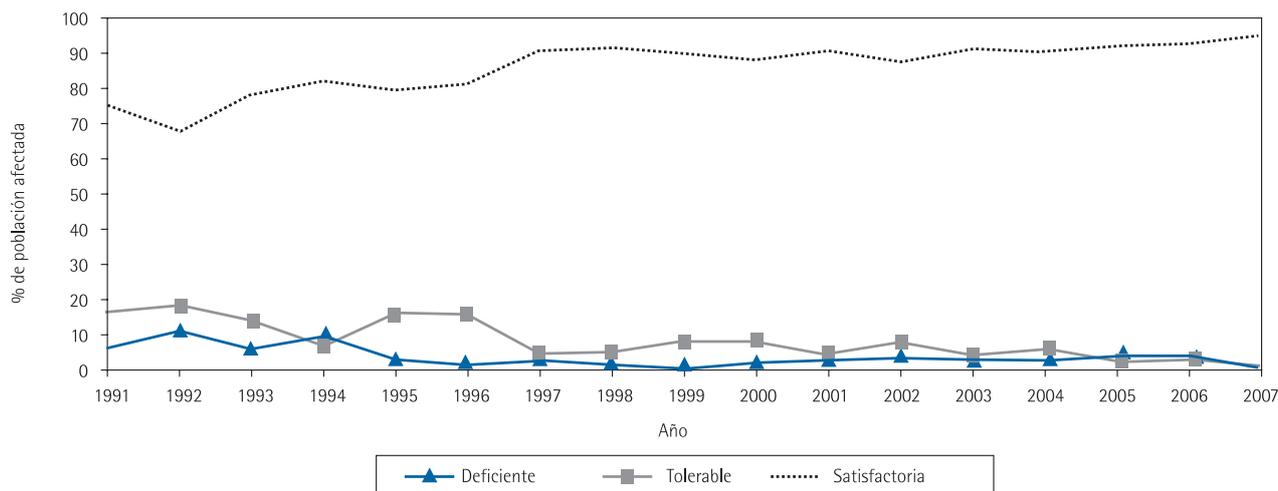
EKUIS es un sistema transparente en el que no hay barreras a la información. Desde un inicio todos los integrantes de la Red de Control tuvieron acceso a la información de todos los abastecimientos de la CAPV. Siguiendo por esta línea, en 2007 se abrió un acceso libre en Osanet (Portal de la Sanidad Vasca en Internet), a través del que las personas interesadas pueden consultar información del agua de consumo de todos los municipios de la CAPV. Concretamente, tanto a través del acceso a profesionales (<http://www.osanet.euskadi.net/r85-20415/es/>) como el de ciudadanos (<http://www.osanet.euskadi.net/r85-20458/es/>) se puede obtener información sobre:

- **Origen y tratamiento.** Por municipio, localidad y zona de abastecimiento se puede consultar de qué captaciones proviene el agua, el tipo de tratamiento al que se somete, el lugar en el que se realiza, si existe fluoración y los datos de identificación de la Unidad de Control y Vigilancia responsable de la zona de abastecimiento consultada.
- **Análisis de agua,** donde se pueden consultar de manera individualizada todos los boletines de análisis de los últimos tres años, incluyendo su calificación y los resultados de todos los parámetros analizados.
- **Calificación sanitaria y estadísticas,** donde se presentan datos históricos y la calificación sanitaria de las zonas de abastecimiento. La calificación sanitaria se realiza de acuerdo al resultado anual de los análisis en tres categorías: *Satisfactoria*, si el agua es calificada como apta para el consumo al menos en el 95% de los análisis, *Tolerable*, si es calificada como apta entre el 90 y el 95% de los análisis y *Deficiente* si es apta en menos del 90% de los análisis.

La estadística anual incluye, por parámetro analizado, el número de determinaciones, el de resultados no conformes con el RD 140/2003, el valor máximo, el mínimo y el valor medio, entre otros.

Las aguas de consumo distribuidas en la CAPV son, salvo excepciones, aguas tratadas y controladas. Desde la creación en 1987 de la Red de Control y Vigilancia del Agua de Consumo, el número de habitantes de la CAPV que reciben en sus domicilios agua calificada como *satisfactoria* ha aumentado notablemente, desde el 70% a finales de los años 80 hasta alcanzar en 2007 el 95% de la población (figura 1). Aun así, hay todavía cosas que hacer para conseguir un uso óptimo del agua, tanto en la gestión de sistemas, en el desarrollo de nuevas infraestructuras y en la protección de los recursos hídricos.

