



s	■ Índice	
o	■ Contenidos	
d	■ Vigilancia Epidemiológica	
i	■ Evaluación de la campaña de vacunación antimeningocócica	2-3
n	■ Vigilancia de perros agresores	4
e	■ EDO 2005 semanas 1 a 24	5
t	■ Programas de Salud Pública	
n	■ Registro de anomalías congénitas de la CAPV	6-7
o	■ La calidad de las aguas de baño. Temporada 2004	8
c	■ Plan de prevención para situaciones de «Ola de calor»	9
.	■ Programa interdepartamental para controlar la salmonelosis	9
e	■ Tribuna abierta	
c	■ Salud y viajes	10-11
i	■ Infección por VIH en la CAPV	12-13
d	■ Actualidad	
n	■ Nuevo Reglamento Sanitario Internacional	14
i	■ Vacuna de varicela	14

Editorial

Si los seres humanos modificamos nuestros hábitos en función de nuestro medio, en ninguna otra estación del año cambiamos tanto nuestra rutina diaria como en la época estival. En efecto, la llegada del verano, a la vez que nos impulsa a disfrutar más del aire libre y a abandonar la reclusión en el interior de los edificios, estimula la celebración de acontecimientos sociales, los viajes y en fin, las vacaciones veraniegas modifican por un tiempo nuestra manera de vivir.

Desde el punto de vista de la salud pública, la temporada veraniega, además de efectos beneficiosos para la salud, conlleva también ciertos riesgos que es necesario conocer y prevenir.

La subida de las temperaturas favorece la proliferación de patógenos que ponen en riesgo nuestra salud: salmonella y otros microorganismos en los alimentos, legionella en torres de refrigeración, etc.

Al mismo tiempo, las altas temperaturas invitan a acercarnos a playas y piscinas, donde buscamos alivio para el calor y esparcimiento. También aquí aparecen los riesgos en forma de infecciones, accidentes, quemaduras solares, etc.

La ola de calor que sufrimos en verano de 2003, con las graves consecuencias para la salud de una parte de la población, la más vulnerable, motivó que las administraciones públicas establecieran planes de prevención, como se hizo en Euskadi el pasado año y se han puesto en marcha de nuevo este verano.

Por último, los viajeros que se desplazan a cualquier lugar del planeta cada vez en mayor número, visitando en ocasiones hábitats muy diferentes a los que estamos acostumbrados a vivir, muchas veces sin los recursos necesarios para afrontar riesgos hasta entonces desconocidos (alimentos y agua contaminados, parásitos, accidentes...), pueden ver en peligro su salud y a veces su vida por no tomar las precauciones necesarias para limitar esos riesgos.

El comienzo del verano es, por tanto, una ocasión oportuna para reflexionar sobre la salud pública y tomar actitudes preventivas.

Luis González de Galdeano Esteban
Director de Salud Pública

Evaluación campaña extraordinaria de vacunación frente al meningococo C. Año 2005

El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco decidió, a finales de 2004, realizar una campaña extraordinaria de vacunación con vacuna conjugada frente al meningococo C y vacunar a partir de enero de 2005 a la población de adolescentes y jóvenes entre 11 y 20 años (ambos inclusive) de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Además se revisó la vacunación de los grupos de edad que habían entrado en esta campaña, para recapturar niños no vacunados, fundamentalmente aquéllos que han venido a vivir a la CAPV con posterioridad a la campaña de vacunación del año 2000.

Esta estrategia perseguía el objetivo de inmunizar frente al serogrupo C del meningococo al colectivo infantil-adolescente, que se considera epidemiológicamente más vulnerable frente a la enfermedad.

Los objetivos que se perseguían con esta campaña fueron:

- reducir la incidencia de la enfermedad meningocócica por serogrupo C entre la población de mayor riesgo.
- disminuir la tasa de morbilidad causada por el meningococo C en la población de la CAPV.

Tabla 1 Cobertura vacunal por grupos de edad y Territorio.

Bizkaia	Programadas	Administradas	% Cobertura
11-15 años	46.468	45.107	97,1
16-17 años	20.052	16.799	83,8
18-20 años	22.623	13.742	60,7
Total	89.143	75.648	84,9

Guipuzkoa	Programadas	Administradas	% Cobertura
11-15 años	27.772	26.910	96,9
16-17 años	16.999	13.860	81,5
18-20 años	13.135	7.167	54,6
Total	57.906	47.937	82,8

Araba	Programadas	Administradas	% Cobertura
11-15 años	12.593	12.279	97,5
16-17 años	5.190	4.978	95,9
18-20 años	8.934	6.266	70,1
Total	26.717	23.523	88,0

CAPV	Programadas	Administradas	% Cobertura
11-15 años	86.833	84.296	97,1
16-17 años	42.241	35.637	84,4
18-20 años	44.692	27.175	60,8
Total	173.766	147.108	84,7

La campaña de vacunación se llevó a cabo a partir del 10 de enero de 2005 y se prolongó durante casi dos meses. La vacuna se administró en los centros de vacunación habituales de Osakidetza y en centros escolares de la CAPV:

- Para las cohortes nacidas entre los años 1986 y 1993 (cursos entre 6.º de primaria y 2.º de Bachiller y Ciclos Formativos hasta los 18 años), se vacunó en el medio escolar. Para ello, se informó previamente y se solicitó a los padres o tutores la correspondiente autorización para cada niño/a candidato/a a la vacunación
- Para los nacidos en 1984, 1985 y 1986 (que no cursaran ciclos formativos), es decir hasta completar los 20 años de edad se ofertó la vacuna en los centros de salud y en los servicios médicos de las Universidades.

La vacunación se realizó mediante la administración intramuscular en deltoides de una dosis de vacuna antimeningocócica C conjugada *NeisVacC*® del laboratorio Baxter.

Métodos:

La población diana de la campaña alcanzaba los 173.766 chicos y chicas entre 11 y 20 años. Las estimaciones de la población a vacunar se realizaron a partir de los datos del censo de población y del censo escolar. En los centros de vacunación de Osakidetza se han registrado las dosis administradas por grupos de edad y se ha realizado un registro nominal de vacunados, incluyendo aquellos alumnos que no se vacunaron en su centro escolar por diversos motivos.

El numerador utilizado en los centros escolares se ha basado en el recuento de dosis vacunales administradas por curso escolar y registro nominal de alumnos/as vacunados, utilizando listados nominales por curso proporcionados por los centros escolares.

Como denominadores se han utilizado los correspondientes al censo escolar para las edades de 11-15 años y los datos del censo de población para el resto.

Las incidencias y reacciones adversas se comunicaban en el momento, utilizándose además la declaración regular de reacciones a fármacos con las tarjetas remitidas al Centro de Vigilancia del Medicamento.

Resultados:

En el conjunto de la campaña se han vacunado 147.108 jóvenes y adolescentes, lo que supone una cobertura del 85%. Esta cobertura no se repartió de la misma manera en los distintos grupos de edad (ver tabla 1). En el grupo de edad de 11-15 años la cobertura fue muy alta y superior al 97%; en el grupo de edad de 16 y 17 años la cobertura fue del 84%. Por último en el grupo de edad de 18 y 20 años la cobertura fue menor y alcanzó el 60% para el conjunto de la CAPV (tabla 1).

