

NOVAS ENFERMIDADES DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA. A partir do 1 de xullo de 1996, en virtude da entrada en vigor do R.D. 2210/95 (ve-lo BEG; vol. VIII, nº 7), ás enfermidades que hoxe en día son de declaración obrigatoria en Galicia haberá que engadir-lles a **lexionelose** e a **meninxite tuberculosa**. Como ámbalas dúas enfermidades terán que ser declaradas de xeito numérico e máis individualizado, e para aproveita-los materiais xa existentes, a declaración farase de acordo coas seguintes instrucións:

Declaración numérica: Especificaranse no apartado "outras", e procederase coma co resto das EDO.

Declaración individualizada: Especificaranse no apartado "observacións".

LEXIONELOSE

Dende o 1 de xullo de 1996, como se vén anunciando nos últimos números do BEG, a lexionelose é unha enfermidade de declaración obrigatoria no territorio español (R.D. 2210/95, resumido no BEG nº 7, vol. VIII). Polo tanto, todo médico en exercicio ten a obriga de notificar calquera sospeita de lexionelose, e ten que facelo semanalmente, tanto de xeito numérico como individualizado. Por iso atopamos que este é un bo momento para volver falar da enfermidade e das medidas orientadas a controlala.

A lexionelose é unha enfermidade bacteriana aguda con dúas presentacións distintas, a enfermidade do lexionario e a febre de Pontiac, nas que as manifestacións clínicas oscilan dende infeccións asintomáticas a pneumonías rapidamente progresivas.

AXENTE ETIOLÓXICO

É a *Legionella* sp, bacilo aerobio estricto, Gram negativo, con pouca capacidade de tinguidura.

Sobrevive en temperaturas moi diversas e pódese multiplicar entre os 20° C e os 45° C, aínda que a súa temperatura óptima de crecemento é de 35-37° C. Téñense descrito 35 especies con 45 serogrupos, a maioría dos cales demostraron ser potencialmente patóxenos para o home. O que con maior frecuencia se ten illado é o serogrupo 1 de *L. pneumophila*; en pacientes con deficiencias inmunitarias téñense illado *L. micdadei*, *L. bozemanii* e outros.

RESERVORIO

É fundamentalmente a auga. A *Legionella* ten unha distribución moi ampla, polo que se ten atopado en ambientes moi diversos, tanto naturais (rios, lagos, augas mariñas, fangos, solos húmidos, mananciais de auga quente) como artificiais (augas cloradas, depósitos de auga quente, duchas, torres de arrefriamento para acondi-

cionadores de aire, humidificadores, equipos de terapia respiratoria, piscinas de auga tibia, augas termais etc.).

MECANISMO DE TRANSMISIÓN

O único medio de transmisión que se comprobou é a través do aire, por inhalación de aerosoles contaminados con bacterias. A maioría dos casos estudados están relacionados coa exposición ó aire acondicionado.

A transmisión persoa a persoa parece pouco probable, penas se detectaron casos entre os familiares dos doentes.

CLÍNICA

Pode presentarse de dúas formas, con ou sen afectación pneumónica:

ENFERMIDADE DO LEXIONARIO: É unha forma pneumónica grave, con alta letalidade (12%; maior en pacientes con deficiencias inmunitarias, chega a ser do 39% en pacientes hospitalizados). O período de incubación máis frecuente é de 5-6 días, aínda que pode oscilar entre 2 e 10 días e notificáronse períodos de ata tres semanas en pacientes inmunosuprimidos. Tras este período, aparecen os primeiros síntomas, que consisten en anorexia, males-tar xeral, mialxia e cefalalxia. Neste período inicial describíronse tamén trastornos gastrointestinais (diarrea, vómitos) e do S.N.C. (confusión e delirios). Ó cabo de 24-48 horas aparece febre (ata 39°-40° C) e calafríos, así como manifestacións respiratorias (tose seca que pode facerse posteriormente productiva, dor pleural e disnea). Na radiografía de tórax poden aparecer zonas circunscritas e illadas de consolidación, que poden evolucionar ata a afectación bilateral, con insuficiencia respiratoria. As probas de laboratorio poden mostrar: neutrofilia, hiponatremia, hipofosfatemia e aumento das enzimas hepáticas.

