

OBJETIVO 5

REDUCIR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Para el año 2000 no deberían existir casos no importados de poliomielitis, difteria, tétanos neonatal, sarampión, parotiditis y rubéola congénita en la región, y debería existir una reducción constante de la incidencia y de las consecuencias negativas de las otras enfermedades infecciosas, especialmente de la infección por VIH.

J. Ferrán Martínez Navarro

Área de Vigilancia en Salud Pública. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

Dionisio Herrera Guibert

Programa de Epidemiología Aplicada de Campo. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III

1. INTRODUCCIÓN

La valoración de la reducción de las enfermedades transmisibles en España y, en última instancia, el cumplimiento por los Estados del objetivo fijado por la OMS de Salud Para Todos en el año 2000, es nuestro propósito. La formulación de la política sanitaria en España se realiza por consenso entre el Ministerio y las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas, a través del Consejo Interterritorial y de sus órganos consultores, como la Comisión de Salud Pública y sus ponencias especializadas, entre otras las de vigilancia epidemiológica, vacunaciones y promoción de la salud. Mediante este procedimiento se busca armonizar, entre otras actividades, las diferentes actuaciones en la vigilancia y control de las enfermedades transmisibles.

Así, durante estos últimos años se han realizado una serie de actividades de política sanitaria orientadas a la adecuación del sistema de vigilancia, con la creación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, aprobada a finales del año 1996, y que supone su adaptación a la estructura política y administrativa del Estado. Igualmente, se han realizado actividades orientadas a la mejora de la práctica de la vigilancia y a la capacidad de intervención de la administración sanitaria. Por otra parte, el núcleo central de los programas de intervención para el control de las enfermedades transmisibles se concentra en los Programas de Vacunación, la Vigilancia de la Calidad de las Aguas de Consumo, Higiene de los Alimentos, especialmente la adopción de medidas orientadas al control de las infecciones e intoxicaciones alimentarias. Por último, la Unión Europea ha puesto en marcha la Red Europea de Vigilancia Epidemiológica y los programas específicos de control de algunas enfermedades infecciosas como legionelosis, salmonelosis, brucelosis, etc. Todo ello ha contribuido a fortalecer nuestros servicios e, incluso como en la brucelosis, a disponer de fondos para contribuir al saneamiento del ganado y, en consecuencia, controlar la infección en humanos.

No existe, sin embargo, una formulación de política de intervención que se plantee de forma explícita los objetivos de salud para todos en el año 2000 (1). Sus diferentes objetivos forman parte de las diferentes actividades formuladas por los gobiernos autónomos, y por el propio Ministerio, y armonizadas en el Consejo Interterritorial. Por ello, consideramos necesario un análisis global de las enfermedades transmisibles, con alusiones a los diferentes objetivos relacionados con ellas. Fundamentalmente nos referimos a los Objetivos 4, 5, 20 y 24, ya sea de manera total (Objetivo 5), ya de manera parcial (indicador 4.4 del Objetivo 4) o relacionada (objetivos 20 y 22). Nuestro propósito será, por tanto, valorar el grado de cumplimiento de los objetivos, previa evaluación de la calidad de la información.

Esta información ha sido proporcionada por el sistema básico de vigilancia epidemiológica (enfermedades de declaración obligatoria), por el estudio de brotes y los estudios de evaluación del sistema de vigilancia, realizados por el Centro Nacional de Epidemiología, a través del Programa de Epidemiología Aplicada de Campo.

La evaluación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica ha permitido identificar variaciones respecto a la sensibilidad, valor predictivo positivo, cobertura y oportunidad en la intervención (Cuadro

1), no sólo para las diferentes enfermedades sino también para la misma enfermedad en diferentes territorios. Las principales características de la Red son:

1. Sensibilidad: se aprecia una variabilidad respecto a las enfermedades que no excluye la variabilidad geográfica. Así tenemos: tuberculosis, entre el 50 al 60%; brucelosis, entre el 60 y el 70%; y entre el 80 - 90% en el caso de la enfermedad meningocócica.
2. Valor predictivo positivo: a pesar de que la declaración de las enfermedades es, por sospecha clínica, el valor predictivo positivo, en general es superior al 85%, y en muchas enfermedades del 95%, lo que indica que en la práctica la declaración se hace con diagnóstico confirmado.
3. Cobertura: el subsistema básico de vigilancia (antiguo EDO) tiene una cobertura de entre el 60 y el 70% de la población. Combinado con la búsqueda activa en laboratorios microbiológicos llegaría al 90%.

