

VIXILANCIA DO *Vibrio parahaemolyticus*: GALICIA, 1999

**Abrochos declarados**

Tres abrochos de toxiinfección alimentaria (TIA) por *Vibrio parahaemolyticus* (*Vph*) que afectaron a un total de 54 persoas foron declarados entre finais de agosto e comezos de setembro do ano 1999 (Táboa 1). O estudo epidemiolóxico amosou que os 3 abrochos (nun deles a OR foi de 103) foron debidos ó consumo de ostras procedentes do mercado da Pedra de Vigo.

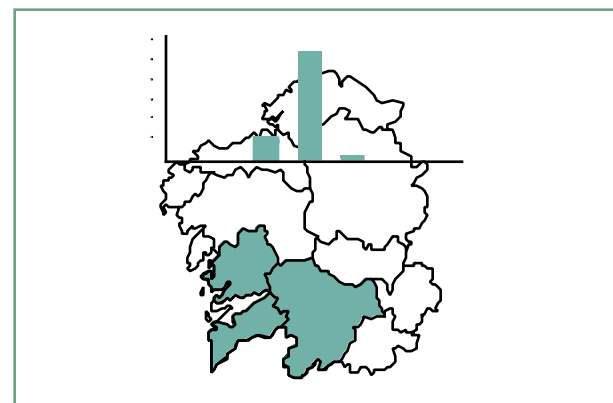
A inxestión de moluscos crus, principalmente a ostra, é o xeito máis frecuente polo se transmite o *Vph*, xa que este microorganismo se atopa nas costas mariñas que constitúen o seu hábitat natural. Durante a tempada de frío, os microorganismos atópanse nos sedimentos mariños, e durante a época de calor nas augas litorais e nos peixes e mariscos. Os casos preséntase principalmente nos meses cálidos do ano. Polo regular necesítase que os microorganismos estean durante un tempo a temperatura ambiente para que se multipliquen ata acadalo número necesario para producir enfermidade.

TABOA 1. Nº de afectados e hospitalizados segundo data de comezo dos abrochos

Data	Afectados	Hospitalizados
25-08-99	12	0
30-08-99	17	2
04-09-99	35	7

Esta situación epidemiolóxica veuse tamén reflectida no Sistema de Información Microbiolóxico de Galicia (SIMG), onde se declararon 45 casos de gastroenterite por *Vph* (Figura 1). É importante salientar que o 87% se detectaron no mes de setembro coincidindo —tendo en conta o tempo para o análise das mostras— coa declaración dos abrochos estudados polas Delegacións Provinciais de Pontevedra e Ourense. O 50% (20/40; en 5 non consta a localización) dos casos teñen a súa residencia habitual fóra de Galicia.

FIGURA 1. Distribución espacio-temporal dos casos declarados ó SIM



Outros cinco abrochos, declarados no mesmo período que os anteriores, ocorreron en excursionistas que estaban a retornar ó seu lugar de orixe, polo que non se puido levar a cabo a investigación epidemiolóxica. A maioría dos afectados tiñan antecedentes de consumo de ostras procedentes do mercado da Pedra de Vigo. Aínda que nestas cir-

cunstancias non se pode establecer ningún tipo de evidencia sobre a orixe do proceso gastroentérico, os antecedentes de consumo de ostras procedentes do mercado da Pedra, o período de incubación que definirían estes antecedentes (de 12 a 24 horas), e o cadro clínico compatible con infección por *Vph* (cadro diarreico de moderada severidade e curta duración), xunto coa asociación temporo-espacial cos abrochos estudados, fannos pensar que tanto os estudados como os non estudados, tiveron unha mesma orixe.

Unha vez confirmada a orixe dos abrochos estudados, os Servizos de Inspección das Delegacións Provinciais tomaron unha serie de medidas encamiñadas a controlar os posibles factores contribuíntes. Para iso investigouse a orixe do alimento involucrado, a súa forma de preparación e almacenamento buscando, asemade, as posibles fontes de contaminación e os períodos inadecuados de refraxeración que puidesen permitirla proliferación do *Vph*. Como medidas correctoras, pecháronse os locais implicados e inmovilizouse o produto cando foi preciso.

**Comentario**

A orixe de todos estes abrochos atópase nunha desfase entre a oferta e a demanda, que propiciou a comercialización de moluscos bivalvos sen o axeitado proceso de depuración.