Entre las cuestiones mejorables, la protección de las captaciones y de la calidad del agua en origen es, sin duda, de las más relevantes. La Directiva Marco del Agua (DMA) con los nuevos planes

Figura 1 Evolución de la calidad del agua de consumo en la CAPV

hidrológicos representan un reto y una oportunidad que no podemos desaprovechar, tanto para resolver problemas actuales como para asegurar que las generaciones futuras puedan disponer de recursos hídricos suficientes. Lógicamente, es la Agencia Vasca del Agua, URA, a quien corresponde el protagonismo mayor en la aplicación de la DMA. Sin embargo, desde la vigilancia y control de los sistemas de abastecimiento podemos contribuir eficazmente a la consecución de estos objetivos siempre que los programas de control y gestión se orienten hacia la identificación y prevención de los peligros de los abastecimientos.

Tradicionalmente, la vigilancia de los riesgos para la salud derivados del consumo de agua se ha basado, en gran medida, en el análisis de la calidad del agua producida y en la vigilancia del cumplimiento de una serie de valores paramétricos o valores guía. Sin embargo, aun cuando la vigilancia analítica es siempre importante, los planes de control y gestión deben estar orientados, en primer lugar, a la prevención de riesgos, es decir, a evitar que ocurran episodios de contaminación en el abastecimiento. Cuando un análisis demuestra que el agua distribuida en la zona no es apta para el consumo, algo ha fallado en el sistema con anterioridad, y el peligro para los consumidores ya está presente en el agua.

El sistema HACCP o APPCC (análisis de peligros y puntos de control críticos) se desarrolló para la industria alimentaria, y se

ha convertido en un sistema reconocido internacionalmente para la prevención o reducción de los riesgos para la salud asociados con el procesado de alimentos. Su aplicación a los sistemas de aguas de consumo público genera un marco adecuado para gestionar la calidad del agua, reforzando la orientación preventiva de los programas de control y gestión de los abastecimientos. Basándose en estos principios, el Departamento de Sanidad ha elaborado la *Guía para la elaboración de los programas de control y gestión de las aguas de consumo de la CAPV*. Se ha previsto que su aplicación sea gradual, en primer lugar en las zonas de abastecimiento mayores a partir de 2010, para extenderse posteriormente a todos los sistemas de abastecimiento de la CAPV.

Es razonable esperar que la orientación de los programas de control y gestión hacia la identificación y prevención de peligros, además de facilitar y normalizar el autocontrol de los abastecimientos, promueva actuaciones positivas, necesariamente intersectoriales, que mejoren el estado y protección de los recursos hídricos y aumenten la seguridad y la calidad del agua de consumo.

Koldo Cambra Contin
Dirección de Salud Pública

Calidad de aguas de baño marítimas y continentales en la CAPV

Desde mediados del siglo pasado, con el auge del turismo y las actividades de ocio, la sociedad y las administraciones sanitarias comenzaron a tomar conciencia de los riesgos para la salud que supone la utilización de las playas como lugares de esparcimiento. Paralelamente se ha desarrollado la conciencia social por el paulatino deterioro del medio ambiente, como consecuencia del desarrollo industrial y del crecimiento de los núcleos urbanos.

El año pasado se publicó un nuevo Real Decreto 1341/ 2007, sobre la gestión de la calidad de las aguas de baño, que traspone la Directiva 2006/7 del Parlamento Europeo y del Consejo. Los objetivos prioritarios de la nueva normativa son:

- Establecer los criterios sanitarios que deben cumplir las aguas de baño, basados en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

- Ante incumplimientos de los criterios de calidad, será necesaria la investigación de la causa subyacente y garantizar que se apliquen lo antes posible las medidas correctoras y preventivas para la protección de la salud.
- Establecer un perfil descriptivo de las características de cada zona de baño.
- La conservación, protección y mejora de la calidad del medio ambiente.
- La creación de un nuevo sistema de información de aguas de baño –NÁYADE (<http://nayade.msc.es/Splayas/home.html>)–, que pondrá a disposición de los ciudadanos información sobre todas las playas a nivel nacional y europeo.

EL Programa de aguas de baño de la CAPV

Tiene como objetivo efectuar el Control y Vigilancia de las condiciones higiénico-sanitarias, tanto del agua como del entorno periplayero para proteger la salud de los usuarios. Así mismo se realizan actividades de información al público y registro de accidentes. Dicho trabajo lo realizan las Comarcas de Salud Pública y Entidades colaboradoras, los Laboratorios, las Unidades de Sanidad Ambiental y la Dirección de Salud Pública.