Si comparamos con la campaña realizada en 1997 con vacuna polisacárida frente al meningococo C que incluía, entre otros, los mismos grupos diana a los que se ha dirigido la presente campaña, la cobertura en el grupo de edad entre 6-20 años fue del 75%.

En resumen, las coberturas alcanzadas son muy satisfactorias y aunque existen ligeras diferencias entre los Territorios de la CAPV, en conjunto, se han alcanzado porcentajes de cobertura superiores al 80%.

Inmaculada Sáez, M.ª Itxaso González, Rosa Sancho.
Subdirecciones de Salud Pública de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa

Vigilancia de perros agresores

La rabia es una zoonosis vírica que presenta varios ciclos epidemiológicos en el mundo animal, entre ellos la rabia urbana, transmitida principalmente por perros, y la selvática, por animales silvestres. El zorro es el más representativo de este ciclo en Europa.

La Comunidad Autónoma del País Vasco está libre de rabia. Debemos remontarnos varias décadas para encontrar el último caso conocido, pero debido a la gravedad de esta enfermedad y a la imposibilidad de tratamiento una vez iniciada la sintomatología, se hace necesario el control, seguimiento y observación de los perros agresores que hayan causado lesiones por mordedura. Conocido es que la presencia del virus en saliva precede en varios días al inicio de síntomas. Esta circunstancia ha condicionado al Reglamento de Epizootias a que fije la obligatoriedad de observar durante los 14 días posteriores a la mordedura a todos los perros agresores. Es un Reglamento vigente, aunque fue promulgado cuando la rabia era un problema de Salud Pública y existían casos de la misma. Ésta no es la situación actual, si bien la posibilidad de la llegada o paso de animales procedentes de zonas endémicas es posible.

El Gobierno Vasco ha promulgado el Decreto 101/2004 de 1 de junio, sobre tenencia de animales de la especie canina en la Comunidad Autónoma del País Vasco (BOPV de 9 de julio de 2004). Como no podía ser de otra manera, este decreto articula los mecanismos que deben ponerse en marcha cuando un perro muerde a una persona. La situación epidemiológica y circunstancias de la agresión son objeto de valoración para fijar el tratamiento a la persona mordida, así como las medidas a tomar con el perro agresor.

Según el Decreto, cuando se tiene conocimiento de una agresión, ésta debe ponerse en conocimiento de la autoridad encargada de tramitar el expediente administrativo, que son los Ayuntamientos, con toda la información que se posea para la identificación y localización del perro y el propietario. El expediente deberá ser enviado y tramitado en el Ayuntamiento donde esté censado el animal o en su defecto resida el propietario. Si la agresión conlleva mordedura, el Ayuntamiento lo debe notificar al Servicio de

Sanidad Animal de la Diputación Foral correspondiente y a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, en las Subdirecciones de Salud Pública.

El propietario del perro causante de las lesiones debe someterlo a observación por un veterinario durante 14 días. Este periodo puede verse modificado por las circunstancias epizootológicas y previo informe técnico motivado. Si el propietario no lo somete a la observación de forma voluntaria, la autoridad municipal deberá tomar medidas que pueden incluir el internamiento obligatorio del animal para realizarla. Si se trata de un animal vagabundo, deberá procederse a la búsqueda y captura.

En las 72 horas siguientes a la agresión deberá ponerse en conocimiento del Ayuntamiento el inicio de la observación. Finalizada la misma, el veterinario emitirá informe, según modelo regulado por el decreto, en el que se certifica que «...no se ha apreciado ningún síntoma que indique que pueda tener una enfermedad zoonótica...» El propietario enviará copia de este certificado al Ayuntamiento, para adjuntarlo al expediente. Este a su vez remitirá copia a los servicios de Sanidad Animal y Vigilancia Epidemiológica. Si durante el periodo de observación se apreciaran síntomas o signos que hicieran sospechar rabia, deberá ser notificado a la mayor brevedad a todos los implicados, a fin de que la persona agredida pueda ser sometida a profilaxis.

Atención y cuidado del paciente

En cuanto a la atención a la persona mordida y de acuerdo con el Protocolo de prevención y control de la rabia, se realizará el tratamiento específico de las heridas, asegurándose que el paciente está vacunado del tétanos. En caso de que el paciente no esté vacunado contra el tétanos, se procederá a su vacunación. En la tabla 1 se especifican las medidas para la profilaxis antirrábica post-exposición.

Dolores Coll Jordá
Miguel A. García Calabuig
Dirección de Salud Pública

Tabla 1 Guía para la profilaxis antirrábica después de la exposición.

Especies	Estado del animal en el momento del ataque	Tratamiento
Perro y gato doméstico	Sano y disponible para 14 días de observación.	Ninguno, salvo que el animal manifieste rabia.
	Rabioso o sospechoso de tener la enfermedad.	Inmunoglobulina antirrábica y vacuna antirrábica de vacunas diploides humanas (HDCV).
	Se desconoce (escapó).	Consultar con autoridades sanitarias. Si está indicado tratamiento se administrarán inmunoglobulina antirrábica y HDCV.
Carnívoros salvajes, mofeta, zorro, murciélago,	Considérese rabioso salvo que las pruebas de laboratorio demuestren lo contrario.	Inmunoglobulina antirrábica y HDCV.
Otros animales, roedores y lagomorfos (conejos y liebres)	Considérese individualmente. Es necesario consultar a las autoridades sanitarias respecto a la necesidad de profilaxis antirrábica. Las mordeduras de ardillas, cricetos, cobayos, gerbos, ratas, ratones y otros roedores, conejos y liebres, casi nunca requieren profilaxis antirrábica.	

Enfermedades de Declaración Obligatoria. Datos correspondientes a las semanas 1-24 de 2005*

C.A.P.V.	N.º casos	Tasa	I. E.** 1	I. E.** 2
Botulismo	0	0,00	—	—
Cólera	0	0,00	—	—
Disentería	2	0,10	1,00	1,00
Fiebre tifo-paratífica	3	0,14	3,00	3,00
Triquinosis	0	0,00	—	—
Enfermedad meningocócica	68	3,27	1,11	1,11
Gripe	56.689	2.722,05	5,35	1,87
Legionelosis	29	1,39	1,00	1,45
Meningitis tuberculosa	3	0,14	0,75	0,75
Tuberculosis	195	9,36	0,80	0,75
Varicela	7.860	377,42	0,76	1,09
Infección gonocócica	10	0,48	1,00	1,00
Sífilis	13	0,62	1,44	2,17
Difteria	0	0,00	—	—
Parotiditis	36	1,73	2,25	1,80
Poliomielitis	0	0,00	—	—
Rubéola	14	0,67	0,00	7,00
Sarampión	0	0,00	—	—
Tétanos	1	0,05	0,00	0,00
Tosferina	2	0,10	0,33	0,33
Hepatitis A	31	1,49	1,63	0,97
Hepatitis B	9	0,43	0,75	0,47
Hepatitis C	7	0,34	2,33	1,00
Otras hepatitis víricas	0	0,00	—	—
Brucelosis	0	0,00	—	—
Rabia	0	0,00	—	—
Fiebre amarilla	0	0,00	—	—
Paludismo	5	0,24	0,71	0,71
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 (2004).

