

## 4. Enfermedades transmisibles

### Situación actual

En los últimos años el problema de las enfermedades transmisibles ha vuelto a recuperar parte de la importancia que tenía en la era pre-antibiótica. Los acontecimientos relacionados con las enfermedades infecciosas más notables de los últimos años han sido la reaparición de enfermedades que se creían en vías de extinción en los países más desarrollados (como es el caso de la tuberculosis), el aumento de la virulencia de algunos microorganismos (*E. coli* O157, enfermedad invasiva por el estreptococo del grupo B), la aparición de nuevas enfermedades (SIDA, nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob), y el incremento de la resistencia de algunos microorganismos a los antibióticos.

Por otro lado, el avance de los conocimientos científicos en el campo de la biología molecular, el mejor conocimiento de los ecosistemas y la epidemiología, el desarrollo de nuevas vacunas, y la amplia cobertura del programa vacunal infantil, plantean un futuro esperanzador en lo que se refiere a la eliminación o reducción de la gravedad o incidencia de muchas enfermedades.

Las enfermedades infecciosas, excluyendo el SIDA, ocupaban el décimo lugar entre las causas de mortalidad de la CAPV en el año 1998, con 281 defunciones y una tasa estandarizada de casi 10 muertes x 100.000 habitantes. Dentro de este grupo destacaban la septicemia, la tuberculosis y sus efectos tardíos, y la hepatitis. El SIDA provocó 99 defunciones en la CAPV en 1998, con una tasa global de mortalidad de 4,24 x 100.000 habitantes (7,18 en los varones).

### 4.1. Enfermedades prevenibles por vacunación

Las principales enfermedades que pueden considerarse en la actualidad como prevenibles mediante vacunación son la gripe, poliomielitis, difteria, tétanos, tosferina, enfermedad meningocócica por serogrupo C, hepatitis B, *Haemophilus Influenza*, sarampión, rubéola y parotiditis.

En la tabla 33 puede verse el número de casos declarados y la cobertura vacunal alcanzada en cada una de estas enfermedades, en la CAPV.

**Tabla 33. Número de casos y coberturas vacunales. CAPV, 1999**

|                                                     | Nº de casos* | Comentario                                    | Cobertura vacunal* (%) |
|-----------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|------------------------|
| Poliomielitis                                       | 0            | Último caso en 1985                           | 94                     |
| Difteria                                            | 0            | Último caso anterior a 1981                   |                        |
| Tétanos                                             | 2            | 21 casos en el periodo 90-99                  |                        |
| Tosferina                                           | 87           | 113 casos en el periodo 97-99                 | 93                     |
| <i>Haemophilus influenzae</i> (enfermedad invasiva) | -            | -                                             |                        |
| Meningitis C                                        |              | 175 casos en el periodo 96-99                 | 95                     |
| Hepatitis B                                         | 32           | 591 casos en el periodo 90-99                 |                        |
| Sarampión                                           | 3            | 16 casos en el periodo 97-99 (14 < 20 años)   | 91                     |
| Rubéola                                             | 7            | 23 casos en el periodo 97-99 (17 < 20 años)   |                        |
| Parotiditis                                         | 57           | 182 casos en el periodo 97-99 (144 < 20 años) |                        |
| Gripe                                               | 170.066      |                                               | 58                     |

\* Año 1999.

Fuente: Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad.

No se ha registrado ningún caso de poliomiélitis en la CAPV entre los años 1985 y 2000. No obstante, aún no se ha conseguido la erradicación de esta enfermedad, que es un objetivo de la Organización Mundial de la Salud y con el que la CAPV está comprometida.

La situación de la difteria es semejante. A pesar de no haberse registrado ningún caso en las últimas décadas, los brotes ocurridos en algunos países del Este de Europa y el aumento de los viajes internacionales hacen necesario mantener la vigilancia y los niveles de vacunación.

En el caso del tétanos no es posible plantearse como objetivo la erradicación de la enfermedad, debido a la amplia difusión del *Clostridium tetani* en el medio natural y a la ausencia de inmunidad de grupo. Sin embargo, de los 21 casos de tétanos declarados en el período 1990-99 ninguno fue menor de 25 años, lo que indica la efectividad del programa de vacunación infantil.

