

COMPARCENCIA NÚM. 46 DEL EXCMO. SR. CONSEJERO DE SANIDAD, PARA INFORMAR SOBRE LA INCIDENCIA SANITARIA DE LA PLAGA DE TOPILOS EXISTENTE EN GRAN PARTE DE NUESTRA COMUNIDAD AUTONOMA

Señora Presidenta,

Señoras y Señores Procuradores.

Comparezco ante la Comisión de Sanidad de las Cortes de Castilla y León para informar a sus Señorías sobre la incidencia sanitaria de la plaga de topillos que ha sufrido gran parte de nuestra Comunidad Autónoma.

Pasare, por tanto, a relatarles las actuaciones llevadas a cabo, ante estas circunstancias, por la Junta de Castilla y León en materia de vigilancia e investigación epidemiológica y prevención de posibles riesgos sanitarios para la población en general y en particular para el ámbito profesional.

1. CONSIDERACIONES GENERALES

Como Sus Señorías conocen, el topillo campesino (*Microtus arvalis*) es un pequeño roedor herbívoro, cuya rápida tasa de reproducción, crecimiento y maduración puede facilitar, en

determinadas condiciones, la aparición de explosiones demográficas que pueden llegar a constituir verdaderas plagas formadas por millones de individuos.

El topillo puede formar parte de la cadena epidemiológica de diversas enfermedades, entre ellas la tularemia, si ha tenido un muy significativo incremento en su incidencia durante este verano.

La tularemia es una zoonosis endémica en Castilla y León, es la bacteria denominada *Francisella tularensis*, un microorganismo de baja resistencia a los desinfectantes comunes y a ciertos antibióticos de uso habitual.

El reservorio natural de la infección se encuentra fundamentalmente en pequeños mamíferos, incluyendo topillos, ratones, ratas de agua, ardillas, conejos y liebres, que adquieren la bacteria mediante picaduras de garrapatas, pulgas y mosquitos, o por contacto con entornos contaminados, hecho que varía en función del ecosistema y la especie.

Transmitida la enfermedad, su diagnóstico se confirma mediante:

- 1) Aislamiento de *Francisella tularensis* en una muestra clínica;
- 2) Detección de genoma de *Francisella tularensis* en una muestra clínica;
- 3) Seroconversión: multiplicación de los títulos de anticuerpos frente a *Francisella tularensis* entre dos muestras seriadas.

Esta última es la forma de diagnóstico más frecuente en nuestro medio, y habitualmente requiere el transcurso de dos semanas desde que se inicia la sospecha clínica.

2. DESCRIPCIÓN DEL BROTE DE TULAREMIA.

En el mes de junio de 2007, se notificó a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León la existencia de 9 casos clínicos etiquetados como “Fiebre de origen desconocido” procedentes de la Zona Básica de Salud de Paredes de Nava (Palencia).

Algunos casos con cuadros clínicos similares estaban siendo ya investigados en ese mismo momento en León. En Zamora se habían comenzado a declarar, por aquellas fechas, algunos casos de tularemia sin claro antecedente de exposición.

La investigación epidemiológica reveló que se trataba del inicio de un brote de tularemia cuya evolución ha sido la siguiente:

Hasta el momento se han confirmado 504 casos de tularemia, de los cuales corresponden 2 a Ávila, 30 a Burgos, 49 a León, 10 a Salamanca, 1 a Segovia, 9 a Soria; siendo las más afectadas Palencia con 276 , 69 a Zamora y 59 a Valladolid.

Casi el 81% de los afectados son hombres.

En cuanto a la edad, la mayoría de los casos, más de 88 %, son mayores de 35 años, con un rango de edad de entre 3 y 88 años. El grupo de edad con más afectados corresponde a los 50-54 años, con.

Y fue en el mes de julio cuando la mitad de los afectados inició los síntomas, descendiendo posteriormente.

La formas clínica más frecuentes de presentación de la enfermedad es la Forma Tifoídica (más de 59 % de los casos); seguida de la forma ulceroganglionar (14'5%) y la ganglionar (12'7%). La forma neumónica aparece en el 7'7% de los casos y la orofaringea en el 2'7%. En último lugar están la forma clínica intestinal, con un 1'8 % y con un 1'1 la forma clínica oculoganglionar.

Casi el 70% de los casos han sido tratados de forma ambulatoria o en consultas externas. La práctica totalidad ha presentado evolución favorable, con buena respuesta al tratamiento antibiótico prescrito. No se ha notificado ningún fallecimiento.

Tras el análisis de los antecedentes epidemiológicos, se deduce que en el 34,5 % de los casos los afectados son agricultores o tienen otra profesión con exposición medioambiental. El 24% refieren contacto con roedores, (ratones y/o topillos). Un 19'4 tuvieron contacto frecuente con animales vivos (perros, gatos) y manipularon cangrejos de río un porcentaje del 13%. Un 11 % tuvo picadura de garrapata, insecto u otros artrópodos.

Explicado en contexto, paso a referirme a continuación a las actuaciones llevadas a cabo desde la Consejería de Sanidad para hacer frente a estas circunstancias.