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 (2000-2004).

Porcentaje de declaración para el conjunto de la C.A.P.V. = 71,28%

En las primeras 24 semanas de 2005, además de una alta incidencia de gripe en las primeras semanas de este año, destacan 36 casos de paridotitis, de los cuales solamente se han confirmado 8 casos, y 14 casos de rubeola, 8 de los cuales corresponden a población emigrante sin vacunar.

Registro de anomalías congénitas de la Comunidad Autónoma del País Vasco (RACAV)

Las anomalías congénitas representan un problema importante de Salud Pública por su volumen y complejidad de atención. Entre 2 y 3% de los nacimientos presentan alguna anomalía mayor, número que se llega a duplicar si se tienen en cuenta otras anomalías diagnosticadas más tarde durante la infancia. Constituyen la segunda causa de mortalidad infantil durante el primer año de vida en la CAPV y se sigue sin conocer en la mayoría de los casos las causas que las producen, tanto genéticas como ambientales. Suponen además una importante utilización de recursos tanto sanitarios como sociales y un sobre esfuerzo importante para las familias afectadas.

Por todo ello en la CAPV se inició el Registro de Anomalías Congénitas (RACAV) en 1990, integrado dentro del proyecto EUROCAT, red europea de Registros de Anomalías Congénitas, que coordina actualmente 37 registros de base poblacional en toda Europa, dando cobertura a más de un millón de nacimientos anuales¹.

El RACAV tiene como objetivos principales: la vigilancia epidemiológica, la evaluación de la atención sanitaria y la investigación de factores de riesgo asociados a las anomalías que se producen en nuestra Comunidad.

Son objeto del registro los recién nacidos vivos, los nacidos muertos con más de 22 semanas de gestación ó más de 500 gr. de peso y todos los abortos inducidos por anomalía congénita fetal en cualquier edad gestacional. En el caso de los recién nacidos se realiza detección y seguimiento durante el primer año de vida.

En el gráfico 1 se puede observar la distribución de casos correspondiente al periodo 1990-2002 de anomalías congénitas, habiéndose detectado un total de 4.090, resaltándose que el número

Casos totales de anomalías congénitas

Tabla 1 1990-2002 por centro de nacimiento

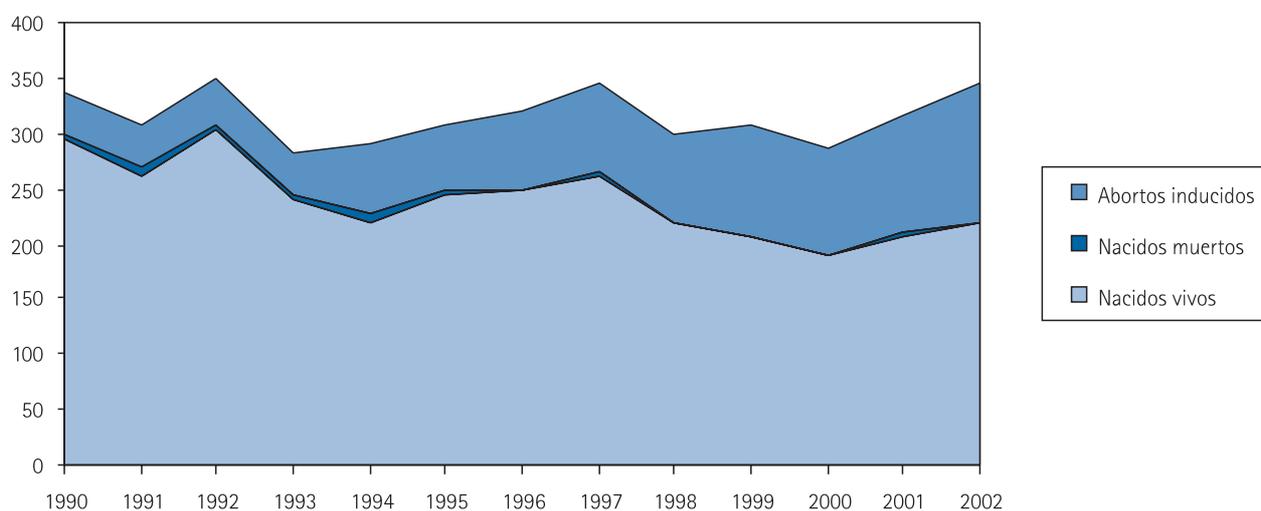
Centro de nacimiento	N.º de casos	Porcentaje
H. Cruces	1.388	33,9
H. Donostia	1.014	24,8
H. Txagorritxu	516	12,6
H. Basurto	391	9,6
H. Comarcales	253	6,2
H. Privados	267	6,5
Otros/No consta	261	6,4

de abortos inducidos ha ido incrementándose de forma anual pasando de un 10,4% en 1990 a un 36,8% en 2002 sobre el total de casos. Este incremento está relacionado con la detección prenatal. En el 41,1% (1.679) de los casos las pruebas prenatales fueron positivas para la detección de anomalías, un 32,1% (1311) lo fue la ecografía y un 28,7% (1175) la amniocentesis.

Hay que aclarar que en el caso de las anomalías congénitas se utiliza la prevalencia y no la incidencia para calcular la frecuencia en un determinado periodo de tiempo (número de casos/número de nacidos x 10.000). Otro criterio del registro es que un caso con varias anomalías se contabiliza una vez dentro de cada clase de anomalía, por lo que el número de las diferentes clases no se puede sumar para obtener el total de casos. Como prevalencia media de todo el periodo se obtuvo 190,7 x 10.000 nacidos, siendo la de EUROCAT 218,7 x 10.000 para el mismo periodo.

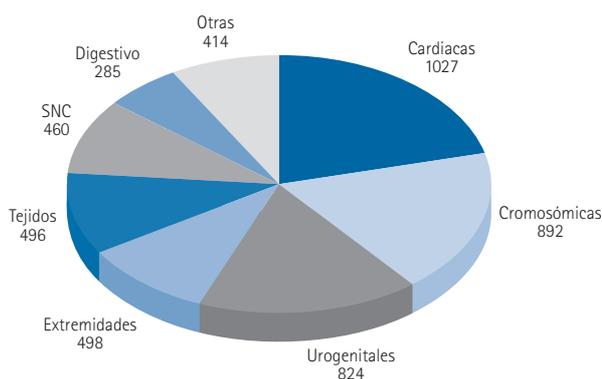
Evolución de los casos de anomalías congénitas detectadas por el RACAV

Gráfico 1 1990-2002



Distribución de anomalías detectadas

Gráfico 2 1990-2002 por grandes grupos



En la tabla 1 se puede observar el número de casos por centro de nacimiento, destacándose que en la mayor parte de los casos son atendidos en los centros de referencia.

El 56,1% de los casos fueron fetos identificados de sexo masculino. 95,1% de todos los casos fueron partos/embarazos no gemelares. El 26,6% correspondió a mujeres de más de 35 años.

En el gráfico 2 se puede observar la distribución de casos según tipo de anomalía, destacándose como las dismorfologías más frecuentes las anomalías cardiacas y urogenitales que alcanzaron en el 2002 unas prevalencias por 10.000 nacimientos de 51,6 y 36,8 respectivamente.