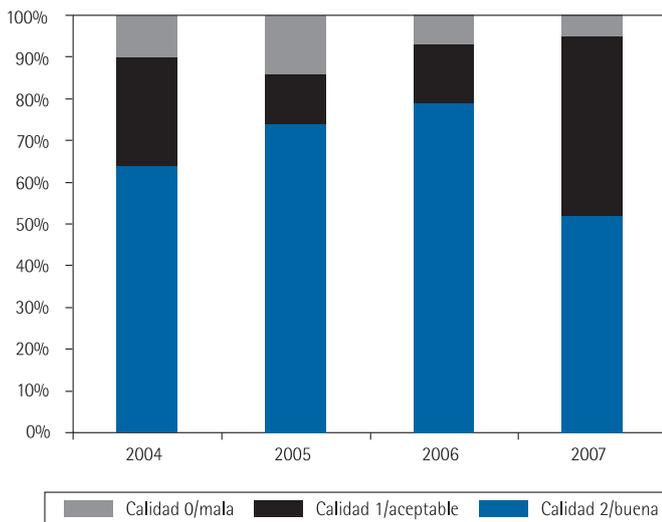
1. Condiciones sanitarias del agua

En el censo oficial de zonas de baño de la CAPV hay registrados 58 puntos de muestreo sobre los que se realizan los controles. Son 5 en Álava, 30 en Bizkaia y 23 en Gipuzkoa.

El total de playas con calidad buena y aceptable se ha incrementado, por lo que prevemos cumplir el objetivo marcado para el conjunto de la Unión Europea que obliga a las autoridades competentes a tomar las medidas necesarias para que en 2015 todas las aguas de baño sean al menos de calidad «suficiente» según la nueva calificación que establece la normativa actual.

Calificación anual de

Figura 1 las aguas de baño de la CAPV



2. La calidad del entorno periplayero

Se determina a través del estudio y control de una serie de condiciones generales (señalización de la playa, servicios de vigilancia, salvamento y socorrismo, duchas, servicios higiénicos, puntos de agua potable, vestuarios y establecimientos de temporada), del saneamiento y recogida de residuos y de los vertidos de aguas residuales con incidencia directa o indirecta a la playa. Debe ofrecer garantías sanitarias para los usuarios, minimizando los riesgos de transmisión de agentes infecciosos y de accidentalidad en general.

3. Actividades de información

Durante la temporada de baño se realizan semanalmente actividades de información a instituciones y entidades que tienen competencias en el tema de playas, así como al público en general sobre la calidad puntual del agua mediante comunicados in situ, en los medios de comunicación, en la página (<http://www.osanet.euskadi.net/r85-20338/es/>). En función de la calificación del agua de baño, se informa de las condiciones del baño: Baño Libre, baño con precaución y baño no apto, con indicación de las recomendaciones sanitarias.

Figura 2 Calificación del entorno periplayero

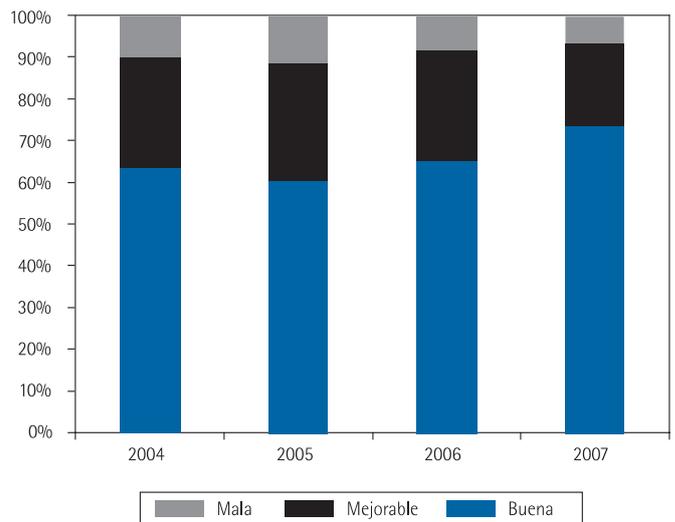
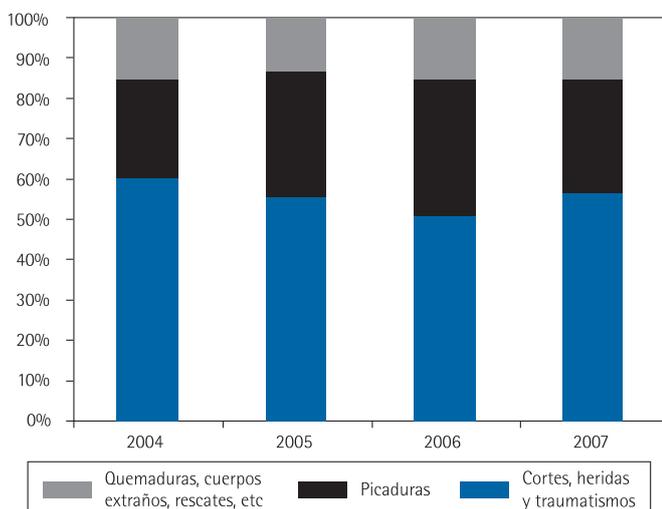


