

**INTOXICACIÓN AGUDA NA POBOACIÓN TRABALLADORA DUNHA INDUSTRIA TÉXTIL**

**INTRODUCCIÓN**

O día 1 de xuño de 1998, o Hospital de Montecelo de Pontevedra comunicou á Sección de Epidemioloxía da Delegación de Sanidade e Servizos Sociais desta provincia un caso de insuficiencia respiratoria aguda nunha traballadora dunha empresa de confección téxtil. A paciente refire que hai varios compañeiros do traballo cunha clínica semellante.

Unha primeira investigación determina que hai 4 persoas máis afectadas, e que todas elas achacan o problema ó manexo dun novo tecido de confección, co que comezan a traballa-lo día 25 de maio.

A empresa sita en Redondela (Pontevedra), dedícase unicamente á confección téxtil, cun total de 130 empregados distribuídos en cinco seccións (táboa 1).

O día 10 de xuño realizouse unha enquisa a tódalas traballadoras que estaban nese momento na empresa, mediante un cuestionario autocuberto e dirixido, explicando claramente aqueles puntos que puideran ter maior dificultade.

O feito de que os casos se deran unicamente dentro da empresa permitiu face-la seguinte definición de caso: traballadora desta empresa que sinala no cuestionario unha clínica compatible con procesos irritativos tanto respiratorios, oculares coma dermatolóxicos, relacionados co traballo entre o 25 de maio e o 10 de xuño. Foron excluídos os procesos febrís, co obxecto de aumenta-la especificidade da definición e excluir todas aquelas afeccións de posible orixe infecciosa.

A Dirección Xeral de Saúde Pública procedeu a determina-la orixe e composición do tecido sospeitoso.

**RESULTADOS EPIDEMIOLÓXICOS**

Foi recollida a información de 124 traballadoras (95,4%), destas o 97,6% (n=121) están dedicadas a tarefas de produción (táboa 1).

Un 92,7% traballaron co tecido sospeitoso entre o 25 de maio e o 5 de xuño.

Dende o 25 de maio ó 3 de xuño comezan a aparecer, entre as traballadoras, casos compatibles cunha posible intoxicación, con cadros de diversa natureza onde predominan síntomas de irritación de mucosas e respiratorios (fig.1). En total foron detectados 81 posibles casos (65,3% da poboación enquisada).

A incidencia de casos por seccións (táboa 1) foi significativamente maior en corte, montaxe e prancha.

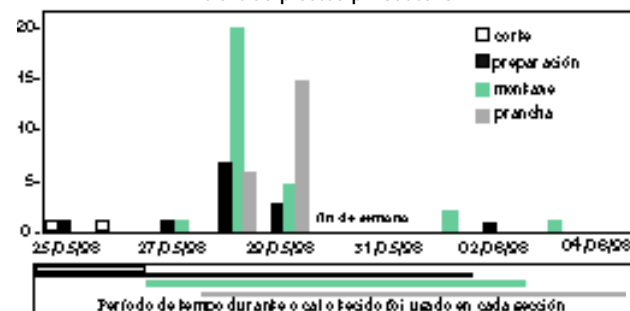
Táboa 1. Distribucións por seccións

| Sección        | Persoal | Enquisa | Afectados | Taxa de incidencia |
|----------------|---------|---------|-----------|--------------------|
| Administración | 3       | 3       | 0         | 0%                 |
| Corte          | 4       | 4       | 3         | 75%                |
| Preparación    | 40      | 40      | 19        | 47,5%              |
| Montaxe        | 43      | 41      | 32        | 78%                |
| Prancha        | 38      | 36      | 27        | 75%                |
| Total          | 130     | 124     | 81        | 65,3%              |

Nas seccións peor ventiladas (montaxe e prancha) a incidencia de dificultade respiratoria e irritación de mucosas foi máis frecuente ca nas seccións mellor ventiladas (risco relativo=1,80; IC 95%: 1,33-2,44 e 1,82; IC 95%: 1,18-2,82 respectivamente). Esta asociación, estatisticamente significativa, non se deu para a irritación da pel nin para a cefalea/atordamento.

