

SUMARIO

Actuación ante un caso de agresión animal	1
Infección por VIH en Navarra, 2009	4
Situación de las E.D.O. en Navarra. Semanas 14 a 26 de 2010	8

ACTUACIÓN ANTE UN CASO DE AGRESIÓN ANIMAL

En este boletín, queremos revisar el protocolo de actuación ante agresiones animales (principalmente mordeduras), así como establecer los aspectos más importantes a la hora de valorar el tratamiento a aplicar en cada caso. La atención de los pacientes que han sufrido agresión animal puede realizarse generalmente en Atención Primaria, salvo cuando por la gravedad de las lesiones o porque el médico de salud pública indique la iniciación de la profilaxis antirrábica se justifique su derivación a urgencias del hospital.

Los aspectos más importantes a tener en cuenta son:

- Cura y tratamiento de la herida
- Valoración de profilaxis antitetánica
- Valoración de profilaxis antirrábica

1. Cura y tratamiento de la herida

Ante una mordedura se procederá a:

- Lavado con agua a chorro y jabón 5 min.
- Desinfección con alcohol 70° o Povidona yodada 10%.
- No suturar la herida.
- Profilaxis antimicrobiana (amoxicilina-clavulámico 875/125 cada 12h ó 500/125 cada 8 horas).

2. Valoración de Profilaxis Antitetánica

Toda mordedura tiene la consideración de herida tetanígena, por lo que es necesario considerar la profilaxis antitetánica. Para ello se tendrá en cuenta el antecedente de vacunación del paciente y se procederá a la administración de inmunoglobulina y/o vacuna, de acuerdo al esquema 1.

3. Valoración de Profilaxis Antirrábica

En España (península e islas) no existe rabia en animales salvajes terrestres desde 1978 (brote de Málaga). Las dos ciudades españolas situadas en el norte de África (Ceuta y Melilla) presentan casos de rabia en animales domésticos (perros y gatos), debido a la permeabilidad que existe en sus fronteras con Marruecos. En 1987 se diagnosticó el primer caso de rabia en murciélagos insectívoros y desde entonces se han notificado 7 casos en estos quirópteros.

Dada la escasa probabilidad de ser atacado por un animal rabioso, creemos que la profilaxis antirrábica no debe ser considerada como la primera opción en la mayoría de los casos, sino que es mucho más importante intentar recabar la mayor información posible del animal agresor, que ayude a su localización para mantenerlo en observación y poder comprobar

si está vacunado. Desde el primer momento es fundamental recabar información del propio agredido, de testigos y/o del dueño del animal (Anexo 1). Para la localización del animal se puede contar además con la colaboración de la policía local, de los servicios veterinarios municipales o del veterinario de la zona, así como la consulta en el registro canino. Los pasos a dar son los siguientes:

- Cumplimiento del **Parte de Agresión Animal**, en el que se tratarán de recoger todos los detalles del animal mordedor, y especialmente la identificación del dueño. Este parte se remitirá al veterinario de la Zona Básica de Salud.
- Notificación de la agresión a la Sección de vigilancia epidemiológica del Instituto de Salud Pública, donde se evaluará la indicación de la profilaxis postexposición. En horario laboral de 8:00 a 15:00 horas se llamará al teléfono 84823466, 848423646, 848421477. Los fines de semana, días festivos y días laborables fuera de este horario se llamará al 112 y preguntará por el médico de guardia de salud pública.
- Sólo en caso de que fuera necesaria la administración de la profilaxis postexposición, se derivará al paciente a Urgencias del Complejo Hospitalario de Pamplona. En este caso el hospital administrará la inmunoglobulina y la primera dosis de vacuna. La dosis siguientes serán solicitadas desde el Centro de Salud del paciente a la Sección de Enfermedades Transmisibles del Instituto de Salud Pública (Maite Arriazu: 848421481 ó Fátima Irisarri: 848423465).

Esquema 1. Pauta de actuación en la profilaxis antitetánica de heridas tetanígenas

Antecedentes de vacunación	Herida tetanígena ¹	
	Vacuna (Td)	IGT ^{a,b}
< 3 dosis o desconocida	SÍ (completar vacunación ¹)	SÍ
3 ó 4 dosis	NO (si hace más de 5 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO ²
5 ó más dosis	NO (si hace más de 10 años de la última dosis, valorar la administración de una única dosis adicional en función del tipo de herida)	NO ²

^a En caso de *inmunodeprimidos y usuarios de drogas por vía parenteral*, se administrará una dosis de inmunoglobulina independientemente del estado de vacunación.

