



s	■ Índice
o	■ Contenidos
d	■ Vigilancia Epidemiológica
i	■ Revisión de la política de vacunación con BCG en la CAPV 2-3
n	■ Molusco contagioso y piscinas. Recomendaciones sanitarias 4
e	■ Vigilancia de la gripe. Temporada 2006-2007 5-6
t	■ EDO 2007 semanas 1 a 42 7
n	■ Programas de Salud Pública
o	■ Prevalencia de <i>Salmonella</i> spp en los huevos comercializados en la CAPV 8-9
c	■ Encuesta sobre exposición al humo del tabaco 10-11
e	■ Encuesta de nutrición – Parte II 12-13
.	■ Actualidad
e	■ Vacuna contra el papiloma 14
c	■ Virus Chikungunya 14
i	
d	
n	
i	

Editorial

En este número del Boletín Epidemiológico se presenta la introducción de la vacuna frente al Virus del Papiloma Humano en el calendario vacunal de la CAPV. No hace falta recordar que *las estrategias de prevención primaria* tratan de *evitar la aparición* de la *enfermedad* actuando sobre los factores causales o de riesgo. En este contexto, las campañas de vacunación preventiva han contribuido a reducir de forma importante la incidencia de las enfermedades infecciosas vacunables, si bien no siempre ha sido posible su eliminación o erradicación. Esta estrategia debe estar sometida a un proceso de *Planificación Sanitaria* y viene precedida por la propuesta del Comité Asesor de Vacunación de Euskadi, tras el estudio exhaustivo de la misma por el equipo de vigilancia epidemiológica y vacunas de la Dirección de Salud Pública.

Al igual que en otras áreas del mundo, las vacunaciones preventivas han tenido en el País Vasco un impacto extraordinario sobre las enfermedades infecciosas frente a las que se dispone de vacunas administradas de forma universal a toda la población en el marco de programas de Salud Pública y considerando siempre que son voluntarias y gratuitas.

El camino de las vacunas hacia la prevención de las enfermedades no ha sido fácil ya que se ha encontrado con resistencias. Hoy el *movimiento antivacunas* es asumido básicamente por dos tipos de colectivos: por un lado, grupos religiosos integristas, y por otro, usuarios y profesionales de la medicina naturista y homeopática, como ha quedado reflejado en el artículo del BMJ de 7 Abril 2007.

Lamentablemente estamos asistiendo a un "debate" en el que especialistas en Salud Pública, con relevancia social, intentan generar una conciencia social de rechazo a las vacunaciones promovidas por los Departamentos de Salud, con argumentos propios de movimientos antivacunales.

Sin embargo somos optimistas y la población, que nos ha demostrado su confianza en el calendario vacunal infantil de la CAPV, propiciará con su adhesión a la vacuna, "*un considerable beneficio adicional en la prevención primaria de una enfermedad de gran impacto en la sociedad y concretamente en las mujeres, ofreciendo en cancerología una opción de prevención primaria*", recomendación emitida por el Comité Asesor de Vacunación de Euskadi, en su sesión de junio de 2007.

En este nuevo siglo, en el que podemos esperar más y mejores beneficios de las vacunas, nuevas investigaciones en nuevos tipos de vacunas que modifiquen el proceso de enfermedades como el cáncer u otras enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer, sin duda *vacunar sigue siendo no sólo el reto sino la esperanza de la humanidad en materia de salud.*

Margarita Viciola García
Directora de Salud Pública

Revisión de la política de vacunación con BCG en la CAPV

1. Introducción

El Bacillus Calmette-Guerin es una cepa de *Mycobacterium Bovis* que se ha modificado para producir inmunidad frente a la tuberculosis sin causar la enfermedad. A partir de esta cepa se prepara la vacuna BCG que es, por tanto, una vacuna de bacterias vivas atenuadas. El efecto protector de la vacuna puede verse afectado por muy diversos factores como métodos y vías de administración, medio ambiente y características de la población o diferentes preparaciones de BCG. Por ello el rango de eficacia, según los estudios, oscila entre el 0 y el 80 %. En niños las tasas de eficacia protectora oscilan entre el 52% y el 100 % para la tuberculosis miliar y meningitis tuberculosa, habiendo sido considerada una vacuna costo-efectiva contra la tuberculosis severa en la infancia.

La Conferencia de Consenso realizada en España en el año 1991 recomendó abandonar la vacunación BCG, recomendación que siguieron todas las Comunidades Autónomas excepto Asturias y País Vasco. En la actualidad sólo el País Vasco continúa manteniendo en su calendario de vacunación la vacuna BCG a los recién nacidos.

2. Políticas de vacunación BCG en el mundo

Las políticas de vacunación con BCG difieren mucho entre los distintos países, y podrían ser clasificadas en cuatro grupos:

- BCG al nacimiento (o en el primer contacto con los servicios de salud): Esta es la actual recomendación de la EPI (Expanding Immunization Team de OMS)
- BCG en la infancia, una sola vez. Esta era la política de Reino Unido, que vacunaba a los niños tuberculín negativos a la edad de 12-13 años. Sin embargo, este país cambió esta política por la de vacunación selectiva de grupos de alto riesgo en julio de 2005.
- Vacunación repetida. Muchos países han tenido la tradición de repetir la vacunación BCG. Para algunos países (Suiza, Portugal) en la infancia y al entrar o al salir del colegio. Para otros, en particular en la Europa del Este, se ha recomendado BCG incluso más de 5 veces entre el nacimiento y los 30 años de edad (Hungria, Rusia). Los criterios para la revacunación varían entre países.
- No uso de BCG de rutina. Dos países, USA y Países Bajos, no han recomendado nunca la vacunación universal, y otros países están ahora tomando esta decisión. En estos países se recomienda la vacunación a grupos de alto riesgo.

En la mayoría de los países europeos, a medida que han ido disminuyendo sus tasas de enfermedad tuberculosa, han ido pasando a políticas de vacunación selectiva, manteniendo en

general la vacunación universal aquéllos que presentan tasas más altas. No se vacuna sistemáticamente en Andorra, Austria, Bélgica, Dinamarca, Alemania, Luxemburgo, Reino Unido, Suecia, Hungría, Francia y España (excepto la CAPV). Paradójicamente, a pesar de que España está en la lista de países que no vacunan de BCG, también está en la lista de algunos de los que sitúan a las personas nacidas en España o hijos de éstas como "de alto riesgo" y por tanto candidatas a vacunación, como por ejemplo, Suecia. Hasta el año 2004 la vacunación con BCG en Francia era obligatoria para todos los niños antes de su entrada en una guardería, y antes de los 6 años de edad, con la escolarización obligatoria. Entre 3 y 12 meses después de la vacunación y a los 11-13 años de edad se ponía una tuberculina, revacunándose en ambos casos si era negativa. Una evaluación de este programa llevó, en junio de 2004, a suspender la revacunación. En la actualidad, basándose en una estimación de impacto epidemiológico, se ha tomado la decisión de suspender también la vacunación universal y pasar a una vacunación selectiva de grupos de riesgo.

La Unión Internacional contra la Tuberculosis y otras Enfermedades Respiratorias (UICTER) ha elaborado los criterios ante los cuales sería razonable suspender la vacunación universal con BCG en países con baja prevalencia de tuberculosis. Como consideraciones generales establece que debe haber un buen programa de control, con un buen sistema de vigilancia, al menos los 5 años previos a la suspensión de la vacunación. Los criterios son los siguientes: la tasa de tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo positiva debe ser de 5 casos por 100.000 habitantes o menor; o la tasa de meningitis tuberculosa en niños menores de 5 años debe ser menor que 1 caso por 10 millones de población en los 5 años previos; o el riesgo anual de infección debe ser 0,1 % o menor.

3. La vacunación BCG en la CAPV

La cepa de BCG que se utiliza en el País Vasco es la cepa danesa 1331, que es la más utilizada en el mundo, donde se producen 127 millones de dosis anuales.

La cobertura vacunal estimada en nuestra Comunidad en el año 2005 fue del 96,6 %.

Un estudio realizado por el CEVIME en el año 2004 estimó una incidencia de linfadenopatía secundaria a vacunación con BCG de 1 caso por 1.000 dosis administradas, concluyendo que los datos confirman la seguridad de la vacuna BCG administrada a lactantes en la CAPV. De los últimos años registrados, se produjo una becegeitis diseminada en Gipuzkoa en el año 2004, en una niña inmunodeprimida que falleció.

4. La situación de la tuberculosis en la CAPV

La tasa de tuberculosis en la CAPV en el año 2006 fue de 24,78 casos por 100.000 habitantes (516 casos), presentándose una situación de estancamiento del declive de la enfermedad desde el año 2001 en que la tasa fue de 25,26. Este estancamiento podría estar en parte relacionado con la entrada de personas procedentes de países de alta endemia, cuyo peso supone en 2006 el 13 % del total de enfermos tuberculosos.

