



s	Índice	
o	Contenidos	
d	Vigilancia Epidemiológica	
i	Pandemia de gripe	2-3
n	Investigación epidemiológica de <i>taenia saginata</i> y <i>cysticercosis bovis</i> en Gipuzkoa. Año 2005	4-5
e	EDO 2005	6
t	EDO 2006 semanas 1-20	7
n	Programas de Salud Pública	
c	Programa de control de la <i>Legionella</i> en la CAPV	8-9
.	Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrinometabólicas de la CAPV	10-11
e	Tribuna abierta	
i	Evolución de la epidemia de sida en la CAPV	12-13
d	Actualidad	
i	Enfermedad invasora por <i>Streptococcus pneumoniae</i> – implicación de la vacunación con la vacuna conjugada heptavalente	14

Editorial

Las crisis representan momentos duros y difíciles, pero ponen a prueba a los equipos profesionales de las organizaciones que deben dar respuesta, desde un punto de vista técnico, a los graves problemas de salud que afectan a las poblaciones. Al frente de la Dirección de Salud Pública ha estado durante 10 años Luis González de Galdeano. Durante ese periodo tuvo que afrontar la aparición de problemas de salud de difícil abordaje –crisis de dioxinas, encefalopatías transmisibles, brotes de infección nosocomial (aspergilosis), meningitis C...– y puso en marcha actuaciones que han ayudado a elevar el prestigio y a remarcar la profesionalidad y la ética de quienes trabajan por y para la Salud Pública en nuestra Comunidad.

Las actuaciones dirigidas a aumentar la credibilidad de los servicios de salud pública son imprescindibles. La sociedad en la que vivimos no admite riesgos potenciales provenientes del medioambiente, que cree o identifica como seguro. Ante cualquier problema de salud de origen medioambiental, por un agente biológico, químico o físico desconocido o poco frecuente, se pide a los servicios de salud pública que respondan a su posible amenaza y se exigen razones en torno a porqué, desde Sanidad, no se tomaron decisiones priorizando y realizando todas las acciones precisas para evitar su aparición, independientemente de los costes y prioridades reales que se estaban atendiendo.

Esa misma sociedad tampoco quiere admitir o entender la incertidumbre científica. ¿Cómo es posible que no se den respuestas técnicas y científicas inmediatas a los problemas de salud? En el debate público, lo más importante no es quién tiene razón, ni tan solo quién aporta el principal argumento técnico o supuestamente científico: en el debate, lo más importante es la capacidad de persuasión. Y es en este punto donde cobra gran importancia la influencia de los medios de comunicación en las tendencias sociales. En el ámbito de la comunicación e información es imprescindible que se abran líneas de trabajo conjunto entre profesionales de la salud pública y medios de comunicación, a fin de colaborar en la tarea que realiza este sector tan importante para nuestra credibilidad en la sociedad y a la hora de conformar opinión e incluso de cambiar hábitos de vida.

En este Boletín se presentan datos y propuestas de actuaciones ante retos para la salud pública, conocidos ya, presentes ahora y en un horizonte de futuro: el sida, la legionelosis, la teniasis y la gripe aviar, junto con otros programas de salud pública como el de cribado neonatal y el de vacunación infantil.

Margarita Viciola García
Directora de Salud Pública

Gripe aviar y pandemia gripal

En los últimos meses hemos conocido opiniones de expertos, científicos e instituciones de Salud Pública expresando que el mundo corre el mayor riesgo de pandemia gripal desde 1968, fecha de la última de las tres pandemias que tuvieron lugar el siglo pasado.

Las pandemias gripales son acontecimientos excepcionales a lo largo de la historia de la humanidad y que requieren tres pasos para su emergencia: 1) aparición de un virus nuevo frente al que la población no tenga inmunidad natural, 2) que dicho virus sea capaz de producir enfermedad en humanos y 3) que adquiera capacidad de transmisión persona a persona y cause brotes mantenidos en la población. La consecuencia epidemiológica de la aparición de estos «virus gripales nuevos», siempre del tipo A, es que la población carece de inmunidad frente a los mismos y ninguna vacuna conocida confiere protección, lo que trae como consecuencia una nueva «pandemia gripal» que puede afectar en pocos meses a todo el mundo. En el siglo xx este acontecimiento se ha producido tres veces: 1918-1919 producida por el A(H1N1), 1957-1958 A(H2N2) y 1968-1969 A(H3N2).

Estos virus gripales pandémicos son producto de cambios «bruscos e inesperados» consecuencia de un intercambio genético (reordenamiento) entre cepas humanas y animales, las cuales a su vez proceden de las cepas aviares (reservorio natural de todos los subtipos conocidos de virus gripales). También se especula que estos cambios pueden ocurrir por mutaciones que se producen durante las infecciones cruzadas entre el hombre y otros mamíferos que hacen que el virus se vaya adaptando gradualmente y permitirían «mejorar» al virus.

Independientemente de aproximaciones más o menos alarmistas, lo cierto es que, hasta el momento, la dimensión del brote de gri-

pe aviar A(H5N1) no tiene precedentes conocidos por diversas causas: su gran difusión geográfica, el impacto en las aves domésticas o salvajes, las diferentes especies afectadas o la virulencia demostrada hasta el momento. El brote tuvo su origen remoto en Hong-Kong en 1997, pero entonces pudo frenarse, al menos temporalmente, con las medidas que se tomaron. El virus surgió de nuevo en 2002 y a finales del 2003, posiblemente desde un reservorio salvaje, y desde entonces su extensión ha sido muy rápida registrándose inicialmente numerosos focos, en aves salvajes o domésticas, en varios países asiáticos (China, Vietnam, Tailandia, Indonesia, Camboya, Irak o Azerbaijan). En agosto de 2005 se detectaron focos en zonas de Rusia central; en octubre de 2005 el brote alcanzó a zonas occidentales de Rusia, Turquía, Rumania y Croacia, y en diciembre a Ucrania. En los primeros meses de 2006 el brote de H5N1 se ha extendido —posiblemente a través de aves migratorias aun sin descartar otras hipótesis— a varios países europeos (Alemania, Albania, Austria, Bulgaria, Bosnia, Eslovenia, Francia, Italia, Grecia, Reino Unido y Suiza) y africanos (Egipto, Nigeria, Níger y Camerún). Actualmente los expertos debaten si, a través de las rutas migratorias de aves salvajes, la extensión del brote llegará al continente americano en los próximos meses. Lo anterior pone de manifiesto la dificultad de controlar la extensión de la epizootia.

El virus H5N1 ha ido cambiando a medida que ha pasado el tiempo respecto al que ocasionó el brote de Hong-Kong en 1997 y muestra una adaptación a mamíferos desconocida hasta ahora, aumentando el número de hospedadores (tigres, gatos, leopardos, martas). Este aspecto, la ecología del virus en sus diferentes hospedadores, junto al papel de las migraciones de aves, es una de las líneas de investigación actuales para conocer la evolución viral y sus posibles implicaciones en la transmisión a humanos.

Tabla 1 Casos de gripe aviar H5N1 en humanos (6 de junio de 2006)

País	2003		2004		2005		2006		Total	
	Casos	Fallecidos								
Azerbaijan	0	0	0	0	0	0	8	5	8	5
Camboya	0	0	0	0	4	4	2	2	6	6
China	0	0	0	0	8	5	10	7	18	12
Djibouti	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Egipto	0	0	0	0	0	0	14	6	14	6
Indonesia	0	0	0	0	17	11	32	26	49	37
Irak	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
Tailandia	0	0	17	12	5	2	0	0	22	14
Turkía	0	0	0	0	0	0	12	4	12	4
Viet Nam	3	3	29	20	61	19	0	0	93	42
Total	3	3	46	32	95	41	81	52	225	128

Fuente: OMS.

