

COBERTURA VACINAL EN GALICIA: NADOS EN 1996 E 1997

No derradeiro trimestre de 2000, realizouse o traballo de campo da 2ª enquisa de cobertura vacinal de Galicia. Desta volta, a poboación de referencia eran os nenos nados en 1996 e 1997, e o calendario de referencia o que se amosa no cadro 1.

Para realiza-la enquisa seleccionouse unha mostra dos nenos nados nos devanditos anos e, mediante entrevista presencial, recolleuse a información sobre os antecedentes de vacinación que constaban na "cartilla de saúde infantil" do neno, ou noutro documento semellante. Se ó neno lle faltaba algunha vacina, ou se non tiña ningún documento que recollese os antecedentes de vacinación, ós seus pais ou titores preguntábaselles por estes antecedentes e recomendábaselles que visitasen ó pediatra.

A selección da mostra. Para obte-la mostra de nenos que ían participar na enquisa, dividíuse Galicia en dúas sub-poboacións: a zona urbana (compuesta polos nados nos anos de referencia nas 7 grandes cidades de Galicia e nos concellos das súas áreas metropolitanas) e a zona rural (formada polos nenos nados nos restantes concellos de Galicia), e fíxose un deseño mostral para cada unha delas.

Na zona urbana a mostraxe foi aleatoria estratificada. Consideráronse 8 estratos, un por cada unha das grandes cidades e o restante para os concellos das áreas metropolitanas. Neles seleccionáronse, en número proporcional ó seu tamaño e de xeito aleatorio simple a partir do rexistro do Programa de detección precoz de enfermidades metabólicas, os 863 nenos que foron enquisados.

Para a zona rural estableceuse unha mostraxe bietápica estratificada por comarcas (que son o resultado de agrupar concellos en función da súa proximidade e de que entre eles haxa boa comunicación por estrada). As comarcas, para garanti-la meirande homoxeneidade posible, repartíronse en 3 estratos atendendo ó número de nenos que nelas naceran; e logo, na primeira etapa, seleccionáronse 3 comarcas en cada estrato, con probabilidades proporcionais ó seu tamaño (ie, número de nenos). Na segunda etapa quitouse unha mostra aleatoria simple de nenos nados nas comarcas seleccionadas, a partir do rexistro do Programa de detección precoz de enfermidades metabólicas. Nesta zona, foron enquisados 1.332 nenos.

Resultados. Os resultados da enquisa, para Galicia no seu conxunto, sen específica-las zonas rural e urbana porque teñen valores semellantes, resúmese na táboa 1 divididos en dous bloques, un dedicado á "serie completa" (que fai referencia a que se teñen tódalas doses de vacina recomendadas no calendario de vacinacións infantís) e o outro á "primovacunación" (que fai referencia ó conxunto de doses de vacinas necesarias para que nos vacinados se acadase unha taxa de seroconversión suficiente para garanti-la súa protección, e que se distingue das outras doses da serie que forman a vacinación completa que son consideradas como de "recordo"). No eido deste estudio, a primovacunación coas vacinas da poliomielite, DTP e Hib acádase con tres doses, e coa triplevírica con unha; mentres a serie completa estudiada fórmase con catro e dúas doses, respectivamente. No caso da hepatite B, serie completa e primovacunación coinciden.

Táboa 1: Coberturas vacinais nos nados en Galicia en 1996 e 1997

COBERTURA	Vacinación axustada a calendario				Primovacunación			
	NOTIFICADA		DOCUMENTADA		NOTIFICADA		DOCUMENTADA	
	%	IC (95%)	%	IC (95%)	%	IC (95%)	%	IC (95%)
Hepatite b	98,90	98,44 99,36	97,73	97,05 98,40				
Poliomielite	98,22	97,61 98,82	96,36	95,49 97,23	99,88	99,71 100,00	98,64	98,10 99,18
Triple vírica¹	89,40	87,18 91,62	88,00	85,74 90,27	99,39	99,06 99,72	97,76	97,09 98,42
DTP	95,73	94,57 96,88	94,03	92,68 95,38	98,04	97,15 98,92	96,88	95,87 97,90
DTP/DT³	98,10	97,43 98,78	96,17	95,22 97,12	99,62	99,29 99,95	98,23	97,60 98,86
Hib²	83,56	80,93 86,20	79,13	76,24 82,02	91,31	89,36 93,27	87,50	85,14 89,86
Completo⁴	84,63	82,73 86,54	80,50	78,50 82,50	93,81	92,67 94,96	90,20	88,87 91,53