Do total de expostos o tecido problema (n=115), o 69,6% presentaron síntomas: dos non expostos (n=9), o 11,1%. Estas diferenzas resultaron estatisticamente significativas, cun risco relativo de 2,9; IC 95%: 2,03 - 4,18.

Fig. 1. Distribución temporal dos casos nas diferentes seccións do proceso productivo

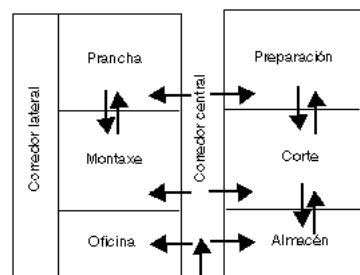


**RESULTADOS DA INVESTIGACIÓN DO TECIDO**

O tecido procedente de Austria, está formado por un composto denominado LYOCELL. O produto que pode presentar algún tipo de risco por contacto ou inhalación é o formaldehído, que se utiliza no acabado do tecido. Os síntomas producidos pola exposición a este produto producen un cadro de irritación de mucosas e pel similar ó acontecido neste caso.

**CONDICIÓN AMBIENTAIS**

Distribución das diferentes seccións dentro da empresa, e as súas características ambientais



- Oficina: área illada, boa ventilación
- Corte: ventilación natural (ventá)
- Preparación: ventilación, amoreamento, débil iluminación
- Montaxe: mala ventilación, amoreamento, calor, débil iluminación
- Prancha: mala ventilación, calor, amoreamento

**MEDIDAS ADOPTADAS**

A inspección de traballo procedeu a paraliza-la produción das pezas de roupa confeccionadas co tecido sospeitoso.

**CONCLUSIÓN**

A coincidencia cronolóxica do abrocho co uso e retirada da tela, a correlación entre a distribución temporal-espacial dos casos e o proceso productivo así como, o feito de se-la primeira vez que se empregaba este tecido, fai que as sospeitas da causa principal do abrocho recaian sobre a manipulación do tecido sospeitoso. A deficiente ventilación, sobre todo nas zonas de montaxe e prancha, puido xogar un papel importante na magnitude e intensidade deste.

O formaldehído, que é un dos múltiples produtos que conforman este tecido segundo a investigación realizada, parece se-lo responsable, aínda que os datos achegados é imposible determina-la orixe exacta do proceso.



Vol. XI / 1998  
 Núm. 3  
 Cuadrisemanas 6 á 7/98

(24 de maio ó 18 de xullo de 1998)

Data de impresión: abril 1999



BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

CONSELLERÍA DE SANIDADE E SERVIZOS SOCIAIS  
 Dirección Xeral de Saúde Pública

D.L.: C/1767-1995

**A ELIMINACIÓN DO SARAMPELO EN GALICIA**

En novembro de 1997, a Rexión Europea da Organización Mundial da Saúde fixouse o obxectivo de elimina-lo sarampelo da rexión para o ano 2007.

Este obxectivo forma parte dunha estratexia mundial, que principiou nas Américas en 1994 e ten por finalidade erradica-lo sarampelo do mundo. Unha estratexia concibida en dúas etapas maiores: na etapa inicial tentarase elimina-lo sarampelo do mundo progresado, que nestes momentos conta coa infraestrutura e os recursos necesarios, e ir adiantando o control da enfermidade nos países non progresados (e mesmo regresados). Na derradeira etapa, acelerarase a eliminación nestes países ata acadala erradicación.

O camiño da erradicación principia unha vez que se teñen por superados, ou por facilmente superables, os atrancos que atrasaron o seu comezo; sobre todo, que non se percibía axeitadamente o risco que supón a enfermidade e, tamén, polo custo que ía supoñer-la erradicación. Polo demais, considérase que a erradicación é científicamente factible.