Si bien el número de casos de gripe registrados en humanos por AH5N1 es relativamente pequeño (225) la letalidad es elevada (57%) (ver tabla 1). La epidemiología de estos brotes permite afirmar que:

- El virus H5N1 se transmite de las aves al ser humano por vía respiratoria, principalmente a través del contacto con las heces de dichas aves donde se encuentra el virus.
- No se conoce ningún caso asociado al consumo de carne de pollo o huevos.

Según los últimos datos publicados, los virus aviares AH5N1 no se extienden entre los humanos porque todavía no habrían adaptado su hemaglutinina para acceder a los receptores de las células de las vías respiratorias altas. Por el contrario, sí puede infectar las células de las vías respiratorias bajas en zonas próximas a los alvéolos pulmonares. En la fase actual, el virus puede dañar a la persona que resulta infectada, pero no podría «salir» de ella de forma eficiente por vía aérea y conseguir transmitirse a otra persona. No se conoce cuál es la posibilidad real de que se produzca este «salto de especie» de aves a humanos, aunque la mayoría de los expertos están de acuerdo en que dicho paso se producirá en el futuro. La duda parece ser cuánto tiempo necesita para que esta adaptación sea efectiva. Por otra parte, si el brote no se controla y sigue extendiéndose, a medida que el virus aumenta su expansión geográfica también sufre una expansión en su diversidad genética, con lo que podrían ser varios los virus H5N1 circulantes potencialmente pandémicos. Además, sigue abierta la probabilidad que se produzca una recombinación genética con los actuales virus humanos circulantes.

El brote de gripe aviar H5N1 ha cumplido las dos primeras fases señaladas antes como necesarias para iniciar una pandemia, pero actualmente el problema sigue siendo principalmente de sanidad animal, dado que no se ha documentado una transmisión efectiva mantenida de H5N1 de un ser humano a otro y los casos en humanos han sido esporádicos. Por lo tanto, la OMS mantiene la fase 3 de alerta pandémica, es decir con «*Infección(es) humana(s) con un subtipo nuevo del virus de la gripe, pero sin transmisión persona a persona*». El riesgo actual de registrar casos en humanos para la población europea es muy bajo y se ciñe a determinados grupos de riesgo (personal de mataderos de aves y/o personas que viven en granjas y están en contacto con aves en regiones infectadas por H5N1). No se puede excluir la posibilidad de casos importados procedentes de países con brotes aviares activos.

A día de hoy, y dada la potencial variabilidad de este virus, no podemos predecir en qué momento o lugar puede emerger un nuevo virus pandémico, ni tampoco podemos saber las características del mismo ni cómo nos afectará. Lo que sí podemos sospechar es que, si eventualmente llega a ocurrir, una vez que la Organización Mundial de la Salud (OMS) determine que existe «transmisión mantenida persona a persona del nuevo virus» (fase 5 de la pandemia) no dispondremos de mucho margen de tiempo antes de que su impacto se deje notar en Euskadi; y, una vez que esto ocurra, sería muy difícil desarrollar una respuesta eficaz si previamente no nos hemos preparado para ello. En consecuencia, es prioritario que el sistema sanitario establezca protocolos y planes de vigilancia, detección, control y manejo de casos sospechosos y que estos se adapten a las fases de una posible pandemia.

Evidentemente afrontar una pandemia gripal de forma operativa y eficaz es tarea que desborda los límites del sistema sanitario, se

necesita disponer de recursos humanos y materiales importantes y requiere la implicación de amplios estamentos administrativos así como de una extensa relación de colectivos profesionales y sociales y, dado que en último término se deben disponer medidas que afectan a toda la población, es necesaria la implicación de toda la comunidad. Por ello, y para afrontar este desafío, el Departamento de Sanidad junto con otros Departamentos y a petición del Consejo de Gobierno de Euskadi, ha elaborado un Plan de Acción frente a la Pandemia en Euskadi (PAPGE) cuyos objetivos son: a) reducir la morbilidad y mortalidad de los casos de enfermedad, b) prevenir la diseminación de la enfermedad, c) asegurar el mantenimiento de los servicios esenciales y d) minimizar el impacto económico y social.

Nuestra capacidad de respuesta es hoy mejor que en anteriores pandemias y, por lo tanto, debemos ser optimistas ya que, si nos preparamos adecuadamente, podemos mitigar extraordinariamente el impacto de una posible pandemia. Sin embargo no debemos subestimar su gravedad y debemos pensar que el impacto potencial del pánico es muy grande en la era de la TV e Internet. En consecuencia, debemos tener en cuenta la importancia de no crear confusión sobre un tema tan sensible. En este aspecto el personal sanitario tiene que adoptar un papel relevante. Debemos intentar el equilibrio justo entre las necesarias medidas preventivas y de salud pública y los valores —la libertad individual, la intimidad, la confianza y la solidaridad— que han de respetarse y ser transmitidos a la población, manteniendo una transparente política de información y comunicación.

Si la pandemia finalmente ocurre el personal sanitario tiene el deber ético de proteger la salud de nuestra población en unas circunstancias que serán difíciles y debemos hacerlo minimizando el riesgo de enfermar y de transmitir la enfermedad a personas no infectadas. Ante una situación que, sin duda, generará un enorme stress, la administración sanitaria tiene un deber recíproco de apoyar y proteger al personal sanitario y reconocer su decisiva aportación.

Bibliografía

1. OMS. Respuesta a la amenaza de una pandemia de gripe aviar. Medidas estratégicas recomendadas. WHO 2005. http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_05_8-SP.pdf.
2. Stöhr K. Avian Influenza and Pandemics - Research Needs and Opportunities. NEJM 2005; 352:4; 405-407.
3. La Gripe Aviaria. ¿Una nueva amenaza pandémica? Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 2006. <http://www.csic.es>.
4. Taubenberger JK and Morens DM. 1918 Influenza: the Mother of All Pandemics. Emerging Infectious Diseases 2006, 12: 15-22.
5. Avian Influenza Fact Sheet. Weekly epidemiological record 2006, 81: 129-136.
6. Olsen B et al. Global Patterns of influenza A Virus in Wild Birds. Science 2006, 312:384-388.

José María Artegoitia Axpe
Dirección de Salud Pública

Investigación epidemiológica de *taenia saginata* y *cysticercosis bovis* en Gipuzkoa. Año 2005

Generalidades

Las tenias son parásitos intestinales de distribución mundial. Existen dos tipos de teniasis, una provocada por *Taenia saginata* y la otra por *Taenia solium*. Ambas infestaciones son indirectas, ya que el ser humano las adquiere a través de la ingesta de carne vacuno o porcino con parásitos, siendo las personas el huésped definitivo y el ganado vacuno y porcino, el huésped intermediario. La *T. saginata*, conocida como tenia bovina, se transmite a los seres humanos por medio de quistes larvales infecciosos, llamados *Cysticercus bovis*, existentes en la carne bovina. La *T. saginata* es un cestodo, segmentado, hermafrodita, de 4 a 12 metros de longitud, que tiene como hospedador definitivo a la persona. Consta de cabeza o excólex, con 4 ventosas, seguida de una porción corta sin segmentar, llamada cuello o zona germinativa, y el resto de cuerpo o estróbilo está formado por proglótides. Los huevos de la tenia llegan al ambiente con las heces humanas y caen a los pastos, contaminándolos. Los huevos, en condiciones favorables, pueden sobrevivir hasta 6 meses. Si, como consecuencia de malas prácticas sanitarias, los huevos liberados en las heces alcanzan las zonas de pastoreo, las reses se infestan con los cisticercos de *T. saginata*. El consumo de carne cruda o poco cocida con cisticercosis es el medio de transmisión habitual. Los pacientes son frecuentemente asintomáticos y una minoría presenta cólicos o malestar abdominal. El diagnóstico se realiza mediante identificación de las proglótides y el tratamiento se realiza con Niclosamida o Praziquantel.