La tasa de tuberculosis pulmonar con baciloscopia de esputo positiva fue de 8,21 por 100.000 habitantes en 2006.

En los últimos 5 años se han registrado en la CAPV 2 tuberculosis meníngeas en menores de 5 años, lo que supone una incidencia anual media de 1,87 por 10 millones para dicho período.

5. Discusión

La mayoría de los países que han pasado de vacunación universal a vacunación selectiva han utilizado para su decisión los criterios de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y otras Enfermedades Respiratorias, que son universalmente aceptados. Si valoramos nuestra situación epidemiológica a la luz de dichos indicadores podemos decir que en la actualidad disponemos de un buen sistema de notificación para tuberculosis y un buen programa de control, desde hace al menos 10 años. Cumplimos por tanto la primera condición para poder plantearnos abandonar la vacunación universal con BCG.

Con respecto a los criterios que plantea la Unión, en primer lugar tendríamos que seleccionar cuál de los tres indicadores propuestos sería más útil para nosotros. El primero de ellos, la tasa de bacilíferos, es un indicador directo del grado de circulación del bacilo en una comunidad. El segundo, la tasa de meningitis tuberculosa en niños menores de 5 años, tiene dos inconvenientes: en primer lugar es muy inestable para poblaciones pequeñas como la nuestra, por lo que tenemos que observar períodos de tiempo muy largos para obtener un buen denominador; y en segundo lugar, siempre queda la duda de si la tasa obtenida finalmente es debida a la baja circulación del bacilo o a la propia efectividad vacunal en la prevención de dicha meningitis. El tercer indicador propuesto es el Riesgo Anual de Infección, que desconocemos en nuestra población. Nos quedamos, por tanto, como indicador, con la tasa de bacilíferos, estando todavía la CAPV a más de 3 puntos para llegar al criterio de 5 por 100.000 establecido por la Unión.

Otro criterio generalmente utilizado para la interrupción del programa de inmunización serían los efectos adversos, como ha sido el caso de Hungría, que debido a un cambio en la vacuna utilizada registró un aumento de efectos adversos que hizo acelerar la decisión de detener la vacunación universal. De acuerdo al estudio realizado por el CEVIME en la CAPV, la incidencia de linfadenopatía en nuestro medio es aún más baja que la señalada en la literatura, por lo que no parece que este sea para nosotros un grave problema.

La interferencia de la vacunación con la prueba de la tuberculina ha sido otro clásico argumento en contra de la vacunación BCG. Los nuevos métodos de detección de interferón-gamma

para el diagnóstico de infección tuberculosa latente, que no se ven afectados por la BCG, superarían este inconveniente, pudiéndose utilizar como diagnóstico en aquellos casos en que una tuberculina positiva ofrezca dudas de que sea por reacción a la vacuna.

6. Conclusiones

Hay que seguir incidiendo en el programa de control de tuberculosis, reforzando especialmente los aspectos relativos al control en personas procedentes de países de alta endemia tuberculosa.

No debemos plantearnos detener la vacunación universal con BCG en tanto no alcancemos la tasa de bacilíferos propuesta por la UICTER para la suspensión de los programas de vacunación BCG en países de baja incidencia de tuberculosis.

Bibliografía

1. Fine PEM, Carneiro IAM, Clements CJ. Issues relating to the use of BCG in immunization programmes. Geneva: WHO 1999; 1-45.
2. Infuso A, Falzon D. European survey of BCG vaccination policies and surveillance in children, 2005. *Eurosurveillance* 2006; 11:6-11.
3. Romanus V. Selective BCG vaccination in a country with low incidence of tuberculosis. *Eurosurveillance* 2006; 11:14-17.
4. Lévy-Bruhl. Prospects for the BCG vaccination programme in France. *Eurosurveillance* 2006; 11: 11-14.
5. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Criteria for discontinuation of vaccination programmes using Bacille Calmette-Guerin (BCG) in countries with a low prevalence of tuberculosis. *Tubercle and Lung Disease* 1994; 75:179-181.

Concha Castells

Subdirección de Salud Pública de Bizkaia

Molusco contagioso y piscinas. Recomendaciones sanitarias

Introducción

La posible transmisión del virus molusco contagioso (VMC) en las piscinas a través del agua o de los elementos que se utilizan en ellas (toallas, tablas) preocupa a padres, docentes, entrenadores y profesionales sanitarios. La decisión de prohibir a los niños con lesiones nadar en las piscinas públicas puede tener consecuencias importantes ya que interfiere con sus necesidades físicas y con aspectos sociales relevantes que incluso podrían acarrear un estigma social. Si se tiene en cuenta además que el molusco contagioso (MC) puede estar presente hasta en un 10% de la población pediátrica, esta medida tan restrictiva sólo se podría llevar a cabo si existiera una clara justificación.

Generalidades

El molusco contagioso es una enfermedad viral benigna de la piel, habitualmente asintomática, que se caracteriza por un número relativamente pequeño de pápulas (por lo general de 2 a 20) en forma de cúpula, bien delimitadas, de color carne a traslúcidas y algunas con umbilicación central. Las lesiones se observan habitualmente en el tronco, la cara y las extremidades, pero pueden ser generalizadas. En pacientes con eczema e inmunocomprometidos, la erupción tiende a ser más extensa y diseminada.

La causa es un poxvirus y los seres humanos son la única fuente conocida del virus. Este se disemina por autoinoculación y se transmite por contacto directo, incluido el contacto sexual, con las lesiones de una persona enferma o materiales contaminados como las toallas. El riesgo de transmisión es bajo y moderado en familias. El periodo de incubación es de 2 semanas a 3-6 meses.

El diagnóstico puede establecerse a partir del aspecto característico de las lesiones, por visualización de los cuerpos de inclusión intracitoplasmáticos mediante tinción del material central de las lesiones o a través de microscopía electrónica identificando el poxvirus.

El tratamiento se realiza por extirpación mecánica previa aplicación del anestésico EMLA. Como alternativa, la aplicación tópica de cantaridina, de agentes exfoliantes como el ácido salicílico y láctico, el electrocauterio o el nitrógeno líquido pueden ser exitosos. Aunque las lesiones experimentan a veces una regresión espontánea el tratamiento puede prevenir la autoinoculación y la transmisión a otras personas.

Transmisión del virus en piscinas

Diferentes investigaciones se han centrado en el aumento de casos de molusco contagioso (MC) entre los niños en el contexto de las piscinas recreativas. Aunque biológicamente es plausible, los estudios epidemiológicos no han demostrado de forma concluyente que las piscinas recreativas faciliten la transmisión de este virus. De hecho algunos estudios no encuentran asociación entre el uso de las piscinas y la transmisión del virus. Incluso varios estudios que implicaban a las piscinas con el MC no tenían en cuenta otros factores que podían introducir sesgos o influenciar la transmisión del virus como la edad, la participación en otro tipo de actividades físicas (deportes de contacto) y el uso compartido de fómites (toallas, tablas).

Un aspecto adicional que complica la interpretación de los estudios de transmisión del VMC es la variable del periodo de incubación (rango entre 2 semanas a 6 meses), lo cual hace que la asociación entre el evento y la lesión sea difícil de confirmar.

No está claro si es importante solamente el contacto con los fómites o es suficiente nadar en agua contaminada para la transmisión del virus. Es factible que con la inmersión en el agua las lesiones se ablanden y esto facilite la transmisión persona - persona o por fómites. Las técnicas de cultivo existentes no ayudan al crecimiento del VMC, por tanto muchas de estas cuestiones pueden quedar sin contestar. Son necesarias más investigaciones para caracterizar mejor la viabilidad del MC en las piscinas. Estos estudios podrían incluir el uso de nuevas técnicas de cultivo y marcadores de replicación viral.

Recomendaciones sanitarias

Cubrir las lesiones visibles con tiritas resistentes al agua, una buena higiene manual, asegurarse de que no se compartan las toallas y utilizar tablas individuales son medidas razonables que ayudan a prevenir la transmisión del MC y otras infecciones que se adquieren por contacto. Además, la desinfección completa y el secado de las tablas deberían reducir la probabilidad de transmisión del virus.

Los estudios que analizan las superficies contaminadas con otros poxvirus indican que lejías, iodóforos y otros desinfectantes son decontaminantes efectivos si se siguen bien las instrucciones del fabricante sobre la dilución, tiempo de contacto etc. Dado que el virus MC tiene las propiedades similares a estos poxvirus es razonable concluir que estos desinfectantes serían efectivos contra el VMC. Estos desinfectantes son la única alternativa existente en estos momentos.

Para restringir el acceso a las instalaciones de los niños afectados por MC el diagnóstico debe ser realizado por un sanitario y todos los niños deberían ser sometidos al mismo examen anual donde también se examinarían otras patologías dermatológicas.