Las anomalías cromosómicas, asociadas en su gran mayoría a la edad gestacional, muestran tendencias crecientes y significativas ($\chi^2=15,561$; $p<0,01$) con una prevalencia de 54,4 por 10.000 nacidos en el 2002. El 59,5% (531) fueron abortos inducidos.

Hay que destacar, que en los últimos 10 años, la edad de la madre ha experimentado un notable incremento. Si en 1990 sólo el 10% de los nacimientos totales de residentes en la CAPV correspondían a mujeres con más de 35 años, en el 2002 lo era el 30%.

En los casos registrados de anomalías cromosómicas, el 51% de las mujeres tenían más de 35 años. Se realizó amniocentesis con resultado positivo en el 63% de todos los casos, induciéndose el aborto en el 90% (506). La mayor detección prenatal de cromosopatías estaría relacionada con la oferta de amniocentesis que se realiza en CAPV a partir de esta edad².

El síndrome de Down, se sitúa a la cabeza de todas anomalías (cromosómicas y no cromosómicas) con una prevalencia de 25,1 por 10.000 nacidos, siendo la tercera más alta de los registros europeos (después de París y Oxford)³ y de registros de nuestro entorno (tabla 2). Se encontró asimismo una tendencia creciente y con significación estadística ($\chi^2=15,561$; $p>0,01$). El 56,1% se diagnosticó prenatalmente.

Otras anomalías que merecen especial mención son los defectos del tubo neural (DTN) que engloban tres importantes grupos: anencefalia, mielomeningocele y espina bífida, habiéndose detectado 240 casos de los cuales un 73,6% fueron abortos inducidos con una prevalencia de 11,2 x 10.000 nacidos y sin tendencias significativas. Sigue representando un reto la prevención primaria con ácido fólico periconcepcional, dada su efectividad en más del 70% de los casos.⁴

Destacando la importancia de este registro para la salud pública y la atención sanitaria, nos gustaría finalizar esta breve exposición de algunos de sus datos, con una invitación a todos los profesionales a colaborar en la identificación de los casos, con el fin de poder profundizar en la vigilancia, la evaluación y la investigación de factores de riesgo.

- (1) EUROCAT (European Surveillance of Congenital Anomalies). Report 8: Surveillance of Congenital Anomalies in Europe 1980-1999. Northern Ireland: University Ulster. 2002.
- (2) Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Circular N° 6/1997 de 8 de Julio de 1997 sobre «Diagnóstico prenatal de cromosopatías y defectos del tubo neural mediante amniocentesis».
- (3) EUROCAT. <http://www.biomedicalweb.biz/eurocat/results>
- (4) Busy A, Abramsky L, Dolk H, Armstrong B and EUROCAT Working Group. Preventing neural tube defects in Europe: population based study BMJ 2005;330:574-575.

Isabel Portillo.
Dirección de Salud Pública

Prevalencias medias de síndrome de Down en registros europeos

Tabla 2 1990-2002

Registro	Casos totales	Nacidos vivos	Nacidos muertos	Abortos inducidos	Nacimientos	Prevalencia
Holanda	374	264	11	99	256.512	14,6
Dublín	559	533	26	0	260.743	21,4
North Tames (UK)	1.243	605	30	608	563.393	22,1
París	1.604	392	32	1.180	487.801	32,9
Asturias	175	106	1	68	89.290	19,6
Barcelona	288	93	2	193	137.615	20,9
País Vasco	538	249	6	283	214.511	25,1
Eurocat (34 registr.)	11.936	6.355	246	5.334	2.009.865	18,4

* Datos de 1992-2002.

La calidad de las aguas de baño resultó muy aceptable durante la temporada 2004

La información que se presenta, se ha obtenido de acuerdo con la Directiva 91/692/CEE, que regula el control de la calidad de las aguas de baño.

El análisis de los resultados de la temporada de baño 2004 permite considerar que se consiguieron unos resultados positivos y unas calificaciones de calidad en línea con la serie histórica de análisis y controles que se vienen llevando a cabo sobre las playas vascas, desde los años ochenta, por el Departamento de Sanidad. En este punto debe recordarse la colaboración prestada en Gipuzkoa por la Cruz Roja y la DYA y en Bizkaia por la Federación Vizcaína de Salvamento y Socorrismo, para la realización de la toma de muestras de agua y las tareas de formación y vigilancia desarrolladas por los socorristas de estas organizaciones.

Información al Público

Durante la temporada de baño, ha sido el Servicio de Prensa del Departamento de Sanidad el encargado de informar al público sobre el estado de la calidad de las aguas previsto para el fin de semana. Dicha información, difundida a través de prensa, radio y televisión, ha permitido a los ciudadanos conocer la situación prevista en las playas y pantano de Ullibarri-Gamboa: baño permitido, baño con precaución o baño prohibido, en función de las condiciones higiénico-sanitarias determinadas durante la semana.

Mejor Calidad

La calificación sanitaria del agua de baño en un punto de muestreo se realiza siguiendo los criterios marcados en la Directiva de Aguas de Baño y se resume en tres calificaciones:

AGUAS 2: Aptas para el baño y calificadas de muy buena calidad de acuerdo a los resultados analíticos alcanzados.

AGUAS 1: Aptas para el baño y de buena calidad, de acuerdo a los resultados analíticos alcanzados.

AGUAS 0: No aptas para el baño, debido a que los análisis realizados determinan la existencia de contaminación que incumple los condicionantes comunitarios para permitir el baño.

En la Tabla 1 se presenta el cuadro resumen de las calificaciones de las playas

En la Tabla 2, se resumen los resultados obtenidos indicando los porcentajes para cada tipo de agua y de acuerdo al número de puntos de muestreo existente en cada territorio.

Como se ha señalado anteriormente, se pueden considerar satisfactorios los resultados obtenidos atendiendo a que en la mayoría de los casos de puntos de muestreo.

Calificación global de la calidad del agua de baño de las

Tabla 1 playas por Territorio Histórico en la CAPV. 2004

Calificación	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV	
	N	N	N	N	%
Agua «2»	3	13	8	24	63
Agua «1»	0	6	3	9	24
Agua «0»	0	1	4	5	13
Total	3	20	15	38	100

Calificación global de la calidad del agua de baño en los puntos

Tabla 2 de control de las playas por Territorio Histórico en la CAPV. 2004

Calificación	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV	
	N	N	N	N	%
Agua «2»	5	19	13	37	64
Agua «1»	0	10	5	15	26
Agua «0»	0	1	5	6	10
Total	5	30	23	58	100

A la hora de valorar los resultados alcanzados la temporada 2004, para el caso de la calidad de aguas marítimas, se han comparado con los resultados de la temporada 2002, previa a la catástrofe del Prestige. Con relación a Bizkaia, en términos generales, se asemejan las calificaciones obtenidas en el 2002 y en el 2004. Únicamente se produce un intercambio de calificaciones, donde unas playas mejoran y otras empeoran, pero el porcentaje global como Aguas 2, Aguas 1 y Aguas 0, es idéntico. Sin embargo, en Gipuzkoa se observa una mejora del porcentaje de Aguas 2, permaneciendo para Aguas 0 el mismo porcentaje de la temporada 2002.