La evolución general de las enfermedades transmisibles presenta, en conjunto, la consolidación de la tendencia general decreciente, si bien se aprecian movimientos cíclicos multianuales y estacionales en algunas enfermedades, como la enfermedad meningocócica o la aparición de enfermedades emergentes, cuya importancia epidemiológica deberá de valorarse. En función a los indicadores SPT-2000 existentes, la situación (Cuadro 2) es, en conjunto, satisfactoria. Así tenemos:

1. Enfermedades Inmunoprevenibles. Destacan los 0 casos de la poliomielitis, actualmente en fase de erradicación, y de la difteria; así como la tasa del sarampión próxima a 1 por 100.000 habitantes próxima al objetivo marcado para esta enfermedad cuya eliminación se quiere conseguir para el año 2007. Respecto al tétanos, no se han notificado casos de tétanos neonatal ni infantil, siendo todos ellos en personas adultas. Por último, solo se ha declarado 1 caso de rubéola congénita correspondiente al año 1997.

Los programas de vacunación en población se iniciaron en España en 1963 con la Campaña contra la Poliomielitis¹ Posteriormente se introdujeron las otras vacunas que componen el actual Calendario de Vacunaciones: 1965, la triple bacteriana (difteria, tétanos y tos ferina); 1979, la rubéola a niñas de 11 años; 1985, la triple vírica (sarampión², rubéola y parotiditis); y en 1998 la vacuna contra el *haemophilus influenzae B*³. Actualmente, los programas de vacunación están asumidos culturalmente por la población, lo que junto al carácter universal de nuestro sistema sanitario y su accesibilidad, son las razones principales de su elevada cobertura (94% en 1998) superándose el umbral inmunitario de la población.

Las diferencias geográficas en la incidencia de estas enfermedades no son muy importantes debido a la elevada cobertura de los programas de vacunación, muy similares en todo el país excepto en Canarias⁴ y Baleares⁵ donde éstas son más bajas. Sin embargo, no se observan cambios espaciales. Así tenemos que si comparamos el riesgo atribuible poblacional⁶ (2) en dos quinquenios diferentes: 1986-90 y 1994-98 (Cuadros 3 y 4), el primero justo al año siguiente de la introducción de la vacuna triple vírica y el otro el período final de nuestro estudio, encontramos que son las mismas comunidades autónomas las que presentan el mayor riesgo: Andalucía, Canarias, Castilla la Mancha y Madrid, mientras que el menor corresponde a Cantabria, Cataluña, Murcia, Navarra, País Vasco y La Rioja.

El estudio de los brotes epidémicos aparecidos en nuestro país corrobora las afirmaciones precedentes al observarse una mayor incidencia de la enfermedad en las cohortes prevacunales, unas eficacias vacunales que se corresponden con las observadas en la literatura internacional, un poco más bajas

¹ En el caso de la polio se introdujo, entre 1956 a 1959, la vacuna Salk, si bien con baja cobertura, retirándose por la aparición de complicaciones en los Estados Unidos de América, por lo que posteriormente en 1963 se vacunó con Sabin.

² La vacuna antisarampión se introdujo en el mercado español en 1966 pero problemas relacionados con su uso en el Reino Unido fueron la causa de su retirada en 1968. Ello retrasó su introducción hasta 1981, esta vez en el calendario de vacunación y asociada a la rubéola y la parotiditis.

³ El País Vasco fue el primero en introducir la vacuna HIB en el Calendario de Vacunación (1996). En diciembre de 1997 el Consejo Interterritorial aprobó su incorporación al calendario vacunal.

⁴ Se atribuye a problemas del sistema de información.

⁵ Se atribuye a la importancia de la vacunación privada.

⁶ Poco valorable en el caso del tétanos ya que los casos son en adultos de más de 50 años. 3. A las enfermedades de transmisión aérea (Infecciones respiratorias agudas

para la parotiditis y tos ferina, y un buen funcionamiento de las cadenas de frío, donde se ha hecho un esfuerzo considerable en los últimos años.

2. Respecto a la calidad de los alimentos y las aguas se observa una importante reducción de la fiebre tifoidea. La elevada cobertura del saneamiento urbano, con dotaciones para el total del Estado del 99,34 % de las viviendas con agua corriente, y del 97,16 % de retrete en las viviendas, consolida espacios urbanos de buena calidad respecto al saneamiento, determinando la disminución observada de la fiebre tifoidea, si bien se mantienen diferencias espaciales, de manera que el riesgo atribuible poblacional es más elevado en Andalucía, Castilla la Mancha, Extremadura, Murcia y La Rioja, que presentan, en conjunto, un mayor porcentaje de viviendas sin agua corriente que el resto de las comunidades autónomas (1,2% y 0,37 %, respectivamente).

