

ABROCHO DE PNEUMONÍA POR LEXIONELA EN VIGO

A lexionelose é unha enfermidade infecciosa aguda, debida na meirande parte dos casos á *Legionellapneumophila* do serogrupo 1. Ten dúas formas de presentación: unha grave con pneumonía, a chamada "enfermidade do lexionario", e outra leve sen pneumonía, a febre de Pontiac. A transmisión da enfermidade prodúcese por vía aérea, por inhalación de aerossóis procedentes de reservorios acuáticos, naturais ou artificiais, e non hai evidencia de que se transmita dunha persoa a outra¹.

A *Legionella* é unha bacteria bastante común. Atópase de xeito natural nos medios acuáticos como ríos, lagoas ou outros reservorios, xeralmente en concentracións moi baixas. Destes nichos naturais pode pasar a outros artificiais (abastecementos públicos de auga, sistemas de refrixeración, depósitos de auga,...) onde pode atopar condicións —temperatura, substrato,...— idóneas para o seu desenvolvemento e posterior difusión dende eles en forma de aerósol. As persoas, ó inha-lo aerósol quedan expostas á infección e posterior desenvolvemento da enfermidade.

Mais, non tódalas persoas teñen o mesmo risco de enfermarse unha vez que están expostos ó bacilo; a idade avanzada, o sexo masculino, o consumo habitual de tabaco, as patoloxías crónicas ou as inmunodeficiencias, son factores de risco ben coñecidos.

Dende unha perspectiva poboacional, a enfermidade pódese presentar como casos esporádicos, é dicir, que non están epidemioloxicamente vencellados a outros casos de lexionelose, ou como abrochos. Pola súa banda, os abrochos poden ser nosocomiais, que ocorren só en persoas ingresadas nunha institución, ou comunitarios, que son moito máis frecuentes.

Os abrochos comunitarios débense á exposición ambiental a lexionela en aerossóis, na meirande parte das veces orixinados nunha torre de refrixeración que os emite cara a zonas habitadas. A evidencia desta asociación é epidemiolóxica e, só na metade dos casos, tamén microbiolóxica. Isto é así polo difícil que é recupera-la lexionela da auga, e pola variación á que está sometida a cantidade de lexionela que hai nela.

En realidade, atopámonos ante unha enfermidade que, ata o de agora, non constituía un problema importante de saúde para a poboación mundial e, por ende, para a poboación galega. A súa emerxencia actual vese favorecida por un feixe de factores, uns relacionados cun aumento das posibilidades de exposición: sistemas de abastecemento de auga máis complexos, sistemas que quantan auga para queantar ou refrixera-lo ambiente, etc...; outros relacionados cun aumento da susceptibilidade: poboacións máis velhas, con máis inmunodeprimidos, etc...

O ABROCHO DE VIGO

Detección. O día 5 de outubro o servizo de medicina preventiva do Hospital Xeral-Cies de Vigo notificou un posible aumento de casos de pneumonías sen filiar. Confirmouse logo o dito aumento e que os doentes ingresaran con pneumonía, polo que a orixe tiña que ser comunitaria. O día 9 confirmáronse 5 resultados positivos a *Legionella pneumophila* do serogrupo 1 (proba: presenza de antixeno en oruíños, que ten unha sensibilidade que varía entre o 40 ó 60%, e unha especificidade do 96-99%). Nese día confirmáronse tamén outros casos ingresados en dous hospitais máis de Vigo, o de Fátima e o do Meixoeiro.

Análise epidemiolóxica. O día 10 foron enquisados tódolos casos coñecidos ata ese momento coa intención de atopar un lugar ou unha zona xeográfica de exposición que os doentes tivesen en común entre 2 e 10 días antes de que principiaran cos síntomas. Tomouse, pois, o rango do período de incubación; e como caso confirmado, a todo aquel doente cun cadro clínico e radioloxía compatible con pneumonía por lexionela e con antixeno positivo nos oruíños.

Deste estudo preliminar xurdiu a hipótese de que a exposición estaba vencellada ó feito de transitar por unha zona de Vigo limitada polas rúas Gran Vía, Vázquez Varela, Urzaiz e Porto Rico.

Esta hipótese contrastouse mediante un estudo de casos e controis que se realizou o día 11. No estudo participaron 18 dos 20 primeiros casos (2 faleceran) e 37 controis. Seleccionáronse, pois, dous controis por cada caso e foron emparellados segundo a idade (+/- 5 anos), sexo, e data de ingreso. A selección tivo lugar entre os ingresados de xeito urxente por unha patoloxía distinta da pneumonía.