FEBRE DE PONTIAC: É a forma non pneumónica. O seu período de incubación oscila entre 5 e 66 horas, aínda que usualmente é de 24-48 horas. Os pacientes, tras

SUMARIO

- **Lexionelose.**
- **Situación das EDO na cuadrisemana 6/96.**
- **EN BREVE...: Campaña de vacinación antigripal, 1996.**
- **ANEXOS: A saúde bucodental nos escolares de Galicia (resultados preliminares).**

un cadro agudo con febre alta e de curta duración (2-5 días), con síntomas iniciais semellantes ós da enfermidade do lexionario, restablécense espontaneamente. Non se aprecian cambios radiográficos, e o diagnóstico é xeralmente retrospectivo.

SUSCEPTIBILIDADE E FACTORES DE RISCO

A susceptibilidade é xeral, aínda que é raro que afecte os menores de 20 anos e é máis frecuente nos varóns que nas mulleres (a razón entre homes e mulleres afectados é 2,5/1). Afecta principalmente a varóns de 40 a 69 anos.

Producíronse abrochos hospitalarios, que afectan fundamentalmente a pacientes inmunodeprimidos.

Os casos esporádicos preséntanse ó longo de todo o ano; os abrochos epidémicos danse con maior frecuencia en verán e outono, feito que pode estar en relación co maior uso de aire acondicionado nesa época do ano.

Como factores de risco citáronse: consumo excesivo de alcol e tabaco, enfermidades crónicas de pulmón e riles, diabete mellitus y deficiencias inmunitarias, principalmente pacientes con terapias inmunosupresoras ou transplantados.

Unha proporción importante tanto de casos illados como de abrochos de enfermidade do lexionario téñense asociado a viaxes, por contaminación dos sistemas de auga dos hoteis.

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO SEROLÓXICO: O método de elección é a inmunofluorescencia indirecta. Este método só é válido para a *Legionella pneumophila* serogrupo 1. Para que o diagnóstico sexa aceptado deben cumprirse os seguintes criterios:

- Seroconversión ou aumento de 4 veces ou máis no título de anticorpos entre dúas mostras, unha da fase aguda e outra da convalecencia.
- Título maior de 256 nun único soro, ou un título alto mantido en soro das fases aguda e convalecencia.

ILLAMIENTO DO XERME: As mostras que se utilizan con maior frecuencia son o esputo e o aspirado transtraqueal, aínda que tamén se utilizan: aspirado nasotraqueal, endotraqueal, endobronquial e pulmonar percutáneo, biopsia pulmonar e líquido pleural.

VISUALIZACIÓN DO MICROORGANISMO: Por fluorescencia directa en mostras de biopsias, aspirados traqueo-bronquiais ou pleurales e esputos.

MEDIDAS DE CONTROL

MEDIDAS XERAIS: Dirixíranse fundamentalmente ós reservorios, e consistirán en:

- Inspección e limpeza regular dos reservorios: torres de arrefriamento, condensadores de evaporación, depósitos de auga, sistemas de distribución de auga quente e fría, etc.
- Utilización de biocidas (cloro) para limitar a proliferación de microorganismos.
- Mantemento da auga quente como mínimo a 60°C e da auga fría por debaixo de 20° C.
- Control e mantemento axeitado de tódalas instalacións.
- Evitar tramos cegos ou derivacións onde a auga non poida circular con facilidade ou poida chegar a estancarse.

MEDIDAS SOBRE O PACIENTE:

- Tratamento: eritromicina. En pacientes que non respondan a este tratamento asóciase a rifampicina (nunca soa, pois induce a aparición de resistencias). Os últimos macrólidos, claritromicina e azitromicina poden ser efectivos. Hai experiencias esperanzadoras con fluoquinolonas.

- Non cómpre adoptar ninguna medida de illamento, desinfección, etc.

- Ante a existencia dun caso, debe procederse á investigación de contactos e á busca de casos adicionais para intentar determinar a fonte de infección. Estas investigacións veranse facilitadas pola **declaración obrigatoria** dos casos.