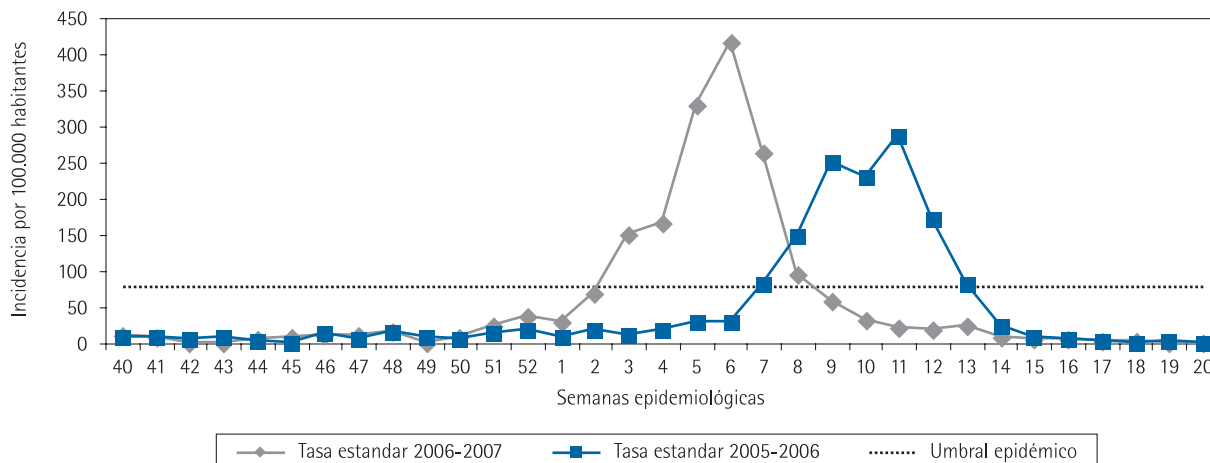
Bibliografía

1. Anna Braue, M.B.B.S., Gayle Ross, M.B.B.S., George Varigos, f.A.C.D., Ph.D., M.B.B.S., and Health Kelly, F.A.F.P.H.M., M.B.B.S. Epidemiology and Impact of Childhood Molluscum Contagiosum: A Case Series and Critical Review of the Literature. *Pediatric Dermatology* Vol. 22 No. 4 287-294, 2005.
2. Recommendations: Patients with Molluscum Contagiosum and Swimming Pool Safety. Department of Health and Human Service. Center for Disease Control and Prevention, U.S.A.

Juncal Artieda Arandia
Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa
Loreto Santa Marina Rodríguez
Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa

Comparativa de la incidencia semanal de gripe en la CAPV

Figura 1 en las temporadas 2005-06 y 2006-07



Umbral epidémico: se calculan los casos esperados para cada semana y temporada. Se halla el sumatorio de los casos esperados y de las poblaciones para cada semanas del análisis. El cociente de ambos sumatorios es el umbral epidémico ponderado

Introducción

Desde 1998 la red vigía del País Vasco mantiene entre sus objetivos la vigilancia de la gripe estacional. En la temporada 2006-2007 la red estuvo formada por 34 médicos y pediatras de Atención Primaria de Osakidetza, el laboratorio de referencia del Hospital 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 hospitalarios. La población que sirvió como denominador, a partir de la TIS de cada médico declarante, fue de 53.312 personas lo que representa el 2,5% de la población vasca.

Como viene siendo habitual, la red vigía de gripe registró datos de incidencia de gripe en el período comprendido entre la semana 40 de 2006 (que empezó el 1 de octubre) hasta la semana 20 de 2007 (que finalizó el 19 de mayo). El porcentaje de declaración fue alto, alcanzando el 89,2% en las 33 semanas de vigilancia.

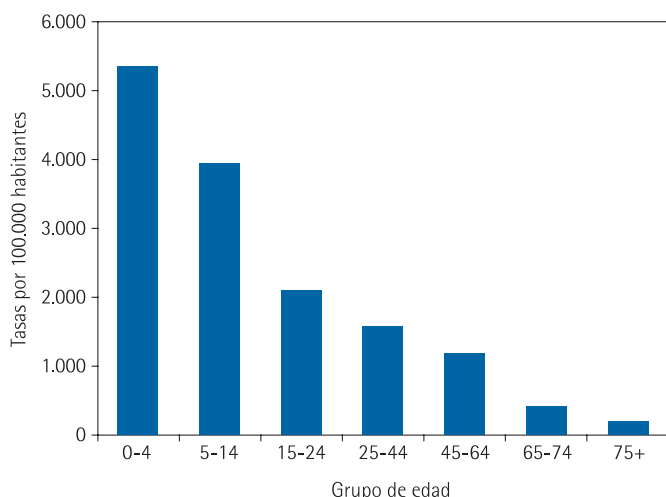
Resultados temporada 2006-2007

Se registró un total de 952 casos que cumplían criterios de definición de caso de gripe. Esto supone una incidencia acumulada de gripe 1.787,6 casos por 100.000 habitantes para todo el período vigilado. Por lo tanto, la incidencia ha sido ligeramente superior a la observada en la temporada 2005-2006 (1.657 casos por 100.000), pero muy inferior a la registrada en 2004-2005 (3.183 casos por 100.000). En conjunto, la onda epidémica estacional de la gripe en la temporada 2006-2007 podemos definirla como de intensidad moderada.

La actividad gripal comenzó a ser significativa a partir de la primera semana de enero de 2007. En la tercera semana de enero la incidencia registrada ya superaba el umbral epidémico de este año (78,9 casos por 100.000 hab.). El máximo pico de incidencia se registró en la sexta semana, 4 al 10 de febrero de 2007, con tasas de 415 casos por 100.000 habitantes en el conjunto de la red vigía de la CAPV. Tras la semana 8 se observó un descenso progresivo de la incidencia hasta alcanzar de nuevo valores por debajo del umbral en la semana 9 (Figura 1).

Incidencia acumulada de gripe por edad

Figura 2 en la CAPV en la temporada 2006-07



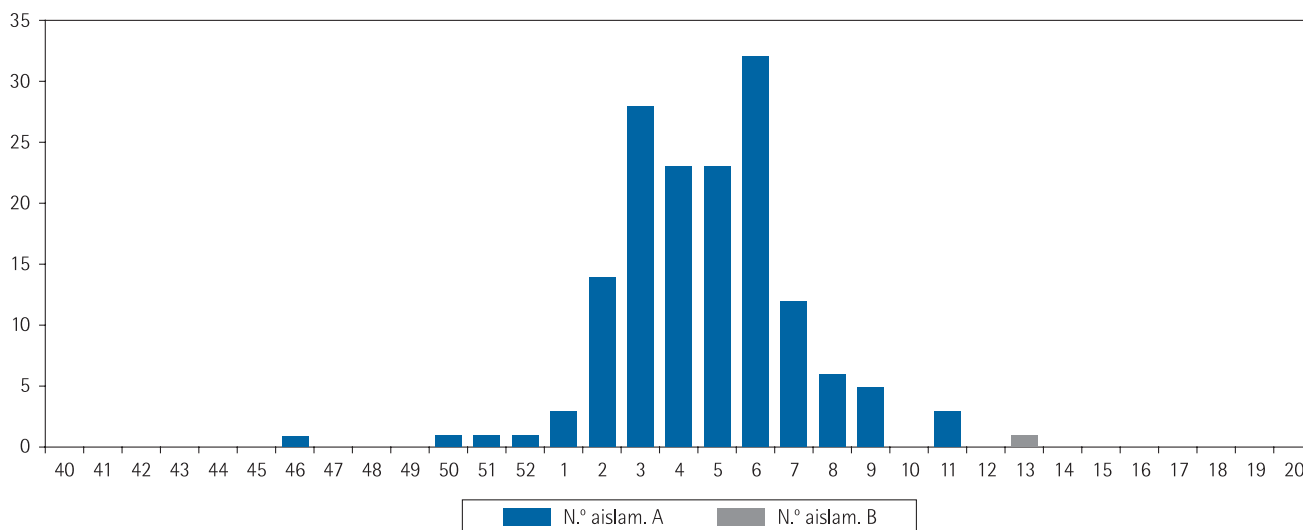
Características de los casos

Como es habitual en la gripe, la incidencia fue mayor en la edad infantil y mostró una tendencia decreciente en la población adulta (Figura 2). La mayor incidencia correspondió al grupo de edad de 0-4 años con 5.354 casos por 100.000 hab, seguido del grupo de 5-14 años con 3.944 casos por 100.000 hab. La incidencia más baja se registró en la población mayor de 65 años. El 54,2 % de los casos registrados fueron varones y el 45,8% mujeres.

Los síntomas de la enfermedad referidos más frecuentemente fueron la fiebre de aparición brusca (98,5% de los casos), los síntomas respiratorios (83,5%) y las mialgias y/o quebrantamiento generalizado (81,7%). El 87,6% de los enfermos de gripe no refirieron antecedentes de patologías asociadas y, en aquéllos que sí las tuvieron, las más frecuentes fueron las respiratorias (5%) y las del aparato circulatorio (2,1%). Sólo el 0,5% de los casos fueron derivados al especialista (5 casos). En 94,1% de los casos no existieron antecedentes de vacunación antigripal.