**Vixilancia especial**

Dado que nas festas navideñas se podían dar unhas circunstancias semellantes (un exceso de demanda de moluscos bivalvos cunha oferta non controlada), iniciouse unha vixilancia especial a comezos das festas navideñas que finalizou o 15 de xaneiro de 2000. Abarcando dous aspectos:

1.- Aumenta-las medidas de control habituais sobre o sector depurador, co gallo de evitar problemas de depuración e, ademais, mentalízalo sector da importancia de que se leven os rexistros ó día co obxectivo de dar unha resposta rápida ante calquera problema que puidese xurdir.

Para acadar estes obxectivos inspeccionáronse tódolos establecementos adicados á depuración-expedición de ostras, comprobando os controis que o establecemento realiza sobre a auga, o proceso e os tempos de depuración (observando se son maiores ou menores que noutras épocas do ano) e, por último, os controis microbiolóxicos que se realizan, tanto pre como post depuración.

2.- Notificar non só os abrochos, senon tamén aqueles casos illados nos que se sospeitaba unha TIA que tivese, nos 4 días anteriores ó comezo dos síntomas, antecedentes de consumo de moluscos bivalvos crus, coa esperanza de poder detectar abrochos a través deles.

No período que durou a vixilancia fixéronse 32 notificacións de TIAs relacionadas co consumo de moluscos bivalvos crus, 29 relacionadas co consumo de ostras e 3 con ameixas. En ningún dos coprocultivos solicitados (18 en total) se illou *Vph* nin ningún outro microorganismo.

**Comentario**

Hai que ter en conta que ningunha das notificacións de TIAs realizadas constituiron un abrocho, polo que podemos deducir, na medida en que a notificación fose axeitada, que as medidas de control levadas a cabo nestas datas, foron eficaces para garanti-la oferta de moluscos nas condicións sanitarias pertinentes para o seu consumo.

**Bibliografía:**

Benenson AS. Foodborne diseases. *Vibrio parahaemolyticus*. infection In: Benenson AS, Editor. Control of communicable diseases manual, 16<sup>th</sup>.

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA (SAEG)				
TELÉFONOS DIRECTOS	Epidemioloxía A Coruña	Epidemioloxía Lugo	Epidemioloxía Ourense	Epidemioloxía Pontevedra
Horario de oficina	981 185 834	982 294 114	988 386 339	986 805 872
EPIDEMIÓLOGO DE GARDA (fóra de horario de oficina) Tfno: 649 82 90 90				
A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG				

**BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA**  
 SERVICIO DE INFORMACIÓN SOBRE SAÚDE PÚBLICA. Dirección Xeral de Saúde Pública  
 Avda. do Camiño Francés, nº 10 - baixo. 15771 - SANTIAGO DE COMPOSTELA  
 Telf.: 981 542 929 - Fax: 981 542 970 - E-mail: dxsp3@jet.es



CONSELLERÍA DE SANIDADE E SERVIZOS SOCIAIS

Dirección Xeral de Saúde Pública

Vol. XII / 1999

Númer o 2

Data de impresión: Marzo de 2000



BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

D.L.: C-1767-1995

**A SOSPEIT A DE SARAMPELO É DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA URXENTE Ó SAEG**  
 ➔ Febre > 38°, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite

A RECOMENDACIÓN DE EXCLUSIÓN NO CONTROL DA ENFERMIDADE EN GARDERÍAS E COLEXIOS (I)

Como as garderías, escolas e colexios poden xogar un importante papel na difusión, dunha persoa a outra, de certas enfermidades; recomenda-la exclusión dos alumnos infectados podería previla aparición de casos secundarios. Nembargantes, pola trascendencia que ten unha recomendación destas características, haberá que restrinxila ó mínimo: ás enfermidades que sexan graves e teñan unha epidemioloxía compatible (especificamente, o mecanismo de transmisión e a distribución da transmisibilidade en relación ó comezo da sintomatoloxía), e só cando estea probada a efectividade da medida.

Neste senso, consideramos útiles as recomendacións contidas no documento "Guidance on Infection Control in Schools and Nurseries", editado en febreiro de 1999 polo do Departamento de Saúde do Reino Unido, que resumimos —adaptadas— neste e no vindeiro número do BEG (o orixinal pódese consultar en [www.phls.co.uk/advice/schools/summary.htm](http://www.phls.co.uk/advice/schools/summary.htm)).