Entre los casos de tosferina del período 1997-99, el 95% eran menores de 15 años; la tasa más alta se observó en los menores de 1 año (59,08 x 100.000 niños menores de 1 año de la CAPV). Aunque no es posible evitar la circulación de la *Bordetella pertussis*, las altas coberturas de vacunación impedirán que se produzcan grandes brotes y las formas más graves de la enfermedad.

La introducción de la vacuna frente al *Haemophilus influenza* tipo b en 1996 ha reducido la incidencia de la enfermedad invasiva por *haemophilus* en menores de 5 años, pasando de 29 casos en 1993 a 2 casos en 1997. De forma similar, el aumento de casos de meningitis por meningococo del serogrupo C en los últimos años hizo necesaria una campaña extraordinaria de vacunación en 1997 y como consecuencia de la misma la incidencia se redujo de 68 casos en 1996 a 6 en 1999. En octubre de 2000 se ha incorporado al calendario vacunal de la CAPV la nueva vacuna conjugada frente al meningococo tipo C. Con respecto a los casos de meningitis por meningococo del serogrupo B del periodo 96-99, el 70% de los enfermos eran menores de 15 años de edad; a pesar del grave pronóstico de esta enfermedad no existe todavía una vacuna eficaz comercializada.

La vacunación de la Hepatitis B, que ya se llevaba a cabo en adolescentes de manera universal desde el curso escolar 1993-94, se introdujo en el calendario vacunal infantil de la CAPV a partir de los 2 meses de edad en enero de 2000. De cualquier forma, de los 591 casos registrados en el periodo 1990-99, ninguno correspondió a menores de 1 año de edad, y 49 casos tenían entre 1 y 19 años.

Con relación al sarampión, la Organización Mundial de la Salud ha iniciado un programa para su erradicación en Europa en los próximos años. Con este objetivo se realizó a partir de 2000 un cambio en el calendario vacunal infantil de la CAPV, con la recomendación de adelantar la administración rutinaria de la segunda dosis de la vacuna triple vírica, que se venía realizando a los 11 años, a los 4 años de edad. Asimismo, se realizó una campaña extraordinaria de vacunación en los centros escolares con la vacuna triple vírica a todos los niños y niñas entre 5 y 11 años de edad, con el fin de cubrir todas las edades.

La gripe es un problema de salud que tiene su mayor impacto en los grupos de población más vulnerables, como ancianos y enfermos crónicos, a los que produce una gran cantidad de complicaciones. Desde hace más de una década en la CAPV se vienen realizando campañas de vacunación en los grupos de riesgo. En 1999 la cobertura alcanzada fue del 58%.

## Objetivos

Se han planteado únicamente objetivos de resultado en salud. No se ha incluido ninguno relacionado con la gripe, dado que en esta enfermedad se deben plantear estrategias dirigidas a mejorar la cobertura vacunal.

|                                                     | Objetivo 2010                      | Situación actual* | Situación 2010                     | Fuente                                                                 |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Polio autóctona                                     | 0 casos                            | 0                 | 0 casos                            | EDO, Programa PFA. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad |
| Difteria                                            | 0 casos                            | 0                 | 0 casos                            | EDO, SIMCAPV. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad      |
| Tétanos                                             | 0 casos<br>(en menores de 35 años) | 0                 | 0 casos<br>(en menores de 35 años) | EDO, SIMCAPV. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad      |
| <i>Haemophilus influenzae</i> (enfermedad invasiva) | 0 casos<br>(en menores de 5 años)  | 1                 | 0 casos<br>(en menores de 5 años)  | EDO, SIMCAPV. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad      |
| Meningitis C                                        | 0 casos<br>(en menores de 15 años) | 6                 | 0 casos<br>(en menores de 15 años) | EDO, SIMCAPV. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad      |
| Hepatitis B                                         | 0 casos<br>(en menores de 1 año)   | 0                 | 0 casos<br>(en menores de 1 año)   | EDO, Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad               |
| Sarampión                                           | 0 casos autóctonos                 | 3                 | 0 casos autóctonos                 | EDO, Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad               |
| Rubéola                                             | 0 casos autóctonos                 | 7                 | 0 casos autóctonos                 | EDO, Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad               |
| Parotiditis                                         | 0 casos autóctonos                 | 57                | 0 casos autóctonos                 | EDO, Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad               |

\* Año 1999.