Aquellos puntos que durante esta temporada han sido calificados como de aguas no aptas para el baño, Aguas 0, son sus propias condiciones naturales o la ausencia de infraestructuras de saneamiento, las que han imposibilitado conseguir una mejora sustancial de la calidad sanitaria de las aguas en estas ubicaciones, por no haberse eliminado todavía aquellos factores que causan la presencia de contaminantes en el agua. Cabe destacar los óptimos resultados de los análisis realizados sobre las muestras de agua del pantano alavés de Ullibarri-Gamboa y, aun cuando se han presentado diversos episodios de contaminación, todos ellos previos al inicio temporada de baño, los controles realizados durante la temporada han conducido a la mejor calificación posible para todos los puntos del pantano.

Las calificaciones del entorno periplayero se presentan en la Tabla 3. Este control se lleva a cabo semanalmente durante la temporada oficial de baño, de 15 de junio a 15 de septiembre, vigilando las condiciones generales de las playas y de sus servicios.

Los resultados de la calidad del entorno periplayero muestran que todavía hay un camino para mejorar, sobre todo en los apartados que se refieren a la frecuencia y eficacia de las tareas de limpieza y recogida de residuos.

Adolfo Cid

Dirección de Salud Pública

Calificación del entorno periplayero por Territorio

Tabla 3 Histórico en la CAPV. 2004

Calificación	Álava	Bizkaia	Gipuzkoa	CAPV	
	N	N	N	N	%
Buena	0	12	10	22	58
Mejorable	3	7	2	12	32
Mala	0	1	3	4	10
Total	3	20	15	38	100

La exposición de una persona a una temperatura exterior elevada durante un largo período de tiempo, sin posibilidad de recuperación, conlleva la posibilidad de sufrir graves complicaciones por falta de regulación térmica. Los períodos de excesivo calor favorecen la aparición de ciertas patologías o agravan otras preexistentes, debido a la hipertermia, sobre todo en personas frágiles o de mayor riesgo de exposición al calor.

El año pasado, 2004, se estableció en la CAPV el **Plan de prevención de la ola de calor**, como resultado de las temperaturas excesivas del verano 2003 en la CAPV y sus consecuencias: aumento del 13% en urgencias hospitalarias atendidas en Osakidetza; de un 3,3% en los ingresos y un 7% en los fallecimientos respecto al mismo período del año 2002, además de registrar 3 casos de muerte cuya causa directa del fallecimiento fueron patologías relacionadas con el calor. Las funerarias de la CAPV, registraron un aumento del 20% de fallecimientos por todas las causas respecto a la media de los 5 años anteriores.

A pesar de que el pasado verano no se registraron en la CAPV temperaturas por encima de las esperadas, la posibilidad de que se vuelvan a repetir veranos excesivamente calurosos en cualquier país europeo es verosímil y por lo tanto es necesario actualizar el plan, manteniendo el objetivo de reducir el impacto de las temperaturas de calor excesivas sobre la salud de la población en general y sobre todo de los grupos de mayor riesgo: niños y ancianos, personas con enfermedades crónicas o trabajadores en ambientes de temperaturas excesivas.

Se han definido cuatro zonas climáticas para situaciones de ola de calor y temperaturas extremas cálidas: zona costera (muy cer-

cana al mar); zona cantábrica interior (resto de vertiente cantábrica incluyendo el municipio de Bilbao); zona de transición y zona del eje del Ebro.

Se define «ola de calor» cuando durante tres días o más las temperaturas previstas, tanto de máximas como de mínimas diarias, para cada una de las zonas climáticas definidas anteriormente, sean superiores a los umbrales definidos.

Se define «temperatura alta extrema» cuando durante un día o más, las temperaturas máximas previstas diarias, para alguna de las zonas climáticas definidas anteriormente, sean superiores a los umbrales definidos por el percentil 99.

Para definir los umbrales de «ola de calor» se ha tomado el percentil 95 de temperaturas máximas y temperaturas mínimas diarias de los meses de junio, julio y agosto de una serie de estaciones representativas de las zonas de cantábrico interior, de la zona de transición y de la zona del eje del Ebro, y el percentil 96 para la zona costera. Para definir los umbrales de «temperaturas altas extremas» se ha tomado en todos los casos el percentil 99.

El Plan establece un sistema de información y vigilancia; un sistema de comunicación e información y, por último, actuaciones sectoriales en el campo de la asistencia sanitaria y la vigilancia y control de los alimentos.

Miguel Angel García Calabuig
Dirección de Salud Pública

Programa interdepartamental de lucha y control de la salmonelosis

Los datos de la red de Vigilancia Epidemiológica del País Vasco identifican la salmonelosis como una de las patologías transmisibles más importantes de la Comunidad Autónoma. Se contabilizan más de 3.000 casos anuales en el Sistema de Información Microbiológica y causa el 74% de los brotes de infecciones y toxoinfecciones alimentarias notificados en 2003 y el 77% en 2004. El huevo se identifica como el alimento más frecuentemente implicado en estos brotes y la *Salmonella enteritidis* la *Salmonella* identificada con más frecuencia.

Debido a las características epidemiológicas de la salmonelosis, cualquier programa encaminado a disminuir su prevalencia no puede realizarse con una mínima garantía de éxito sin actuar de forma coordinada con el sector primario, mediante actuaciones encaminadas a disminuir la infección en los animales y sus producciones, principalmente en las aves.

Ante esta situación, el Departamento de Sanidad, junto al Departamento de Agricultura y Pesca y las tres Diputaciones Forales, van a realizar un «Programa interdepartamental de lucha y control de la salmonelosis», que además se puede enmarcar en las actuaciones recomendadas por el Libro Blanco de la Seguridad Alimentaria, cuyo lema es «de la granja a la mesa».

Este programa abarcará toda la cadena alimentaria y por tanto todos los sectores implicados (granjas, fábricas de piensos, centros de embalaje de huevos, establecimientos manipuladores, etc.)

Todos las cepas de *Salmonella* aisladas en el programa, sea cual sea su origen, (piensos, animales, alimentos...) van a ser serotipadas y se realizará un seguimiento de los aislamientos. Podrán identificarse los serotipos más frecuentes según su origen y la relación entre ellos, tomar medidas para su control y comparar con los serotipos aislados en humanos.

El Departamento de Sanidad, en el ámbito de sus competencias, asume entre otras las actuaciones en los alimentos y establecimientos alimentarios, y de educación para la salud.

En una primera fase el Departamento de Sanidad centrará sus actuaciones sobre el alimento que se ha identificado como más frecuentemente implicado en los casos, huevos, ovoproductos y alimentos elaborados a base de huevos.

Dolores Coll Jordá
Dirección de Salud Pública

Prevención y salud en el viajero internacional

En la última década han aumentado considerablemente los viajes internacionales a países en desarrollo, especialmente a zonas tropicales, con fines turísticos, profesionales, sociales, humanitarios o por estudios, lo que conlleva múltiples riesgos de contraer enfermedades transmisibles exóticas y otras que son de mayor incidencia que en nuestro medio. Muchas de ellas son prevenibles con vacunas, pero es de vital trascendencia prevenir siempre la enfermedad a través de la educación del viajero en relación a las medidas higiénicas de las vías de transmisión. Durante el año 2004 han sido atendidos en los Centros de Vacunación Internacional de la CAPV 18.149 viajeros, a los que se les han administrado 6.620 vacunas específicas (fiebre amarilla, encefalitis japonesa, encefalitis centroeuropea, meningitis tetravalente, cólera, rabia...) y recomendado para su administración otras 10.030 vacunas (hepatitis A, hepatitis B, fiebre tifoidea, difteria-tétanos, triple vírica, polio, gripe y otras), teniendo que manejar en muchas ocasiones pautas de vacunación aceleradas.