Figura 3 Registro de la accidentabilidad



4. Registro de accidentes en el conjunto de zonas de baño

Se mantiene durante la temporada de baños un registro de los accidentes que requieren asistencia por parte de los socorristas o asistencia sanitaria especializada.

Para optimizar la gestión de la calidad de las zonas y aguas de baño el Departamento de Sanidad colabora con las Diputaciones Forales y con los Ayuntamientos en su ámbito de competencias.

Si se desea más información, los Informes de Salud Pública están disponibles en la página de osanet (<http://www.osanet.euskadi.net/r85-20338/es/>)

María Antonia Sancho Bernad
Dirección de Salud Pública

La intervención sobre los determinantes de la salud, especialmente los sociales (medioambiente social, trabajo, vivienda, transporte, educación, urbanismo,...) y los estilos de vida es clave en la mejora de la salud poblacional.

El Departamento de Sanidad, consciente de la necesidad de intervenir sobre dichos aspectos tal y como queda recogido en Plan de Salud 2002-2010, consideró necesario avanzar en el abordaje de algunos problemas de salud de gran impacto social, desde la intervención sobre sus determinantes. La Estrategia de Vida Saludable (EVS) es una propuesta de promoción de la salud que nace como respuesta a esa percepción.

La EVS fue presentada durante una Jornada organizada a tal efecto y que se celebró en Vitoria-Gasteiz el 27 de Mayo de 2008 y contó con la participación, como ponentes y como asistentes, de Ayuntamientos de la CAPV, las tres Diputaciones Forales, Osakidetza y otras Comunidades Autónomas.

Sus premisas básicas son la consideración de la importancia de los determinantes sociales de la salud, la creación de entornos favorables y la potenciación de la cooperación intersectorial e interinstitucional, y se desarrolla en torno a una idea nuclear recogida en el Plan de Salud 2002-2010: la colaboración interinstitucional es un mecanismo clave para la mejora de la salud.

El objetivo principal de la EVS es «Promocionar y facilitar la adopción de hábitos saludables entre la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco a través de la búsqueda de coherencia entre las iniciativas de promoción de la salud surgidas de las instituciones vascas, de la coordinación y colaboración entre instituciones implicadas en la promoción y tratando de incluir la promoción de la salud en la agenda social e institucional vasca.

Para ello, la EVS se ha dotado, como órgano central, de un Comité Técnico Intersectorial constituido por representantes del Gobierno Vasco, las Diputaciones Forales de Araba, Bizkaia y Gipuzkoa, Eudel, Osakidetza y O+berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria. Este Comité tiene como funciones definir las iniciativas a llevar a cabo así como analizar y elevar a la Comisión Intersectorial del Plan de Salud las acciones propuestas. Es el foro donde se analiza la evolución de la implantación de las actuaciones intersectoriales propuestas y sus resultados.

La primera intervención, priorizada por su relevancia, es la promoción de la actividad física y de la alimentación saludable en la población infantil y juvenil.

La Encuesta de Nutrición realizada por el Departamento de Sanidad a la población en edades comprendidas entre 4 y 18 años de la CAPV en el año 2005 mostraba que el 28,1% de la población de 4 a 18 años de la CAPV tenía un peso corporal excesivo con una prevalencia de obesidad del 12,2% y de sobrepeso del 15,9%. La prevalencia de obesidad era más elevada en niños y la de sobrepeso en niñas. Se observaba también que los grupos sociales más desfavorecidos presentaban unos niveles superiores de prevalencia de obesidad.