MEDIDAS ANTE UN ABRUCHO:

Débase realizar un estudio epidemiolóxico para localizar a fonte de infección. Unha vez localizada, hai que intentar confirmar a sospeita analizando mostras de auga da dita fonte.

A desinfección das fontes sospeitosas realizarase por sobrecloración, por pasteurización ou ámbolos dous métodos. Trala desinfección, realizarase un novo control para comprobar que foi efectiva.

LEXIONELOSE ASOCIADA A VIAJES

Gran cantidade tanto de casos illados como de abrochos de lexionelose asociáronse a viaxes, xeralmente debido á contaminación dos sistemas de auga dos hoteis.

Na actualidade, en moitos países non é unha enfermidade de declaración obrigatoria individualizada, polo que é moi probable que non se coñeza a verdadeira extensión da lexionelose asociada a viaxes. Ademais, moitos dos afectados non presentan sintomatoloxía ata despois de regresar ó seu lugar de residencia, polo que as notificacións pódense presentar en moitos lugares distintos, o que dificulta a identificación do abrocho e o seu estudio posterior.

No noso caso, España forma parte do "European Working Group for Legionella Infections" (EWGLI), e ten a obriga de notificar tódolos casos de lexionelose en residentes españois nos que se teña evidencia de que contraeron a enfermidade nunha viaxe ó territorio europeo. O coñecemento destes casos só é posible coa declaración que teñen que facer os médicos ás Comunidades Autónomas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- A.S. Benenson. Control of Communicable Diseases Manual. Sixteenth Edition 1995.
- 2.- Informe y recomendaciones técnicas sobre conducta a seguir frente a posibles brotes de Legionelosis. Consejo Interterritorial-Ministerio de Sanidad y Consumo. Junio 1992.
- 3.-Epidemiology, prevention and control of legionellosis: Memorandum from a WHO meeting. Bulletin of the World Health Organization, 68 (2):155-164 (1990).
- 4.- Protocol d'investigació i control de brots de legionelosi. Documentos de Vigilancia Epidemiológica nº 4. Generalitat de Catalunya. 1991.
- 5.- Hacia un sistema OMS de alerta avanzada para la Legionelosis. Comunicado OMS/17 de 21 de marzo de 1990.