**Factibilidade científica da erradicación**

Para decidir sobre a factibilidade científica da erradicación dunha enfermidade, estúdiáanse as súas características epidemiolóxicas, as tecnoloxías de control existentes e, logo, as experiencias que mostran que é posible eliminala dun territorio<sup>1</sup>. No caso do sarampelo, tódalas circunstancias indican a súa erradicabilidade, xa que:

■ O sarampelo ten unhas características epidemiolóxicas que o fan vulnerable. Entre elas, que os humanos son o único reservorio, xa que as infeccións que poden ocorrer noutros primates son incapaces de mante-la transmisión do virus; un virus que produce enfermidade en case tódolos infectados e, por iso, é posible coñece-la súa distribución xeográfica ó coñece-la da enfermidade.

Ademais, a enfermidade é aguda, autolimitada e nos raros casos nos que o proceso se cronifica, como ocorre nas encefalites con corpos de inclusión ou na panencefalite esclerosante subaguda, os doentes non interveñen na transmisión da enfermidade xa que non excretan virus. Trala enfermidade queda inmunidade permanente, que non só evita que os doentes volvan pasa-la enfermidade, tamén impide que interveñan na transmisión da enfermidade.

■ Hoxe dispónse dunha intervención axeitada, a vacina antisarampelo, que confire protección duradeira a máis do 95% dos que a reciben se teñen máis dun ano de idade. Esta vacina ten, ademais, capacidade para xerar inmunidade de grupo e, polo tanto, facer máis difícil a transmisión do virus a medida que aumenta a proporción de vacinados (cobertura vacinal) nunha comunidade: como os inmunes non interveñen na transmisión do virus ou o fan de xeito inapreciable, os susceptibles teñen menos posibilidades de contrae-la infección ó aumenta-lo número de inmunes no seu contorno.

Considérase que a vacina só produce fallos vacinais primarios (é dicir, non se producen anticorpos protectores despois de recibila vacina), xa que os fallos vacinais secundarios (os relacionados coa perda de protección debida ó paso do tempo), se os hai, carecen de significado. Ademais, semella que os fallos vacinais primarios se deben a factores transitorios, xa que cando se administra unha segunda dose de vacina ós que coa primeira non produciron anticorpos protectores, coa segunda producen os devanditos anticorpos nunha proporción de individuos semellante á producida pola primeira dose de vacina.

Esta peculiaridade, que se deu en chamar "fallo vacinal primario aleatorio", fai que se a tódolos membros dunha poboación suficientemente grande se lles administran dúas doses dunha vacina cunha eficacia de, digamos, un 95%, a proporción final de individuos protexidos supera o 99%. (Se os fallos vacinais non fosen "aleatorios", e se debesen a algunha característica persistente do receptor da vacina, a proporción de individuos protexidos despois de recibilas dúas doses de vacina sería semellante á de individuos protexidos tras recibir só unha dose; no exemplo, o 95%.)

■ Xa quedou documentado que, trala vacinación masiva ou rutinaria, é posible conseguila interrupción da transmisión do virus nun territorio durante certos períodos de tempo. A interrupción conseguiuuse, por exemplo, en Gambia, nos anos 1968-69, e en diversos países e territorios das Américas a mediados da década dos noventa.

**Transmisibilidade do sarampelo**

Diante destas características que favorecen a erradicación do sarampelo, opónse a súa elevadísima transmisibilidade, quizais a meirande das enfermidades estudadas. A transmisibilidade do sarampelo vai representalo principal atranco á eliminación dende o punto de vista biolóxico.

SUMARIO

- A eliminación do sarampelo en Galicia.
- EN BREVE...: Intoxicación aguda na poboación traballadora dunha industria téxtil.
- ANEXOS I ó II: Situación das EDO nas cuadrisemanas 6 á 7/ 98.
- ANEXO III: Protocolo de vixilancia e control do sarampelo no eido da súa eliminación de Galicia.

Para medi-la transmisibilidade de enfermidades que, como o sarampelo, se transmiten de persoa a persoa, utilízase o valor dalgunha taxa de ataque secundario (hainas de varios tipos), estimada en fogares ou noutras comunidades sempre que contén con poucos efectivos, feito que permite que se mesturen uns cos outros e, polo tanto, sexa doada a exposición á infección (o virus do sarampelo, no noso caso).