También resultaba muy destacable que el nivel de actividad física era mayor en los niños que en las niñas (28,1% frente a 14,6%)

así como el hecho de que la población activa decrecía a medida que disminuye el nivel socioeconómico.

Líneas estratégicas de la EVS

A partir del análisis de la realidad de la promoción de alimentación saludable y actividad física en la CAPV, así como de la revisión de la mejor evidencia en torno a este tipo de intervenciones, se definieron las líneas estratégicas sobre las que se ejecutaría la EVS. Estas se plantearon en torno a dos ejes:

Estrategias para la mejora del entorno

Estrategias legislativas, como el seguimiento y control de la implantación del etiquetado nutricional y el control de la publicidad de alimentos no saludables, especialmente la dirigida o difundida en horarios de audiencia infantil y juvenil.

Estrategias de mejora de la accesibilidad y participación en la realización de actividad física, como el mantenimiento y mejora de las infraestructuras, las dotaciones y los recursos humanos para el ocio saludable y la actividad física en centros escolares e instalaciones municipales; la promoción de juegos participativos y activos frente a juegos pasivos en centros escolares durante los recreos y períodos de descanso; la apertura de las instalaciones deportivas escolares fuera del horario lectivo y durante los días festivos, para su disfrute por la población escolar y sus familias; la revisión y adecuación de la oferta de deporte escolar.

Estrategias de mejora de la accesibilidad a una alimentación saludable, como el mantenimiento y mejora de la oferta de alimentos de los comedores escolares; el control de la oferta de productos alimenticios en locales o bares dentro de los propios centros educativos y la mejora del acceso a alimentos saludables en los barrios, áreas de recreo y de ocio infantil y juvenil (incentivación y especial atención a áreas deprimidas).

Estrategias de mejora de elementos sociales en la comunidad, como la formación de las familias y grupos vulnerables sobre menús saludables a nivel comunitario y en los entornos educativos; el impulso de actuaciones para facilitar el acceso a instalaciones deportivas de la población infantil y juvenil y sus familias en situación desfavorecida socio-económicamente; el impulso de acuerdos para facilitar la adquisición de alimentos saludables (fruta-verdura-pescado...) de familias desfavorecidas.

Estrategias para la capacitación de las personas

Estrategias de comunicación, como la consolidación de los canales de información existentes en promoción de la salud, el fomento de nuevos espacios de comunicación en promoción de la salud y el establecimiento de mecanismos de consulta a la población infantil y juvenil.

En el ámbito educativo, desarrollo de intervenciones en promoción de la salud con carácter multicomponente (desde distintos frentes) y multiagente (toda la comunidad educativa con la inclusión de las familias) dirigido a la promoción de hábitos saludables en actividad física y alimentación saludable en la población infantil y juvenil; revisión de los currículos escolares en lo referi-

do a actividad física y alimentación saludable y desarrollo de instrumentos y metodologías innovadoras para la formación del profesorado y alumnado en promoción de la salud.

Estrategias transversales, como la incorporación de la formación en promoción de la salud en las titulaciones universitarias con potencial influencia en este ámbito; el fomento de la investigación en promoción de la salud; la mejora de la cooperación interinstitucional y la colaboración con el sector privado industrial y comercial

Iniciativas del Departamento de Sanidad a favor de la EVS

Con el fin de impulsar el desarrollo de la EVS y de avanzar en la línea definida por sus ejes, el Departamento de Sanidad ha propuesto una serie de iniciativas entre las que se destacan las siguientes.

Para la consolidación y mantenimiento de las estructuras e instrumentos facilitadores de cohesión, coordinación y diálogo político de carácter interinstitucional se consolidará la estructura organizativa de la EVS y se potenciarán los acuerdos permanentes con Osakidetza, Educación, Consumo, Agricultura, y otras instituciones.

Se incrementarán las ayudas económicas a proyectos de investigación e innovación en promoción de la salud en centros educativos a través de la reorientación de las ayudas a Proyectos de innovación en promoción y educación para la salud (PIPES) ; las Ayudas a Asociaciones sin ánimo de lucro; la participación de la Dirección de Salud Pública en la comisión de adjudicación de ayudas a la investigación sanitaria así como la inminente convocatoria del Premio a la mejor iniciativa en promoción de la salud en la CAPV.

Se reforzará la imagen del Departamento de Sanidad en su implicación y apuesta por la promoción de la salud y para ello se convocará, también de forma inminente un concurso entre la población infantil y juvenil con el fin de adoptar un elemento simbólico de la Estrategia de Vida Saludable.