O documento organízase por patoloxías (gastrointestinal e respiratoria, neste BEG; de pel e mucosas e "outras", no vindeiro), e dentro delas por enfermidades. Engádesse tamén, neste número do BEG, unha táboa para consulta rápida que contén só as recomendacións de exclusión para cada unha das enfermidades comentadas e o número do BEG onde se desenvollen a xustificación, as notas e a bibliografía.

**PATOLOXÍA GASTROINTESTINAL**

**ENTERITE POR *E. Coli***

**Período de exclusión recomendado:** nas enterites debidas a *E. Coli* O157:H7, ata que dous cultivos de feces sexan negativos. Nas enterites debidas a outras *E. Coli*, 24 horas despois do derradeiro episodio de diarrea.

**Xustificación:** a rigorosa exclusión dos que eliminan *E. Coli* O157:H7, xustifícase polo risco da síndrome hemolítica-urémica. Dous cultivos de feces negativos son suficientes para cortar un abrocho. Nas enterites debidas a outras *E. Coli* non é necesaria a exclusión despois de que teñan pasado 24 horas do remate da diarrea, posto que a enfermidade é autolimitada e a transmisión en colexios é rara. Destes procesos non se coñece o verdadeiro período de transmisibilidade.

**Notas:**

- (1) A Dirección Xeral de Saúde Pública (DXSP) establecerá as medidas de control cando os casos sexan por *E. Coli* O157:H7 ou se se trata dun abrocho.
- (2) Pode ser recomendable un período de exclusión maior cando os nenos teñen menos de 5 anos de idade ou, se son maiores, cando non sexan capaces de manter unha boa hixiene persoal.

Referencia: 1 a 4.

**GASTROENTERITE VÍRICA**

**Período de exclusión recomendado:** ata que transcorran 24 horas tralo último episodio de diarrea ou vómito.

**Xustificación:** a gastroenterite vírica pode ser un problema serio, especialmente nos nenos pequenos. Os seus axentes transmitense de persoa a persoa, e a meirande parte deles poden producir abrochos en nenos pequenos.

**Notas:**

- (1) En xeral non hai un diagnóstico etiolóxico específico.
- (2) Aínda que dalgúns dos tipos de gastroenterite se coñece o tempo no que se segue a elimina-lo virus, rara vez se coñece o período de transmisibilidade.
- (3) Non se estudiou a efectividade de diversas estratexias de exclusión, mais semella que a transmisión é máis probable mentres persista a diarrea, polo que un prazo de 24 horas despois do último episodio de diarrea ou vómito debe ser suficiente.
- (4) Un período de exclusión máis longo podería estar indicado en nenos que aínda non teñen 5 anos de idade, e nos maiores que sexan incapaces de manter unha boa hixiene persoal.

Referencias: 5 a 10.

**GIARDIASE**

**Período de exclusión recomendado:** ata que transcorresen 24 horas tralo último episodio de diarrea.

**Xustificación:** unha exclusión destas características foi suficiente para previla transmisión dun abrocho nunha gardería.

**Nota:**

- (1) A maioría dos datos epidemiolóxicos refírense só á infección aguda, e non á giardiase crónica.

Referencia: 11.

**SALMONELOSE**

**Período de exclusión recomendado:** en nenos con menos de 5 anos, consultar coa DXSP; nos que teñen 5 ou máis, ata que transcorran 24 horas tralo último episodio de diarrea.

**Xustificación:** nos nenos pequenos, a eliminación de *Salmonella* polas feces é moi persistente; nos nenos maiores e nos adultos, o período de eliminación é moito máis curto. Por iso, en garderías e pre-escolares o risco de transmisión é moito máis elevado que nas escolas ou nos colexios.

**Notas:**

- (1) A DXSP decidirá en abrochos e casos de nenos con menos de 5 anos de idade. Usualmente requírirase un cultivo negativo antes de que o neno volte á escola ou á gardería.
- (2) En nenos maiores que sexan incapaces de manter unha boa hixiene persoal, pode ser apropiado un período de exclusión maior.
- (3) Hai poucos datos tanto sobre a efectividade que podan ter diferentes períodos de exclusión, como sobre o número de coprocultivos negativos necesarios.