TÁBOA CUADRISEMANAL: SITUACIÓN DAS EDO POR ÁREAS SANITARIAS NA CUADRISEMANANA 6, QUE REMATOU O 15-06-1996

ÁREAS SANITARIAS	FERROL		COMDESA/N		RODRIZOSA		SANTINHO		PORTUGUESA		VIGO		OURENSE		MONFORTÉ		LUGO																			
	CAOS	E	CAOS	E	CAOS	E	CAOS	E	CAOS	E	CAOS	E	CAOS	E	CAOS	E	CAOS	E																		
ÁREA I.R.A.	2372	139	20261	1488	4350	100	47487	1112	4261	122	33271	1271	3888	140	28589	615	8208	695	8199	616	7166	112	33237	53237	119	1201	129	3788	119	1301	143	2886	143	518		
GRUPE	115	148	3588	171	981	116	1313	102	678	113	10287	101	108	644	678	1108	106	1747	106	684	109	1747	106	10208	688	88	162	1738	130	3373	118	118				
PNEUMONIAS	26	0,76	307	1,07	723	0,96	832	0,96	86	0,86	763	1,08	31	0,75	473	0,75	196	0,27	1126	0,84	109	0,88	1223	1,21	27	0,27	166	1,05	103	0,69	137	1,30	3373	1,18		
TUBERCULOSE RESPIRATORIA	7	1,00	75	1,20	20	0,67	207	1,28	17	1,88	120	1,74	28	2,15	78	1,6	34	0,87	214	1,6	11	1,22	32	0,88	3	0,30	16	4,00	105	1,05	99	1,01	323	1,13		
INF. MENINGOCÓCCICA	3	1,80	26	4,80	1	0,80	34	6,80	1	1,80	35	6,00	5	5,00	5	1,00	5	5,00	41	2,25	31	1,68	8	0,40	16	8,00	0	0,00	2	2,00	1	1,00	101	0,89	110	1,10
OUTRAS MENINGITES	8	—	11	2,67	3	—	7	0,88	11	—	87	21,8	5	—	1	1,00	10	2,50	37	1,98	8	—	18	0,90	16	8,00	0	0,00	1	1,00	1	1,00	8	0,80	100	0,88
SARCELAS	16	0,67	215	0,81	78	0,31	965	0,34	175	0,75	544	2,18	26	0,99	717	2,82	394	0,64	1366	0,64	181	0,88	191	0,89	70	0,34	31	0,27	83	0,32	218	0,87	954	0,86		
OUTROS PROCESOS BACTERIOS	413	142	2194	135	1365	119	519	108	802	128	3290	649	911	0,93	2904	681	1823	0,65	7597	0,68	1081	1,08	116	4,99	112	1,10	191	1,18	1129	1,37	570	1,24	1308	1,18		
TUBERCULOSE MULTIFOCAL	—	1,25	14	0,14	2	0,14	12	0,16	4	0,14	10	0,14	0	0,00	80	0,14	114	0,14	42	0,14	27	0,14	71	0,14	71	0,14	0	0,00	8	0,08	19	0,18	78	0,17		
FIBROSIS PULMONAR	0	0,00	0	0,00	1	0,00	2	0,00	1	0,00	3	0,00	0	0,00	4	0,00	1	0,00	4	0,00	1	0,00	1	0,00	1	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,00		
HEPATITE A	2	0,80	2	0,48	1	0,80	3	0,80	0	0,00	1	0,80	8	0,80	9	1,13	0	0,00	1	0,14	2	0,28	2	0,28	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
SHINGLES	0	—	40	1,60	35	1,4	173	6,92	247	0,05	719	2,97	2	0,08	36	0,14	100	0,39	20	0,08	1	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	0,19	640	2,56	28	1,12		
HEPATITE B	0	—	281	1,12	20	0,8	637	2,55	161	0,64	199	0,78	2	0,08	161	0,64	110	0,43	219	0,86	110	0,43	0	0,00	0	0,00	2	0,08	2	0,08	119	0,47	219	0,86		
HEPATITE C	0	0,00	172	0,68	16	0,64	331	1,32	37	0,15	130	0,52	7	0,28	130	0,52	712	2,84	130	0,52	13	0,52	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	49	0,19		
TOXOPNEUMONIA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
BRUCELAS	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—		
GONOCOCIA URETRITIS	1	0,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
BRUCELAS	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
HEPATITE E	0	—	1	0,04	0	—	0	—	0	—	1	0,04	3	0,12	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—		
Prevalencia	42 %	—	42 %	—	31 %	—	32 %	—	44 %	—	46 %	—	39 %	—	31 %	—	48 %	—	48 %	—	78 %	—	24 %	—	35 %	—	35 %	—	35 %	—	35 %	—	35 %	—		