(1) Só os nados en 1996; (2) Só os nados en 1997; (3) Os que recibiron DTP ou DT; (4) Elaborado coas coberturas de DTP/DT.

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

Cadro 1: Calendario vacinal recomendado para os nados en 1996 e 1997 antes que cumprisen os 6 anos de idade.

Idade (meses) →	0	2	4	6	15	18	36-48
Hepatite B							
Poliomielite							
Triple vírica							
DTP							
Hib							

Na táboa de resultados distínguese tamén entre "cobertura documentada" (construída só con datos que constan nun documento consultado) e "cobertura notificada" (que se elabora cos datos documentados e, só cando non estaban documentados, cos datos proporcionados polos pais). Este último xeito de medi-la cobertura vacinal, hai que lembralo, está suxeito a numerosos problemas: «esquecemento, confusión entre vacinas e doses de vacinas e, o máis preocupante, a posible tendencia a declarar como recibidas vacinas non recibidas, ben como autoprotección ou pola ben coñecida posibilidade de querer agradar ó enquisador, de contesta-lo que se percibe como resposta "axeitada"».

De tódolos xeitos, «é seguro que nalgúns casos certas doses de vacina non quedan rexistradas nos diferentes documentos e, tamén, que estes documentos se extravían...» [Polo que, os valores da cobertura documentada], polo xeito en que foron obtidos (a partir de rexistros), establecen o valor mínimo das diferentes coberturas vacinais, mentres que os seus "verdadeiros" valores deberían ser lixeiramente superiores e atoparse entre aqueles e os das coberturas notificadas.¹

Comentario. As coberturas vacinais observadas atópanse na liña das do primeiro estudio¹, nun nivel tal que, na primovacunación documentada, ningún límite inferior dos intervalos de confianza ó 95% cae por baixo do 95%, agás no caso da vacina fronte ó *Haemophilus influenzae* b; e na serie completa documentada, ningún límite inferior dos devanditos intervalos cae por baixo do 90%, agás na triple vírica e Hib.

Mais, hai que ter en conta, que a vacinación sistemática fronte o Hib principiaba precisamente en 1996 (polo que para calcula-la cobertura exposta na táboa 1, foron excluídos os nados neste ano), e 1997 pódese consideralo primeiro ano de vacinación sistemática. Coa triple vírica, o problema é diferente: Parte dos nados en 1997 aínda non tiñan, en 2000, idade para recibi-la segunda dose (por iso foron excluídos do cálculo da cobertura vacinal); e o rexistro da segunda dose nos nados en 1996, ben puido verse afectado pola campaña de vacinación realizada no eido do Programa galego de eliminación do sarampelo.

¹DXSP. Cobertura vacinal e antecedentes de reaccións adversas á vacinación. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*: vol. XI, nº 4.



CONSELLERÍA DE SANIDADE E SERVICIOS SOCIAIS

Dirección Xeral de Saúde Pública

Vol. XIII / 2000

Número 5

Data de impresión: Xullo de 2001

BEG

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

D.L.: C-1767-1995

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

DIAGNÓSTICO E MANEXO DAS ENFERMIDADES DE ORIXE ALIMENTARIA (EOA)

Limiar

A enfermidade de orixe alimentaria (EOA), que é o nome xenérico que se lle dá a calquera enfermidade que estea relacionada coa ingestión de alimentos, é, hoxano, un serio problema de saúde pública. «Os recentes cambios na demografía humana e nas preferencias alimentarias, os cambios na produción dos alimentos e nos seus sistemas de distribución, a adaptación microbiana e a falta de apoio ós recursos e ás infraestruturas de saúde pública conduciron á emerxencia de novas e tamén das tradicionais EOA. Co asunto das viaxes e das oportunidades para o comercio, non sorprende que o risco de contraer e difundir unha EOA exista agora a nivel local, rexional e mesmo global¹».