Justificación

Durante el periodo 2000-2003 en las inspecciones postmortem realizadas en los mataderos de Gipuzkoa a las carnes de vacuno, se observó un incremento gradual del número de cisticercosis bovis (tabla 2). Se comunicó esta situación a los responsables de las ganaderías implicadas y se puso en marcha una desparasitación temprana con Albendazol. Asimismo, la Unidad de Sanidad Alimentaria comunicó este aumento a la Unidad de Epidemiología y, en coordinación con el Servicio de Microbiología del hospital Donostia, se planteó la vigilancia activa y el estudio epidemiológico de los aislamientos de tenia saginata y tenias spp. en pacientes del territorio histórico de Gipuzkoa durante 2005.

El objetivo de este trabajo fue valorar la incidencia de teniasis-cisticercosis en la población humana y animal de Gipuzkoa, conocer los factores de riesgo y establecer las medidas preventivas oportunas.

Material y método

Los casos de tenia observados en humanos se obtuvieron a través del Sistema de Información Microbiológica (S.I.M.) que aportaba datos de filiación del paciente y del médico. Antes de realizar la encuesta a cada caso, se contactaba con el médico, se le comunicaba la intervención de epidemiología y se completaban datos clínicos del paciente. Los datos demográficos se obtuvieron a través de la Tarjeta Individual Sanitaria (T.I.S.).

A cada caso se le realizó una encuesta epidemiológica diseñada para el estudio. La encuesta recogía datos demográficos, sintomatología, factores de exposición 3 meses previos a la infestación, posibles cambios del lugar de residencia, hábitos alimentarios con respecto a la carne de vacuno y las condiciones de producción del ganado en régimen de cebo intensivo (integradores) o explotación familiar (caserío o similar).

Los casos de cisticercosis observados en el ganado vacuno se obtuvieron del Registro Informático de la Actividad de Inspección en los Mataderos de Gipuzkoa (base de datos normalizada en la CAPV).

A través de la inspección sanitaria de carnes en mataderos (RD 147/1993), por medio del estudio post mortem de las canales y vísceras en los animales sacrificados, como rutina de trabajo, se visualizaron la superficie externa e interna del corazón, músculos maseteros, diafragma y lengua.

Ante la presencia de quistes en la citada musculatura, se llevó a cabo a la confirmación laboratorial por estudio anatomopatológico con la identificación del parásito.

Resultados

Durante el año 2005 los servicios de microbiología han declarado a la Unidad de Epidemiología 39 casos (25 por *Taenia saginata* y 14 por *Taenia spp.*). Los datos referentes a los años previos se presentan en la tabla 1.

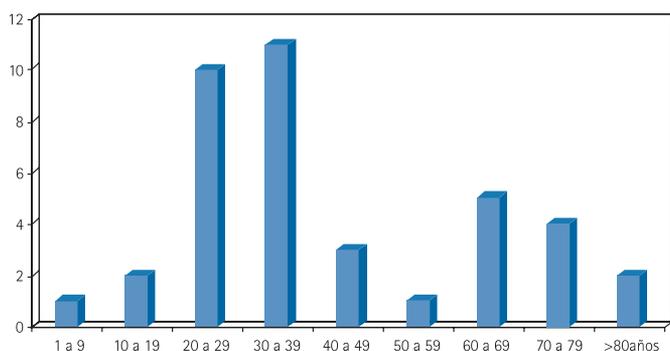
Número de casos de teniasis declarados por hospital. S.I.M.

Tabla 1 Periodo 2000-2005

Año	H. Donostia	H. Bidasoa	H. Zumárraga	H.I Mendaro	H. Alto Deba	Total
2000	29		9		5	43
2001	30		9	4	5	48
2002	22		4	3		29
2003	42		6	8	1	57
2004	24	3	8	4		39
2005	26		10	2	1	39
Total	173	3	46	21	12	255

Distribución de casos de teniasis

Gráfico 1 por grupos de edad



Del total de casos declarados, se realizó la encuesta a 35 (90%). La edad de los pacientes varió entre 4 y 84 años y la mediana fue de 33 años.

De los casos notificados 16 eran varones y 23 mujeres. Con respecto a la distribución geográfica, el 23,1% de los casos eran residentes en Donostia, el 10,3% de Azkoitia, el 7,7% de Zumaia y el 58,9% se distribuían por diferentes municipios de la provincia. La presentación de los casos fue aislada y no se detectaron casos relacionados.

De los 35 encuestados 22 (63%) presentaban como factor de riesgo la ingesta de carne cruda o poco cocinada. En 2 casos la carne de vacuno consumida procedía de una explotación particular y las analíticas realizadas a los convivientes fueron negativas. 3 casos habían residido durante los 3 meses precedentes al inicio de los síntomas en otro país fuera del estado español.

El 71,4% de los encuestados fueron asintomáticos, 14,3% presentó molestias abdominales, 11,4% trastornos digestivos, 8,6% pérdida de peso, 2,9% nerviosismo, 2,9% insomnio y 2,9% cefalea. El motivo de la consulta médica en todos los casos fue la visualización de segmentos en heces. El tiempo transcurrido desde la visualización de anillos al momento de la consulta osciló entre 5 días y 4 años, y el 28,6% de los encuestados refirió que había transcurrido un año.

El tratamiento recomendado a 32 pacientes fue el siguiente: 27 niclosamida, 1 praziquantel, 2 mebendazol y 2 paromicina. En 4 casos se repitió el tratamiento, 2 de ellos tratados previamente con mebendazol y 2 con niclosamida.

El número de cisticercosis bovis diagnosticados en la inspección post mortem ha sido de 49 en 2005. Esta cifra es inferior a la del año 2004 y 2003. Los resultados de cisticercosis bovis en vacunos sacrificados en los mataderos de Gipuzkoa se expresan en la tabla 2.

N.º de vacunos sacrificados y cisticercosis.

Tabla 2 Periodo 2000-2005

Año	N.º vacunos sacrificados	N.º cisticercosis
2000	47.585	25
2001	52.185	47
2002	52.898	96
2003	50.482	146
2004	47.920	118
2005	48.670	49

Discusión

En el año 2003 se observó un incremento importante, tanto en el número de teniasis (57) como en el número de cisticercosis (146), siendo ese año el de máxima detección en comparación con los años precedentes y posteriores. En 2005 se han registrado 39 casos de *T. saginata*, la mediana de edad de los casos ha sido de 33 años y en 22 (63%), el factor de riesgo ha sido la ingesta de carne cruda o poco cocinada. Solamente en dos casos la carne consumida procedía de explotación particular. La dos terceras partes de los casos no han presentado sintomatología, la sospecha se ha realizado al detectar los anillos en las heces y el diagnóstico se ha confirmado en el laboratorio.

El aumento del número de casos de cisticercosis en Gipuzkoa coincidió en el tiempo con el desarrollo puntual de la parasitosis en animales procedentes de explotaciones de cebo intensivo en régimen de integración (igual procedimiento de manejo y alimentación del ganado), situadas en diferentes localizaciones geográficas (Gipuzkoa, Navarra y Aragón).

Esto hizo pensar en la posibilidad de una vía de contaminación diferente al agua o pasto, por lo que se tuvo en cuenta la existencia de otros vehículos de transmisión, como vectores (roedores, insectos) y piensos o forrajes contaminados. No obstante, en cuanto se comunicó la situación a los responsables de las ganaderías integradas, se realizó una campaña de desparasitación temprana (Albendazol) y se adoptaron las medidas de higiene pertinentes. Con posterioridad a esta intervención, el número de casos de teniasis y cisticercosis en Gipuzkoa ha sufrido un considerable descenso.