Distribución de aislamientos virales de gripe por tipo en la CAPV

Figura 3 en la temporada 2006-07



Datos virológicos

En el conjunto de la temporada 2006-2007 se remitieron al laboratorio de referencia 276 frotis faríngeos para cultivo y/o detección viral, lo que supuso el 29% de los casos registrados. El laboratorio de referencia del hospital Donostia confirmó 154 resultados positivos (117 por cultivo y 37 por PCR), por lo que el rendimiento de las muestras remitidas fue del 55,8 %, un ratio que se sitúa entre los más altos desde el inicio de la vigilancia de la gripe en 1998.

El primer aislamiento viral positivo, en la semana 46, fue un virus A(H3) y se registró en Bizkaia. En la temporada 2006-2007 predominaron los aislamientos AH3N2 (98%). De hecho, sólo se registró un aislamiento de A(H1N1) y otro de tipo B. Este fue el último positivo de la temporada en la semana 13 de 2007 (Figura 3), pasada la semana 20 se aisló otro virus B en la red vigía de Gipuzkoa. El tipado confirmó que eran cepas similares a A/Wisconsin/67/05(H3N2) y a A/NewCaledonia720/99(H1N1).

En resumen, la gripe estacional en la temporada 2006-2007 estuvo dominada por los virus tipo A. El hecho de que en tempora-

das previas haya predominado más el tipo B puede haber influido en una mayor protección de la población frente a los virus tipo B en la temporada 2006-2007 (Figura 4).

Recomendaciones vacuna antigripal 2007-2008

La recomendación sobre la composición de la vacuna antigripal para la temporada 2007-08 de la Organización Mundial de la Salud en el hemisferio norte incluye las siguientes cepas:

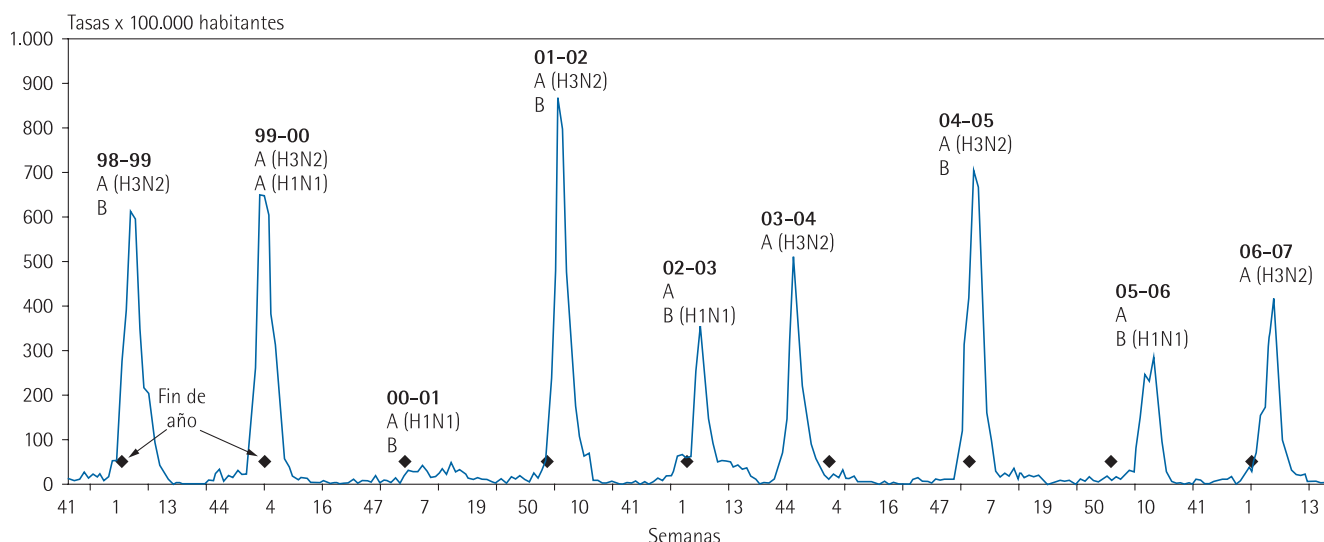
- A/Solomon Islands/3/2006 (H1N1)
- A/Wisconsin/67/2005 (virus de H3N2) y A/Hiroshima/52/2005)
- B/Malaysia/2506/2004

Fuente: <http://www.who.int/csr/disease/influenza/recommendations2007north/en/index.html>

Red vigía de gripe de Euskadi

Evolución de la gripe estacional y tipos virales predominantes.

Figura 4 País Vasco. 1998-2007



Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Datos correspondientes a las semanas 1-42 de 2007*

C.A.P.V.	N.º casos	Tasa	I. E.**1	I. E.**2
Botulismo	0	0,00	—	—
Cólera	0	0,00	—	—
Disentería	12	0,58	0,71	0,86
Fiebre tifo-paratífica	4	0,19	0,67	1,33
Triquinosis	3	0,14	—	—
Enfermedad meningocócica	52	2,50	0,84	0,61
Gripe	28.150	1.351,68	1,22	0,84
Legionelosis	87	4,18	0,88	1,01
Meningitis tuberculosa	5	0,24	1,00	0,71
Tuberculosis	346	16,61	0,79	0,84
Varicela	12.555	602,86	1,65	1,29
Infección gonocócica	85	4,08	1,60	3,27
Sífilis	72	3,46	1,71	4,50
Difteria	0	0,00	—	—
Parotiditis	1.818	87,30	17,31	60,60
Poliomielitis	0	0,00	—	—
Rubéola	2	0,10	2,00	2,00
Sarampión	0	0,00	—	—
Tétanos	1	0,05	0,14	1,00
Tosferina	21	1,01	1,17	2,10
Hepatitis A	35	1,68	0,27	0,81
Hepatitis B	25	1,20	0,89	0,93
Hepatitis C	6	0,29	0,40	0,67
Otras hepatitis víricas	0	0,00	—	—
Brucelosis	1	0,05	0,50	0,50
Rabia	0	0,00	—	—
Fiebre amarilla	0	0,00	—	—
Paludismo	10	0,48	0,50	0,59
Peste	0	0,00	—	—
Tifus exantemático	0	0,00	—	—
Lepra	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 (2006).

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 (2002-2006).

Porcentaje de declaración para el conjunto de la C.A.P.V. = 81%

En el período analizado hay que reseñar el brote de parotiditis que se ha prolongado desde primeros de año hasta la semana 30; el número de casos va remitiendo. La varicela también registra más casos que el año anterior, lo que se corresponde con varia-

ciones cíclicas de la enfermedad, igual que la gripe. En cambio, otras enfermedades como la tuberculosis, las hepatitis y la enfermedad meningocócica descienden, tanto respecto al pasado año como al quinquenio anterior.

Prevalencia de *Salmonella* spp en los huevos comercializados en la Comunidad Autónoma del País Vasco

Introducción

La infección por salmonella es un problema de salud pública. En su transmisión se ve involucrada toda la cadena alimentaria, desde la producción primaria hasta el consumidor final. Al objeto de abordar este problema se puso en marcha el programa "Interdepartamental de control y minimización de salmonelosis en la Comunidad Autónoma del País Vasco", en cuyo marco se ha realizado este estudio.

Como fase inicial el Departamento de Sanidad consideró necesario realizar un estudio de salmonella con el objetivo de estimar la prevalencia de huevos contaminados con salmonella que entran diariamente en el mercado en la CAPV

Material y métodos

A partir de los huevos comercializados diariamente en la CAPV se diseñó un muestreo por conglomerados en dos etapas. En la primera, a partir del censo de establecimientos, se seleccionaron almacenes y centros de embalaje. En una segunda etapa se seleccionaron muestras de medias docenas de huevos en cada uno de ellos. Las muestras de centros de embalaje corresponden a huevos procedentes de granjas ubicadas en la CAPV, y las de almacenes proceden de granjas de otras CCAA.

Se analizó la presencia de *Salmonella* spp en cáscara e interior del huevo. Las determinaciones analíticas se realizaron en el laboratorio de Salud Pública, sedes de Bilbao y San Sebastián, acreditadas con la Norma ISO 17025. En primer lugar se realizó un screening con enzimoimmunoensayo, MiniVIDAS, confirmación por cultivo basado en el estándar ISO 6579, y el serotipado por test de aglutinación con sueros polivalentes y específicos. Las cepas de *Salmonella enteritidis* aisladas fueron fagotipadas en el Laboratorio Nacional de Referencia, Centro Nacional de Alimentación, dependiente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

En aquellos centros de embalaje asociados a explotaciones que no fueron seleccionados, se tomaron muestras como apoyo a un estudio realizado en granjas por los responsables de Sanidad Animal. Cuando se ha aislado *S. enteritidis* las cepas han sido remitidas al Centro Nacional de Referencia para fagotipado.