Referencias: 12 a 14.

SUMARIO

A recomendación de exclusión no control da enfermidade en garderías e colexios (I)

- EN BREVE...: Vixilancia do *Vibrio parahaemolyticus*: Galicia, 1999
- ANEXOS I e II: Situación das EDO nas cuadrisesmanas 4 e 5/99
- ANEXO III: Novo calendario de vacinacións sistemáticas infantís de Galicia
- ANEXO IV: Campaña de vacinación para a eliminación do sarampelo en Galicia
- ANEXO V: Programa galego de detección precoz do cancro de mama

## SHISELOXE (disentería bacilar)

**Período de exclusión recomendado:** en nenos con menos de 5 anos, consultar coa DXSP; nos que teñen 5 ou máis, ata que teñan pasado 24 horas do derradeiro episodio de diarrea.

**Xustificación:** os nenos pequenos, entre os que o risco de transmisión é moi to máis elevado que entre os nenos maiores e os adultos, poden elimina-lo microorganismo polas feces e portalo nas súas mans durante varias semanas.

### Notas:

- (1) A DXSP decidirá en abrochos e casos de nenos con menos de 5 anos de idade. Usualmente requírese un cultivo negativo antes de que o neno volte á escola ou á gardería.
- (2) En nenos maiores que sexan incapaces de manter unha boa hixiene persoal, pode ser apropiado un período de exclusión maior.
- (3) As medidas elementais de hixiene son importantes para conte-los abrochos que ocorren nos colexios. En garderías, probouse a efectividade da combinación de illamento e tratamento antibiótico.

**Referencias:** 15 a 18.

## PATOLOXÍA RESPIRATORIA

### GRIPE

**Período de exclusión recomendado:** ningún.

**Xustificación:** a gripe non é, en xeral, un proceso grave en nenos en idade de escolar.

### Notas:

- (1) A exclusión sería inefectiva, xa que a gripe preséntase en abrochos explosivos e a infección é moi transmisible ó comezo dos síntomas.
- (2) Na práctica clínica é raro confirma-lo diagnóstico.

**Referencias:** 19 a 21.

### TOSE FERINA

**Período de exclusión recomendado:** 5 días se está a recibir un tratamento axeitado (eritromicina).

**Xustificación:** A tose ferina pode ser unha enfermidade grave, especialmente en nenos pequenos. Se ben os nenos que non reciben tratamento eliminan a *Bordetella* durante varias semanas, a combinación do tratamento con eritromicina coa exclusión por 5 días, probouse efectiva para controla-los abrochos de tose ferina.

### Notas:

- (1) Aínda que os nenos estean sistematicamente vacinados, como a inmunidade decae durante os anos escolares, poden ocorrer abrochos con taxas de ataque elevadas.
- (2) O tratamento dos nenos con tose ferina non afecta a duración do cadro clínico, e poden seguir a toser por semanas sen transmitila infección.

**Referencias:** 22 a 25.

### TUBERCULOSE

**Período de exclusión recomendado:** Consultar coa Unidade de Tuberculose (UTB) da área de saúde.

**Xustificación:** Tódolos casos de tuberculose notificáranse á UTB da área de saúde, e esta fará, se é necesario, o estudio de contactos e as recomendacións de control axeitadas, de acordo co Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose. En xeral, só se consideran transmisores da infección os doentes con baciloscopia positiva (SMEAR), proba que adoita negativizarse tras dúas semanas de tratamento. Aqueles nos que a baciloscopia é negativa, consideráranse non-transmisores e voltarán axiña ó colexio.

### Notas:

- (1) En xeral, é necesario manter un contacto estreito e prolongado para que se transmita a tuberculose.
- (2) Os nenos adoitan te-la baciloscopia negativa e, polo tanto, non é frecuente que tansmitan a infección.
- (3) Os nenos menores de 5 anos teñen o maior risco de infectarse e desenvolve-la enfermidade sintomática.
- (4) Os adolescentes teñen, tamén, un risco maior de infección.