^b *IGT: inmunoglobulina antitetánica*. Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en caso de quemaduras, fracturas o heridas infectadas, se administrará una dosis de 500 UI.

¹ Se administrarán el número de dosis necesarias, en función de las que conste en el historial del paciente hasta llegar a 5 dosis.

² Aquellas heridas tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas o que presente grandes zonas de tejido devitalizado (heridas de alto riesgo), recibirán una dosis de inmunoglobulina.

La necesidad o no de profilaxis postexposición se valorará de acuerdo a las tablas 1 a 3.

Tabla 1. Recomendaciones de profilaxis tras posible exposición al virus de la rabia.

ESPECIES	EVALUACIÓN Y DISPOSICIÓN DEL ANIMAL	PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN RECOMENDADA
Perro y gatos	Sano y disponible para 10 días de observación.	- Tratamiento local de la herida. - Ninguna, salvo que el animal desarrolle <u>signos clínicos de rabia</u> ¹ .
	- Rabioso o sospechoso de tener la enfermedad. - Se desconoce (escapó).	- Tratamiento local de la herida. - Profilaxis inmediata - Si procede de zona endémica, consultar a las autoridades sanitarias.
	Considerar al animal rabioso salvo que las pruebas de laboratorio den resultado negativo ² .	- Tratamiento local de la herida. - Profilaxis inmediata
Otros animales, roedores, conejos y liebres	Considerar la situación individualmente.	- Casi nunca se requiere profilaxis postexposición

1. Durante el período de observación del animal (10 días), se iniciará profilaxis postexposición ante el primer síntoma de enfermedad. Si el animal inicia síntomas deberá ser sacrificado inmediatamente y analizado
2. Si las pruebas de laboratorio hechas al animal son negativas se podrá interrumpir la administración de la vacuna

PARTE DE AGRESIÓN ANIMAL

1. DATOS RELATIVOS A LA PERSONA AGREDIDA

Nombre _____ Edad _____
Domicilio _____ Teléfono _____
Fecha de la agresión _____
Tipo de Agresión: Mordedura Laceración Arañazo
Otros (especificar) _____
Región anatómica lesionada: Cabeza/Cuello Manos/dedos Brazos Tronco
Pies/Pierna Otros (especificar) _____
La región lesionada estaba: Descubierta Cubierta
Carácter de la lesión: Leve Moderada Grave Múltiple
Observaciones: _____

2. DATOS DEL ANIMAL AGRESOR, PARA LA OBSERVACIÓN SANITARIA

Especie: _____ Raza: _____ Edad: _____ Sexo: _____
En caso de que sea un **Perro** ó un **Gato**:
Microchip: Sí No Ns/Nc
Vacunación contra la rabia: Sí No Ns/Nc
En caso afirmativo, Fecha de vacunación _____
¿Agredió a otras personas? Sí No Ns/Nc
¿Agredió a otros animales? Sí No Ns/Nc

3. DATOS DEL PROPIETARIO DEL ANIMAL AGRESOR

Propietario _____ Domicilio _____ Teléfono _____

Observaciones _____

Fecha _____ Persona que declara la agresión _____

SR. INSPECTOR VETERINARIO DE SALUD PÚBLICA. ZONA BASICA DE

Tabla 2. Profilaxis Postexposición¹ al virus de la rabia.

	Vacuna² (Vacuna Antirrábica Merieux®)	Inmunoglobulina humana (Imogam Rabia®)
Inmunizados	2 dosis de 1 ml. Vía: im. Días: 0 y 3.	No necesaria
No inmunizados	5 dosis de 1 ml. Vía: im. Días: 0, 3, 7, 14 y 28 ó 30. ó bien Nueva pauta ACIP 2010: 4 dosis de 1 ml. Vía im: Días: 0, 3, 7 y 14	- El primer día (día 0) y nunca después del día 8 - Dosis: 20 UI/Kg, por infiltración alrededor de la zona lesionada

¹ La vacunación previa contra la rabia no elimina la necesidad de profilaxis postexposición. Si el animal (perro) fuera conocido puede demorarse la vacunación hasta ver si el animal desarrolla rabia en los 10 días siguientes, o bien revisar su estado vacunal mediante lectura del chip.