En el caso de las toxiinfecciones alimentarias, no se aprecia una reducción significativa en el número de brotes, cuya media de brotes epidémicos notificados es de 915, para el período 1993-97, frente a los 944, del período 1986-90. El principal grupo etiológico son las salmonelosis, con más del 50% de los brotes, y los factores contribuyentes son los relacionados con los problemas de restauración de alimentos, en concreto la temperatura de conservación, concretamente su refrigeración, y, relacionado con ella, el largo periodo de tiempo entre la preparación y el consumo. Estos factores están indicando problemas relacionados con la gestión en la restauración de alimentos, con probables déficit en personal, espacios de almacenamiento, condiciones de conservación, etc., es decir, problemas estructurales, siendo menos importantes los de responsabilidad del manipulador.

3. A las enfermedades de transmisión aérea (infecciones respiratorias agudas⁷, gripe y neumonías⁸, además de la tuberculosis) les corresponden las tasas de incidencia más elevadas (excepto a la tuberculosis, que analizaremos más tarde). El primer grupo constituye un conjunto de enfermedades con gran diversidad etiológica —excepto la gripe— y limitada capacidad de control. Sólo la gripe presenta mayor interés debido a su gran importancia epidemiológica por la existencia de ciclos epidémicos y la posibilidad de disminuir sus efectos mediante intervenciones preventivas, especialmente la vacunación de grupos de riesgo. Sin embargo, durante los últimos años no se ha producido ningún cambio en la estructura antigénica del virus y, en consecuencia, ninguna situación epidémica.

La tuberculosis continúa siendo un problema importante, no sólo por su impacto en el sida, sino por el mantenimiento de la tendencia estable. Sin embargo, los estudios de evaluación de la vigilancia han estimado la sensibilidad del subsistema básico en el 50%, existiendo, por tanto, una importante subdeclaración. Por ello, en su valoración epidemiológica debemos de considerar tanto factores epidemiológicos, como son los grupos población afectada y su carácter marginado, su relación con el sida y la aparición de brotes epidémicos que afectan a adolescentes y adultos jóvenes, con exposiciones en institutos, colegios y, en general, en lugares de pública concurrencia. Las elevadas tasas que tenemos están indicando la necesidad de una acción coordinada de las administraciones sanitarias orientada a su control. Recientemente, se ha unido a ello la aparición de agregaciones de multirresistencias.

4. Respecto a las ETS sólo dos de ellas son de declaración obligatoria, la sífilis y la gonococia, si bien en 1997 se incorporó la sífilis congénita de la que se han declarado 5 casos en 1997 (Andalucía 2, Aragón, Extremadura y Galicia con un caso cada una) y otros 5 en 1998 (Andalucía 2, País Valenciano 2 y Murcia 1). Para el total de casos de ETS la incidencia es elevada en los primeros años de la serie analizada pero, como podemos apreciar, ambas tendencias son descendentes. Por comunidades autónomas, las incidencias más elevadas corresponden a Andalucía, Baleares, Canarias, Cataluña y Galicia, si bien estas dos últimas sólo para la gonococia.
5. La situación del sida⁹, cuya tasa de incidencia se estima en 9,2 casos nuevos por 100.000 habitantes, refleja muy claramente los cambios que se han producido en los últimos años en el control de la enfermedad, especialmente debido a los nuevos tratamientos antirretrovirales, cuyo impacto ha sido la disminución de su incidencia, de su letalidad y el lógico, aumento de la supervivencia. Otro de sus impactos ha sido la reducción en un 80% de la transmisión madre-hijo, observada durante los tres últimos años. Otras variaciones observadas es el incremento de la transmisión heterosexual no protegida, que se eleva al 21% de las transmisiones documentadas, mientras se mantiene la vía

⁷ Ha sido enfermedad de declaración obligatoria hasta 1996.

⁸ Ha sido enfermedad de declaración obligatoria hasta 1996.

⁹ Informe cerrado a fecha 30 de junio de 1999.

parenteral, por la administración parenteral de drogas. Respecto a la distribución geográfica se mantienen las tasas más elevadas en Madrid, Baleares y País Vasco.