A ámbolos dous grupos preguntóuselles se...

- Residían, traballaban ou paseaban pola zona "de risco".
- Acodiran ó hospital antes do ingreso.
- Traballaban no hospital.
- Acudían con frecuencia a bares da zona "de risco".
- Había, preto da súa casa, sistemas de rego por aspersión.
- Acudiran a mercar a grandes superficies.
- Acudiran a algún balneario, piscina ou semellante.

O resultado da análise sinalou, como factor máis asociado ó risco de ser caso do abrocho, á variable: "Residían, traballaban ou...", cunha OR = 4,29 (IC_{95%}: 1,6 – 18,0).

Mais, ó combina-las variables que dalgún xeito implicaban o tránsito pola zona "de risco", obtívose unha OR = 18,1 (IC_{95%}: 3,7–99,5).

Estudio ambiental. Xa o mesmo día 11, tomáronse mostras das torres de refrixeración da zona de risco e doutros focos probables. Realizáronse outras tomas posteriores coa finalidade de non deixar sen estudar algún posible foco aínda que fora pouco probable. En tódalas mostras os resultados foron negativos.

Seguemento ata o día de hoxe (07/XII/2000). Xa cando se confirmou que a lexionela estaba na orixe do abrocho de pneumonías, fíxose unha busca retrospectiva de casos. Atopáronse 8 casos máis que tiñan positiva a proba do antixeno. Ademais, os casos con antixeno negativo e que tiñan unha mostra de soro da fase aguda, foron seguidos para comprobar se se producía seroconversión. Deste xeito confirmáronse catro casos.

A busca retrospectiva foi completada cunha estratexia que facía máxima a probabilidade diagnóstica: diante de toda sospeita de pneumonía compatible con lexionelose solicitábase a determinación de antixeno nos oruíños. Asemade, cando o resultado desta proba era negativo e se mantiña a sospeita, tomábase unha mostra de sangue para o estudo serolóxico. Deste xeito atopáronse 3 casos máis, os que deron positiva a proba do antixeno dos 45 doentes estudados prospectivamente.

Ó remata-lo seguemento, eran 35 casos os casos relacionados co abrocho. Eran maioritariamente varóns (2,8 a 1) e tiñan unha idade mediana de 64 anos (rango: 30-79 anos). A letalidade foi dun 11%.

Medidas de control. O día 11 de outubro realizouse a inspección das torres de refrixeración da zona de risco, e procedeuse a limpalas e desinfectalas logo de que fosen tomadas mostras. Como coas mostras, ademais das actuacións sobre os focos máis probables de contaminación realizadas nas primeiras horas, realizáronse tamén outras posteriores coa finalidade de non deixar atrás ningún posible foco, por moi improbable que fose a súa intervención no abrocho. Despois comprobouse que os establecementos fixeron a desinfección que lles foi indicada. En total, fixéronse 72 inspeccións.

Xa o 11 de outubro, o Concello de Vigo pechou as fontes ornamentais e suspendeu o rego de xardíns e a limpeza por rego das rúas. Estas medidas foron levantadas o día 3 de novembro, ó seren negativos os resultados das 12 primeiras mostras. Asemade, fíxose unha revisión da situación da rede de abastecemento de Vigo.

Conclusión. Desenvolveuse en Vigo un abrocho comunitario da enfermidade dos lexionarios, debido a una *L. pneumophila* serogrupo 1, Pontiac. A exposición tivo lugar nunha área ben definida da cidade, con máis probabilidade na segunda quincena de setembro e —cecais— na primeira semana de outubro.

Nembargantes, non foi posible determina-lo foco do que propagou a bacteria. É esta unha situación habitual neste tipo de abrochos, xa que determina-lo foco depende de que se atope a bacteria nunha mostra ambiental, coa dificultade que conleva. Ademais, no abrocho de Vigo, ó medir de xeito indirecto a presenza da lexionela no medio ambiente polo momento en que os doentes estiveron expostos, e xunto ás condicións atmosféricas que se deron neses días, é moi probable que cando se iniciou a investigación non houbera xa unha carga bacteriana suficiente para permiti-lo seu crecemento nos medios de cultivo.

¹ DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia: vol IX, nº 3.