Conclusión

Durante 2003, el número de *T. saginata* y cisticercosis bovis sufrió un importante aumento en Gipuzkoa. Este aumento coincidió con el desarrollo puntual de la parasitosis en ganado vacuno procedente de explotaciones de cebo intensivo integrado. El tratamiento de desparasitación temprana del ganado y las medidas de higiene adoptadas determinaron el descenso observado en los años posteriores. A continuación, se estableció una vigilancia activa, tanto de cisticercosis como de teniasis, para valorar la incidencia de teniasis-cisticercosis en la población humana y animal de Gipuzkoa, conocer los factores de riesgo y establecer las medidas preventivas oportunas. La disminución de ambos procesos ha sido significativa.

Los datos relacionados con las explotaciones ganaderas son comunicados a la Unidad de Sanidad Alimentaria e investigados por el Servicio Pecuario de la Diputación.

Los resultados de la vigilancia activa son satisfactorios y las Unidades de Epidemiología y Sanidad Alimentaria, junto con el Laboratorio de Microbiología del hospital Donostia continuarán con la vigilancia epidemiológica activa durante los siguientes años.

Juncal Artieda¹, Lorea Álvarez¹, Lourdes Abadia¹, Adoración Cortes Alonso¹, María Julia Echeverría²

¹ Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa.

² Hospital Donostia.

Enfermedades de Declaración Obligatoria. Datos correspondientes a 2005

C.A.P.V.	N.º casos	Tasa	I. E.**1	I. E.**2
Botulismo	0	0,00	—	—
Cólera	0	0,00	—	—
Disentería	43	2,06	3,31	4,78
Fiebre tifo-paratífica	3	0,14	0,75	0,75
Triquinosis	0	0,00	0,00	0,00
Enfermedad meningocócica	100	4,80	0,92	0,94
Gripe	59.593	2.861,49	2,71	0,89
Legionelosis	114	5,47	1,04	1,14
Meningitis tuberculosa	11	0,53	1,10	1,38
Tuberculosis	489	23,48	0,98	0,93
Varicela	10.752	516,28	0,82	1,14
Infección gonocócica	56	2,69	2,55	2,24
Sífilis	39	1,87	2,17	4,33
Difteria	0	0,00	—	—
Parotiditis	52	2,50	1,44	1,44
Poliomielitis	0	0,00	—	—
Rubéola	15	0,72	15,00	3,75
Sarampión	0	0,00	—	—
Tétanos	1	0,05	1,00	0,50
Tosferina	5	0,24	0,33	0,42
Hepatitis A	99	4,75	2,68	1,83
Hepatitis B	28	1,34	1,17	0,70
Hepatitis C	11	0,53	0,92	0,92
Otras hepatitis víricas	0	0,00	—	—
Brucelosis	0	0,00	—	—
Rabia	0	0,00	—	—
Fiebre amarilla	0	0,00	—	—
Paludismo	19	0,91	1,00	0,95
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	—	—

(*) 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. = 72,56% (67,77% en año 2004)

Los datos más relevantes recogidos durante el año 2005 fueron los siguientes: Aumento de caso de disentería debido principalmente a un brote en Gipuzkoa cuyo origen tuvo lugar en Navarra. Los casos de gripe duplicaron los de 2004. Aumentaron los casos de parotiditis, sobre todo en pacientes mayores de 20 años. Los casos de rubeola también experimentaron un incremento, la mayoría mayores de 20 años de origen inmigrante. La hepatitis A se asoció sobre todo con viajes en el extranjero y contactos familiares, y la edad superior a los 30 años.

No se registraron casos de sarampión ni de brucelosis. De varicela, enfermedad meningocócica, fiebre tifo-paratífica y tuberculosis se registraron menos casos que en el año 2004.

**Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Datos correspondientes a las semanas 1-20 de 2006***

C.A.P.V.	N.º casos	Tasa	I. E. 1**	I. E. 2**
Botulismo	0	0,00	—	—
Cólera	0	0,00	—	—
Disentería	3	0,14	1,50	1,50
Fiebre tifo-paratífica	4	0,19	2,00	4,00
Triquinosis	0	0,00	—	—
Enfermedad meningocócica	37	1,78	0,57	0,66
Gripe	22.365	1.073,90	0,40	0,75
Legionelosis	31	1,49	1,11	1,72
Meningitis tuberculosa	1	0,05	0,33	0,33
Tuberculosis	179	8,60	0,92	0,89
Varicela	5.257	252,43	0,87	0,85
Infección gonocócica	8	0,38	0,36	1,33
Sífilis	9	0,43	0,60	1,50
Difteria	0	0,00	—	—
Parotiditis	75	3,60	1,97	4,17
Poliomielitis	0	0,00	—	—
Rubéola	1	0,05	0,08	0,50
Sarampión	0	0,00	—	—
Tétanos	3	0,14	3,00	0,00
Tosferina	7	0,34	3,50	1,75
Hepatitis A	66	3,17	2,44	2,44
Hepatitis B	8	0,38	1,00	0,73
Hepatitis C	6	0,29	1,00	1,00
Otras hepatitis víricas	0	0,00	—	—
Brucelosis	0	0,00	—	—
Rabia	0	0,00	—	—
Fiebre amarilla	0	0,00	—	—
Paludismo	10	0,48	2,00	1,67
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 (2005).

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 (2001-2005).

En las primeras 20 semanas de 2006, destacan los 75 casos de parotiditis, relacionados en su mayoría con un brote en la comarca Ezkerraldea-Enkarterri, y 66 casos de hepatitis A, cuyo antecedente de riesgo en muchos casos ha sido la ingesta de alimento (marisco). Por otra parte hay que señalar la baja incidencia de gripe y de enfermedad meningocócica.

Porcentaje de declaración para el conjunto de la C.A.P.V. = 78,10%

Seguimiento ambiental en la CAPV de las instalaciones de riesgo en relación con la Legionella

Desde 1997, en que se incluyó a la legionelosis entre las enfermedades de declaración obligatoria, en la CAPV se ha observado un incremento constante en el número de casos registrados hasta el año 2000 en el que la utilización de la detección del antígeno en orina como prueba diagnóstica alcanzó un uso generalizado. A partir de ese año el número de casos contabilizados se ha estabilizado en torno a 100-115 casos anuales. Las tasas más altas de incidencia se vienen repitiendo en las comarcas y municipios más urbanizados con alta densidad de población y concentración de instalaciones de riesgo.

Dado el carácter ambiental de la bacteria Legionella, cuya proliferación y difusión se ven facilitadas en determinadas instalaciones en las que se produce aerosolización del agua que utilizan en su funcionamiento, la normativa vigente (RD 865/2003 que sustituyó al anterior RD 909/2001) establece medidas preventivas en cuanto al diseño de las instalaciones consideradas de riesgo, así como criterios higiénico-sanitarios para su control y mantenimiento. Así mismo, la normativa hace especial hincapié en la **responsabilidad de los titulares de las instalaciones** en cuanto al cumplimiento de los requisitos que se señalan en la misma.

El ámbito de aplicación del RD 865/2003 abarca a las *«instalaciones que utilicen agua en su funcionamiento, produzcan aerosoles y se encuentren ubicadas en el interior o en el exterior de edificios de uso colectivo, instalaciones industriales o medios de transporte que puedan ser susceptibles de convertirse en focos para la propagación de la enfermedad, durante su funcionamiento, pruebas de servicio o mantenimiento»*. Este decreto establece una clasificación de las instalaciones de cara a diferenciar las exigencias en cada caso. Las instalaciones que se destacan como con **«mayor probabilidad de proliferación y dispersión de Legionella»** son:

- torres de refrigeración y condensadores evaporativos;
- sistemas de agua caliente sanitaria (ACS) con acumulador y circuito de retorno;
- sistemas de agua climatizada con agitación constante y recirculación;
- centrales humidificadoras industriales.