GRÁFICO DA DISTRIBUCIÓN ESPACIAL

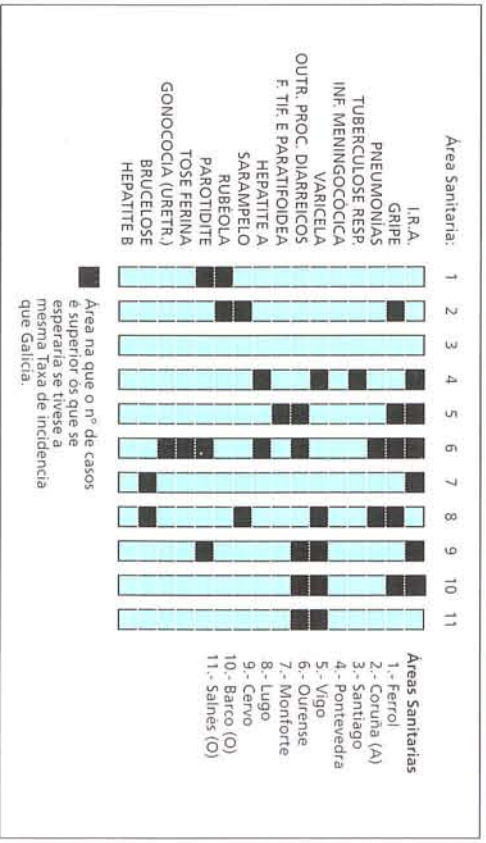
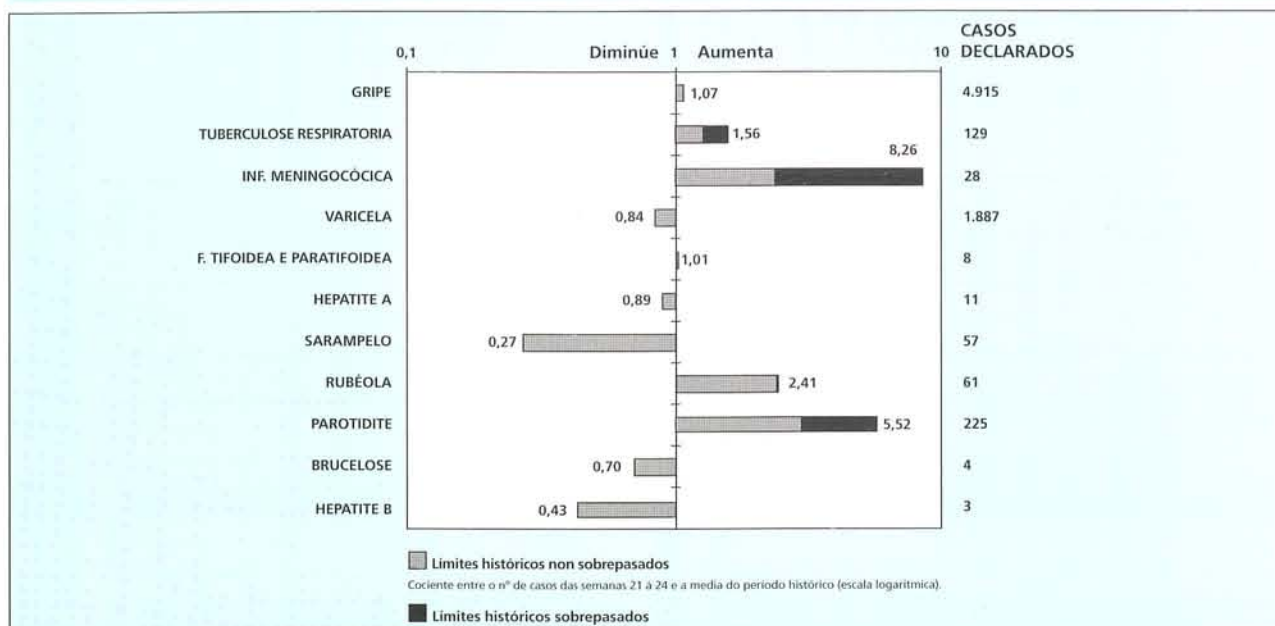


GRÁFICO DE LÍMITES HISTÓRICOS



EN BREVE ...

CAMPAÑA DE VACINACIÓN ANTIGRIPEAL, 1996

De seguido resúmense algunhas das características máis salientables da campaña de vacinación antigripal que, como tódolos anos, desenvolverá a Dirección Xeral de Saúde Pública neste ano 1996. Se desexa información máis detallada, pode solicitala á dita dirección xeral.

CARÁCTER DA CAMPAÑA. A campaña terá carácter gratuito para tódalas persoas pertencentes ós grupos de risco, que son a poboación diana obxecto dela. Tamén se dispensará con este carácter a aquelas persoas, que non estando incluídas nos referidos grupos, solicitan a vacina porque queren ver diminuídas as súas probabilidades de contraer-la gripe, sempre que a solicitude sexa formulada de maneira individual e tendo claro que este non é un obxectivo prioritario da campaña.

Dado que a campaña se basea na subministración directa da vacina a cada punto de vacinación e que ademais ten carácter gratuito, os facultativos deberán absterse de estender receitas oficiais dela durante o período de duración desta campaña.

DURACIÓN DA CAMPAÑA. A campaña iniciárase o 23 de setembro de 1996, e rematará o 29 de novembro de 1996.