² Indicada en embarazo y lactancia. Edad mínima de administración: 1 año

Tabla 3. Pautas de vacunación antirrábica aceptadas.

Pauta	Vía	Región	Dosis	Nº dosis	Días
Clásica (Essen)	Intramuscular	Deltoides ¹	1 ml	5	0, 3, 7, 14 y 28 ó 30
Im-abreviada (Zagreb)	Intramuscular	Deltoides ²	1 ml	4	0 ³ , 7 y 21

¹ En niños en la región anterolateral del muslo. Nunca en glúteos.

^{2,3} Dos dosis inicialmente, una en el brazo derecho y otra en el izquierdo.

INFECCIÓN POR EL VIH Y SIDA EN NAVARRA, 2009

Nuevas infecciones por el VIH

Desde la aparición del sida hasta diciembre de 2009 se habían diagnosticado 1834 infecciones por VIH en población residente en Navarra. En 2009 se ha roto la tendencia descendente en el número de nuevos diagnósticos de VIH, pasando de 29 diagnósticos en 2008 a 35 en 2009 (5.6 por 100.000 habitantes). El número de diagnósticos ha aumentado principalmente en mujeres, en los casos de transmisión sexual y en la población autóctona (Tabla 1).

En los últimos años han disminuido de forma acusada los nuevos diagnósticos de VIH en usuarios de drogas por vía parenteral, aunque no se ha logrado controlar totalmente la ocurrencia de nuevas infecciones asociadas a esta práctica. Los nuevos diagnósticos por transmisión sexual se mantienen relativamente estables desde la década de los 1990, y generan la mayoría de diagnósticos de VIH en los últimos años (Figura 1).

Entre las infecciones diagnosticadas en el período 2005–2009, un 58% se relacionaron con prácticas heterosexuales de riesgo, el 10% con uso de material no estéril para la inyección de drogas y el 21% con prácticas

homosexuales de riesgo (Figura 2). El 68% de los diagnósticos fueron en hombres, en los cuales predominó la transmisión heterosexual (44%), seguida por la debida a prácticas homosexuales (31%) y la relacionada con el uso compartido de material para la inyección de drogas (12%). Además, en un 13% no se pudo establecer el mecanismo probable de transmisión. Entre las mujeres el predominio de la transmisión heterosexual fue mucho más marcado (87%), y la transmisión asociada al consumo drogas inyectadas supuso el 6% (Figura 3).

Analizando en conjunto el último quinquenio, 2005–2009, el 47% de los diagnósticos de VIH en residentes en Navarra se realizaron en personas originarias de otros países, si bien, en 2009 este porcentaje descendió al 37% (Figura 4).

A pesar de los avances en la prevención, todavía se siguen produciendo infecciones por el VIH, por lo que se deben mantener todas las precauciones para evitar la transmisión. Los datos epidemiológicos indican que es la transmisión sexual donde actualmente hay más margen de mejora para la prevención de nuevas infecciones.

Figura 1. Nuevos diagnósticos de VIH anuales en Navarra según categoría de transmisión.