El trabajo de campo se realizó en 15 establecimientos, almacenes de distribución y centros de embalaje, durante el segundo semestre de 2005 y principios de 2006.

Resultados

Se recogieron un total de 890 muestras, 561 (63%) en centros de embalaje, y 329 (27%) en almacenes.

Se analizó *Salmonella* spp en la cáscara en 885 muestras y en 882 en el interior del huevo. Cinco muestras no fueron procesa-

das, pues habían llegado en malas condiciones al laboratorio, y en 3 muestras no se analizó el interior por problemas en el laboratorio.

La proporción de medias docenas contaminadas con *Salmonella* spp que se ponen diariamente en el mercado de la CAPV es el 8,2% (6,4%-19% IC 95%). Según la localización de *Salmonella* spp, la cáscara del huevo está contaminada el 7,3% (64 muestras entre 885 analizadas), el interior el 1,1% y la contaminación simultánea de cáscara e interior es del 0,2%.

Los serotipos identificados en cáscara fueron *S. enteritidis* (27 muestras), *S. infantis* (1 muestra) y *S. Ohio* (37 muestras). En una de las muestras se encontró simultáneamente *S. enteritidis* y *S. infantis*. Las 37 muestras de *S. Ohio* procedían de un solo centro de embalaje.

En el interior del huevo se aisló *Salmonella enteritidis* en 4 ocasiones, *S. goldcoast* en 1 y *S. gallinarum* en 5 ocasiones.

En dos muestras se aisló *Salmonella* en la cáscara y en el interior del huevo simultáneamente. En una de ellas, el serotipo aislado de ambas localizaciones fue idéntico (*S. enteritidis*), mientras que en la otra, el serotipo identificado en la cáscara era *S. Ohio* y en el interior *S. enteritidis*.

Salmonella gallinarum no es transmisible a las personas, pero tiene gran importancia en sanidad animal pues las cepas halladas fueron identificadas como vacunales. La proporción total de medias docenas contaminadas por salmonella no cambia demasiado tras excluir los cinco aislamientos del serotipo gallinarum, 7,6% (5,9% - 9,3% IC 95%). aunque la proporción de los aislamientos en el interior del huevo se reduce a la mitad (0,55%).

En las muestras procedentes de almacenes se realizaron 4 aislamientos, 3 en la cáscara y 1 en el interior; en las procedentes de centros de embalaje fueron 68 (94% del total), en la cáscara 59, en el interior 7 y en ambas localizaciones 2.

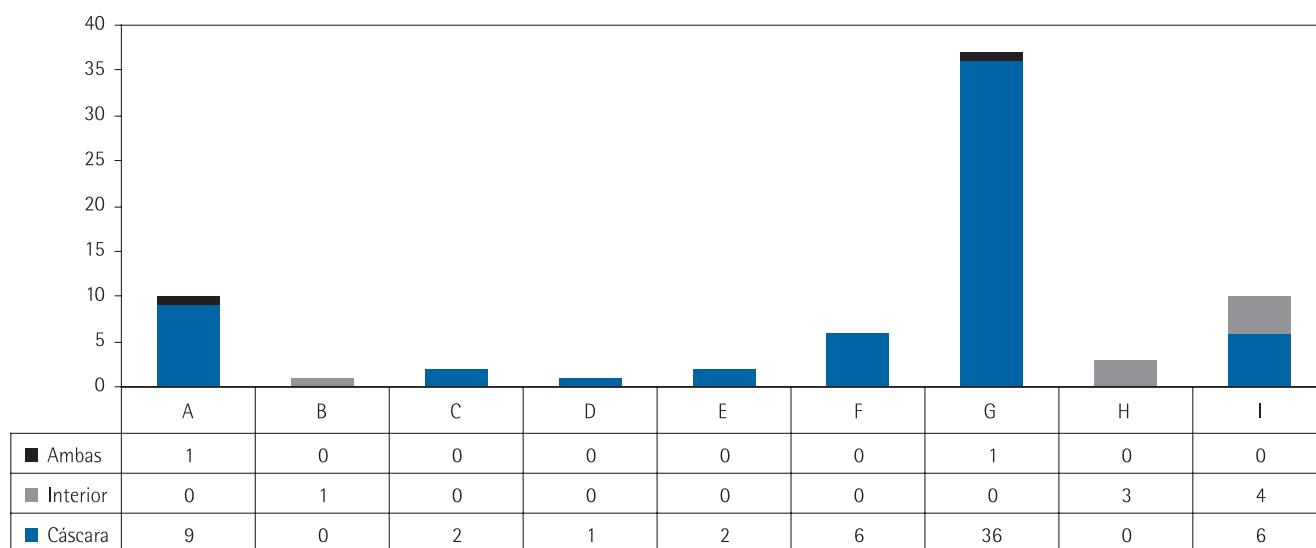
Distribución conjunta de *Salmonella*

Tabla 1 en cáscara e interior

Frecuencia %		Interior		Total
		Ausente	Presente	Tasas
Cáscara	Ausente	810 91,84	8 0,91	818 92,74
	Presente	62 7,03	2 0,23	64 7,26
Total		872 98,87	10 1,13	882 100,00

Distribución de las muestras contaminadas en cada uno de

Gráfico 1 los establecimientos donde se detectó



Las muestras en las que se realizaron aislamientos procedían de 9 establecimientos; en los 6 restantes no se realizaron aislamientos en ninguna de las muestras. El 51,4%, de las medias docenas contaminadas procedían de un único establecimiento y correspondieron a las 37 *S. Ohio*.

Al Laboratorio Nacional de Referencia, Centro Nacional de Alimentación, fueron remitidas 34 cepas de *S. enteritidis*. El fagotipo más frecuente fue el 1 (en 10 cepas) seguido de los fagotipos 1C y 6A (4 cepas en cada uno), tres muestras correspondieron al fagotipo 4, dos muestras al fagotipo 21, y una a los fagotipos: 6B, 7, 12, 30, 35, 37 y 39. Una de las muestras presentó un patrón no reconocible (PNR) y dos fueron no tipables (NT).

Discusión

La contaminación por salmonella, estimada en medias docenas, ha aumentado en relación a un estudio realizado en la CAPV en el año 1989¹ (7,6% respecto a 0,6%), si bien aquél era un estudio puntual y no representativo estadísticamente, en el que todos los aislamientos fueron de *S. enteritidis*, salvo en una muestra asociada a un brote, en la que se identificó *S. Typhimurium*.

Comparando con los resultados de otros países europeos, la prevalencia es mucho más elevada en la CAPV. Irlanda³ realizó un estudio sobre 2.090 medias docenas en las que obtuvo una prevalencia del 0,4% y en Inglaterra⁴, en un estudio realizado en 1993 sobre 7.045 medias docenas de huevos no importados, estimaron una prevalencia del 0,9%. En dicho estudio, el aislamiento más frecuente correspondió a *S. enteritidis* (85% de los aislamientos). En la CAPV la más frecuente ha sido *S. Ohio*, pero asociada a un solo establecimiento. Por último, los resultados de un estudio de 2006 en el Reino Unido² relativos a contaminación de huevos procedentes de otros países sitúan a España con un 13,3%, superiores a los datos del presente estudio en la CAPV.

Cabe destacar el aislamiento de *S. Ohio* en 37 muestras. A nivel estatal su presencia en muestras de huevo y derivados es del 5,2%⁵; en la CAPV *S. Ohio* se había aislado en un brote hídrico en Álava en 1995.

En cuanto a *S. infantis*, se realizó un solo aislamiento, valor claramente inferior al 8,3%⁵ del total de los aislamientos de *Salmonella spp* en huevos y derivados a nivel estatal.

No se ha aislado ninguna *S. Virchow* en la CAPV (7,3%⁵ a nivel estatal). No hemos encontrado referencias de los aislamientos de *S. gallinarum* en huevos, si bien es posible que simplemente no se reseñe al tratarse de una salmonella con transcendencia sólo para sanidad animal.

Este estudio es la muestra más numerosa y representativa de las publicadas en el Estado en los últimos años, si bien existen estudios en otras CCAA cuyos resultados no han sido publicados.

Es importante destacar que en el diseño se ha considerado el número de huevos puestos en el mercado por cada uno de los establecimientos, centros de embalaje y almacenes.

Las estimaciones halladas son representativas para el total de salmonellas, los valores puntuales de contaminación para diferentes serotipos tienen un valor orientativo.

En cuanto a los fagotipos de *S. enteritidis* identificados, el más frecuente es el fagotipo 1 (29,4%). En el referido estudio del Reino Unido también resultó el más prevalente, con un 83%.