Para o sarampelo, as taxas de ataque secundario (definidas como a porcentaxe de convintes susceptibles que se infectan a partir dun primeiro convivente infectado, o caso índice), acadan sistematicamente valores superiores ó 75%, e con moita frecuencia iguais ou superiores ó 90%.

Tamén se pode medi-la transmisibilidade dunha infección co "número de reprodución básica", que reflicte o número medio de persoas dunha comunidade totalmente susceptible (é dicir, nela non hai inmunes) ás que lles transmite a infección unha persoa infectada ó introducirse nela. Para o sarampelo, os valores estimados na época anterior á vacinación, varían entre 11 e 18, mentres os estimados para outras enfermidades rara vez superan o 10. Por exemplo, os valores estimados para a varicela varían entre 7 e 10.

A elevada transmisibilidade do sarampelo vai repercutir directamente nos programas de control, de tal xeito que, segundo as estimacións feitas, non será posible a eliminación do virus dun territorio se non son inmunes, por contacto co virus ou por vacinación, preto do 95% das persoas que viven nel.

### A vacinación con dúas doses

Na época anterior á vacinación, ó cumprí-los 20 anos xa estaban inmunizadas máis do 90% das persoas; e ós 25, máis do 95%. Pola contra, nos países que teñen programas efectivos de vacinación antisarampelosa, co paso do tempo vai sendo maior a proporción de individuos que están inmunizados pola vacinación e non polo contacto co virus, xa que coa diminución tan pronunciada da incidencia do sarampelo que producen os programas de vacinación, cada vez é máis difícil establecer contacto co virus.

Axiña se percibe, pois, o problema que atopan os programas de control do sarampelo que utilizan só unha dose de vacina que ten unha eficacia do 95%: habería que acadar unha cobertura vacinal do 100% nas persoas susceptibles para que a poboación quedase inmunizada nun 95%. De feito, comprobouse que ese 5% de fallos vacinais son suficientes para mante-la transmisión do virus en comunidades que estaban case totalmente vacunadas cunha dose, e mesmo nalgunha na que tódolos membros recibiran unha dose de vacina.

Por iso, como queira que acadar unha cobertura vacinal do 100% parece imposible e aproveitando o carácter "aleatorio" dos fallos vacinais, segundo quedaron descritos con anterioridade, cara á eliminación da enfermidade os programas de control reformulan o seu obxectivo no sentido seguinte: acadar unha cobertura vacinal con dúas doses de vacina ó 95% das persoas consideradas susceptibles.

Para determinar cal é a poboación susceptible nun territorio dado, haberá que estudia-lo chamado "perfil de susceptibilidade", que é a distribución da proporción de susceptibles que hai nas diferentes idades (ou anos de nacemento). A proporción de susceptibles nunha idade é a complementaria da proporción de inmunes que hai nesa idade.

### Vixilancia do sarampelo

Cara á eliminación da enfermidade, os programas terán que dotarse, ademais das actividades relacionadas coa vacinación, dun sistema de vixilancia reforzado da enfermidade, orientada a confirma-los casos nos que se sospeita a enfermidade como auténticos casos de sarampelo, e a determina-la orixe do virus responsable do caso, se é autóctono ou importado (é dicir, se o caso se debe a que aínda se transmite o virus na comunidade ou se veu de "fóra").

Cando o control da enfermidade non contiña o obxectivo da eliminación, a vixilancia da enfermidade centrábase na avaliación dos progresos do programa de vacinacións, fundamentalmente a través das súas consecuencias fundamentais: a diminución do número de casos e o aumento da idade media na que se produce a enfermidade, polo que abonda un sistema de vixilancia baseado na sospeita clínica, máis sinxelo no seu funcionamento.