La patología indicativa de sida más frecuente, para el periodo 1994 -99, es neumonía por pneumocystis carinii (20,3%), tuberculosis pulmonar (20,1%), tuberculosis diseminada o extrapulmonar (19,5%), candidiasis esofágica (14,0%) y síndrome caquético por VIH (10,3%).

2. OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Si bien no están incluidos entre los indicadores de SPT-2000, consideramos que la evolución de algunas enfermedades transmisibles, como la enfermedad meningocócica y la brucelosis deben ser consideradas en este estudio. En el primer caso —la enfermedad meningocócica— la importancia viene dada por la gravedad de la enfermedad, que es una de las principales causas de mortalidad en menores de 24 años, y por su carácter epidémico, con un claro componente cíclico. En este sentido, la aparición de un cambio de serotipo, al pasar del B al C, y en concreto de un subgrupo C:2b:P1.5 significó la aparición de una onda epidémica que obligó a una vacunación masiva en casi todas las CCAA, cuya evaluación aportará información sobre la intervención de enorme importancia.

Respecto a la brucelosis se aprecia, desde 1989, la disminución de su incidencia, que ha roto el carácter cíclico multianual típico de la enfermedad. Su disminución estaría relacionada con la financiación por parte de la Unión Europea del saneamiento del ganado ovino y caprino, principales responsables de la enfermedad en humanos. Sin embargo, la información disponible no permite evaluar de manera más fehaciente esta hipótesis. Asimismo, otros factores, como son la mejora higiénica de la industria de la alimentación, especialmente de las industrias lácteas, de su comercialización y el control de los productos de fabricación artesanal —clásicamente relacionados con la enfermedad— deberían ser evaluados, junto a los programas de saneamiento del ganado, para poder establecer su impacto en la reducción de la incidencia.

Sin embargo, el hecho más importante relacionado con la enfermedad infecciosa lo constituye el incremento de la mortalidad (3 y 4) observado entre 1980 a 1994. En efecto, en el trienio 1980-82, la tasa de mortalidad infecciosa por 100.000 habitantes fue de 40,3; en el período 1992-94 fue de 41,5. Este incremento ha sido debido al impacto del sida, que es la primera causa de mortalidad para los grupos de edad entre 5 y 54 años. Igualmente se aprecian cambios en la patología responsable de la mortalidad: en 1980-82, la neumonía (tasa 23,2 por 100.000 habitantes), la tuberculosis (3,8) y la gripe (3,3) eran las 3 primeras causas, y en 1992-94 lo eran las alteraciones de la neumonía (17,1), las alteraciones de la inmunidad (10,4) y la septicemia (5,9). Las defunciones por enfermedades inmunoprevenibles tuvieron una media anual al final del periodo de 18 defunciones, de las que el 70% correspondieron al tétanos y el 17% al sarampión. Lo más significativo —si bien desde un punto de vista cualitativo— es el incremento de la mortalidad infecciosa relacionada con la inmunodepresión producida no sólo por el virus de la inmunodeficiencia humana sino también por las enfermedades crónicas, los tratamientos inmunosupresores y por el envejecimiento.

3. CONCLUSIONES

En general se aprecia un cumplimiento de los objetivos de Salud Para Todos en el año 2000, si bien todavía se han producidos casos de sífilis congénita y de rubéola congénita.

Si bien las diferencias espaciales de la incidencia de la enfermedad son pequeñas, éstas se mantienen en los mismos territorios.

En términos de morbilidad se aprecia:

1. Una disminución de la patología infecciosa transmisible clásica. Esta disminución es muy acusada en las enfermedades inmunoprevenibles, las de transmisión hídrica y las zoonosis.
2. El mantenimiento de una tendencia estable para las enfermedades de transmisión aérea y alimentaria.

En términos de mortalidad se aprecia:

1. Un incremento de la mortalidad debido al impacto del sida.
2. La aparición de patología emergente relacionada con las situaciones de inmunodepresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Segunda evaluación en España del Programa Regional Europeo Salud para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
2. Nieto García FJ, Peruga Urrea A. Riesgo Atribuible: sus formas, usos e interpretaciones. Gaceta Sanitaria 1990;18(4):112-7.
3. Vigilancia del sida en España.
4. Martínez de Aragón MV, Llácer A, Martínez Navarro JF. Mortalidad por enfermedades infecciosas en España 1980-95 (I). Bol Epidem Sem 1998;6(18):165-72.
5. Martínez de Aragón MV, Llácer A, Martínez Navarro JF. Mortalidad por enfermedades infecciosas en España 1980-95 (II). Bol Epidem Sem 1998;6(18):165-72.