3. ACTUACIONES DESARROLLADAS Y PREVISTAS

Cabe decir en primer lugar que la gestión de este brote epidémico se ha llevado a cabo desde la colaboración entre diferentes entidades: Además de la Consejería de Sanidad, las Consejerías de Agricultura y Ganadería y Medio Ambiente; las entidades locales y el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de su Centro Nacional de Microbiología, como Laboratorio Central de apoyo al Sistema Nacional de Salud.

Por parte de la Consejería de Sanidad las actuaciones se pueden enmarcar en los siguientes ámbitos: Vigilancia e investigación epidemiológica, prevención en sus dos vertientes: prevención de posibles riesgos sanitarios y prevención de la enfermedad.

3. A. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Paso a detallarles a continuación las actuaciones llevadas a cabo en relación con la vigilancia epidemiológica.

La aparición en junio de las primeras sospechas de casos se puso en marcha de modo inmediato el procedimiento de alerta en la Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León.

Se trasladan instrucciones a los profesionales sanitarios para confirmar la existencia de un brote epidémico, a través de:

- 1) la alerta ante sospechas diagnósticas.
- 2) la búsqueda activa de petición de serologías frente a *Francisella tularensis*
- 3) la realización de encuestas epidemiológicas.

La tularemia es una enfermedad de notificación individualizada con datos epidemiológicos básicos. Sin embargo, los brotes epidémicos de cualquier etiología pasan a incluirse en la categoría de enfermedades de declaración urgente.

El 12 de julio se tuvo la confirmación de los primeros casos y se envía un *“Informe de declaración de la situación de tularemia en Castilla y León”* al Centro Nacional de Epidemiología, en el que además se incorporaban las referencias de todos aquellos otros casos, tanto confirmados como pendientes de confirmación que, con anterioridad a éstos o de manera simultánea, se estaban produciendo.

Así mismo, en el marco de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se procedió a comunicar la existencia y características del brote, a fecha de 15 de noviembre de 2007.

3. B INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Junto a las labores de vigilancia, no son de menor importancia las tareas de investigación epidemiológica, posibles gracias a la información proporcionada por la Red de Vigilancia Epidemiológica. Su fin no es otro que facilitar la prevención y control de futuros brotes, no ya en Castilla y León sino en cualquier otro territorio en el que pudieran producirse circunstancias similares o extrapolables.

A diferencia de los tradicionales brotes asociados a manipulación de liebres en los que predomina la forma clínica

ulcero-ganglionar (como fue el caso del brote de Castilla y León de 1997-1998), en el actual brote hay un predominio de formas clínicas tifoídicas y respiratorias, que se atribuyen a una vía de transmisión por inhalación de aerosoles naturales generados por corrientes de aire en el campo que contienen la bacteria, lo que llevaría a plantear como causa, en una primera hipótesis a los roedores.

Pero hay otras circunstancias que puede poner en duda esta hipótesis: los brotes de esta enfermedad en humanos deben ser consecuentes con brotes de tularemia en roedores, circunstancia que no ha sido en absoluto evidenciada durante la plaga de topillos de 2007 en Castilla y León.

Para aclarar las causas hemos puesto en marcha:

- Un estudio de análisis espacial, en el que se pretende comparar la distribución de la explosión demográfica del *Microtus arvalis* con la ubicación de casos de tularemia en humanos, empleando como motor tecnológico los Sistemas de Información Geográfica (SHIGEA)
- Un estudio epidemiológico observacional analítico de tipo “casos y controles” que pretende verificar una hipótesis de asociación entre ambas circunstancias para el brote ocurrido en Castilla y León durante 2007.

Está previsto disponer de los primeros resultados preliminares antes del verano de 2008.

También se está creando una seroteca con los sueros de los casos de tularemia notificados en 2007 que permitirá futuros estudios seroepidemiológicos.

Y se va a establecer una línea de trabajo con el Complejo Hospitalario de Palencia para establecer protocolos de investigación sobre susceptibilidad genética para la tularemia.

Junto a las tareas de vigilancia e investigación epidemiológicas, la Junta de Castilla y León ha llevado a cabo una muy importante tarea de prevención de posibles riesgos sanitarios.

3. C PREVENCIÓN DE POSIBLES RIESGOS SANITARIOS

La importancia de la prevención de posibles riesgos sanitarios es parte inherente a la gestión de la Salud Pública. Para ello se deben aplicar unos criterios técnicos acordes a un riesgo cierto asociado a un peligro y proporcional a dicho riesgo.

Por un lado se ha llevado a cabo Actuaciones en aguas de consumo humano.

Siendo la *Francisella tularensis* una bacteria muy sensible a cualquier método de desinfección, si ésta es adecuada se elimina cualquier tipo de riesgo. Al ser tarea responsabilidad municipal, se ha solicitado desde esta Consejería a los ayuntamientos que la obligatoria desinfección sea en extremo correcta.