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

COMENTARIO EPIDEMIOLÓGICO DAS ENFERMIIDADES DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA: GALICIA, 1999

Limiar

En 1999 principiaron de xeito explícito as actividades encamiñadas a eliminar o sarampelo de Galicia, actividades que se atopan inscritas no obxectivo xeral de eliminar o sarampelo da Rexión europea da Organización Mundial da Saúde¹.

De todas elas¹, aquí interesan as relacionadas coa vixilancia da enfermidade, que se modificou en 1999: pasouse dunha declaración obrigatoria semanal individualizada a outra urxente, que ademais emprega a definición de caso que está exposta baixo a cabeceira de tódolos BEG. Asemade, ampliouse a investigación de cada caso notificado coa intención de (1) confirma-la enfermidade mediante a determinación de anticorpos IgM no soro do doente (2), determina-la fonte que orixinou a enfermidade e (3) segui-los contactos dos doentes para detecta-la presenza de casos secundarios.

Polo demais, nas táboas 1 e 2 resúmese a incidencia notificada en 1999 das diferentes enfermidades vixiadas, en Galicia e nas diferentes áreas sanitarias, respectivamente. A efectos de consolidar estes datos, o ano pechouse o 1 de abril de 2000.

De contado coméntase brevemente o comportamento destas enfermidades, mais antes, como vén sendo habitual, analízase a participación na declaración durante o ano 1999.

Participación na declaración

Como tódolos anos, a calidade da notificación efectuada polos declarantes (1.882 en 1999), estúdase con dous indicadores: a participación global (que é a porcentaxe que supón o número de boletíns de notificación semanal recibidos do total de boletíns que poderían ser recibidos; en 1999, 1.882 por 52 semanas, 97.864), e a adequación da participación, que divide ós declarantes en catro categorías: quen non declarou nunca, quen só declarou de 1 a 10 semanas, quen o fixo entre 11 e 41 semanas e quen declarou máis de 41.

No ano 1999, a participación global acadou o 59%, o valor máis elevado da década dos noventa, que é o período no que se vén a desenvolver-lo actual sistema de notificación en atención primaria, que está baseado na declaración directa de cada médico individual sen pasar, como ata entón ocorria, polo xefe local de sanidade.

Fig. 1: Participación global na declaración. Galicia, 1999

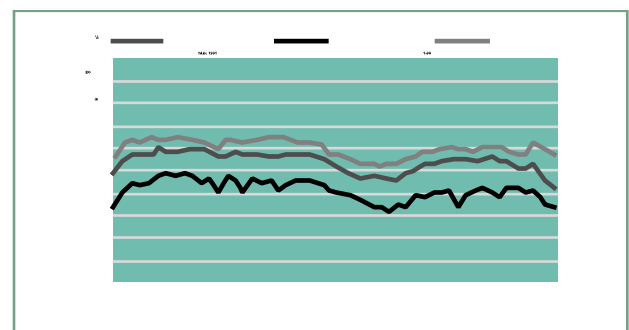
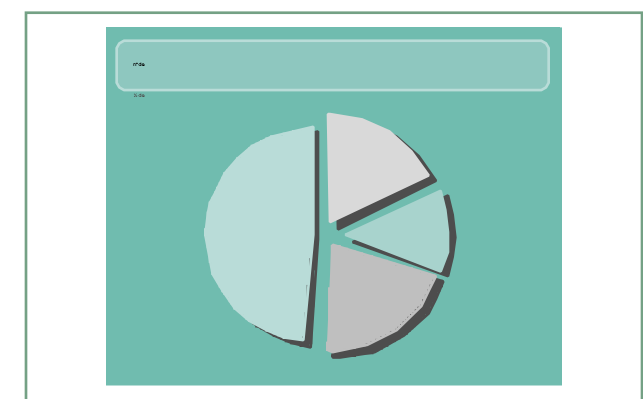


Fig. 2: Distribución da adecuación na participación. Galicia, 1999



COMENTARIO EPIDEMIOLÓGICO

■ A gripe

No ano 1999 aumentou o número de casos declarados de gripe, mantendo a tendencia ó alza observada nos últimos anos e tempadas (fig. 3). Nel observouse o pico máximo da tempada 98/99, debido a virus da gripe B, e un posterior aumento da incidencia debido a virus A(H3N2). A meirande parte dos illamentos do virus da gripe B que se caracterizaron antixe-

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓGICA 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 EPIDEMIOLÓGICO 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

SUMARIO

Comentario epidemiolóxico das enfermidades de declaración obrigatoria: Galicia, 1999.