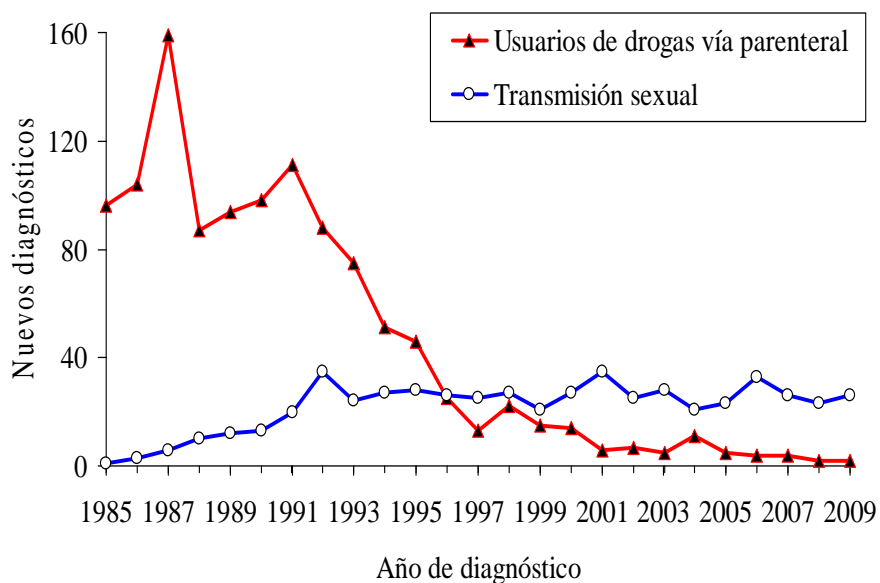


Tabla 1. Número y tasas por 100.000 habitantes de diagnósticos de VIH, de casos de sida y de muertes por sida en personas residentes en Navarra, 1985–2009

Año	Diagnósticos de VIH*		Diagnósticos de sida**		Muertes por sida**		Personas vivas con diagnóstico de VIH***	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1985	108	20.8	3	0.6	1	0.2	106	20.4
1986	110	21.2	4	0.8	1	0.2	212	40.8
1987	168	32.3	12	2.3	7	1.3	367	70.7
1988	104	20.0	23	4.4	6	1.2	455	87.6
1989	110	21.2	22	4.2	19	3.7	537	103.4
1990	116	22.3	44	8.5	23	4.4	619	119.2
1991	139	26.7	52	10.0	22	4.2	717	137.6
1992	132	25.3	64	12.2	30	5.7	800	153.1
1993	105	20.0	83	15.8	40	7.6	851	162.3
1994	88	16.7	93	17.7	57	10.8	866	164.5
1995	79	15.0	88	16.7	59	11.2	873	165.3
1996	58	11.0	72	13.6	65	12.3	847	159.9
1997	49	9.2	43	8.1	31	5.8	852	160.4
1998	62	11.6	43	8.1	15	2.8	888	166.6
1999	40	7.4	37	6.9	20	3.7	896	166.5
2000	45	8.3	27	5.0	12	2.2	911	167.5
2001	44	7.9	22	4.0	11	2.0	930	167.2
2002	36	6.3	31	5.4	14	2.5	933	163.8
2003	37	6.4	21	3.6	16	2.8	936	161.9
2004	37	6.3	22	3.8	12	2.1	946	161.8
2005	32	5.4	17	2.9	12	2.0	956	161.4
2006	37	6.1	17	2.8	12	2.0	974	161.8
2007	34	5.6	17	2.8	7	1.2	992	163.7
2008	29	4.7	20	3.2	15	2.4	993	160.1
2009	35	5.6	9	1.4	9	1.4	1012	160.6

*Fuente: Registro de VIH. **Fuente: Registro de sida. Se han considerado todas las defunciones declaradas en personas con diagnóstico de sida. ***Personas con diagnóstico de VIH que no constaban como fallecidas al final de cada año. Los datos de 2009 pueden sufrir algún cambio conforme se complete la información.

Figura 2. Distribución de las personas con diagnóstico de VIH en Navarra según categoría de transmisión.

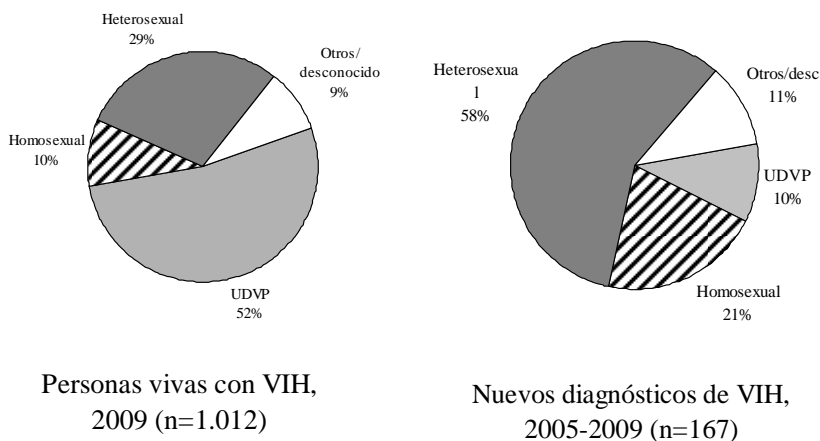
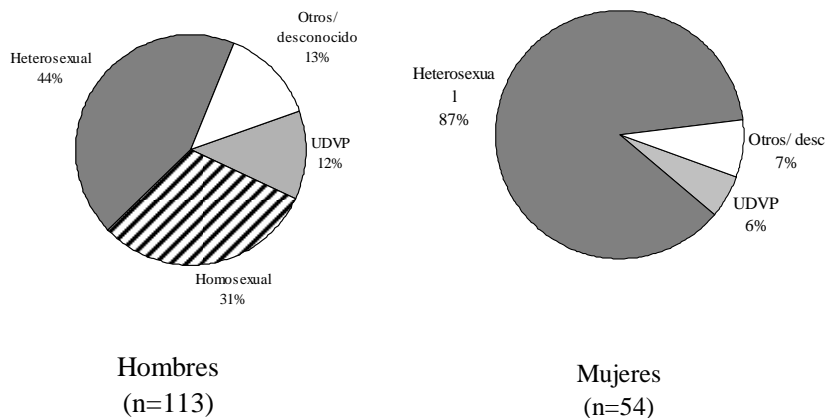