Dolores Coll Jordá
Dirección de Salud Pública

¹ Perales, Audicana. The role of hens eggs in outbreaks of salmonellosis in north Spain. International Journal of Microbiology, 8 (1989) 175-180

² Little CL, Walsh S, Hucklesby L, et Al. Survey of Salmonella Contamination of Non-UK Produced Shell Eggs on Retail Sale in the North West of England and London. Final Report-Project B18012 November 2006

³ De Louvois J Salmonella contamination of stores hens eggs PHLS Microbiology Digest 1994 11:203-205

⁴ Wilson MW, Lake RJ, Kieft CJ Background for Risk assessment of imported poultry products. 2000 FW0078 A report for the Ministry of Health. Mount Albert Science Centre:ESR

⁵ AESA Grupo de trabajo de *Salmonella* en relación con huevos y ovoproductos en España. 2006

Encuesta sobre exposición al humo del tabaco

La exposición al humo ambiental del tabaco (tabaquismo pasivo) es un serio problema de salud pública. Es conocida la relación entre tabaquismo pasivo y toda una serie de efectos graves para la salud. El humo del tabaco en locales cerrados predispone al menos a sufrir infecciones de las vías respiratorias altas, sinusitis, bronquitis, neumonías y otras patologías bastante graves entre las personas que —voluntaria o involuntariamente— viven, trabajan o pasan habitualmente largos ratos en dichos ambientes cerrados con humo.

La Ley estatal de medidas sanitarias frente al tabaquismo, aprobada en diciembre de 2005, ha refrendado la postura de los organismos internacionales al declarar el tabaquismo como gran problema de salud pública. Al mismo tiempo, ha servido de refuerzo y complemento de la Ley 18/1998 del Parlamento Vasco sobre drogodependencias. En todo caso, esta normativa ha supuesto un cambio significativo al establecer la prohibición y el control del consumo en distintos entornos y la ampliación, por tanto, de los espacios sin tabaco. Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud decidió adoptar como lema para el Día mundial sin tabaco del 2007 "Ambientes libres del humo de tabaco".

Como los datos disponibles sobre la exposición al humo de tabaco en la CAPV procedían de las Encuestas de Salud realizadas en 1997 y 2002, parecía oportuno revisar y actualizar esta información de forma que se pudiera determinar cuál era la situación en el 2007.

Objetivos

Obtener una visión aproximada sobre la exposición al humo de tabaco en el ámbito familiar y laboral. Conocer indirecta y aproximadamente el nivel de consumo de tabaco en la CAPV.

Metodología

Se ha realizado una entrevista telefónica, durante la semana del 30 de abril al 4 de mayo de 2007, a una muestra de 350 personas de 16 o más años. La muestra se ha obtenido mediante sorteo aleatorio por cuotas de edad y sexo. Su distribución por sexo y grupo de edad se corresponde con la estructura poblacional de la CAPV actualizada por el Eustat/Instituto Vasco de Estadística a 31/12/2005.

Para poder comparar los resultados con los de las Encuestas de Salud que se vienen realizando periódicamente, se diseñó un cuestionario estructurado de 25 ítems, en su mayoría trasposición de los utilizados por las Encuestas de Salud. Siguiendo también el mismo criterio de las Encuestas de Salud, se ha considerado persona fumadora a la que declara consumir al menos un cigarrillo diario.

Resultados

Los principales resultados relativos a la población en general pueden quedar resumidos (Tabla 1) así:

- El 17% de la población de la CAPV mayor de 16 años afirma que diaria (14%) o muy frecuentemente (3%) se halla expuesta al humo de tabaco *dentro de casa*. Manifiestan sufrir esa exposición el 20% de las mujeres y el 14% de los varones.

- El 7% de la población de la CAPV señala que en su *ámbito laboral* se halla expuesto al humo ambiental del tabaco diaria (5%) o muy frecuentemente (2%). En esta situación afirma hallarse el mismo porcentaje de varones y de mujeres.
- Estos porcentajes de exposición al humo de tabaco llegan al 33% de la población cuando se frecuentan *otros lugares cerrados* siendo más numeroso el grupo de varones expuestos que el de mujeres.

Frecuencia de exposición al humo

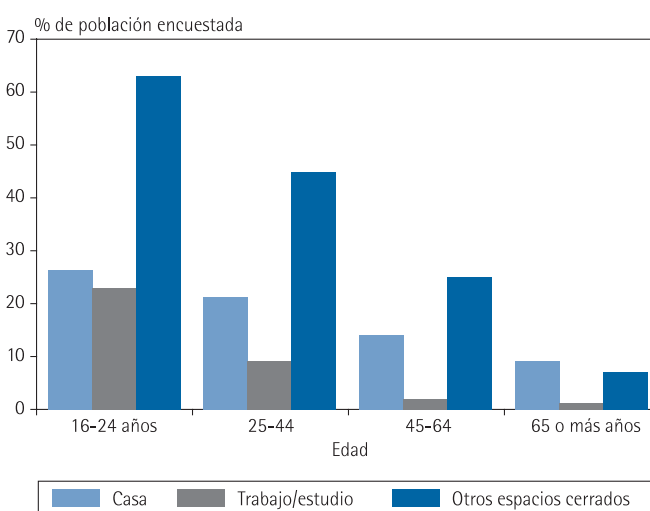
Tabla 1 del tabaco (en porcentaje)

	Sí, todos los días	Sí, con mucha frecuencia	Sí, de vez en cuando	Sí, pero raras veces	Nunca
En casa	14	3	11	6	66
En el lugar de trabajo o estudio	5	2	2	2	89
En otros lugares cerrados (cafeterías, restaurantes, clubs, automóviles, etc.)	11	22	36	19	12

Con respecto al grupo de edad más joven (de 16 a 24 años), el 26% declara estar expuesto al humo del tabaco diariamente o con mucha frecuencia en casa; el 24%, en el ámbito laboral o de estudios; y el 63%, en espacios cerrados donde se permite fumar. A nivel de la población en general, a medida que aumenta la edad, menor es la exposición declarada al humo en el hogar, en el trabajo y en otros espacios cerrados (Figura 1).

Exposición al humo del tabaco

Figura 1 por grupos de edad (en porcentaje)



El tabaquismo pasivo, por otro lado, es una situación derivada del tabaquismo activo, de las personas que fuman. Un 20% de la población entrevistada se ha declarado fumadora: el 17% de las

mujeres y el 24% de los varones. La tabla 2 recoge los puntos en los que quienes los frecuentan pueden verse en exposición al humo de tabaco.

- Más de la mitad de quienes fuman habitualmente dice hacerlo dentro de casa (47%).
- Las personas fumadoras afirman hacerlo en lugares donde no se puede/debe fumar (5%), incluido el lugar de trabajo (18%).
- Prácticamente todas las personas que se declaran fumadoras consumen tabaco en los espacios cerrados en los que se permite fumar (92%) y en los lugares abiertos (96%).

Tabla 2 Lugares donde la población fumadora afirma hacerlo (en porcentaje)

	Sí	No
Dentro de su casa	47	53
En su lugar de trabajo o estudio	18	82
En lugares cerrados donde se puede fumar	92	8
En lugares abiertos	96	4
En lugares donde no se debiera fumar	5	95

Discusión

A pesar de las limitaciones del estudio para determinados análisis, los resultados obtenidos permiten hacer una aproximación a la situación en la CAPV respecto a la exposición al humo de tabaco en el medio familiar y laboral.

Atendiendo a los resultados indicados, se puede constatar que la exposición al humo de tabaco ha descendido sensiblemente en el último decenio, aunque no por igual, en todos los ambientes cerrados. Esta mejora diacrónica puede atribuirse tanto a la creciente sensibilización por parte de toda la población, fumadora o

no, fruto de un ya largo proceso educativo-terapéutico como a la presión normativo-reguladora del consumo de tabaco tanto a nivel autonómico como estatal.

De hecho la exposición al humo de tabaco en el ámbito laboral ha ido pasando del 38% de personas que declaraban trabajar diariamente o con mucha frecuencia en esa situación en la Encuesta de Salud de 1997, al 21% en la de 2002 y al 7% actualmente (Figura 2).

También se percibe, aunque de forma menos acusada, el descenso en la exposición al humo de tabaco en el hogar: se ha pasado de un 32% de personas afectadas en la Encuesta de Salud de 1997, a un 21% en la de 2002 y a un 17% en la actualidad.

Es claro que todavía el hogar —un lugar cerrado en el que se convive en la mayoría de los casos con otros miembros de la familia— sigue siendo un objetivo a “des-exponer” a través del proceso educativo-terapéutico que antes se indicaba, ya que un 47% de las personas fumadoras —que manifiestan no fumar en los lugares donde no se debiera fumar (95%), incluido el lugar de trabajo (82%)— sigue fumando en casa, aunque sólo sea de vez en cuando o raras veces.