- EN BREVE...: Abrocho de pneumonía por lexionela en Vigo.
- ANEXOS I ó III: Situación das EDO nas cuadrisesemanas 1 á 3/ 2000.
- ANEXO IV: Campaña de vacinación fronte á enfermidade meningocócica do serogrupo C.
- ANEXO V: Campaña de vacinación anti-gripal e anti-pneumocócica 2000.

Enfermidade	FERROL		CORUÑA (A)		SANTILAGO		PONTEVEDRA		VIGO		OURENSE		MONFORTE		LUGO		CERVO		BARCO (O)		SALNÉS (O)		TOTAL GALICIA	
	ADM. CASOS	IE AC	ADM. CASOS	IE AC	ADM. CASOS	IE AC	ADM. CASOS	IE AC	ADM. CASOS	IE AC	ADM. CASOS	IE AC	ADM. CASOS	IE AC	ADM. CASOS	IE AC	ADM. CASOS	IE AC	ADM. CASOS	IE AC	ADM. CASOS	IE AC	ADM. CASOS	IE AC
GRPE	12742	1,68	49571	1,88	34027	1,66	26320	1,44	40333	1,22	48988	1,99	6596	1,94	33786	2,17	10321	1,98	7000	1,79	4044	1,19	273729	1,54
TUBERCULOSE RESPIRATORIA	134	1,07	285	0,80	189	0,83	95	0,99	209	0,93	161	1,40	21	1,82	63	0,93	16	0,99	11	1,22	26	0,87	1290	0,99
MENINXITE TUBERCULOSA	0	—	3	—	1	—	0	—	6	—	4	—	1	—	3	—	0	—	0	—	0	—	18	—
MENINXITES VÍRICAS	11	—	31	—	11	—	2	—	70	—	45	—	2	—	1	—	12	—	0	—	0	—	185	—
ENF. MENINGOCÓCICA	11	1,57	19	0,88	10	0,42	7	0,28	32	0,84	4	0,29	1	1,00	9	1,29	0	0,00	1	0,90	6	1,50	100	0,83
ENF. INVASIVA POR HIB	0	—	2	—	0	—	0	—	2	—	0	—	0	—	3	—	1	—	0	—	0	—	8	—
VARICELA	1.099	2,29	1.984	1,12	1.904	1,16	1.107	0,94	1.914	0,64	931	0,53	289	1,07	1.299	0,97	161	0,50	94	0,35	287	0,75	10.999	0,90
SARAMPELO	1	0,50	2	0,18	1	0,17	0	0,00	1	0,08	1	0,06	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	2,00	0	—	8	0,07
RUBÉOLA	12	1,33	3	0,38	1	0,13	2	0,18	2	0,25	3	0,33	0	—	0	0,00	0	0,00	0	—	0	—	23	0,13
PAROTIDITE	6	0,60	55	2,12	15	0,41	11	0,50	21	0,88	18	0,64	5	1,00	19	0,76	10	0,89	2	2,00	0	0,00	162	0,53
TÓSE FERINA	0	0,00	3	—	0	—	1	1,00	11	5,50	0	0,00	14	—	0	—	0	—	0	—	0	—	29	2,42
TUMORCÓN ALIMENTARIAS	74	1,61	288	2,04	87	1,13	49	0,36	119	0,45	214	0,81	7	0,70	114	1,12	11	0,42	2	0,40	19	0,76	984	0,75
F. TIFOIDEA E PARATIFOIDEA	2	0,67	2	0,67	13	1,00	9	0,82	4	0,18	0	0,00	0	—	1	1,00	0	—	0	—	4	0,80	35	0,56
HEPATITE A	2	0,40	35	4,38	3	0,33	4	0,36	11	0,89	1	0,09	0	—	1	0,33	0	—	2	—	0	—	59	0,87
HEPATITE B	3	0,75	13	0,93	15	1,00	24	4,00	23	0,82	4	0,27	0	0,00	4	0,80	0	0,00	0	—	2	2,00	93	0,98
HEPATITES VÍRICAS OUTRAS	12	2,00	190	19,0	47	3,82	45	6,43	27	1,84	15	1,00	0	0,00	4	1,00	2	1,00	4	0,67	3	3,00	316	3,12
BRUCELOSE	0	—	1	0,39	2	0,67	1	0,57	1	1,00	0	0,00	0	0,00	4	4,00	1	1,00	4	0,57	0	—	14	0,47
SIFILIS	1	0,33	13	3,25	13	1,13	4	2,00	9	1,13	10	1,43	0	0,00	4	2,00	0	0,00	0	—	0	—	54	1,69
INFECC. GONOCÓCICA	18	0,82	98	0,80	107	0,85	32	0,44	36	0,29	73	0,46	29	1,45	113	1,84	8	0,59	1	0,07	3	0,21	518	0,57
EXANTEMOSE	2	—	0	—	0	—	0	—	5	—	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	8	—
DISENTERIA BACILAR	2	—	1	—	0	—	0	—	0	0,00	0	—	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	4	2,00
BOTULISMO	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
TÉTANO	0	—	3	—	0	—	0	0,00	1	0,50	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	6	1,20
RUBÉOLA CONXÉNITA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
TÉTANO NEONATAL	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
SIFILIS CONXÉNITA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
F. EXANTEMÁTICA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
F. EXANTEMÁTICA	0	—	0	—	0	—	0	—	4	2,00	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	5	2,50
PROLUSO	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
PALUDISMO	0	—	3	1,50	1	1,00	3	—	8	0,89	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	16	1,80
CÓLERA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
FEBRE AMARELA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
PESTE	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
TÍFO BACTERICIDIO	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
DIFTERIA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
LEPRA	0	—	0	—	0	—	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	2	2,00
POLIOMIELITE	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
RABA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—