Ya en el año 2001 se comenzó a trabajar en un plan de actuación y se diseñó un programa para el periodo 2001-2003 con el obje-

tivo de poner en marcha las tareas de control y vigilancia que se señalaban en el anterior RD 909/2001.

En esa primera fase se desarrollaron tareas de:

- Censado de las instalaciones de riesgo.
- Priorización de las instalaciones y establecimientos a controlar por su mayor incidencia potencial sobre la población en general o sobre grupos de población más sensibles.
- Información sobre la problemática y divulgación de la normativa y sus requisitos entre los agentes directamente implicados.
- Desarrollo de un plan para la formación del personal de mantenimiento y de las empresas de tratamiento de las instalaciones.
- Inspección y caracterización de las instalaciones de riesgo.

A la hora de establecer ese censo de instalaciones y establecimientos, las prioridades se centraron entre las que se indican a continuación:

- torres de refrigeración y equipos análogos;
- residencias de la tercera edad;
- hospitales y clínicas;
- balnearios;
- hoteles, campings,...;
- polideportivos;
- centros penitenciarios.

Tras la caracterización de la situación inicial de las instalaciones y establecimientos, en la posterior fase de seguimiento se ha incidido en la comprobación de la corrección de las deficiencias observadas, de forma que su funcionamiento no suponga un riesgo para la salud pública.

Al día de hoy, aunque todavía existen deficiencias por subsanar, los problemas pendientes (salvo en casos muy puntuales) no son de imposible o de muy difícil solución como para que no puedan ser corregidos de forma efectiva.

Algunas instalaciones (torres de refrigeración fundamentalmente) han sido cerradas por sus titulares a la vista de las nuevas exigencias y han sido sustituidas por otras que no conllevan riesgo de legionella, o lo tienen en menor grado por tratarse de instalaciones más modernas. La presión ejercida ha servido en este sentido para que se busquen alternativas con menor riesgo potencial en cuanto a la legionella se refiere. Otras instalaciones han tenido que sufrir adecuaciones importantes para adaptarse a las exigencias normativas y finalmente hay algunas que han tenido o tienen que renovarse en profundidad ya que se trata de instalaciones antiguas con graves problemas estructurales y de mantenimiento.

Las deficiencias estructurales observadas con más frecuencia son la ausencia de separadores de gota de alta eficiencia en el caso de torres de refrigeración, problemas estructurales en los acumuladores y dificultad para el cumplimiento de las temperaturas de operación en el caso de circuitos de agua caliente sanitaria.

Otras deficiencias detectadas en muchos casos son la ausencia de planes de mantenimiento con sus correspondientes registros escritos, así como la ausencia de la formación básica exigida al personal de mantenimiento de las instalaciones de riesgo.

A pesar de las incertidumbres todavía existentes (instalaciones con condiciones y mantenimiento aceptables, en principio, pero que presentan recuentos altos en legionella en sus controles analíticos; dudas en cuanto a la efectividad de determinados procedimientos y de los productos biocidas utilizados; falta de datos con respecto a nuevos sistemas de tratamiento que se están implantando;...) sí está claro que la actuación sobre aspectos estructurales, de mantenimiento y operación, así como sobre la formación del personal responsable del mantenimiento, inciden favorablemente en el funcionamiento de las instalaciones reduciendo el riesgo de proliferación y difusión de la legionella. Con esto se espera, por una parte, evitar la aparición de brotes (y en su caso la detección rápida de su origen disponiendo de un censo actualizado de las instalaciones y su georreferenciación) y, por otra, tratar de reducir las tasas de incidencia de la enfermedad.

En este sentido, las tareas de seguimiento que se están desarrollando actualmente inciden en la línea de garantizar el cumplimiento de las exigencias normativas comprobando la corrección efectiva de las deficiencias detectadas en las inspecciones anteriores.

En la CAPV, salvo algunos brotes puntuales aislados que se han producido, la práctica totalidad de los casos de legionelosis declarados se trata de casos aislados y en su mayoría no están asociados a instalaciones o establecimientos concretos. Probablemente algunos de los casos tengan un origen domiciliario pero por el momento no disponemos de datos suficientes como para hacer una estimación a este respecto. Las instalaciones interiores de viviendas caen fuera del ámbito de actuación del RD 865/2003, y en las actuaciones protocolizadas ante casos aislados no se incluye el muestreo en las mismas, a no ser que haya alguna razón o evidencia que apunte en esa dirección.

Finalmente señalar que a la vista de la situación, en cuanto a las actuaciones de seguimiento de las instalaciones de riesgo, se hace hincapié en las torres de refrigeración y equipos análogos, dado que éstos son los que potencialmente pueden tener una mayor incidencia sobre la población en general, y especialmente aquellos equipos ubicados en las cercanías de hospitales y residencias de la tercera edad por la mayor vulnerabilidad del personal que puede estar expuesto a las emisiones de aerosoles contaminados con legionella.

Referencias bibliográficas

1. Real Decreto 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis (BOE nº 171 de 18 de julio de 2003).
2. INFORME UNE 100030 IN: Guía para la prevención y control de la proliferación y diseminación de legionela en instalaciones. Septiembre 2005.
3. Guía práctica para el diseño del plan de autocontrol de Legionella. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. 2002.
4. Guías técnicas para la prevención de la legionelosis en instalaciones de riesgo (borradores). Ministerio de Sanidad y Consumo.
5. NTP 538 Legionelosis: medidas de prevención y control en instalaciones de suministro de agua (INSHT).

Koldo de la Fuente
Dirección de Salud Pública

Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrinometabólicas de la CAPV

Introducción

El programa de Programa de Cribado Neonatal de Enfermedades Endocrinometabólicas de la CAPV (programa de metabopatías) tiene como fin el diagnóstico precoz de la hiperfenilalaninemia y el hipotiroidismo congénito, mediante el screening poblacional de todos los bebés nacidos en la CAPV.

Organizativamente, el programa consta de 4 áreas base, situadas en los hospitales de Cruces, Basurto, Donostia y Txagorritxu. Cada área base tiene un coordinador neonatólogo y una secretaria de área base; mantienen una relación directa con la unidad central del programa, el Laboratorio Normativo de Salud Pública de Bilbao, que es quien realiza las determinaciones analíticas correspondientes a las dos patologías arriba referidas.

El seguimiento de los casos detectados se realiza en las propias áreas base, de acuerdo con los protocolos establecidos. Los bebés nacidos en centros privados son coordinados por las áreas base de referencia.

Este informe presenta un resumen de las actividades efectuadas por el Programa durante el año 2005.

Resultados

De los 20.471 recién nacidos en 2005, se les realizó el cribado neonatal a 20.351. De los 120 restantes, 113 fueron recién nacidos muertos. En los 7 casos restantes no se realizó el cribado neonatal por voluntad de la familia.

Casos Detectados

Casos detectados de enfermedades

Tabla 1 endocrino-metabólicas en la CAPV

Enfermedad	Araba	Basurto	Cruces	Gipuzkoa	Número Total
Hipotiroidismo			2	3	5
Hipotiroidismo primario transitorio			1		1
Hipertirotropinemia transitoria	5	15	13	10	43
Hipotiroxinemia Prematuro	9	5	27	14	55
Hipotiroxinemia transitoria	—	15	13	9	37
Hipertiroxinemia transitoria	27	20	6	15	68
Hipotiroxinemia permanente			1	1	1
Hiperfenilalaninemia permanente	1	—	1	1	3
Hiperfenilalaninemia transitoria	5	21	5	19	50
Total	47	76	68	72	263

Tiempos de respuesta. Confirmación de resultados

En la tabla 2 se relaciona los días de vida de los niños en el momento de la detección inicial y en el de la confirmación, según el área base de procedencia.