Figura 3. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según sexo y la categoría de transmisión del VIH. Navarra 2004-2008.



Personas que viven con la infección por VIH

Los tratamientos antiretrovirales combinados han mejorado considerablemente el pronóstico de la infección por el VIH. Las muertes por sida han disminuido y tienden a concentrarse en personas cuyo diagnóstico de la infección se realiza cuando ya han aparecido enfermedades oportunistas o en personas que no cumplen los tratamientos.

La mortalidad por causas distintas del sida va adquiriendo un peso creciente en las personas que viven con el VIH. Esta

mortalidad es elevada con respecto a la de la población no infectada de igual edad y sexo. Entre las principales causas de mortalidad, aparte del sida, están la intoxicación por drogas, la hepatopatía, algunos cánceres y la enfermedad cardiovascular. Esto lleva a recordar en la necesidad mayor de prevención de estos procesos que requieren las personas infectadas por el VIH.

Como resultado del balance de todo ello, el número de personas vivas con diagnóstico de VIH viene aumentando ligeramente en los últimos años. En Navarra, el número estimado de personas que a finales de 2009 vivían con

diagnóstico de infección por el VIH es de 1012. Las características de estas personas reflejan principalmente las de las personas que adquirieron esta infección años atrás. Su edad media ha ido aumentando progresivamente y predominan todavía aquellas que adquirieron la infección por uso compartido de material para la inyección de drogas, las cuales siguen suponiendo más de la mitad (Figura 2).

Las mejoras en el pronóstico de la infección por el VIH dependen de que se instaure a tiempo el tratamiento adecuado. Por este motivo resulta de especial importancia el diagnóstico temprano de la infección, especialmente en personas en las que las prácticas de riesgo pudieron ocurrir hace años, por lo que la sospecha de la infección no está presente actualmente.

Comparación con otras comunidades autónomas

El Centro Nacional de Epidemiología elabora un informe sobre los nuevos diagnósticos de VIH en las 12 comunidades autónomas que tienen un sistema consolidado de vigilancia (Aragón, Baleares, Canarias, Cataluña, Galicia, Extremadura, Navarra, País Vasco, La Rioja y Ceuta). El conjunto de todas estas comunidades presentó durante el periodo 2003–2008 tasas de incidencia de nuevos diagnósticos de 9,4; 9,1; 8,6; 9,2; 8,9 y 8,2

por 100.000 habitantes, respectivamente. Estas tasas fueron en todos los años superiores a las registradas en Navarra.

Entre 2004–2008 destaca que en Navarra el porcentaje de mujeres fue mayor, alcanzando el 31% de los diagnósticos, frente al 23% para el conjunto de las 12 comunidades.