Con el fin de incrementar la difusión de información y de conocimiento en esta área se está construyendo un espacio Web en www.osanet.net. En el mismo también se informará de las iniciativas llevadas a cabo por las instituciones participantes en la EVS y se podrá hacer un seguimiento periódico de los indicadores de los niveles de actividad física y alimentación sana en población infantil y juvenil.

Finalmente, para apoyar la adopción de buenas prácticas en este tema se plantea la revisión de la presencia de la promoción de la salud en los Contratos-Programa de Osakidetza, la incentivación de los centros sanitarios que realicen promoción de la actividad física, la facilitación de materiales didácticos en forma de guías de buenas prácticas de utilidad para otros entornos no sanitarios, la elaboración de protocolos de detección de la obesidad y sobrepeso en Atención Primaria, así como la potenciación de la lactancia materna.

Conclusión

La pluralidad de ámbitos y situaciones en las que la persona y la población se encuentra y vive es amplia y compleja. Los enfoques para la comprensión de la realidad y los modelos teóricos de las intervenciones en promoción de la salud son, asimismo, variados y sugerentes.

La necesidad de intervenir sobre los determinantes de la salud, especialmente los sociales, es ya hoy por hoy incuestionable y, dada la complejidad de éstos, su abordaje sólo puede ser concebido de forma intersectorial y participativa.

La EVS, dado el interés y el apoyo que está recibiendo de las instituciones relacionadas con la promoción de la salud, constituye una gran oportunidad para la colaboración, la innovación y en definitiva, el avance hacia un abordaje global de la salud poblacional y sus determinantes. Sepamos aprovecharla.

Itziar Vergara
Inma Zubia
Yolanda Cantera
Itxaso Manzano
Jon Zuazagoitia
Dirección de Salud Pública

El resurgir de las Infecciones gonocócicas y sífilis

Entre la población e incluso entre muchos profesionales de la salud, existe la creencia de que las infecciones de transmisión sexual (ITS) son algo superado en los países desarrollados, pero lo cierto es que en la actualidad las ITS representan un problema creciente de Salud Pública en nuestro medio. El fracaso en su diagnóstico y tratamiento precoz puede producir importantes complicaciones y secuelas: enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, embarazos ectópicos, cánceres anogenitales y morbilidad neonatal. Existe además una fuerte correlación entre la extensión de las ITS clásicas y la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): las ITS incrementan el riesgo de transmisión sexual del VIH.

La incidencia y la prevalencia de las distintas ITS ha evolucionado en función de los cambios en los comportamientos sexuales de la población, de la disponibilidad de tratamientos y medidas que interrumpen la cadena de transmisión, y de la incorporación de tecnologías diagnósticas más precisas.

Si bien las infecciones gonocócicas (IG), la sífilis y otras ITS disminuyeron en Europa a finales de los 80 y principios de los 90, como consecuencia de las campañas de prevención del SIDA, desde la segunda mitad de los años 90 el número de estas infecciones se ha incrementado considerablemente y los datos de diferentes países europeos son consistentes en el incremento en las tasas de IG y sífilis. El País Vasco no ha sido ajeno al cambio en la tendencia de estas infecciones.

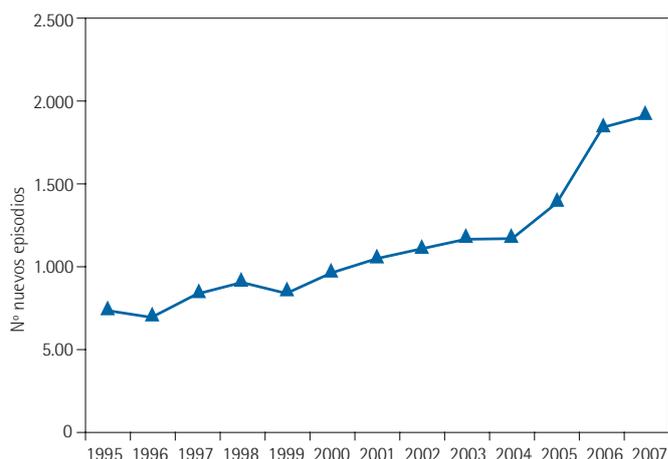
Aunque la conducta sexual es la clave determinante de la transmisión de las ITS, otros factores se asocian con una mayor probabilidad de extensión de la enfermedad: la elevada proporción de infecciones asintomáticas, la ineficaz investigación de los contactos, la falta de accesibilidad a los servicios de salud... etc. Para hacer frente a todos estos aspectos se crearon los centros especializados en ITS cuya principal actividad es el diagnóstico y tratamiento de las ITS y el estudio de los contactos sexuales de quienes las padecen. Estas consultas facilitan el acceso al sistema de salud a un número elevado de usuarios, ya que no solicitan ningún tipo de requisito ni documentación al paciente, la atención es gratuita y se realiza bajo una estricta confidencialidad. Esto permite la realización de revisiones periódicas y cribado de ITS a personas que ejercen la prostitución o que presentan distintas situaciones de riesgo de ITS. Las consultas contribuyen también a facilitar el acceso al diagnóstico del VIH en la población mediante la realización voluntaria de las pruebas de VIH. Adicionalmente a las actividades asistenciales, los servicios de ITS realizan investigación clínico-epidemiológica sobre las ITS/VIH y se ocupan de la formación de profesionales sanitarios de distintas especialidades en el diagnóstico y tratamiento de las mismas.