Ademais, ó ser, en xeral, numerosas as persoas expostas ó alimento responsable da EOA, a forma de presentación epidemiolóxica característica destas enfermidades é o abrocho; é dicir, que de súpeto aparecen máis casos dunha enfermidade do que cabe esperar nun lugar, momento e comunidade concretos. (Logo, máis ou menos axiña, dependendo da extensión e persistencia da exposición ó alimento responsable, e de que estableza ou non unha transmisión secundaria perso-a a persoa², remiten os casos de enfermidade e remata o abrocho.)

Os médicos, ó consulta-lo primeiro ou primeiros casos dun abrocho de EOA (que neste BEG serán referidos como "caso índice", sen atender ó seu número concreto), son quen de identifica-lo abrocho ou, alomenos, sospeitalo. Esta identificación (ou sospeita) dun abrocho é o primeiro —e imprescindible— chanzo para que os servizos de saúde pública poidan estudialo e, segundo os resultados que se obteñan, propoñe-las medidas de control a curto e medio prazo². O vencello entre identificación (ou sospeita) e investigación é a notificación (que, en Galicia, é obrigatoria³).

Así pois, os médicos desempeñan un papel crítico na prevención e o control dos abrochos de EOA. Deste xeito recoñeceuno a Asociación Médica Americana que, con outros autores e coa intención de facilitar-lles ós médicos o desenvolvemento dese papel, veñen de publicar un documento, *Diagnosis and Management of Foodborne Illness. A premir for Physicians*¹, que, polo seu interese, a DXSP decidiu traducir parcialmente adaptándoo ás características da nosa estrutura sanitaria.

As consideracións clínicas no documento orixinal, que se pode consultar en <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5002.pdf>, están divididas en tres apartados: o texto principal (que vén de seguido neste BEG); unhas táboas nas que se resumen as características clínicas, microbiolóxicas e terapéuticas de numerosas EOA, agrupadas polo axente en catro cate-

gorías: bacterias, virus, parasitos e non-infecciosos (que se reproducen como *Guía de Saúde Pública*, e se distribúen xunto a este número do BEG⁴); e unha serie de escenarios clínicos (que non se traduciron).

Introducción

O documento vai dirixido ós médicos que teñen a meirande probabilidade de consulta-lo caso índice dun potencial abrocho de EOA, coa intención de actualizalos sobre as EOA e lembrar-lles o importante papel que desempeñan ó recoñece-los síntomas sospeitosos, os agregados de casos de enfermidade, os axentes etiolóxicos e ó notifica-la EOA ós servizos de saúde pública (en Galicia, os abrochos de xeito urgente ó SAEG: ve-lo cadro 1).

Especificamente, este documento insta ós médicos a:

- Recoñece-la posible etioloxía alimentaria da enfermidade dun doente.
- Lembrar que a maioría, pero non tódolos casos de EOA, teñen sintomatoloxía gastrointestinal.
- Ter en conta que calquera doente con EOA pode ser un caso índice dun abrocho máis amplo.
- Notifica-los casos sospeitosos ós servizos de saúde pública.
- Obter cultivos de feces cando estean indicados.

Cadro 1 – Sistema de Alerta Epidemiolóxica de Galicia (SAEG)

En horario de oficina:
seccións de epidemioloxía das delegacións provinciais da Consellería de Sanidade

- ☎ A Coruña: 981 18 58 34
- ☎ Lugo: 982 29 41 14
- ☎ Ourense: 988 38 63 39
- ☎ Pontevedra: 986 80 58 72

Fóra do horario de oficina:
☎ 649 82 90 90
☎ A través do 061

SUMARIO

Diagnóstico e manexo das enfermidades de orixe alimentaria (EOA).