8 casos (o mínimo histórico), e se descartaron 8 máis. Nun vindeiro número do BEG darase conta dos efectos do cambio da vixilancia na incidencia notificada de sarampelo, e do resultado (alcance) da campaña de vacinación desenvolvida de novembro de 1999 a abril deste ano 2000.

Táboa 1: EDO. Galicia, 1999

EDO	Casos	Taxas ⁽¹⁾	IEAc ⁽²⁾
Gripe	273.729	10.046,78	1,54
TB Respiratoria ⁽³⁾	1.250	45,88	0,89
Meninxite TB ⁽³⁾	18	0,66	Nc
Meninxites víricas	185	6,79	Nc
Enf. meningocócica	100	3,67	0,83
Enf. invasiva por Hib	8	0,29	Nc
Varicela	10.999	403,70	0,90
Sarampelo	8	0,29	0,07
Rubéola	23	0,84	0,43
Parotidite	162	5,95	0,53
Tose ferina	29	1,06	2,42
TIA	984	36,12	0,75
F. tifoidea e parat.	35	1,28	0,56
Hepatite A	59	2,17	0,87
Hepatite B	93	3,41	0,98
Outras hepat. víricas	349	12,81	3,12
Brucelose	14	0,51	0,47
Sífilis	54	1,98	1,69
Gonococia	518	19,01	0,67
Disenteria bacilar	4	0,15	2,00
Tétano	6	0,22	1,20
F. botonosa	5	0,18	2,50
Paludismo	16	0,59	1,60
Lepra	2	0,07	2,00
Lexionelose	8	0,29	Nc

⁽¹⁾ Taxas brutas por 100.000 habitantes.
⁽²⁾ Índice Epidémico Acumulado (Nc= non calculable).
⁽³⁾ Datos do Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose.

A rubéola mantense ós niveis máis baixos dende que é vixiada, feito que está a indicar unha elevadísima cobertura vacinal que se traduce, é isto é o que se pretende coa vacinación, nunha nula incidencia da síndrome de rubéola conxénita no trienio 1997-99 (segundo o confirma tanto a ausencia de casos notificados como o seguimento das altas hospitalarias feito a través do Conxunto Mínimo Básico de Datos).

Durante 1999 observouse un discreto aumento da notificación de parotidite, mais esta mantense aínda en niveis moi baixos despois do aumento que experimentara en 1995 e 1996.

Toxinfecións alimentarias (TIA)

En 1999 notificáronse preto de 1.000 casos de TIA, o 60% deles asociados a algún dos 45 abrochos detectados. Nestes, que o axente máis frecuente segue a se-la *Salmonella non tiphy*. Nembargantes, dos abrochos ocorridos en 1999 hai que salienta-los debidos ó consumo de moluscos crus contaminados con *Vibrio parahaemoliticus*. Foron tres abrochos e afectaron a 45 persoas⁶.