## Estrategias de intervención

### *Actuaciones a nivel individual*

1. La mejora de las coberturas vacunales puede conseguirse fomentando la vacunación en el control pediátrico del niño sano.
2. En los adultos debe promoverse la vacunación del tétanos mediante intervenciones en el ámbito de la atención primaria.
3. Se debe promover la vacunación frente a la hepatitis B entre los profesionales sanitarios.
4. Se deben potenciar las estrategias para realizar quimioprofilaxis frente al meningococo del serogrupo B en todos los casos que sean necesarios, puesto que no existe en la actualidad ninguna vacuna.
5. Se debe perseguir la declaración urgente y confirmación serológica del 100 % de los casos de sarampión, así como la investigación de todos los brotes y la vacunación de todos los contactos susceptibles, además de mantener altas tasas de cobertura con la vacuna triple vírica.

### *Actuaciones a nivel comunitario*

6. Con el fin de conseguir los objetivos planteados, será necesario proseguir con las actividades de vigilancia epidemiológica, que se consideran básicas para el control de este tipo de enfermedades.
7. De la misma forma, para mantener los niveles de vacunación por encima del 95% será necesario mejorar la accesibilidad a los centros de vacunación.
8. Para favorecer la adhesión a los programas de vacunación, se deben realizar campañas de información, por ejemplo a través de los medios de comunicación.
9. Se deben incorporar a los programas de vacunación aquellas nuevas vacunas que hayan demostrado su efectividad en nuestro medio.

### *Actuaciones intersectoriales*

10. Se debe fomentar la vacunación en los programas de salud escolar para mejorar las actuales coberturas de los programas de vacunación infantil.

### *Otras actuaciones*

11. Establecimiento de un registro nominal informatizado de vacunados. Las utilidades que se desprenden de un registro de esta naturaleza son numerosas: posibilita el aviso de fechas de vacunación, acceso a toda la historia vacunal, monitorizar la eficacia vacunal, etc.

## 4.2. Tuberculosis

Se trata de una patología con una incidencia superior en la CAPV que en los países de nuestro entorno. Sin embargo, a nivel del Estado ocupa una posición intermedia con respecto al resto de Comunidades Autónomas. En el período 1997-99 se registraron 2.184 casos, con un promedio de 728 casos por año y una tasa promedio de 34,74 x 100.000 habitantes.

## Objetivo

|                                                                           | Objetivo 2010    | Situación actual | Situación 2010 | Fuente                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Incidencia de TBC                                                         | Reducirla un 70% | 34,7*            | 10,4           | EDO, Registro de TBC. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad |
| Casos de tuberculosis miliar y meningitis tuberculosa en menores de 1 año | 0                | 0**              | 0              | EDO, Registro de TBC. Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad |

\* Tasa bruta x 100.000. Media trienal 1997-99.

\*\* Trienio 1997-99.

## Estrategias de intervención

### Actuaciones a nivel individual

1. Deben desarrollarse las actuaciones necesarias para asegurar el cumplimiento del tratamiento antituberculoso en el 90% de los pacientes.
2. Debe facilitarse el tratamiento supervisado de la TBC de las personas que por su condición así lo requieran.
3. Las personas con infecciones de TBC latente deben ser adecuadamente tratadas. Deben alcanzarse coberturas superiores al 70% para aumentar la efectividad de esta intervención.

### Actuaciones a nivel comunitario

4. Se debe lograr la vacunación con BCG del 95% ó más de los recién nacidos, no con el objetivo de reducir la incidencia global de la enfermedad, sino para evitar las formas más graves de tuberculosis en la infancia, como son la meningitis tuberculosa y la tuberculosis miliar. El buen funcionamiento del programa de tuberculosis podría modificar los criterios de vacunación en el futuro.

### Desigualdades

5. El previsible aumento de la población inmigrante requiere el planteamiento de nuevas estrategias de actuación ligadas a los problemas de salud que presentan estas personas. En el caso de la TBC, será necesario valorar, además de su estado general, su situación respecto a la infección tuberculosa mediante la realización de la prueba de Mantoux.