- EN BREVE...: Cobertura vacinal en Galicia: Nados en 1996 e 1997.
- ANEXOS I e II: Situación das EDO nas cuadrisesmanas 10 e 11/ 2000.
- ANEXO III: Diagnóstico e manexo das enfermidades de orixe alimentaria: Táboas.
- ANEXO IV: Programa de Saúde Bucocental. Informe do curso escolar 1999/2000.

Consideracións clínicas

Os perigos que supoñen as EOA son moitos e variados, e implican axentes biolóxicos e outros que non o son. A EOA pode estar causada por micro-organismos e as súas toxinas, organismos mariños e as súas toxinas, cogomelos e as toxinas relacionadas con eles, e por contaminantes químicos.

Se ben os médicos xogan un papel crítico na vixilancia e a prevención de potenciais abrochos de EOA, só unha fracción das persoas que teñen síntomas gastrointestinais de EOA acoden ó médico. Naqueles que acoden ó médico e se toman mostras, as bacterias son os patóxenos que se identifican con meirande frecuencia como axentes causais.

Nos USA, os axentes máis frecuentes son *Campylobacter*, *Salmonella* e *Shigella*, cunha substancial variación xeográfica e estacional; en Galicia, nos abrochos detectados no período 1994-1999, *Salmonella* e *Staphylococcus aureus*². Rara vez se practican as probas para busca-la etioloxía vírica da enfermidade diarreica, mais considérase que os virus son a causa máis común de EOA.

Como se dixo, na guía de saúde pública que se edita xunto a este número do BEG, resúmense as características clínicas, as probas de laboratorio e as recomendacións terapéuticas relacionadas coas EOA causadas por bacterias, virus, parasitos e tóxicos e toxinas doutras orixes.

Recoñecemento da EOA

Os doentes con EOA tipicamente presentan síntomas gastrointestinais (vómitos, diarrea, dor abdominal); nembargantes, poden ocorrer tamén síntomas inespecíficos e mesmo neurolóxicos. Todo abrocho de EOA comeza cun caso índice que ben pode non estar gravemente enfermo, e o médico que se atopa con esta persoa pode se-lo único que teña a oportunidade de facer un diagnóstico temperán. Así pois, o médico debe ter un elevado nivel de sospeita e face-las preguntas axeitadas para recoñecer que a enfermidade ten unha orixe alimentaria.

Indicios importantes para determina-la etioloxía da EOA son:
– Período de incubación.
– Duración da enfermidade.
– Síntomas clínicos predominantes.
– Poboación implicada no abrocho.

Outros indicios pódense obter ó preguntarlle o doente se consumiu alimentos crus ou pouco cociñados (por exemplo, ovos crus ou pouco feitos, moluscos bivalvos, peixe), leite ou zumes sen pasteurizar, alimentos de elaboración caseira, ou produtos crus ou queixos brandos feitos con leite sen pasteurizar.