Febres tifoidea e paratifoidea e hepatite A

Ámbalas dúas rúbricas seguen a amosa-lo mesmo comportamento dos últimos anos. Unha importante asociación xeográfica nas febres tifoidea e paratifoidea, que sistematicamente amosan as meirandes taxas de incidencia nas áreas do Salnés e Pontevedra; e incidencias moi baixas de hepatite A que periodicamente vense alteradas aínda por abrochos moi localizados. Isto pasou en 1999, cando un só abrocho, ocorrido en Cee, bastou para dobla-la incidencia de enfermidade observada en Galicia durante 1998.

Paludismo

Tanto en incidencia como nas características dos casos, o paludismo segue a amosa-lo mesmo aspecto que nos anos anteriores: dos 16 casos notificados, un tercio están asociados á inmigración e a meirande parte dos restantes á pesca nas costas de África. Por outra banda, só un deles tomara quimioprofilaxe, mais o fixo de xeito incorrecto.

Febre exantemática mediterránea (FEM)

O 1999 voltou a ser un ano de incidencia baixa, cos casos concentrados —como sempre— no sur de Galicia, especialmente no da área de Vigo.

Infección gonocócica e sífilis

Aínda que ben a modo, a notificación de infección gonocócica segue a diminuír e, en 1999, en Galicia situouse nunha taxa bruta de 19 casos por cen mil habitantes. Pola súa banda, a sífilis voltou a amosar unha incidencia relativamente elevada (50 casos), se se compara coa dos primeiros anos da década dos noventa, cando a notificación era individualizada; mais non houbo casos de sífilis conxénita.

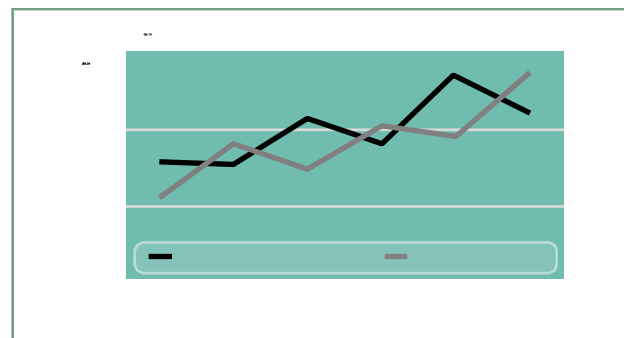
En 1999 detectáronse 15 abrochos que non son de TIA. Deles, catro —os comentados no epígrafe adicado ás meninxites víricas— debéronse a enterovirus non polio, que é o axente individual máis frecuente.

¹ DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol XI, nº 3.
² DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol XI, nº 1.
³ DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol XII, nº 1.
⁴ CNE. Boletín Epidemiolóxico Semanal 2000; vol 8, nº 1.
⁵ DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol XII, nº 6.
⁶ DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol XII, nº 2.

nicamente eran semellantes a B/Beijing/184/93; e os do subtipo A(H3N2) éranos a A/Sydney/5/97, ámbolos dous incluídos na vacina antigripal recomendada para esa tempada¹.

Os virus do subtipo A(H3N2) tamén foron os predominantes no período de 1999 que pertence á tempada 99/00.

Fig. 3: Casos declarados de gripe, por tempadas e por anos. Galicia, 1994-1999



Enfermidades meningocócica e tuberculosa

Do comportamento da enfermidade meningocócica durante 1999 xa se informou no anterior número do BEG²; e o da tuberculose, analizárase polo miúdo nun informe que nas vindeiras semanas vaise editar como *Guía de Saúde Pública*.

Meninxites víricas

En Galicia, durante 1999 notificáronse 185 casos de meninxite vírica, mais preto do 60% deles notificáronse en dúas áreas sanitarias: Vigo e Ourense. Nesta área ocorreu o abrocho máis importante dos catro detectados, todos eles debidos a enterovirus non-polio.

Enfermidade invasiva por Haemophilus influenzae do tipo B

Se ben en 1999 aumentou o número de caos notificados de enfermidade invasiva por Hib, pódese observa-lo efecto que a vacinación está a ter na enfermidade: sendo como é unha enfermidade infantil, que antes da vacinación producía enfermidade dun xeito predominante nos menores de 6 anos, agora tódolos casos son adultos (o máis novo tiña 19 anos). Esta evolución obsérvase ben na figura 4.

Fig. 4: Casos de enfermidade invasiva por Hib. Galicia, 1996-1999