Nacimientos

En el año 2005 se han producido un total de 20.471 nacimientos en la CAPV. Como se aprecia en el Gráfico 1, en Bizkaia han nacido 10.744 (52,48%); 7.173 en Gipuzkoa (35,04%) y 2.554 en Álava (12,48%).

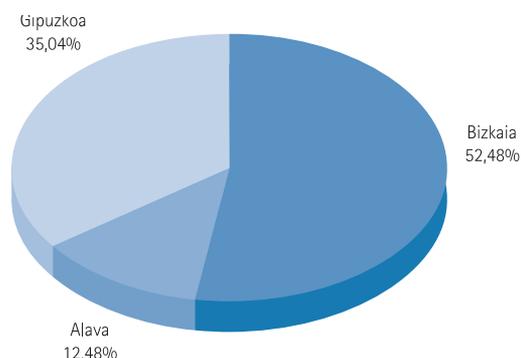
Ha habido 186 nacimientos más que en el año 2004, manteniéndose la tendencia alcista de los últimos años (Tabla 3).

Tiempos de respuesta en días de vida de los casos

Tabla 2 detectados por Áreas Base

	N.º casos	Área Base	Días de vida	
			Resultado 1.º	Confirmación
Hipotiroidismo	3	Gipuzkoa	5	10
			7	9
			7	12
	2	Cruces	5	11
			6	9
Hiperfenilalaninemia permanente	1	Álava	4	6
	1	Gipuzkoa	7	9
	1	Cruces	5	9

Gráfico 1 Nacimientos por Territorios Históricos en la CAPV



Evolución del número de nacimientos por Territorios

Tabla 3 Históricos en la CAPV. 2003, 2004 y 2005

Territorios	2003	2004	2005
Álava	2.431	2.539	2.554
Bizkaia	10.360	10.541	10.744
Gipuzkoa	7.145	7.205	7.173
CAPV	19.936	20.285	20.471

Centros de nacimiento

Distribución de recién nacidos en la CAPV

Tabla 4 por centros de nacimiento

Centro	N.º nacimientos	%
Hospitales Públicos		
Txagorritxu	2.540	
Basurto	2.404	
Cruces	6.541	
Donostia	4.574	
Alto Deba	515	
Antigua	764	
Mendaro	584	
Total	17.922	87,55
Clínicas Privadas	2.484	12,13
Domicilio	34	0,32
Otra Comunidad	28	
Extranjero	3	

Alimentación

Evolución tipo de alimentación.

Tabla 5 Años 2003, 2004 y 2005

Alimentación	2003	2004	2005
Natural (Lactancia materna exclusiva)	63%	68%	69%
Artificial	12%	11%	13%
Mixta (Lactancia materna mixta)	23%	19%	17%
Otros/No consta	3%	2%	1%

Peso

Proporción de recién nacidos según peso

Tabla 6 al nacimiento

Peso	Álava		Bizkaia		Gipuzkoa	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
< 1500 g	28	1,09%	112	1,04%	68	0,94%
1500-2500 g	179	7,01%	690	6,42%	406	5,66%
<2500 g. totales	207	8,10%	802	7,46%	474	6,61%
≥ 2500 g	2.347	91,90%	9.942	92,54%	6.699	93,39%
Total R.N.	2.554		10.744		7.173	

Semanas de gestación

Proporción de nacimientos por semanas

Tabla 7 de gestación

Semanas	N.º Nacimientos	%
< 28	56	0,27
28 - 32	200	0,98
33 - 36	1.223	5,97
<37 totales	1.479	7,22
37 - 42	18.946	92,55
> 42	11	0,05
No consta	35	0,17

Tipo de parto

Proporción de nacimientos según presentación

Tabla 8 y tipo de parto

Presentación	Número		%	
	N.º	%	N.º	%
Cefálica	19.431	94,92		
Podálica	869	4,24		
Transverso	86	0,42		
Otros	25	0,12		
No consta	60	0,29		
Total	20.471			

Tipo	Sector Público		Sector Privado	
	Número	%	Número	%
Vaginal	15.459	86,28	1.770	71,26
Abdominal	2.448	13,66	707	28,46
No consta	9	0,05	7	0,28
Total	17.916		2.484	

Se sigue manteniendo el mayor porcentaje de tipo de parto por vía abdominal en el sector privado (28,46%) frente al sector público (13,66%).

Edad de la madre

El mayor número de nacimientos (45,30 %) se produce entre madres del grupo de edad 30-34 años, seguido del de 35-39 años (26,59 %).

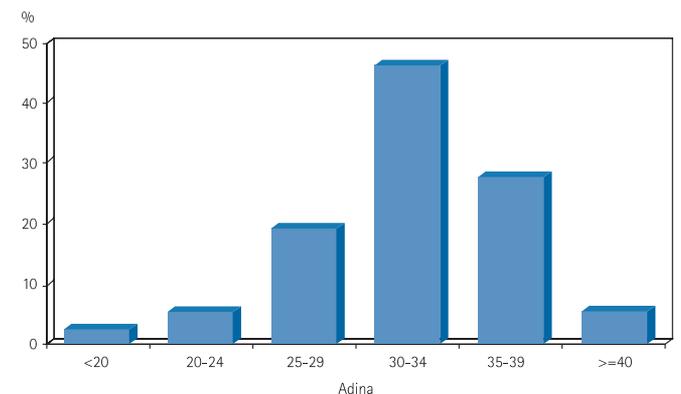
Nacimientos por grupo de edad de la madre

Tabla 9 en la CAPV

Edad	Total	%
≤ 14	3	0,01
15	14	0,06
16	23	0,11
17	36	0,17
18	60	0,29
19	95	0,46
20 - 24	892	4,35
25 - 29	3.730	18,22
30 - 34	9.275	45,30
35 - 39	5.444	26,59
≥ 40	861	4,21
No consta	38	0,18

Porcentaje de nacimientos según la edad

Gráfico 2 de la madre



Conclusiones

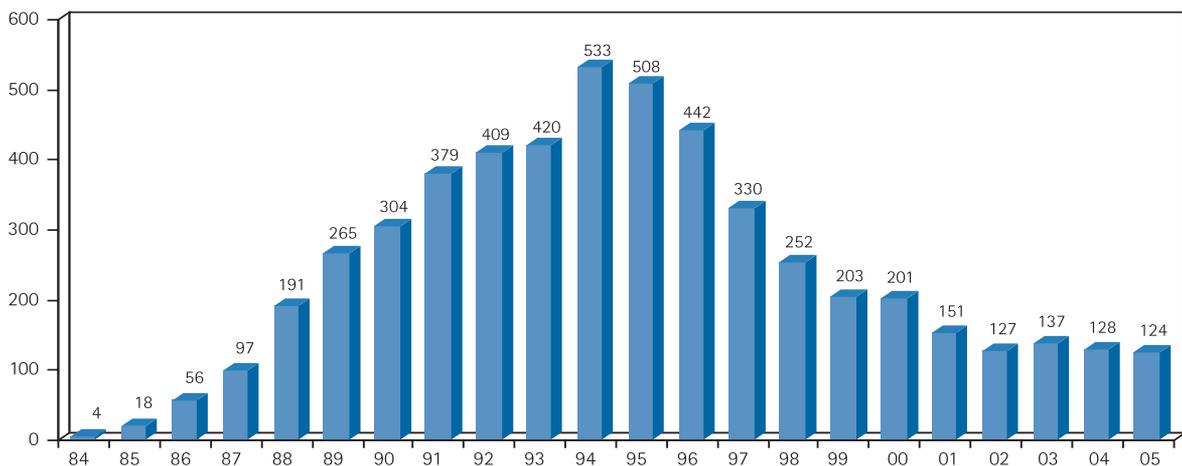
Según el protocolo establecido, la confirmación de un resultado positivo por parte de la unidad central del programa (Laboratorio Normativo de Salud Pública) supone una comunicación inmediata al coordinador del área base correspondiente, el cual instaura el tratamiento oportuno al bebé en ese mismo momento. Por ello, la fecha de la confirmación del resultado es la fecha de inicio del tratamiento (Tabla 2).