Sólo un 40% de los viajeros solicitan asesoramiento respecto al viaje antes de partir y de ellos más del 20% lo hacen en los últimos 15 días, debido a viajes de última hora, con un intervalo de tiempo corto entre la consulta previa y la fecha de partida. Esto

obliga a los profesionales sanitarios a realizar una evaluación de los posibles riesgos en función de la incidencia y gravedad de las diversas infecciones y a establecer una prioridad en las vacunas, asegurando el cumplimiento y la protección en el menor intervalo posible, teniendo en cuenta la respuesta inmune y la reactogenicidad de las pautas de vacunación acelerada en comparación con las pautas convencionales, así como la posible interacción entre distintos preparados inmunológicos administrados simultáneamente

Malaria y viajes internacionales

Actualmente es endémica en más de 100 países de zonas tropicales y subtropicales del mundo, lo que supone que el 40% de la población mundial reside en lugares de riesgo, previniéndose un aumento de hasta el 50% para el año 2010.

Malaria o paludismo es una enfermedad parasitaria que se transmite al ser humano a través de la picadura de un mosquito hembra del género «anopheles» con hábitos de picadura nocturnos, atraídos en la distancia por colores oscuros y la emisión de CO₂, temperatura y humedad; no existe transmisión en alturas superiores a 3.000 m ni a temperaturas inferiores a 15 °C.

Consideraciones para la evaluación del riesgo en la

Tabla 1 priorización de las vacunas para viajeros internacionales

Consideraciones relacionadas con el viaje

Pais(es) de destino
Objetivo del viaje
Duración y tipo de viaje
Vacunación obligatoria o recomendada

Consideraciones relacionadas con el viajero

Estado inmunitario
Estado de salud
Edad y contraindicaciones específicas para la vacunación
Estilo de vida y actitudes frente al riesgo de infección
Consideraciones relacionadas con la enfermedad
Morbilidad/mortalidad asociadas
Opciones de tratamiento existentes, incluyendo resistencia a antibióticos

Consideraciones relacionadas con la vacuna

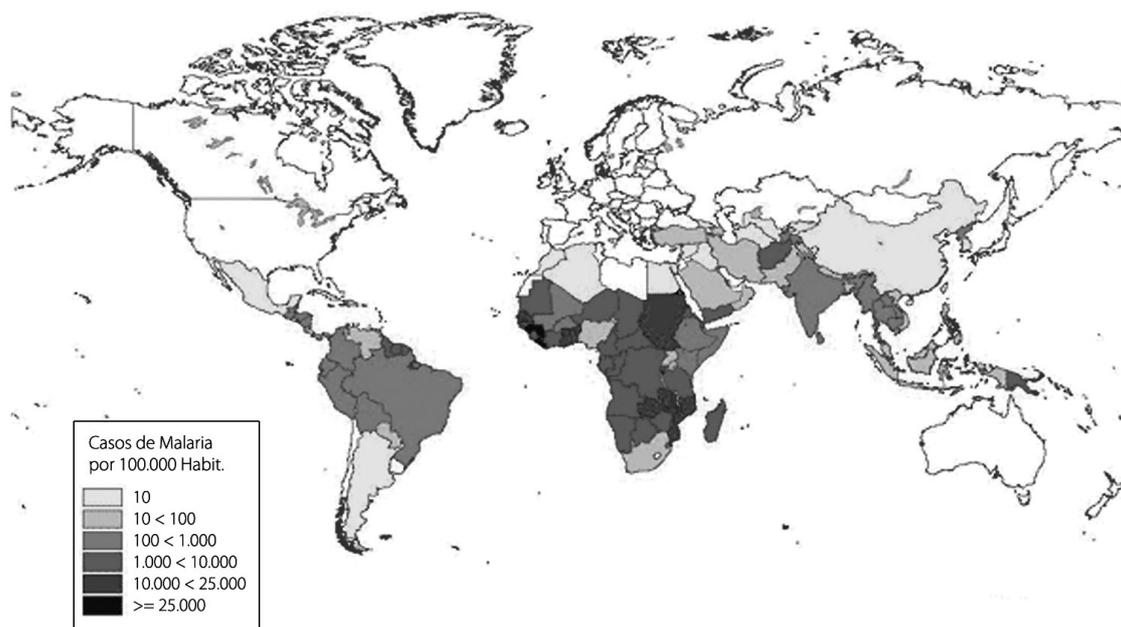
Eficacia
Tolerabilidad
Pauta de administración
Cumplimiento/conveniencia
Coste

Tabla 2 Vacunación del viajero

Vacunas exigidas por ley	Vacunas recomendadas	Vacunas aconsejadas
Fiebre amarilla	DTP/DTPa, Td, Tdpa Fiebre Tifoidea Hepatitis A Hepatitis B Poliomelitis	BCG Cólera Encefalitis japonesa Encefalitis primavero-estival Enf. meningocócica Gripe Peste Rabia SRP Varicela

Tabla 3 Pautas de vacunación aceleradas

Factor de riesgo	Pauta vacunal	Dosis de recuerdo
VHB	0, 7, 21 días	12 meses
VHA	0	6 meses
VHA+VHA	0, 7, 21 días	12 meses
Antirrábica	0, 7, 28 días	—
Encefalitis japonesa	0, 7, 14 días	3 años
Encefalitis centroeuropea	0, 7, 21 días	12 meses (3-5 a.)



Estrategias para una profilaxis de malaria en

Tabla 4 viajeros internacionales

- Conocimiento de la enfermedad y sus riesgos
- Medidas de barrera frente a la picadura (repelentes, mosquiteras, insecticidas...)
- Quimioprofilaxis adecuada o auto-tratamiento en su caso
- Sospecha de paludismo ante una fiebre repentina tras visitar zonas endémicas

Se calcula que más de 10.000 viajeros internacionales, que visitan cada año las zonas endémicas, enferman de paludismo al regresar a sus países de origen. En nuestro medio también ha habido un notable ascenso del número de casos importados; ello se debe fundamentalmente a un mal cumplimiento del régimen quimioprofiláctico o la toma de una profilaxis inadecuada, unidos a una mala protección frente a la picadura.

Encuestas epidemiológicas recientes realizadas en los aeropuertos de Madrid y Barcelona durante el año 2005 demuestran que sólo el 34% de los viajeros a zonas de riesgo de malaria tomaban quimioprofilaxis antipalúdica.

El parásito que produce la enfermedad es el *Plasmodium sp*, con cuatro especies (*p.falciparum*, *p.vivax*, *p.ovale*, *p.malariae*) y un ciclo vital que se produce en dos fases: una asexual en el hombre y otra sexual que se completa en el mosquito. Desde la picadura hasta que existen formas parasitarias en sangre pasan aproximadamente 7-14 días en el caso de *p.falciparum* y 30 o más en el resto de especies.