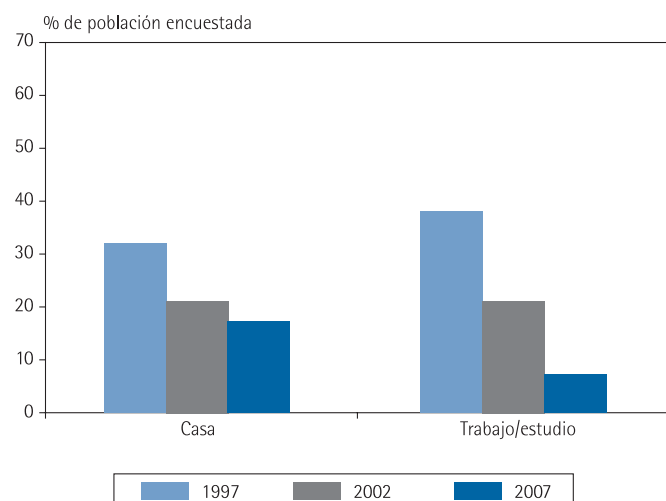
Esto se puede interpretar como que el paquete de tabaco todavía está formando parte del “mobiliario” familiar, por lo que debieran reforzarse aún más las actuaciones dirigidas a prevenir a la población de la exposición al humo de tabaco en casa y en otros lugares que esa población frecuente. Y todo esto es preocupante desde el punto de vista de la salud, porque en cualquier caso, esté legalmente permitido o no fumar en un espacio cerrado, el tabaco es siempre un grave factor de riesgo para la salud de las personas. Sanitariamente, el tabaco nunca será un factor saludable. La principal responsabilidad de las autoridades sanitarias en el campo de la salud pública es proteger la salud de todas las personas, y especialmente la salud de la población infanto-juvenil como se recoge repetidamente en la exposición de motivos de las leyes citadas al comienzo de este documento.

Inma Zubia
Itxaso Manzano
Yolanda Cantera
Isabel Martín

Subdirecciones Territoriales de Salud Pública

Exposición al humo del tabaco en casa

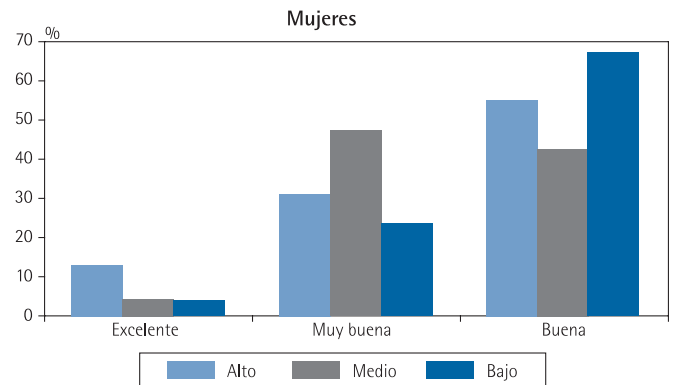
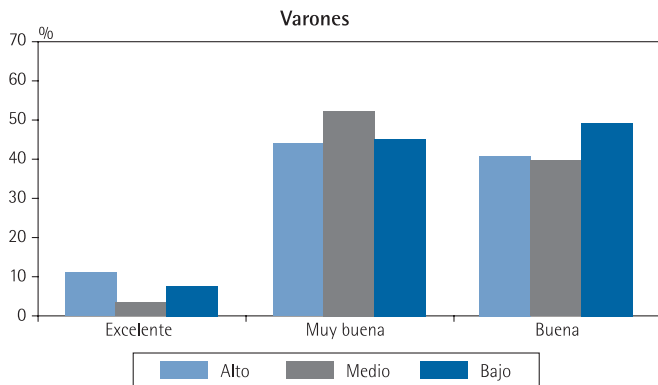
Figura 2 y en el trabajo/estudio 1997–2007



Encuesta de nutrición - Parte II

Población de 12-18 años que declara salud excelente, muy buena y buena (%)

Gráfico 1 por sexo y grupo socioeconómico



En el boletín nº 21 se presentaron los primeros resultados de la Encuesta de Nutrición referidos a los hábitos alimentarios y la calidad nutricional de la dieta. En este número, se presentan los resultados más relevantes relacionados con la salud percibida, prevalencia de obesidad, percepción de la imagen corporal, tensión arterial, colesterol y hábitos de vida como consumo de tabaco o alcohol. Las definiciones han sido descritas en Boletines previos, n.º 16 y n.º 18.

Salud percibida

El 45% de los adolescentes considera su salud excelente o muy buena, percepción superior entre los chicos (51,6%) frente a las chicas (37,5%). Los varones más jóvenes, de 12 a 14 años, son los que dan una puntuación más alta a su salud ya que un 11,3% la considera excelente. Y la puntuación más baja es la de las adolescentes entre 15 y 18 años que como excelente la valoran el 6,9%. Los jóvenes pertenecientes a los niveles socioeconómicos más favorecidos perciben en mayor proporción su salud como excelente, empeorando esta percepción a medida que disminuye el nivel socioeconómico. (Gráf. 1)

Obesidad

El 12,2% de la población comprendida entre 4 y 18 años es obesa, el 12,7% de los varones y el 11,7% de las mujeres. El máximo de prevalencia de obesidad se da en los niños de 11-14 años (19,4%) y en las niñas de 15-18 años (15,6%).

Si sumamos el sobrepeso, la mayor proporción se encuentra en los grupos de 7-10 años y 11-14 en niños (31,2% y 36,1%), mientras que en las niñas se produce un incremento con la edad y alcanza el máximo en el grupo de edad de 15-18 años (32,8%). A señalar que el bajo peso supone un 4,3% en los niños y niñas de 4-6 años.

La prevalencia de obesidad es más elevada en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, tanto en niños como en niñas. El sobrepeso presenta un gradiente inverso con el nivel socioeconómico, sobre todo en las niñas. (Gráf. 2)

Percepción de la imagen corporal

Son las adolescentes las que en mayor proporción contestan que su peso es mayor de lo normal, desearían perder peso, presentan mayor preocupación con su peso corporal o han seguido, al menos en alguna ocasión, una dieta. El 28,7% de la población de 12 a 18 años considera que su peso es mayor de lo normal, el 35% de las chicas y el 22,9% de los chicos. En cuanto a la percepción de peso menor de lo normal destaca el de los varones 12,2%, el doble que las mujeres. A medida que empeora el nivel socioeconómico la percepción de que el peso corporal es mayor de lo normal aumenta, especialmente en el caso de las adolescentes (37%).

La mitad de los adolescentes no están satisfechos con su peso actual, el 40,6% de los varones, y el 56,1% de las mujeres. En el caso de las adolescentes a la mitad les gustaría perder peso. Entre los adolescentes que no están satisfechos con su peso, a la mayoría les gustaría perder peso pero hay un 12,5% que les gustaría ganarlo. (Gráf. 3)

La población adolescente menos preocupada por su peso corporal es aquella que pertenece a los grupos con mejor situación socioeconómica. Presenta un gradiente de mayor preocupación a medida que la situación es más desfavorecida. Pero siempre más intensa entre las adolescentes.

Tensión Arterial

La prevalencia de Hipertensión Arterial en la población de 7 a 18 años de la CAPV es del 4,0% para la sistólica, del 2,7% para la

Población de 4-18 años con bajo peso, sobrepeso y obesidad

Gráfico 2 por grupos de edad y sexo

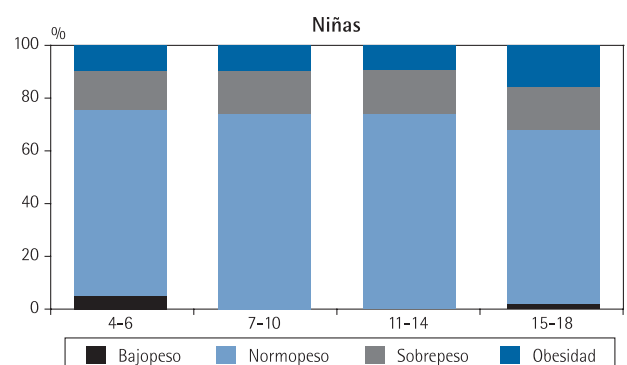
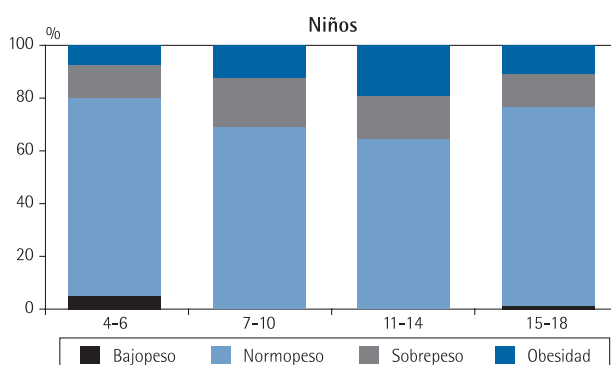
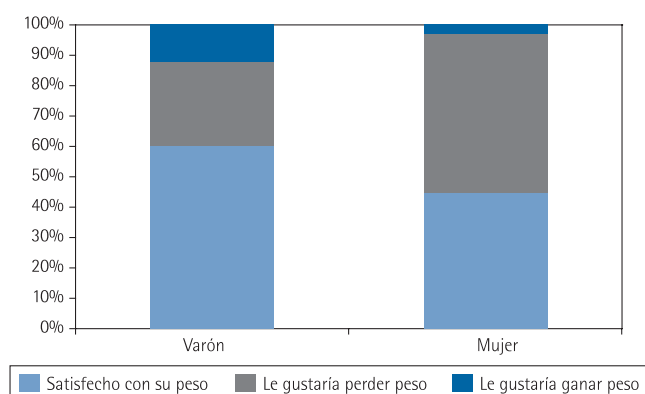


Gráfico 3



diastólica y del 6,3% la global. Estos porcentajes son algo inferiores a los correspondientes de la población de referencia. La media de Tensión Arterial aumenta con la edad y este incremento es más marcado para la Tensión Arterial Sistólica y en los varones.