## 4.3. Infección nosocomial

En los países desarrollados las infecciones nosocomiales (IN) son uno de los grupos de infecciones más frecuentes, costosos y graves. El estudio EPINE (estudio de prevalencia de la infección nosocomial en España) de 1999 mostró que un 6,7% de los pacientes que ingresan en los hospitales de Osakidetza / Svs adquieren al menos una infección nosocomial durante su estancia, registrándose un total de 7,4 infecciones por cada 100 pacientes ingresados. Estas cifras son muy similares a las registradas en otros servicios de salud

que participaron en el estudio. Los estudios de incidencia de IN de los procesos quirúrgicos revelan, sin embargo, que las cifras registradas en nuestros centros son superiores a las publicadas por el NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance) de los Estados Unidos.

En el año 1990 la prevalencia de IN en los hospitales de Osakidetza / Svs era del 10,4% de los pacientes ingresados. No obstante, se constató entonces que aquellos centros cuyos planes de vigilancia, prevención y control estaban más desarrollados, tenían una menor de la incidencia de IN quirúrgica. Estos resultados coincidían con los obtenidos en otros trabajos internacionales, en los que las tasas de IN guardan una relación inversamente proporcional al grado de desarrollo de este tipo de planes.

## Objetivo

|                                                                                   | Objetivo 2010                           | Situación actual* | Situación 2010                          | Fuente                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------|------------------------|
| Proporción de pacientes que adquieren una infección nosocomial durante su ingreso | Deberá mantenerse por debajo del 6,5%** | 6,7               | Deberá mantenerse por debajo del 6,5%** | INOZ. Osakidetza / Svs |

\* Año 1999.

\*\* El desarrollo de las alternativas a la hospitalización y la disminución de las estancias medias hacen prever que los pacientes hospitalarios sean por término medio más complejos, lo que incluye una mayor probabilidad de adquisición de una infección nosocomial.

## Estrategias de intervención

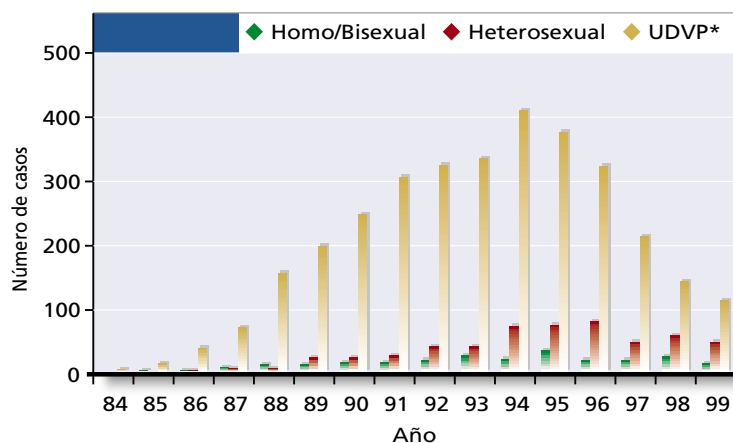
### Otras actuaciones

1. Implantación en todos los hospitales de planes de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial que incorporen los elementos recomendados por su eficacia y eficiencia en el control de la infección.
2. Acreditación de los planes de vigilancia, prevención y control de la infección nosocomial de todos los hospitales de la CAPV.

## 4.4. VIH-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual

Los casos de SIDA han disminuido progresivamente en la CAPV a lo largo de los últimos 5 años como consecuencia de los programas puestos en marcha desde mediados de los años 80, y de los avances en el tratamiento con fármacos antirretrovirales. El principal colectivo en el que aparecen nuevos casos de SIDA continua siendo el de los consumidores de drogas por vía parenteral (figura 32).

**Figura 32. Casos de SIDA según mecanismo de transmisión y años de diagnóstico. CAPV, 1984-1999**



\*Usuarios de Drogas por Vía Parenteral.

Fuente: Plan de Prevención y control del SIDA. Osakidetza / Svs.

Los nuevos tratamientos antirretrovirales han sido en gran medida responsables de la reducción de la mortalidad por SIDA: 13 de cada 100 personas con SIDA fallecían en 1995, frente a las 3 de cada 100 que murieron en 1999.

Existen posibilidades de que en los próximos años se desarrolle una vacuna para el Virus de la Inmuno-deficiencia Humana (VIH). Muy probablemente los fármacos antirretrovirales continuarán siendo eficaces, aunque algunos pacientes infectados continuarán falleciendo como consecuencia de infecciones coexistentes o por aparición de resistencias.

Con relación a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), es destacable que en los últimos años no se haya declarado ningún caso de sífilis congénita al sistema de información de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO).