Presentación clínica	Posibles axentes relacionados
Gastroenterite: vómitos como síntoma principal; pode tamén haber diarrea.	Gastroenterite vírica, con maior frecuencia debida a rotavirus nos nenos máis pequenos e ós virus semellantes ó Norwalk nos nenos maiores ou nos adultos; ou intoxicación debida a toxinas preformadas (por exemplo: vomitoxina, toxina do <i>Staphylococcus aureus</i> , toxina do <i>Bacillus cereus</i>), ou a metais pesados.
Diarrea non inflamatoria: diarrea acuosa aguda sen febre nin disentería. Algúns casos pódense presentar con febre. (1)	Pódena causar practicamente a totalidade dos patóxenos entéricos (bacterias, virus, parasitos), mais é un síntoma clásico de: <i>E. Coli</i> enterotoxixénico, <i>Vibrio cholerae</i> , virus entéricos (astrovirus, calicivirus, adenovirus entéricos, rotavirus), <i>Cryptosporidium parvum</i> , e <i>Cyclospora cayetanensis</i> .
Diarrea inflamatoria: gastroenterite invasiva; poden estar presentes a diar rea sanguenta e a febre (2)	As especies <i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> e <i>Salmonella</i> ; <i>E. Coli</i> enteroinvasivo, <i>E. Coli</i> enterohemorráxico, <i>Vibrio parahaemolytuicus</i> , <i>Entamoeba histolytica</i> , e <i>Yersinia enterocolitica</i> .
Diarrea persistente: Dura 14 días ou máis.	Unha enfermidade prolongada quere unha inmediata exame en busca de parasitos, particularmente cando hai antecedentes de viaxes a áreas onde se consume auga sen tratar. Consideraranse: <i>Cyclospora cayetanensis</i> , <i>Cryptosporidium parvum</i> , <i>Entamoeba histolytica</i> e <i>Giardia Lamblia</i> .
Síntomas neurolóxicos, por exemplo: parestias, insuficiencia respiratoria, broncoespasmos	Botulismo (toxina do <i>Clostridium botulinum</i>), pesticidas organofosforados, envelenamento con talio, escombroidotoxina (histamina, saurina), ciquatera (ciguatoxina), tetrodotoxina, NSP (brevitoxina), PSP (saxitoxina), ASP (ácido domoico), intoxicación por cogomelos, síndrome de Guillain-Barré asociado á diarrea infecciosa debida a <i>Campylobacter jejuni</i> .
Enfermidade sistémica	<i>Listeria monocytogenes</i> , especie <i>Brucella</i> , <i>Salmonella typhi</i> , <i>Salmonella paratyphi</i> , <i>Trichinella spiralis</i> , <i>Toxoplasma gondii</i> , <i>Vibrio vulnificus</i> , virus da hepatite A

(1) A diarrea non inflamatoria caracterízase pola hipersecreción mucosa ou a diminución da absorción sen destrucción da mucosa e, en xeral, afecta ó intestino delgado. Algúns doentes pódense deshidratar pola intensidade da diarrea acuosa e poden chegar a un estado de franca gravidade. Isto é máis frecuente nos máis novos e nos vellos. A meirande parte dos doentes experimentan unha deshidratación mínima e só están levemente enfermos con a penas unhas leves molestias físicas. A enfermidade tipicamente se presenta cun comezo brusco e ten curta duración. A febre e os síntomas sistémicos adoitan faltar (excepto os síntomas que están directamente relacionados coa perda intestinal de líquidos).

(2) A diarrea inflamatoria caracterízase pola invasión mucosa que resulta en inflamación, e está causada por patóxenos invasivos ou citotóxicos. A diarrea adoita afecta-lo intestino groso e pódese asociar a febre, dor abdominal e debilidade, cefalea, vómito, malestar e mialxia. As feces poden ser sanguentas e conter moitos leucocitos fecais.

Haberá que preguntarlle tamén ó doente se algún dos seus familiares, ou das persoas próximas a el, ten ou acaba de ter síntomas semellantes; é se vive ou vén de estar nunha granxa, en contacto con animais domésticos; tamén onde acode polo día, polo seu traballo, por viaxes ó estranxeiro ou á costa, por excursións á montaña ou a outras zonas onde se consume auga sen tratar, e ós banquetes ou festas semellantes ós que acudiu.

Se se sospeita dun EOA, débense remitir ó laboratorio mostras axeitadas e notifica-lo a saúde pública para que poda realiza-la investigación epidemiolóxica.

Posto que a diarrea infecciosa se pode transmitir dende a persoa enferma e difundir con facilidade, a identificación rápida e definitiva dun axente etiolóxico pode axudar ó control do abrocho de EOA. Un médico que obtén unha mostra pode contribuír co dato necesario que na última instancia conduza á identificación da fonte do abrocho.

Diagnóstico da EOA

Diagnóstico diferencial. Como amosan a táboa 1 e as táboas da Guía de saúde pública⁴, débense considerar unha grande variedade de axentes nos doentes que teñen EOA. Nembargantes, a pesar de tan numerosas posibilidades, pode ser difícil establecer un diagnóstico, particularmente en doentes con diarrea persistente ou crónica, os que teñen dor abdominal importante e cando hai outra enfermidade subxacente. A amplitude da avaliación diagnóstica depende das características clínicas, do diagnóstico diferencial considerado e do xuizo clínico.