Osakidetza cuenta con varias consultas de ITS, una de ellas es la Unidad de ETS del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Basurto. Se encuentra ubicada en la primera planta del Centro de Salud de Bombero Etxaniz y cuenta con dos facultativos, dos enfermeras y una administrativa como personal fijo.

La Unidad da cobertura a toda el área sanitaria de Bizkaia y realiza diversas funciones:

Evolución de la demanda asistencial, 1995-2007

Figura 1 Consulta de ITS (S. Enfs. Infecciosas H. Basurto)



1. Actividad asistencial

1.1. Diagnóstico, tratamiento y prevención de las diferentes ITS

Si consideramos el número de consultas que las personas realizan a los servicios especializados en ITS como un indicador de la tendencia de estas enfermedades y por tanto de la necesidad de atención que tiene la comunidad, podemos ver que en nuestra unidad, sin haberse producido ningún cambio en cuanto a la accesibilidad a la misma, el número de nuevos episodios de atención ha aumentado un 166% en los últimos 12 años (figura 1). Este incremento va en consonancia con lo ocurrido en otros países de nuestro entorno como Reino Unido, donde el número de nuevos episodios de ITS vistos anualmente en las clínicas de ITS ha aumentado un 268% entre 1996 y 2005.

El principal motivo de consulta es la presencia de síntomas, seguido de las revisiones de aquellos pacientes que a pesar de estar asintomáticos se consideran a riesgo de padecer una ITS. El screenig de las personas a riesgo de padecer ITS (adolescentes sexualmente activos, aquellos que tienen múltiples parejas sexuales, sujetos con antecedentes de ITS, profesionales del sexo, usuarios de prostitución y consumidores de drogas ilegales) aunque no tengan clínica aparente, juegan un papel esencial en el control de éstas patologías desde el punto de vista de Salud Pública.

1.2. Diagnóstico, tratamiento y prevención de la infección por VIH

La Unidad es el centro de referencia del Área Sanitaria de Bizkaia para la realización de serologías de VIH. A todo individuo que acude a realizarse una serología de VIH se le realiza una breve historia en la que se recogen sus datos demográficos y factores de riesgo para el VIH, evaluándose su riesgo de forma personalizada y realizándose una pre y post-consejería respecto al VIH. Esta actividad es realizada en la consulta de enfermería.

A diferencia de la mayoría de los centros de ITS del estado, las personas que resultan positivas a la prueba permanecen en la Unidad para seguimiento y control de su infección, incluyendo el tratamiento antirretroviral cuando lo precisan. Además de las personas diagnosticadas en la propia Unidad también se presta atención a pacientes remitidos por otros servicios de atención.

2. Epidemiología

2.1. Registro de ITS

Este registro recoge los datos más relevantes de todos los episodios de ITS atendidos en la Unidad. Se puso en marcha en 1993 con el objetivo, entre otros, de describir las características de los pacientes y de los episodios de ITS.

La información contenida en éste registro es fundamental para conocer la evolución de las ITS en nuestro medio, donde únicamente la sífilis y la gonorrea son de declaración obligatoria y además de forma numérica, lo que quiere decir que desconocemos las características de quienes las padecen y aún se conoce menos de la situación del resto de las ITS. El registro, aunque solo recoge información de los pacientes que llegan a la Unidad, nos está permitiendo analizar las tendencias temporales de estas enfermedades y conocer la descripción epidemiológica de las mismas en nuestro ámbito. Así, podemos ver que como en el resto de Europa, la tendencia de las infecciones gonocócicas también aquí es ascendente desde hace unos años, (figura 2). Este incre-

mento no se ha producido de forma uniforme, al igual que en los países de nuestro entorno, ha tenido lugar principalmente entre los varones homosexuales, aunque en los últimos dos años se ha observado un incremento en el número de casos correspondientes a mujeres y varones heterosexuales.