**Referencias:** 26 a 30.

## REFERENCIAS:

1. Belongia EA, Osterholm MT, Soler JT, Ammend DA, Braun JE, MacDonald KL. Transmission of *Escherichia coli* O157:H7 infection in Minnesota child day-care facilities. *JAMA* 1993; 269: 883-8.
2. Viljanen MK, Peltola T, Junnilla SY, Oikkonen L, Jarvinen H, Kuistila M, Huovinen P. Outbreak of diarrhoea due to *Escherichia coli* O111:B4 in schoolchildren and adults: association of V1 antigen-like reactivity. *Lancet* 1990; 336: 831-4.
3. Working Party of the PHLS Salmonella Committee. The prevention of human transmission of gastrointestinal infections, infestations, and bacterial intoxications.
4. Communicable Disease Report CDR Review 1995; 5: R157-72.
5. Blacklow NR, Greenberg HB. Viral gastroenteritis. *N Engl J Med* 1991; 325: 252-64.
6. Bartlett AV, Reves RR, Pickering LK. Rotavirus in infant-toddler day care centers: epidemiology relevant to disease control strategies. *J Pediatr* 1988; 113: 435-41.
7. Brown DW, Campbell L, Tomkins DS, Hambling MH. School outbreak of gastroenteritis due to atypical rotavirus. *Lancet* 1989; 2: 237-8.
8. Mitchell DK, Van R, Morrow AL, Monroe SS, Glass RI, Pickering LK. Outbreaks of astrovirus gastroenteritis in day care centers. *J Pediatr* 1993; 123: 725-32.
9. Richmond SJ, Caul EO, Dunn SM, Ashley CR, Clarke SK. An outbreak of gastroenteritis in young children caused by adenoviruses. *Lancet* 1979; 1: 1178-80.
10. Working Party of the PHLS Salmonella Committee. The prevention of human transmission of gastrointestinal infections, infestations, and bacterial intoxications. Communicable Disease Report CDR Review 1995; 5: R157-72.
11. Rauch AM, Van R, Bartlett AV, Pickering LK. Longitudinal study of *Giardia lamblia* infection in a day care center population. *Pediatr Infect Dis J* 1990; 9: 186-9.
12. Buchwald DS, Blaser MJ. A review of human salmonellosis II: duration of excretion following infection with nontyphi *Salmonella*. *Rev Infect Dis* 1984; 6: 345-56.
13. Chorba TL, Meriwether RA, Jenkins BR, Gunn RA, McCormack JN. Control of a non-foodborne outbreak of salmonellosis: day care isolation. *Am J Public Health* 1987; 77: 979-81.
14. Palmer SR, Jephcott AE, Rowland AJ, Sylvester DG. Person-to-person spread of *Salmonella typhimurium* phage type 10 after a common-source outbreak. *Lancet* 1981; 1: 881-4.
15. Hutchinson RI. Some observations on the method of spread of Sonnei dysentery. *Monthly Bull Minist Health* 1956; 15: 110-8.
16. Weissman JB, Schmerier A, Weiler P, Filice G, Godbey N, Hansen I. The role of preschool children and day-care centres in the spread of shigellosis in urban communities. *J Pediatr* 1974; 84: 797-802.
17. Tauxe RV, Johnson KE, Boase JC, Helgeson SD, Blake PA. Control of day care shigellosis: a trial of convalescent day care in isolation. *Am J Public Health* 1986; 76: 627-30.
18. Beer B, O'Donnell GM, Henderson RJ. A school outbreak of Sonnei dysentery controlled by hygienic measures. *Monthly Bull Minist Health* 1966; 25: 36-41.
19. Alford RH, Kase JA, Gerone PJ, Knight V. Human influenza resulting from aerosol inhalation. *Proc Soc Exp Biol Med* 1966; 122: 800-4.
20. Moser MR, Bender TR, Margolis HS, Noble GR, Kendal AP, Ritter DG. An outbreak of influenza aboard a commercial airliner. *Am J Epidemiol* 1979; 110: 1-6.
21. Jordan WS, Denny FW, Badger GF, Curtiss C, Dingle JH, Oseasohn R, Stevens DA. A study of illness in a group of Cleveland families XVII: the occurrence of Asian influenza. *Am J Hyg* 1958; 68: 190-212.
22. Kwantes W, Joynson DH, Williams WO. *Bordetella pertussis* isolation in general practice: 1977-79 whooping cough epidemic in West Glamorgan. *J Hyg (Camb)* 1983; 90: 149-58.
23. Christie CD, Marx ML, Daniels JA, Adcock MP. Pertussis containment in schools and day care centres during the Cincinnati epidemic of 1993. *Am J Public Health* 1997; 87: 460-2.
24. Aoyama T, Sunakawa K, Iwata S, Takeuchi Y, Fujii R. Efficacy of short-term treatment of pertussis with clarithromycin and azithromycin. *J Pediatr* 1996; 129: 761-4.
25. Lambert HJ. Epidemiology of a small pertussis outbreak in Kent County, Michigan. *Public Health Rep* 1965; 80: 365-9.
26. Joint Tuberculosis Committee of the British Thoracic Society. Control and prevention of tuberculosis in the United Kingdom: code of practice 1994. *Thorax* 1994; 49: 1193-1200.
27. Rouillon A, Perdrizet S, Parrot R. Transmission of tubercle bacilli: the effects of chemotherapy. *Tubercle* 1976; 57: 275-99.
28. Medical Research Council Tuberculosis and Chest Diseases Unit. Tuberculosis in children: a national survey of notifications in England and Wales in 1983. *Arch Dis Child* 1988; 63: 266-76.
29. Riley RL, Moodie AS. Infectivity of patients with pulmonary tuberculosis in inner city homes. *Am Rev Resp Dis* 1974; 110: 810-2.
30. Comstock GW, Livesay VT, Woolpert SF. The prognosis of a positive tuberculin reaction in childhood and adolescence. *Am J Epidemiol* 1974; 99: 131-8.