Este inicio precoz del tratamiento evita la lesión irreversible que la fenilalaninemia y el hipotiroidismo congénito producen a nivel neurológico central en las personas afectas por dichas enfermedades. Con ello también se evitan los innumerables trastornos personales y familiares, y los gastos originados como consecuencia de un diagnóstico tardío.

Mercedes Espada
Subdirección de Salud Pública de Bizkaia

Evolución de la epidemia de sida en la CAPV

Gráfico 1 Casos de sida por año de diagnóstico



Desde 1984 hasta 2005 se han diagnosticado en el País Vasco 5.279 casos de sida. El 76% son hombres y el 24% mujeres. El impacto mayor de la epidemia se produce entre los años 1991 y 1996, alcanzando en el año 1994 su pico más alto: 533 casos diagnosticados. A partir del año 1996 con la llegada de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA) se produce un descenso en el número de casos hasta llegar a los 127 del año 2002. Desde ese año se estabiliza la epidemia diagnosticándose alrededor de 130 casos anuales.

Por Territorio Histórico, el 59% de los casos se han diagnosticado en Bizkaia, el 27,7% en Gipuzkoa y el 13,3% en Araba.

En cuanto a la edad al diagnóstico, el 31,4% de las personas tienen entre 30 y 34 años, el 26% entre 25 y 29 años y el 17,5% entre 35 y 39. Los menores de 24 años representan el 8,7% y los mayores de 45 el 5,8%.

A lo largo de este tiempo, la práctica de riesgo más frecuente ha sido compartir jeringuillas para la inyección de drogas por vía parenteral, 72,9% (75% de los hombres y 66,2% de las mujeres). La transmisión por relaciones heterosexuales sin protección ha su-

puesto el 14,6% de los casos (11% de los hombres y 26,2% de las mujeres). La transmisión por relaciones homosexuales sin protección ha sido del 6,6% (8,7% de los hombres).

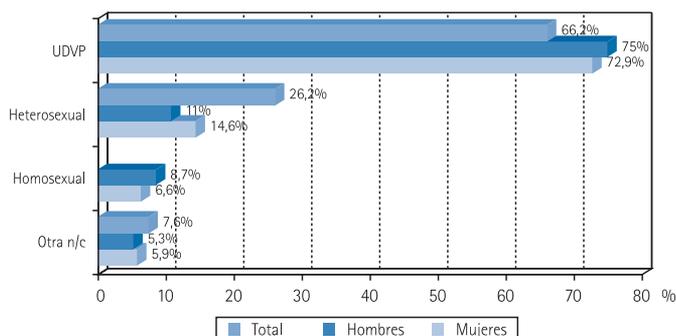
Desde el comienzo de la epidemia han fallecido 2.969 personas, el 56,2% del total de casos diagnosticados. Los años 1995 y 1996 fueron los que presentaron el mayor número de fallecidos con 400 y 416 personas respectivamente. A partir del año 1996 se inicia un descenso espectacular –184 casos en 1997– que se estabiliza desde 1998 (104) hasta 2003 (90). Este año se inicia otro descenso importante llegando en el año 2005 a la mitad del número de fallecidos (46) que en 2003.

En el año 1989 se notifica el primer caso de sida diagnosticado en la CAPV en una persona originaria de un país distinto a España. Desde entonces se han diagnosticado 139 personas extranjeras (99 hombres y 40 mujeres). Entre 1989 y 1998 estas personas constituyeron el 1,5% del total de casos notificados. En 1999 se produjo un aumento importante y los extranjeros diagnosticados supusieron el 3,4% del total. El incremento ha sido continuo desde ese año alcanzando en 2005 el 15,3%.

Las zonas de origen de estas personas diagnosticadas de sida en la CAPV son, por orden de frecuencia: países del resto de Europa occidental (34,6%), Latinoamérica (30,9%), África subsahariana (26,6%) y otras zonas (7,9%).

Casos de sida por práctica de riesgo.

Gráfico 2 (País Vasco: 1984-2005)

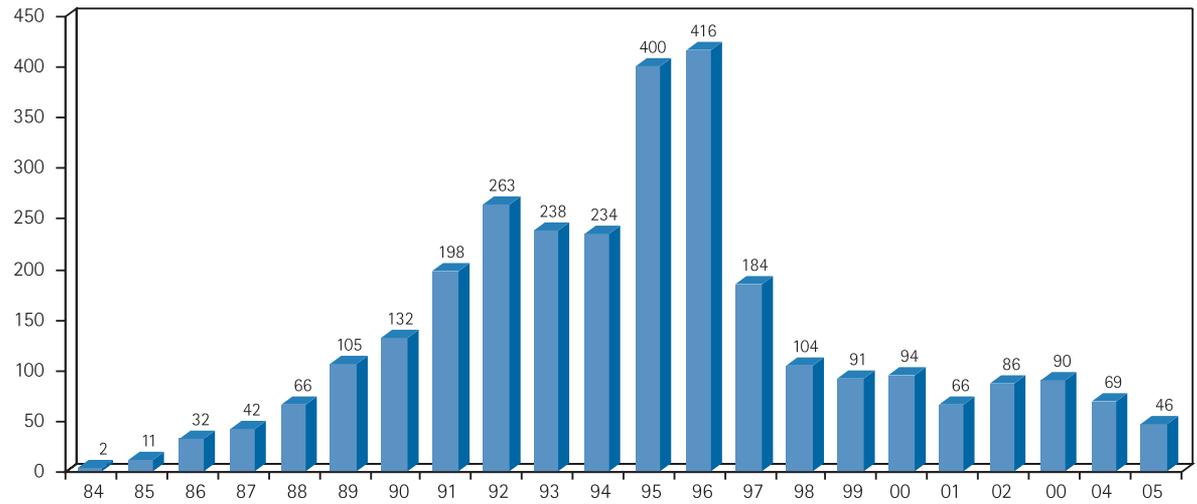


Sida en 2005

Desde hace años la forma de transmisión de la epidemia se está modificando. Si al comienzo era mayoritariamente por compartir jeringuillas, en la actualidad la transmisión sexual constituye la principal vía de transmisión. En el caso de las mujeres la transmisión heterosexual constituye el 63,9% de los nuevos casos de sida, habiendo desplazado claramente a la causada por compartir jeringuillas.

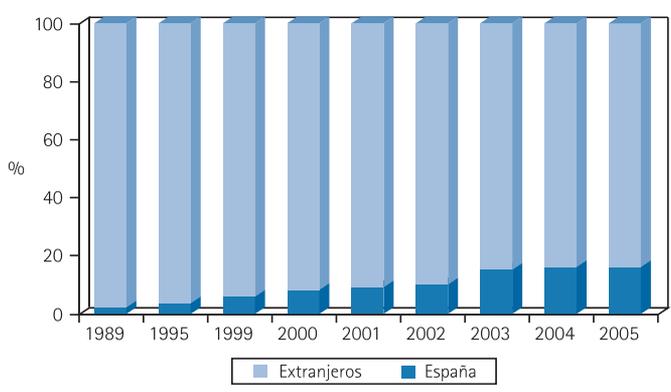
La Tuberculosis pulmonar y la Neumonía por «*Pneumocistis Carinii*» han sido las enfermedades diagnósticas indicadoras de sida más