La forma más grave de paludismo es la causada por el *p.falciparum*, que puede ser mortal en el 1-2% de los casos. La población infantil, las mujeres embarazadas y las personas de mayor edad tienen un riesgo más elevado. La mejor forma de evitar esta grave enfermedad es el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado, por lo que se debe pensar en un posible paludismo ante toda fiebre que no tenga otro origen y que se presente en una persona con antecedentes de haber visitado una zona endémica de paludismo. Deberá tratarse como una emergencia médica.

Fármacos más comunes usados en la quimioprofilaxis antipalúdica:

- Cloroquina
- Cloroquina y proguanil (en desuso por sus efectos secundarios y resistencias)
- Mefloquina
- Doxiciclina
- Atovacuona y Proguanil

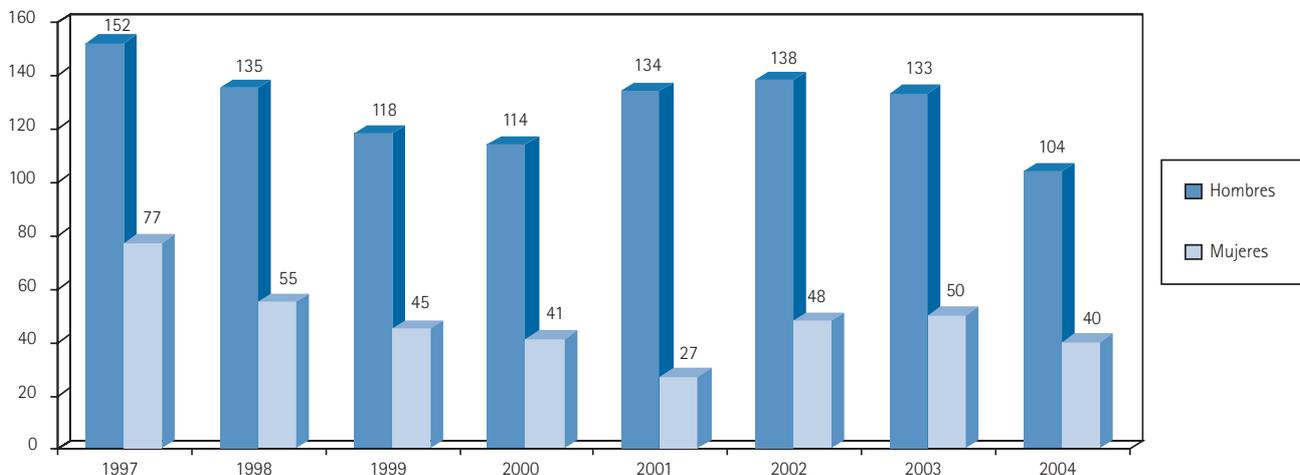
Se espera que la malaria pueda ser prevenida en un futuro próximo a través de la vacuna RTS,S/AS02 en fase de experimentación, que actualmente desarrolla en Mozambique el Dr. Pedro Alonso.

Ana Vilasau Pena
Centro de Vacunación Internacional
Donostia-San Sebastián

Infección por VIH en la CAPV

Nuevas infecciones por VIH por sexo.

Gráfico 1 1997-2004



Desde 1997 hasta 2004 se han diagnosticado en el País Vasco 1.411 personas con nueva infección por VIH. El 72,2% son hombres y el 27,8% mujeres (Gráfico 1).

En la tabla 1 se muestra la evolución de las tasas por 100.000 habitantes de las infecciones por VIH diagnosticadas desde 1997 en cada Territorio Histórico.

El 42,7% se ha infectado por relaciones heterosexuales, el 19,5% por relaciones homosexuales y el 29,1% refiere como práctica de riesgo ser usuario o ex usuario de drogas por vía parenteral (UDVP) (Gráfico 2). Por sexo, entre los hombres el 33,7% se ha infectado por relaciones heterosexuales, el 31,5% por ser o haber sido UDVP y el 26,8% por relaciones homosexuales. Entre las mujeres, el 67,3% por relaciones heterosexuales y el 22,5% por ser o haber sido UDVP.

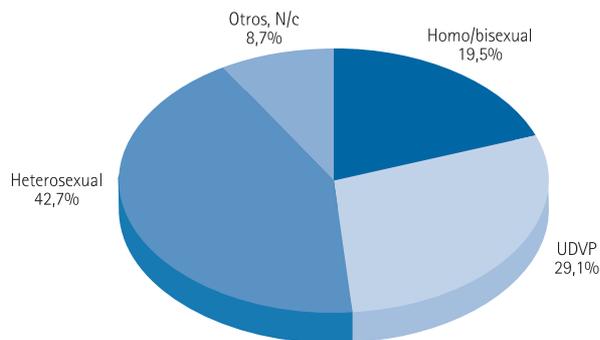
Se han diagnosticado 203 casos en personas extranjeras. Desde 1997 hasta 2002 existe un aumento continuado de nuevos casos y desde ese año un estancamiento. Se observa en esta población, a partir de 2002, un descenso del número de casos en hombres y por el contrario un aumento mantenido en mujeres

hasta superar incluso al de los hombres en 2004 (20 mujeres y 19 hombres) (Gráfico 3).

Durante 2004 se han diagnosticado 144 nuevas infecciones por VIH, el 21% menos que en el año 2003. El 72,2% (104) son hom-

Nuevas infecciones por VIH. 1997-2004.

Gráfico 2 Transmisión



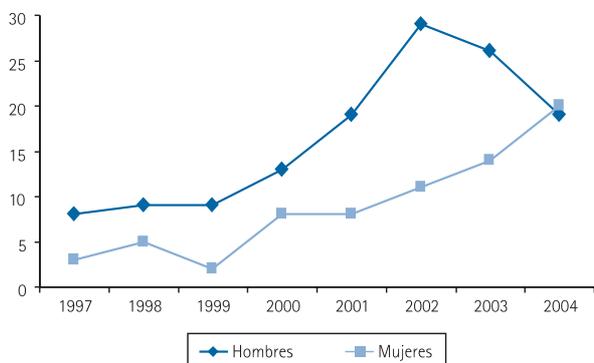
Casos y tasa (X10⁵) de infecciones por VIH por Territorio Histórico.

Tabla 1 1997-2004

Territorio	1997		1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004	
	VIH	Tasa	VIH	Tasa	VIH	Tasa	VIH	Tasa	VIH	Tasa	VIH	Tasa	VIH	Tasa	VIH	Tasa
Araba	32	11,53	24	8,63	29	10,39	19	6,80	36	12,86	23	8,20	17	6,05	25	8,88
Bizkaia	130	11,59	113	10,13	98	8,83	101	9,15	88	8,02	118	10,81	118	10,87	77	7,14
Gipuzkoa	67	10,11	53	8,03	36	5,47	35	5,34	37	5,67	45	6,92	48	7,41	42	6,51
CAPV	229	11,11	190	9,25	163	7,97	155	7,61	161	7,93	186	9,20	183	9,09	144	7,18

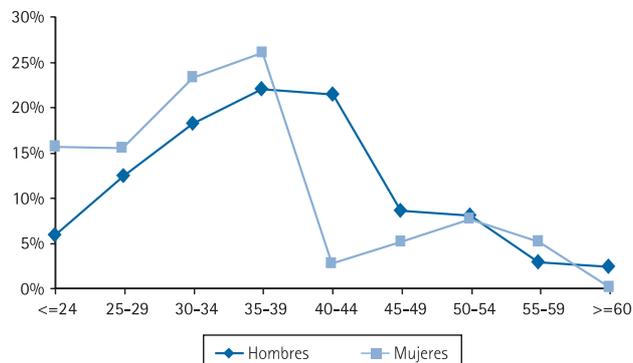
Evolución de las nuevas infecciones por VIH en

Gráfico 3 extranjeros por sexo. 1997-2004



Infecciones por VIH por edad y sexo.