En cuanto a las aguas de piscina:

Considerando que en este tipo de aguas se emplea el triple de cloro que en el agua de consumo humano, de nuevo hay que decir

que, con la adecuada desinfección el riesgo es absolutamente remoto. No obstante, también se ha procedido a intensificar la vigilancia de la desinfección en piscinas públicas a través de los Servicios Territoriales.

Tema aparte, e indirectamente relacionado, es el posible riesgo sanitario por el empleo de clorofacinona: declarada oficialmente la plaga de topillo, una de las actuaciones aprobadas fue el uso del producto fitosanitario denominado clorofacinona.

La escasa solubilidad del producto, su periodo de persistencia y degradabilidad en el ambiente y la época de intervención en la distribución del producto determinaba que el riesgo fuera mínimo.

La Consejería de Sanidad elaboró y divulgó una serie de recomendaciones dirigidas a todos los agentes implicados, así como a los titulares de cotos y a cazadores, aun cuando los riesgos eran mínimos.

No obstante se intensificaron los controles oficiales de los productos de caza destinados al consumo humano así como también se han llevado a cabo análisis para detectar la presencia de clorofacinona en aguas superficiales.

Se ha informado al Ministerio de Sanidad y Consumo. Mediante traslado a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, de la información sobre la evaluación del riesgo y planificación de actuaciones, sin que dicha Agencia haya realizado alegación alguna, ni recibido ninguna alerta alimentaria procedente de otras Comunidades Autónomas en relación con la clorofacinona.

3. D PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

En un segundo apartado dentro de la Prevención, deberíamos mencionar la Prevención de la Enfermedad.

En término epidemiológicos, al hablar de prevención de la enfermedad se habla de vacunas y de profilaxis.

Pues bien, para la prevención de la tularemia se desarrolló una vacuna viva atenuada que fue utilizada para inmunizar al personal de laboratorio que trabajaban con *F. tularensis*. Esta vacuna no está disponible en la actualidad y, además, confiere una protección incompleta, especialmente frente a la tularemia inhalatoria. Además, no está recomendada para su uso en la profilaxis post-exposición.

En cuanto a la profilaxis, sólo en el caso de una exposición conocida deliberada a *F. tularensis* se debe iniciar, lo más rápido posible, profilaxis antibiótica. El ciprofloxacino es el antibiótico de elección para la profilaxis cuando es una amenaza creíble de exposición a un agente biológico, que requiere una pauta larga, de 14 días de profilaxis.

Por tanto, y dado que los mecanismos habituales no son en este caso efectivos la tarea de prevención pasa necesariamente por la información, dirigida a dos ámbitos bien diferenciados: poblacional y profesional .

Los ciudadanos han tenido información sobre los riesgos de contagio de la tularemia y sobre los datos de incidencia de la enfermedad que se iban generando.

Confirmado el brote se distribuyeron cerca de 500.000 trípticos con información y consejos preventivos frente a esta enfermedad.

Estos consejos se han publicado, si mismo, en el Portal Web de Sanidad de la Junta de Castilla y León y se han elaborado periódicamente notas de prensa para hacer llegar a la población todos estos consejos.

Además, se ha proporcionado a los medios de comunicación los informes epidemiológicos que se elaboran cada semana, y se han puesto a disposición de todos los ciudadanos en la página web de la Junta de Castilla y León y en el portal web de Sanidad.

En el ámbito de la información dirigida a los profesionales, es decir, personas potencialmente expuestas a un incremento de riesgo en el desarrollo de la enfermedad en virtud de su desempeño laboral, se ha editado un documento técnico: *“Protección de los agricultores frente al riesgo de exposición a agentes biológicos, tóxicos, infecciosos o alergénicos y los deshechos biológicos”*, en el que se contemplan medidas de carácter general, medidas higiénicas y medidas específicas de protección individual dirigidas a este colectivo.

Por último, se ha considerado especialmente pertinente el impulso del reconocimiento médico-legal del riesgo de exposición de los trabajadores del campo ante el padecimiento de tularemia.

A este respecto cabe recordar que, de acuerdo con el reciente Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y

registro, la tularemia se contempla como enfermedad profesional, dentro del Anexo I referido a “enfermedades infecciosas o parasitarias transmitidas al hombre por los animales o por sus productos y cadáveres”, si bien su declaración debe basarse en el juicio clínico individual, paciente a paciente, a la vista de los antecedentes laborales de los enfermos y de la apreciación clínica sobre el modo y circunstancias de la transmisión de la enfermedad.

Por ello, se ha procedido a informar de esta circunstancia a todas las Gerencias de Atención Primaria, para facilitar el reconocimiento de la enfermedad profesional en los afectados, a fin de que puedan obtener los beneficios legalmente reconocidos ante esta situación.

Todas estas actuaciones, como ustedes ya conocen, han supuesto y suponen un esfuerzo importante para la Consejería de Sanidad, esfuerzo en el que se ha implicado toda su estructura territorial.

Creo que queda demostrado por mis anteriores palabras, que la labor de la Consejería de Sanidad ha sido la adecuada. Se ha actuado con celeridad y transparencia, utilizando los medios necesarios, para que la respuesta fuera la correcta, como así ha sido.

Muchas gracias.