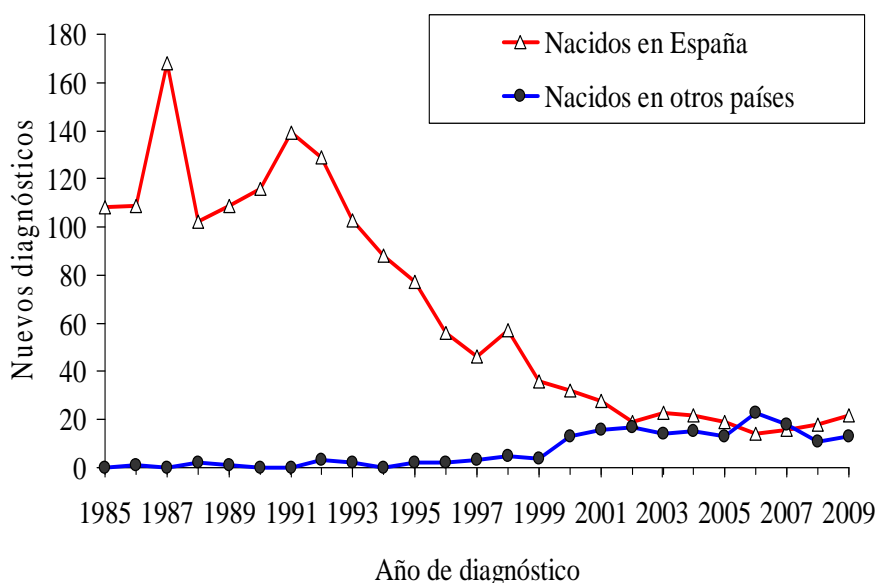
El patrón de distribución por categorías de transmisión también mostró algunas diferencias en Navarra. Mientras que en el conjunto de comunidades el 42% de los casos fueron atribuibles a transmisión heterosexual, el 39% ocurrieron entre hombres con prácticas homosexuales y el 9% en usuarios de drogas por vía parenteral, estos porcentajes en Navarra fueron del 60%, 18% y 15% respectivamente.

Al igual que ha ocurrido en Navarra, la tendencia de los nuevos diagnósticos de VIH en el conjunto de comunidades autónomas durante el periodo 2003–2008 fue descendente.

Referencia

Centro Nacional de Epidemiología. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA, Periodo 2003–2008. http://www.isciii.es/htdocs/pdf/nuevos_diagnosticos_ccaa.pdf

Figura 4. Nuevos diagnósticos de VIH anuales en Navarra según país de nacimiento.



SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (E.D.O.) EN NAVARRA. SEMANAS 14 A 26. PERIODO 2005-2010

ENFERMEDADES	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Enfermedades de Transmisión Alimentaria						
Botulismo	-	-	-	-	-	-
Cólera	-	-	-	-	-	-
Disentería Bacilar	-	1	5	2	3	-
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	-	-	1	-	-	1
Toxinfeción Alimentaria	84	36	31	26	51	26
Listeriosis*	-	-	3	1	5	2
Triquinosis	-	-	-	-	-	-
Enfermedades de Transmisión Respiratoria						
Enfermedad Meningocócica	2	5	7	5	3	1
Enf. Neumocócica invasiva*	-	-	8	13	19	19
E. invasiva H influenzae tipo b*	-	-	1	-	-	-
Gripe	605	730	191	250	293	220
Legionelosis	2	150	10	6	5	5
Tuberculosis Respiratoria	13	19	14	27	14	9
Otras Tuberculosis	5	3	4	5	4	6
Varicela	2.362	2.025	1.308	514	230	117
Enfermedades de Transmisión sexual						
Infección Gonocócica	5	7	11	7	5	6
Sífilis	6	12	5	3	9	10
Enfermedades Prevenibles por Inmunización						
Difteria	-	-	-	-	-	-
Parotiditis	4	26	433	65	18	19
Poliomielitis	-	-	-	-	-	-
Rubéola	2	-	-	-	-	-
Sarampión	-	-	-	-	-	-
Tétanos	-	-	-	-	-	-
Tos ferina	1	1	-	2	3	-
Hepatitis Víricas						
Hepatitis A	6	8	5	2	4	2
Hepatitis B	0	1	3	-	2	5
Otras Hepatitis	1	0	-	3	1	4
Zoonosis						
Brucelosis	1	1	1	-	-	-
Hidatidosis	2	7	2	4	-	-
Leishmaniasis	-	-	-	-	-	-
Rabia	-	-	-	-	-	-
Carbunco	-	-	-	-	-	-
Tularemia	-	-	-	-	-	-
Enfermedades Importadas						
Fiebre Amarilla	-	-	-	-	-	-
Fiebres hemorrágicas virales*	-	-	3	-	-	2
Paludismo	2	1	2	3	7	6
Peste	-	-	-	-	-	-
Tifus Exantemático	-	-	-	-	-	-

*Enfermedades vigiladas desde 2007