## ENFERMIDADE

## PERÍODO DE EXCLUSIÓN RECOMENDADO

### PATOLOXÍA GASTRO-INTESTINAL (Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol XII, nº 2)

ENTERITE POR <i>E. Coli</i> O157:H7	Ata que dous cultivos de feces sexan negativos.
ENTERITE POR outras <i>E. Coli</i>	Ata que teñan pasado 24 horas do derradeiro episodio de diarrea.
GASTROENTERITE VÍRICA	Ata que teñan pasado 24 horas do derradeiro episodio de diarrea ou vómito.
GIARDIASE	Ata que teñan pasado 24 horas do derradeiro episodio de diarrea.
SALMONELOSE	En nenos con menos de 5 anos: consultar coa DXSP. Nos que teñen 5 ou máis: as 24 horas que seguen á derradeira deposición.
SHISELOXE (disentería bacilar)	En nenos con menos de 5 anos: consultar coa DXSP. Nos que teñen 5 ou máis: as 24 horas que seguen á derradeira deposición.

### PATOLOXÍA RESPIRATORIA (Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol XII, nº 2)

GRIPE	Ningún.
TOSE FERINA	Se esta a recibir un tratamento axeitado (eritromicina): 5 días.
TUBERCULOSE	<b>Consultar coa Unidade de Tuberculose (UTB) da área de saúde.</b>

### PATOLOXÍA DA PEL E AS MUCOSAS (Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol XII, nº 3)

CONXUNTIVITE	Ningún.
ERITEMA INFECCIOSO	Ningún.
ESCARLATINA	Os 5 días que seguen ó comezo do tratamento antibiótico.
ESTOMATITE VESICULAR CON EXANTEMA	Ningún.
EXANTEMA SÚPETO	Ningún.
HERPES SIMPLE	Ningún.
IMPÉTIGO	Ata que as lesións dérmicas estean na fase de costra ou curadas.
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	Ningún.
PÉ DE ATLETA	Ningún.
PEDICULOSE	Ningún.
RUBÉOLA	Os 5 días que seguen ó comezo do exantema.
SARAMPELO	<b>Declaración urxente ó SAEG.</b>
SARNA	Ata que remate o tratamento.
TIÑA	Ningún.
VARICELA	Os 5 días que seguen ó comezo do exantema.
VERRUGAS	Ningún.

### OUTRAS P ATOLOXÍAS (Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol XII, nº 3)

FARINXITE ESTREPTOCÓCICA	Ningún.
HEPATITE A	Nenos con menos de 5 anos: 5 días. Nos que teñen 5 ou máis: ningún.
ENFERMIDADE MENINGOCÓCICA	<b>Declaración urxente ó SAEG.</b>
MENINXITES VÍRICAS	Ningún.
MONONUCLEOSE INFECCIOSA	Ningún.
PAROTIDITE	Os 5 días que seguen ó comezo da parotidite.
OXIURIASE	Ningún.