## Objetivos

|                                                             | Objetivo 2010      | Situación actual*                                                                               | Situación 2010     | Fuente                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nuevos casos de sífilis congénita (casos en recién nacidos) | 0                  | 0                                                                                               | 0                  | EDO, Dirección de Salud Pública. Departamento de Sanidad                                            |
| Casos de recién nacidos con VIH +                           | 0                  | 1                                                                                               | 0                  | Registro SIDA. Osakidetza / Svs                                                                     |
| Nº de nuevos casos con VIH +                                | inferior a 100/año | Por el momento no se dispone de información que permita conocer la situación de este indicador. | inferior a 100/año | El desarrollo de las actuaciones propuestas permitirá la evaluación de la consecución del objetivo. |
| Nº de nuevos casos de SIDA                                  | inferior a 100/año | 186                                                                                             | inferior a 100/año | Registro SIDA. Osakidetza / Svs                                                                     |
| Mortalidad por SIDA                                         | < 50 casos/año     | 91                                                                                              | < 50 casos/año     | Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad  |

\* Año 1999.

## Estrategias de intervención

Las estrategias de actuación van dirigidas a prevenir la transmisión del VIH y mejorar la supervivencia y calidad de vida de las personas seropositivas.

Las estrategias planteadas en el área del VIH-SIDA permiten igualmente la prevención de otras ETS.

### Actuaciones a nivel individual

1. Se deben desarrollar estrategias para mejorar la adherencia por parte de los pacientes al tratamiento anti-retroviral, para reducir la aparición de resistencias a estos fármacos.

### Actuaciones a nivel comunitario

2. Es importante poner en marcha centros de baja exigencia (centros en los que no se exige el abandono total de la dependencia para recibir ciertos servicios socio-sanitarios) para el colectivo de toxicómanos marginales, cuyas necesidades no están cubiertas por los dispositivos existentes en la actualidad. Previamente son necesarios estudios piloto de las posibles nuevas alternativas.
3. Se requiere desarrollar un programa de educación afectivo-sexual en la enseñanza primaria y secundaria.
4. Debe implementarse el Programa de Intercambio de Jeringuillas en todos los centros penitenciarios del País Vasco, dentro de los programas de baja exigencia.

### *Otras actuaciones*

5. Establecer de un sistema de vigilancia de las infecciones por VIH. En el momento actual la evaluación de la epidemia de VIH/SIDA se realiza a través de los casos nuevos de SIDA, lo que nos da una información sesgada que impide conocer, por ejemplo, cuántas personas se están infectando por el VIH y a través de qué vías.
6. Debe intentar desarrollarse un sistema de información que permitiera la monitorización de las enfermedades de transmisión sexual.
7. Se deben monitorizar los comportamientos sexuales de la población en general y de los diferentes colectivos en particular (adolescentes, varones homosexuales, etc.), mediante la realización de estudios sobre hábitos sexuales que permitan comparaciones posteriores.

### *Desigualdades*

8. Es necesario desarrollar los dispositivos adecuados para la mejora de la supervivencia del colectivo de pacientes con SIDA que debido a la interacción de problemas sociales no se adhieren al tratamiento y seguimiento médico.
9. Se deben promover programas de prevención del VIH dirigidos a inmigrantes dado que, como consecuencia de la marginalidad social a la que se encuentra sometido parte de este colectivo, realiza prácticas de elevado riesgo de transmisión de este virus.

## **5. Grupos de actuación especial**

En este capítulo se abordan las actuaciones que son necesarias llevar a cabo para satisfacer los problemas de salud específicos de ciertos colectivos que por diferentes motivos precisan una atención especial: infancia, juventud, tercera edad y mujeres.

### **5.1. Inicio de la vida**

#### **Situación actual**

El nivel de salud durante las primeras etapas de la vida guarda una estrecha relación con la salud durante la vida adulta. Por ello es necesario actuar de manera decidida para garantizar la mejor salud posible de todos los niños de la CAPV, y evitar las inequidades.

La tasa de mortalidad infantil (ver capítulo “Situación actual”) ha ido descendiendo paulatinamente durante las últimas dos décadas; en 1998 esta tasa fue de 6,1 x 1.000 nacidos vivos, siendo las afecciones perinatales las principales responsables de esta mortalidad.