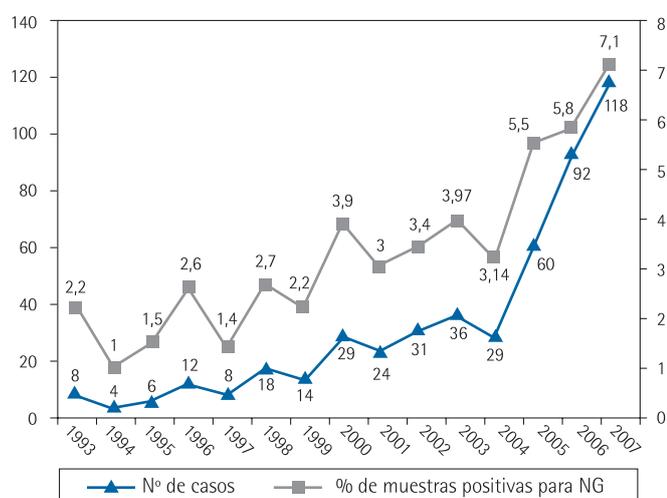
En el caso de la sífilis, nuestros datos evidencian un exceso de casos respecto a lo esperado a partir del 2003 (figura 3). El patrón sociodemográfico de los pacientes muestra un predominio de varones (95,6%) con tendencia homosexual en un 89,5%. El 29% de los casos de sífilis precoz tenían también infección por VIH.

Es evidente que las ITS están aumentando, la clave está en la prevención. El esfuerzo deberá ir dirigido al desarrollo de programas a la población general y a los colectivos más afectados, para informar y conseguir modificar hábitos y actitudes. Todo ello debería de ir acompañado de medidas que potencien los Servicios de ITS así como, una estrecha colaboración entre dichos Servicios, los especialistas de Salud pública y los médicos de atención primaria, con el objetivo de conseguir una mejor asistencia en la salud sexual de nuestra población.

M.M. Cámara Pérez y J. López de Munain López
Unidad de ITS. Servicio de Enfermedades Infecciosas
Hospital de Basurto. Bilbao

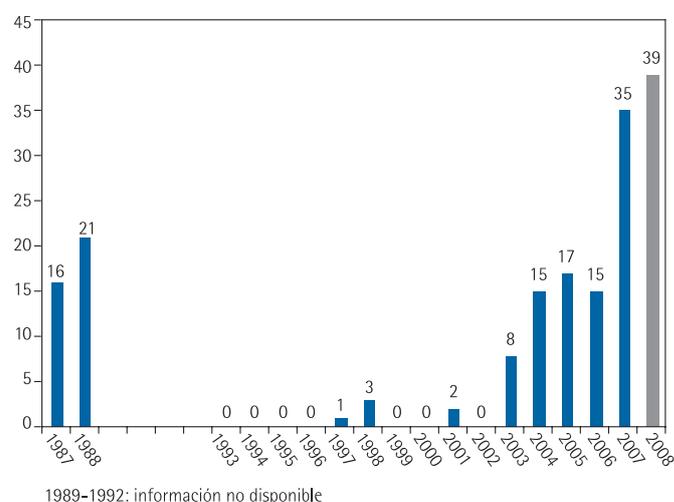
Evolución de las infecciones gonocócicas, 1993-2007

Figura 2 Unidad de ETS (S. Enfs. Infecciosas H. Basurto)



Evolución temporal de los casos de sífilis precoz

Figura 3 Unidad de ETS (S. Enfs. Infecciosas H. Basurto)



R edacción

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: boletinsalud-san@ej-gv.es

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

Comité de redacción:

José María Arteagoitia
Javier García
Miguel Ángel García Calabuig
Mikel Basterretxea
Nerea Muniozguren
Enrique Peiró
Margarita Viciola
M.ª Teresa Martínez

Edición:

Miguel Ángel García Calabuig
Fotocomposición IPAR, S. Coop.
Imprime: Grafo, S.A.
1.º Semestre.
Número 23/2008
ISSN: 1697-2430
Depósito Legal: BI-2874-98