A medida que se achega á eliminación, cando a incidencia da enfermidade é necesariamente baixa e axiña vai ser nula, as sospeitas clínicas de sarampelo corresponderanse cada vez menos con casos verdadeiros de sarampelo, e cada vez máis deberanse a enfermidades que o arredaman clinicamente (como a rubéola ou o exantema súpeto). Por iso, o sistema de vixilancia no eido da eliminación, aínda que mantén a declaración cando hai sospeita clínica, procurará confirmar tódolos casos detectados. A confirmación será serolóxica, preferentemente mediante a detección de anticorpos IgM antisarampelo, que están presentes só cando se produce a infección.

A medida que se achegue a eliminación da enfermidade, vai ser máis importante coñece-la orixe do virus responsable da enfermidade, se é autóctono ou non. Para determina-la orixe, realizarase unha enquisa ó caso e tomaranse mostras para illa-lo virus (frotis nasofaríngeo e/ou urina), xa que os virus do sarampelo amosan unha variabilidade antixénica que, aínda que non inflúe na eficacia da vacina, mantén unha certa relación cos diferentes territorios do mundo.

A vixilancia aproveitarase, tamén, para recomenda-la vacinación de tódolos susceptibles do contorno dos casos. En xeral, considerarase susceptible a persoa que naceu despois dun ano determinado, que varía dun lugar a outro dependendo do momento no que principiase a vacinación, e que non recibiu dúas doses "válidas" de vacina antisarampelosa. (Dúas doses de vacina considerarase "válidas" cando fosen recibidas despois de cumprí-lo primeiro ano de vida e alomenos un mes de separación entre elas.)

Para rematar, a vixilancia terá que basearse na declaración urxente dos casos nos que se sospeite sarampelo, xa que algunha das tarefas relacionadas coa vixilancia ten que se realiza-lo máis axiña posible, sinaladamente a recollida de mostras para illa-lo virus (que se ten que facer antes de que transcorran 7 días do comezo do exantema) e as actividades de control no contorno dos casos, para as que o prazo é aínda menor.

### A eliminación do sarampelo na Rexión Europea

Estas liñas básicas de actuación, a redución da susceptibilidade mediante dúas doses de vacina e o reforzamento da vixilancia, son as que adoptou a Rexión Europea da OMS que, como xa se dixo, fixou no ano 2007 a data límite para que non houbera casos indixenas de sarampelo na rexión. Mais, vaise facer seguindo un calendario que divide o período que chega ata ese ano en dúas etapas. Na primeira, que podemos chamar da diminución da susceptibilidade e que tería que concluír antes do ano 2005, as diferentes poboacións terán que conseguir un perfil de susceptibilidade como o da táboa 1 ou aínda mellor. Logo, na segunda etapa, que podemos chamar de mantemento, haberá que conservar ese perfil ata o ano 2007.

Táboa 1: Perfil de susceptibilidade

| Idade           | Susceptibles | Nacemento     |
|-----------------|--------------|---------------|
| 1 a 4 anos      | 15%          | 2001-2004     |
| 5 a 9 anos      | 10%          | 1996-2000     |
| 10 a 14 anos    | 5%           | 1991-1995     |
| 15 anos ou máis | 5%           | Antes de 1991 |

Ademais, a Rexión Europea recomenda que os plans concretos cara á eliminación sexan realizados a nivel local, tendo en conta as características epidemiolóxicas propias, que dependen fundamentalmente das do programa de vacinación, da súa antigüidade, cobertura e efectividade.

A seguir resúmese a estratexia elixida para elimina-lo sarampelo en Galicia, tendo en conta que algunhas das actividades, ó seren de carácter informativo, dependendo da información que produzan provocarán ou non medidas complementarias ás aquí comentadas.

### A redución da susceptibilidade en Galicia

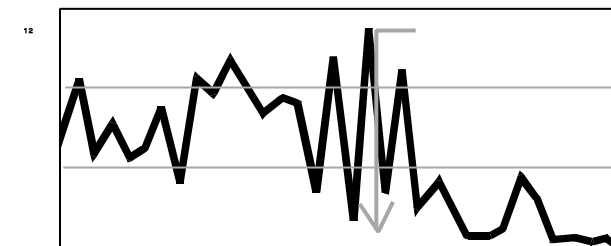
Para construí-lo perfil de susceptibilidade de Galicia recorreuse a tres fontes de información: os datos da vixilancia da enfermidade, os do Programa Galego de Vacinacións e os da enquisa de seroprevalencia realizada no territorio español en 1996.