Gráfico 3 Casos de sida fallecidos por año



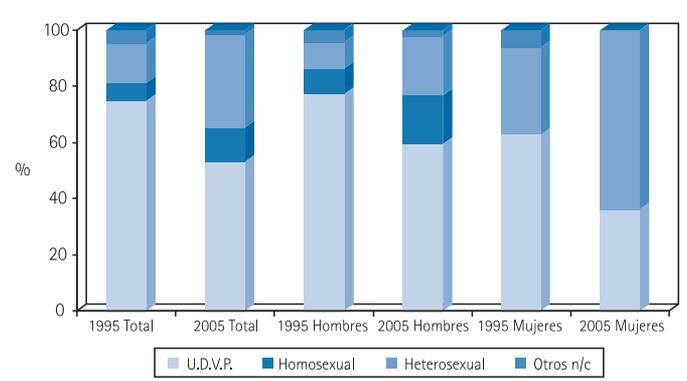
Evolución del número de extranjeros diagnosticados de sida sobre el total de casos

Gráfico 4 diagnosticados de sida sobre el total de casos



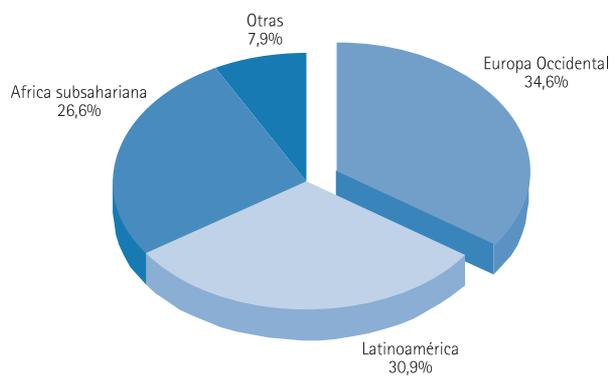
Práctica de riesgo.

Gráfico 6 Comparación 1995 con 2005



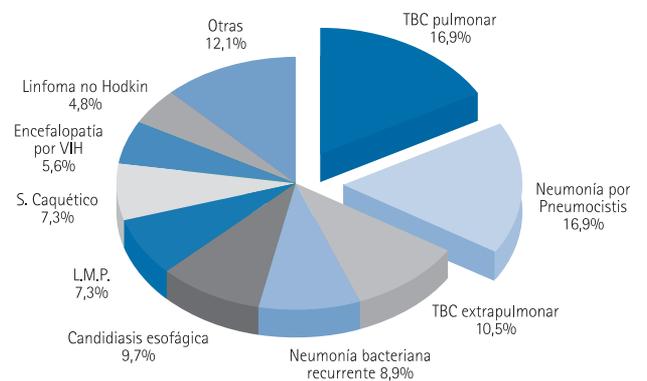
Zonas de origen de los extranjeros diagnosticados de sida

Gráfico 5 diagnosticados de sida



Principales diagnósticos de enfermedades indicativas de sida. Año 2005

Gráfico 7 indicativas de sida. Año 2005



frecuentes en nuestra Comunidad Autónoma. La Tuberculosis extrapulmonar es la tercera causa de diagnóstico de sida y después podemos destacar la Candidiasis esofágica, la Neumonía bacteriana recurrente y la Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva (LMP).

Conclusiones

- Desde la introducción de la terapia antirretroviral de alta eficacia en 1996, el número de pacientes diagnosticados de sida ha disminuido, habiéndose estabilizado en unos 125 casos por año en la actualidad.

- Desde 1996 hasta la actualidad, la mortalidad ha disminuido de forma espectacular (90%), habiendo pasado de 416 fallecidos en 1996 a 46 en 2005.
- Se observa un desplazamiento en la práctica de riesgo de adquisición del VIH de compartir jeringuillas a relaciones sexuales.

José Manuel Lorenzo, Arantxa Arrillaga y Daniel Zulaica
Plan del Sida. Donostia

Enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae* - implicación de la vacunación con la vacuna conjugada heptavalente

Resumen del Informe del Ministerio de Sanidad y Consumo. Abril 2006

La infección por *Streptococcus pneumoniae* (Sp) produce un amplio rango de patologías, desde enfermedades comunes del tracto respiratorio superior hasta formas graves de enfermedad invasora (EIN), como neumonía, meningitis o septicemia. Se han identificado 40 serogrupos de Sp que incluyen 90 serotipos diferentes, muchos de ellos con capacidad potencial para producir enfermedad invasora, si bien se estima que el 62% de enfermedad invasora está producida por los 10 serotipos más frecuentes.

En el año 2001 la Agencia Europea del Medicamento (EMA) autorizó la **vacuna conjugada heptavalente (PCV-7)** con indicación para niños menores de 2 años y en 2004 se amplió hasta los 5 años. La vacuna incluye los serotipos **18C, 4, 6B, 9V, 14, 19F, y 23F**. En España, la Comisión de Salud Pública, en su reunión de 21 de junio de 2001, recomendó la vacuna para inmunización activa contra las enfermedades invasoras (bacteriemia, sepsis, meningitis y neumonía bacteriémica) en niños entre 2 meses y 5 años que presentan enfermedades crónicas, en niños inmunocomprometidos con mayor riesgo de padecer enfermedad neumocócica o sus complicaciones y en niños con infección por VIH sintomáticos o asintomáticos.

Para estudiar el impacto que la introducción de la vacuna PCV-7 podría tener en la población infantil, en el año 2003 se realizó un estudio prospectivo en quince Comunidades Autónomas (CC.AA.) coordinado por el Instituto de Salud Carlos III y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Entre los hallazgos más relevantes del estudio podemos señalar:

- El descenso en la incidencia de la enfermedad registrada en otros países, de forma especial en Estados Unidos, no se observa en España, a pesar de la utilización de la vacuna PCV-7, probablemente debido a la diferente distribución de serotipos circulantes previa a la autorización de la vacuna, lo que obliga a tener un buen sistema de monitorización de la carga de enfermedad.

- La cobertura de vacunación infantil a nivel del estado español debe ser inferior al 50% en menores de 2 años, con al menos tres dosis, según estimaciones realizadas por diversas CC.AA., en ocasiones a partir de información procedente de la compañía farmacéutica.
- La meningitis neumocócica ha aumentado en los últimos años, según los diversos estudios realizados en algunas CC.AA.
- Disminuye el aislamiento de serotipos incluidos en la vacuna y simultáneamente aumenta el aislamiento de serotipos no vacunales.
- Los serotipos no vacunales aislados, tanto como causa de EIN como en el estado de portador asintomático, han aumentado desde la autorización de la vacuna PCV-7, aportando evidencias de que se está produciendo un reemplazo de determinados serotipos, fundamentalmente por el 19A, 6A y 1.
- Incremento en la incidencia y gravedad del empiema pleural en los últimos años, que puede estar causado por un aumento en la circulación de serotipos más virulentos de Sp. Esto requiere una vigilancia continuada de la enfermedad neumocócica y de los serotipos responsables
- Desde un punto de vista de salud pública, la introducción de ésta vacuna o de cualquier otra vacuna en el calendario de vacunación infantil tiene que tener presente, entre otros aspectos, la carga de enfermedad grave prevenible y los posibles cambios en la epidemiología de la enfermedad derivados de su uso masivo.

Por todo lo expuesto no se recomienda la incorporación de la vacuna PCV-7 en el calendario de vacunación infantil. Se recomienda mantener y reforzar la vacunación en los niños que pertenecen a alguno de los grupos de riesgo en los que dicha vacuna está recomendada y se recomienda seguir valorando las tendencias observadas en la enfermedad invasora neumocócica mediante una vigilancia continua de dicha enfermedad y de los serotipos responsables de la misma.

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
Javier García
Miguel Ángel García Calabuig
Mikel Basterretxea
Nerea Muniozguren
Enrique Peiró
Margarita Viciola
María Teresa Martínez

Edición:

Miguel Ángel García Calabuig
Fotocomposición IPAR, S. Coop.
Imprime: Grafo, S.A.
1.º Semestre.
Número 20/2006
ISSN: 1697-2430
Depósito Legal: BI-2874-98