Colesterol

El 2,3% de los niños y niñas de 7 a 18 años supera los 200 mg/dl, con una mayor prevalencia de hipercolesterolemia a menor nivel socioeconómico. El porcentaje de niños y adolescentes con colesterol por encima de los 200 mg/dl disminuye con la edad, existe una mayor proporción de varones con niveles de colesterol altos en el grupo de los más pequeños y la tendencia a disminuir con la edad se explica por el patrón de distribución del colesterol total a lo largo de la infancia.

Hábitos de vida

Higiene del sueño

La media de horas de sueño no varía en función del sexo, pero sí en relación con la edad, ya que ésta disminuye a medida que aumenta la edad. Entre los 4 y 10 años la media de horas de sueño es de 10, descendiendo a 9 horas en el grupo de edad de 11 a 14 años, y a 8 horas en el grupo de 15 a 18 años. En la higiene del sueño no hay diferencias en relación al nivel socioeconómico.

Consumo de tabaco

El 22,5% de la población entre 15-18 años declara ser fumador habitual, el 22% de los varones y el 22,9% de las mujeres. En el

grupo de edad de 12 a 14 años, esta proporción se reduce al 6,1% para los chicos y al 2,7% para las chicas.

Por niveles socioeconómicos, en los grupos más favorecidos se encuentra una mayor proporción de varones que nunca ha fumado que en los grupos menos favorecidos; por el contrario, en los niveles socioeconómicos más bajos son las mujeres las que, en una mayor proporción, nunca han fumado. Teniendo en cuenta el contexto educativo de la familia en la que residen los adolescentes se puede decir que no se aprecia un patrón en cuanto al consumo de tabaco.

Consumo de alcohol

El consumo de alcohol varía en gran medida tanto por la edad como por el sexo. En el grupo de edad de 15 a 18 años, la proporción de bebedores ocasionales asciende hasta el 38,2%; los varones un 32,6% y las mujeres un 44%; a esta edad, los varones que beben habitualmente son el 39,4% y las mujeres el 30,7%. (Gráf. 4).

Entre los varones de 15-18 años bebedores habituales no se aprecia un gradiente socioeconómico en el consumo de alcohol, sin embargo, entre las mujeres es más elevada la proporción de bebedoras habituales en los niveles socioeconómicos más altos.

El consumo de alcohol según el día de la semana varía mucho entre la población joven de 15 a 18 años, el 7% bebe habitualmente en días laborales, pero esta proporción asciende hasta el 34% en los fines de semana.

Ejercicio físico en el tiempo libre

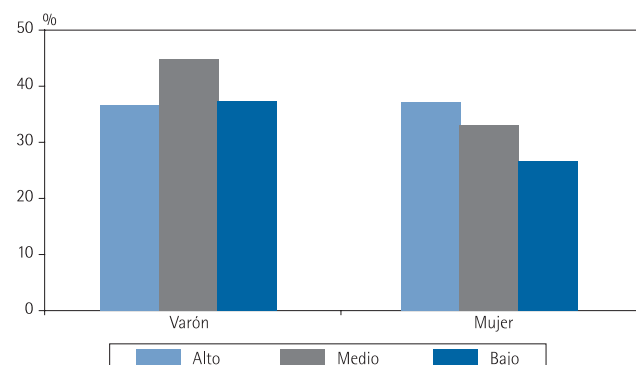
La práctica de actividad física en el tiempo libre se produce con el doble de frecuencia entre los niños (28,1%) que entre las niñas (14,6%). Los más activos, tanto varones como mujeres, son los del intervalo de edad comprendido entre los 11 y 18 años. Un tercio de los varones y dos tercios de las mujeres de 7-18 años son sedentarios en su tiempo libre. (Gráf. 5)

Tanto los varones como las niñas pertenecientes a los niveles socioeconómicos más favorecidos realizan con mayor frecuencia alguna actividad física en el tiempo libre.

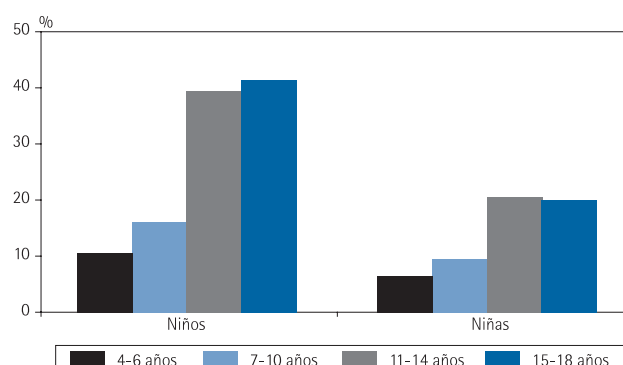
En los niños, ésta proporción es del 32% en los niveles favorecidos y del 24% en los no favorecidos, siendo en las niñas un 18% y un 13% respectivamente.

Pilar Amiano, Nerea Larrañaga. Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa
Yolanda Pérez. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria
Cristina Sarasqueta. Hospital Donostia

Población de 15-18 años bebedora habitual (%)
Gráfico 4 por sexo y grupo socioeconómico



Población de 15-18 años activas en su tiempo libre (%)
Gráfico 5 libre (%) por sexo y grupo de edad



Introducción de la vacuna frente al papiloma virus en el calendario vacunal de la comunidad Autónoma del País Vasco

La Comisión de Salud Pública propuso el 26 de septiembre de 2007, en el marco de las estrategias de prevención del cáncer de cervix, "incluir la vacunación sistemática de las niñas en una única cohorte, a elegir entre los 11 y 14 años de edad, a implantar antes de finales de 2010, en función de las necesidades, prioridades y logística de los programas de vacunación de cada Comunidad Autónoma y de las disponibilidades de vacunas".

El Comité Asesor de Vacunas de Euskadi recomendó al Departamento de Sanidad iniciar la vacunación de la población de muje-

res adolescentes que cursan 1º curso de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), es decir con edades de 12-13 años.

La pauta vacunal son 3 dosis (0, 1 ó 2 y 6 meses) y se pueden administrar conjuntamente con la vacuna frente a la hepatitis B. La vacunación se iniciará en el año 2007 en los centros escolares, previo consentimiento expreso de los padres o tutores.

Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad

Virus Chikungunya

En agosto de este año el Ministerio de Sanidad de Italia declaró el primer brote europeo de transmisión autóctona del virus Chikungunya, que hasta entonces solamente había originado casos importados en el territorio europeo.

El mosquito *Aedes albopictus*, también conocido como mosquito tigre, actúa como vector y permite la transmisión de la fiebre Chikungunya. Por lo tanto, el virus puede establecerse en aquellas zonas en las que esté presente el mosquito. A nivel estatal se ha detectado *Aedes albopictus* en algunas zonas de Cataluña y Comunidad Valenciana.

Hay dos tipos de medidas fundamentales en la lucha contra el Chikungunya. En primer lugar, es necesaria la notificación de

cualquier sospecha de caso importado: paciente con cuadro agudo de fiebre (>38,5° C) y artralgia intensa que no se explica por otra condición médica, que en los 12 días previos al inicio de síntomas haya visitado o residido en una zona de transmisión de la enfermedad. En segundo lugar, la vigilancia y el control de los mosquitos, reduciendo los lugares potenciales de reproducción y eliminando los mosquitos adultos.

Además, las personas que viajen a países en los que se puede transmitir el virus deben tomar medidas para evitar las picaduras de estos mosquitos.

**Iraida Hurtado de Saratxo
Dirección de Salud Pública**

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: boletinsalud-san@ej-gv.es

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

Comité de redacción:

Margarita Viciola
José María Arteagoitia
Javier García
Miguel Ángel García Calabuig
Mikel Basterretxea
Nerea Muniozgiuren
Enrique Peiró
Larraitx Arriola

Edición:

Miguel Ángel García Calabuig
Fotocomposición IPAR, S. Coop.
Imprime: Grafo, S.A.
2.º Semestre.
Número 22/2007
ISSN: 1697-2430
Depósito Legal: BI-2874-98