Como o sarampelo se vixia dende principios de século de xeito numérico, e dende 1990 de xeito individualizado, podemos coñece-la ev-

lución da incidencia da enfermidade e detecta-los típicos cambios no comportamento epidemiolóxico que ocorren cando nunha comunidade se está a desenvolver un programa de vacinación rutineiro efectivo: descenso do número de casos, que é moi intenso e se produce dun xeito brusco; alongamento do período interepidémico; diminución da letalidade; e aumento da idade media á que ocorren os casos da enfermidade.

O número de casos descendeu de tal xeito que, os casos notificados no lustro 1994-98 foron só un 2% dos notificados no lustro 1978-82, o inmediatamente anterior ó comezo da aplicación da vacina triple vírica. O descenso do número de casos e o espallamento dos períodos epidémicos obsérvanse ben na figura 1.

Fig. 1: Casos de sarampelo en Galicia: 1964-1998



O descenso do número de casos estivo acompañado tamén doutro parello na letalidade, que pasou de 6,2 mortes por cada dez mil casos no período 1977-1982 a 1,2 no período 1983-1996. A derradeira morte atribuída ó sarampelo ocorreu en 1987.

A idade media á que se enferma de sarampelo, que no noso medio era ós 4-5 anos na época anterior á vacinación, experimentou o aumento previsible e no período 1993-1998 situouse nos 10 anos.

De tódolos xeitos, para defini-lo perfil de susceptibilidade, os datos máis relevantes son as taxas de incidencia por ano de nacemento observadas nos últimos anos, xa que axudan a defini-las cohortes de nados onde se atopan os susceptibles.

Na táboa 2 pódense mira-lo número de casos e as taxas de incidencia, por ano de nacemento, dos doentes que enfermaron no período 1993-1998, excluindo os que no momento de enfermar tiñan menos de 15 meses.

Táboa 2: Número de casos e taxas de incidencia, por ano de nacemento, dos casos de sarampelo ocorridos no período 1993-1998

| Nacemento | Casos | Taxas (10 <sup>5</sup> hab.) |
|-----------|-------|------------------------------|
| 1960-64   | 2     | 1,3                          |
| 1965-69   | 7     | 4,1                          |
| 1970-74   | 22    | 11,9                         |
| 1975-79   | 129   | 67,3                         |
| 1980-84   | 86    | 53,0                         |
| 1985-89   | 54    | 43,7                         |
| 1990-94   | 44    | 44,3                         |

Obsérvase nesta táboa o baixa que é a incidencia da enfermidade nos nados antes de 1970, que supoñen menos do 3% dos casos ocorridos no período estudado. Estas taxas están a reflectir a baixa susceptibilidade nesas cohortes.

Nesta táboa obsérvase tamén que a meirande incidencia ocorreu non nados entre 1975 e 1984, que son os que tiveron menos oportunidades de establecer contacto co virus e co programa de vacinacións, que principiou en 1982 e acadou unha cobertura superior ó 80% xa en 1986 e superior ó 90% en 1993.

Na actualidade, o programa acada coberturas superiores ó 90% na dose dos 15 meses, segundo o resultado dunha enquisa realizada en 1998 para estima-la cobertura vacinal dos nados en Galicia en 1995 e 1996. Os resultados están expostos na táboa 3, que expón tanto a cobertura documentada (que recolle só as vacinas rexistradas na car-

tilla) como a notificada (ás anteriores únenselle-las vacinas non rexistradas que os pais afirman que recibiu o neno).