Gráfico 4 Año 2004



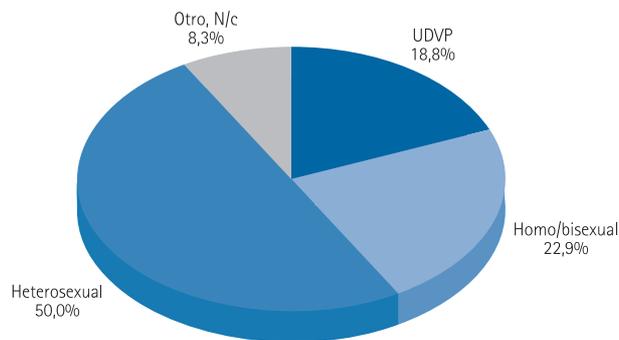
bres con una edad media de 38,3 años y el 27,8% (40) son mujeres con una edad media de 34,8 años. En el 27,8% de los casos, el diagnóstico de VIH coincide con el de Sida (Gráfico 4).

En 2004 el 50% se ha infectado por una práctica heterosexual (alcanzando el 67,5% en las mujeres), el 22,9% por una práctica homosexual (el 31,7% de los hombres) y el 18,8% refiere como riesgo ser o haber sido UDVP (20% en las mujeres) (Gráfico 5).

Desde 1984 hasta 2004 han nacido 825 niños/as de madres VIH+ de los que 133 se infectaron por transmisión materno-fetal. Cruces (284) es el hospital en el que más nacimientos se han producido seguido de Basurto (224), Donostia (220) y Txagorritxu (97) (Gráfico 6).

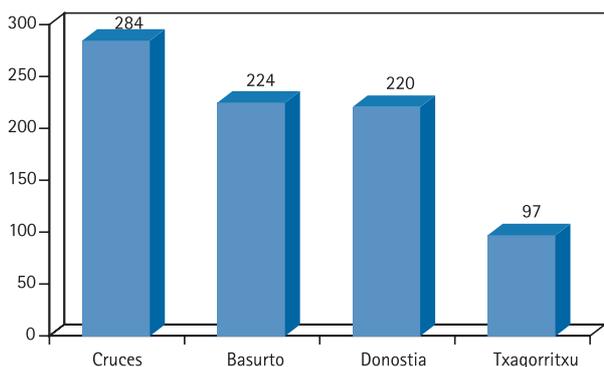
Nuevas infecciones por VIH por categoría

Gráfico 5 de transmisión



Hijos de madre VIH+ nacidos en el País Vasco

Gráfico 6 entre 1984 y 2004 por hospital



Desde el año 1996 hasta el año 2004 se han infectado por transmisión materno-fetal 18 niños y niñas, el último nacido en el año 2003 en el hospital Donostia (Tabla 2).

Como conclusiones destacaremos que la transmisión sexual ha reemplazado al consumo intravenoso de drogas como mecanismo de transmisión del VIH. Los datos muestran un descenso mantenido de las nuevas infecciones por VIH de 1997 a 2000 y un repunte entre 2001 y 2003. En 2004 se produce un nuevo descenso a pesar del cual no hay que bajar la guardia.

Arantxa Arrillaga, José Manuel Lorenzo y Daniel Zulaika
Plan de Prevención y Control del Sida.
Osakidetza-Servicio vasco de salud

Bebés afectados por VIH por transmisión materno-fetal

Tabla 2 1996-2004

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Donostia	0	1	0	1	0	0	0	1	0
Basurto	0	2	2	0	1	0	1	0	0
Cruces	2	1	3	1	1	1	0	0	0
Txagorritxu	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	2	4	5	2	2	1	1	1	0

Aprobación por la OMS de un nuevo Reglamento Sanitario Internacional

El pasado 23 de mayo la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó un nuevo Reglamento Sanitario Internacional, conjunto de prácticas y procedimientos para prevenir la difusión internacional de enfermedades infecciosas minimizando, por otra parte, la interferencia con viajes internacionales y el comercio. El Reglamento vigente hasta ahora se había aprobado en 1969 e incluía procedimientos para la notificación de ciertas enfermedades, normas sanitarias para los viajeros internacionales y el comercio, procedimientos en puertos y fronteras y exigencias en cuanto a documentación. Esta regulación se había quedado obsoleta por el tiempo transcurrido, resultando inadecuada para enfermedades emergentes como el SARS o la gripe aviar. Establecía responsabilidades para la OMS y sus estados miembros, pero solamente en relación a tres enfermedades: cólera, peste y fiebre amarilla.

El nuevo Reglamento establece normas y mecanismos operacionales para una respuesta internacional más coordinada a la difusión de enfermedades. Estas normas van más allá de las enfermedades infecciosas, abordando también la exposición a sustancias químicas o radiactivas que pudieran suponer una amenaza internacional. Pone énfasis en la capacidad de desarrollar, por parte de cada país, sistemas de vigilancia y respuesta a emergencias sanitarias de interés internacional. Las normas incluyen una lista de enfermedades, entre las que están la viruela, poliomielitis y SARS, cuya ocurrencia debe ser notificada a la OMS; también incluye el nuevo Reglamento una matriz para ayudar a las autoridades nacionales a decidir si otros incidentes constituyen sucesos de salud pública de interés internacional.

<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050526.asp#3>

Vacunación frente a varicela en la CAPV

En marzo de 2005 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó «Recomendar la vacunación de varicela en una cohorte elegida por cada Comunidad Autónoma entre las edades de 10 y 14 años (ambas inclusive), en aquellas personas que referían no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunadas con anterioridad».

El Comité Asesor de Vacunaciones de Euskadi tras analizar las diferentes alternativas derivadas del acuerdo anterior, ha recomendado al Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco que «a lo

largo del año 2005 se oferte la vacunación frente a varicela a toda la población infantil de 10 años de edad de la CAPV que referiera no haber pasado la enfermedad ni haber sido vacunada con anterioridad frente a la varicela».

A esta edad existe un examen de salud programado en población infantil y puede favorecer la cobertura vacunal.

El Departamento de Sanidad pondrá en marcha esta vacunación después del verano y antes de finalizar el año 2005.

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:

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

Edición:

Miguel Ángel García Calabuig
Fotocomposición IPAR, S. Coop.
Imprime: Grafo, S.A.
2.º Trimestre.
Número 19/2005
ISSN: 1697-2430
Depósito Legal: BI-2874-98