POBOACIÓN DIANA

Grupos con maior risco de padecer-las complicacións derivadas da gripe.

- 1.- Persoas de ≥ 65 anos.
- 2.- Adultos e nenos con enfermidades crónicas pulmonares ou cardiovasculares, incluíndo a nenos asmáticos.
- 3.- Residentes en institucións pechadas, de calquera idade, que padezan procesos crónicos.
- 4.- Adultos e nenos que precisaron revisións médicas regulares ou hospitalización durante o ano anterior, a causa de enfermidades metabólicas (incluíndo a diabetes mellitus), alteracións renais, hemoglobinopatías ou inmunosupresión (incluíndo a inmunosupresión debida á medicación).
- 5.- Nenos e adolescentes (de 6 meses a 18 anos) con tratamentos prolongados de aspirina, xa que logo teñen un maior risco de desenvolver-la síndrome de Reye tras unha gripe.

Grupos potencialmente capaces de transmitir-la gripe ás persoas de alto risco.

- 6.- Médicos, persoal de enfermería e calquera outro persoal hospitalario ou ambulatorio que manteña contacto frecuente con pacientes de risco de calquera idade, incluíndo os nenos.
- 7.- Traballadores de institucións pechadas e outras institucións para enfermos crónicos que teñan contacto con pacientes ou residentes.

8.- Asistentes domiciliarios de persoas incluídas nos grupos de risco (enfermeiros/as, traballadores voluntarios, etc.).

9.- Membros da familia e convivintes, de persoas incluídas nos grupos de risco (tamén os nenos).

A VACINA

COMPOSICIÓN: Vacina de virus inactivados e fraccionados, contendo os seguintes antixenos:

* Cepa A/Wuhan/359/95 (H3N2), ou análoga, contendo 15 mcg de hemaglutinina, como mínimo.

* Cepa A/Singapore/6/86 (H1N1), ou análoga, contendo 15 mcg de hemaglutinina, como mínimo.

* Cepa B/Beijing/184/93, ou análoga, contendo 15 mcg de hemaglutinina, como mínimo.

VIA DE ADMINISTRACIÓN: Preferentemente intramuscular. En adultos e nenos maiorciños o lugar de elección é o músculo deltoide. En lactantes e nenos pequenos é preferible a cara anterolateral da coxa.

DOSE: Administrárase unha única dose anual a tódalas persoas, independentemente da súa idade ou pertenza a grupo de risco, agás nos nenos menores de 9 anos non vacinados previamente, nos que se recomenda a aplicación de 2 doses, de 0,25 ml ós nenos entre 6-35 meses de idade e de 0,50 ml ós nenos de entre 3 e 8 anos de idade, separadas entre si, en ámbolos dous casos, por alomenos 4 semanas.

EFFECTOS SECUNDARIOS: En xeral, poden aparecer reaccións locais inespecíficas de curta duración. Con menor frecuencia poden aparecer reaccións sistémicas.

CONTRAINDICACIÓNS: Hipersensibilidade anafiláctica ós ovos ou a outros compoñentes da vacina. Xeralmente é preferible retrasar-la vacinación dos adultos con enfermidade febril aguda ata que remitan os seus síntomas. Nembargantes, enfermidades menores con ou sen febre non contraíndicarán o uso da vacina da gripe, particularmente en nenos con infección do tracto respiratorio medio superior e rinite alérxica. A aplicación da vacina **NON ESTÁ CONTRAINDICADA** en persoas inmunodeficientes calquera que sexa o motivo: inmunosupresión farmacolóxica, neoplasias, infección polo VIH, etc... dado que é unha vacina inactivada e polo tanto non existe risco de proliferación viral incontrolada. Ó contrario, as ditas persoas forman parte dun grupo de indicación específica. Unicamente se pode esperar unha menor resposta inmune.

CONSERVACIÓN: A vacina consérvase entre +2°C e +8°C, protexida da luz. Debe evitarse a súa conxelación.

1. Dirección Xeral de Saúde Pública. Circular 1/96 da Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.

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

Tel.: 981 - 54 29 29 - Fax: 981 - 54 29 70