Táboa 3 : Cobertura vacinal dos nados en 1995-96

| Documentada % (IC <sub>95%</sub> ) | Notificada % (IC <sub>95%</sub> ) |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 93,8 (91,7 – 95,0)                 | 97,6 (97,1 – 98,2)                |

Xunto cos datos que proporcionan a vixilancia da enfermidade e o Programa Galego de Vacinacións, dispoñemos do resultado dunha enquisa de seroprevalencia realizada no Estado español en 1996. Os datos desa enquisa, resumidos na táboa 4, acordan cos anteriores ó sinalar un déficit importante na inmunidade nos nados despois de 1975; xa que nos nados con anterioridade a esa data, o límite inferior do intervalo de confianza da prevalencia de anticorpos supera sempre o 95%.

Táboa 4. % de inmunes por ano de nacemento

| Nacemento | % Inmunes | IC <sub>95%</sub> |
|-----------|-----------|-------------------|
| 56-65     | 99,7      | 95,5-100          |
| 66-70     | 99,1      | 97,5-100          |
| 71-75     | 98,3      | 96,5-98,5         |
| 76-80     | 94,5      | 91,5-96,5         |
| 81-85     | 97,0      | 93,5-99,5         |
| 86-89     | 90,8      | 88,8-92,5         |
| 90-93     | 95,7      | 93,5-97,5         |

A partir destes datos, a Dirección Xeral de Saúde Pública decidiu emprende-las actividades seguintes:

■ **Os nados antes de 1970**, váiselles considerar inmunes (ou mellor, con susceptibilidade por debaixo do 5%).

■ **Os nados entre 1970 e 1995**, que teñen que ter unha susceptibilidade menor do 5 %, mais non hai garantía de que estea acadado ese nivel. Polo tanto, vanse realizar unha serie de actuacións que dividirán estas cohortes en tres grupos:

— **Os nados entre 1970 a 1980**, que neste ano de 1999 son maiores de idade e poden libremente doar sangue, váiselles realizar unha enquisa, entre os doadores nados neses anos, para estima-la prevalencia de anticorpos protectores, con especificación etaria e xeográfica. Cos resultados da enquisa faranse, se é necesario, actuacións encamiñadas a diminuí-la súa susceptibilidade.

— **Os nados entre 1981 e 1987**; estes rapaces nin poden doar sangue nin van entrar na campaña de captación que vai principiar a finais de 1999 (ver logo). Probablemente sexan, ademais, un grupo heteroxéneo en canto a susceptibilidade, xa que os nados no trienio 1981-83 non tiveron por qué ter contacto directo co programa de vacinacións, mentres que os nados no cuadrinio 1984-87, puideron ter contacto co programa tanto ós 15 meses coma ós 11 anos. A incidencia da enfermidade nos anos vindeiros podería indica-la necesidade de actuacións concretas.

— **Os nados entre 1988 e 1995**, que xa teñen unha elevada cobertura vacinal cunha dose de vacina, váiselles destinar unha campaña de captación para que poidan recibí-la segunda dose (ou as dúas, se non tivesen a primeira) entre novembro de 1999 e abril do 2000. Desta campaña tamén se informará en vindeiros números do BEG.

■ **Os nados entre 1996 e o 2004**, que son os que se van ir incorporando ó programa de vacinación; eles terán a recomendación de recibir unha dose de vacina ós 15 meses de idade e outra ós tres anos, xa que se vai cambia-lo calendario vacinal neste sentido.

### A vixilancia do sarampelo en Galicia

As características que vai te-la vixilancia do sarampelo están recollidas no protocolo que se xunta a este BEG. Só lembramos aquí que tódalas actividades da vixilancia comezan coa **declaración urxente<sup>2</sup> ó SAEG de tódolos casos que amosen:** febre elevada (>38°C); exantema maculopapular; e un dos signos seguintes: tose, rinite ou conxuntivite.

(1) Boletín Epidemiolóxico de Galicia: 1997, vol. X, nº 2.

(2) Orde do 24 de marzo de 1999 pola que se inclúe o sarampelo na relación de enfermidades de declaración obrigatoria urxente (DOG Nº 73 do 19 de abril de 1999).