Se ocorre calquera dos síntomas e signos seguintes, sos ou en combinación, o laboratorio pode aportar importantes indicios diagnósticos (débeselles prestar particular atención ós doentes ou moi novos ou moi vellos, e os que están inmunodeprimidos, xa que son moi vulnerables):

- Diarrea sanguenta.
- Perda de peso.
- Diarrea que leva á deshidratación.
- Febre.
- Diarrea prolongada (é dicir, tres ou máis deposicións sen consistencia ó día, durante varios días).
- Implicación neurolóxica, como parestias, debilidade motora, parálise dos nervios craniais.
- Náuseas, vómito, diarrea de comezo súpeto.
- Dor abdominal importante.

Ademais das causas de orixe alimentaria, o diagnóstico diferencial da enfermidade do tracto gastro-intestinal inclúe enfermidades subxacentes do tipo do colon irritable; enfermidade intestinal inflamativa (enfermidade de Crohn ou colite ulcerosa); neoplasias; uso de medicamentos (incluíndo a colite asociada a antibióticos debida á toxina do *Clostridium difficile*); cirurxía ou radiación do tracto gastrointestinal; síndrome de malabsorción, inmunodeficiencias, diarrea tipo Brainerd (diarrea acuosa profusa e crónica de etioloxía descoñecida), e outras moitas alteracións morfolóxicas, funcionais e metabólicas.

Débense considerar tamén factores esóxenos, como a asociación da enfermidade con viaxes, traballo, estrés emocional, prácticas sexuais, exposición a outras persoas enfermas, hospitalización recente, e acudir a garderías ou residencias.

Tamén é complexo o diagnóstico diferencial nos doentes que presentan sintomatoloxía neurolóxica debido a EOA. As causas relacionadas cos alimentos que se deben considerar inclúen a inxesta recente de peixes ou moluscos bivalvos, de cogomelos ou produtos químicos. Como a inxestión de certas toxinas (por exemplo, a botulínica ou a tetrodotoxina) e substancias químicas (por exemplo, organofosforados) poden ameaza-la vida, o diagnóstico diferencial débese facer o máis axiña posible prestando atención á terapia agresiva e ás medidas de soporte vital (respiración asistida, administración de antitoxina ou atropina) e á hospitalización.

Análise microbiolóxica. Ó remiti-las mostras para a súa análise microbiolóxica, é importante ter presente que os laboratorios de microbioloxía non sempre seguen os mesmos protocolos cara a detecta-los patóxenos. Para optimiza-la recuperación dun axente etiolóxico, os médicos deben coñece-la toma de mostras rutineira e os procedementos analíticos do mesmo xeito que as circunstancias e procedementos para solicitar análises especiais. Pode que algunhas probas complexas (por exemplo, o exame das toxinas, o serotipado ou as técnicas moleculares) só estean dispoñibles en grandes laboratorios.

Os cultivos de feces son imprescindibles se o doente está inmunodeprimido, ten febre, diarrea sanguenta, dor abdominal intenso, ou cando a enfermidade é clinicamente grave ou persistente. Os cultivos de feces tamén están indicados se están presentes moitos leucocitos fecais, feito que indica inflamación difusa do colon e suxire patóxenos bacterianos invasivos como *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter* ou *E. Coli* enteroinvasivo. Os cultivos de *Vibrio*, *Yersinia*, *E. Coli* 0157:H7 e de *Campylobacter* distintos de *C. jejuni* ou *C. coli*, requiren medios ou condicións de incubación adicionais, e por iso é necesario comunicarlle ó laboratorio esta circunstancia/sospeita.

O exame de feces para parasitos en xeral, está indicado en doentes con antecedentes de viaxes que o suxiren; que están inmunodeprimidos ou sofren diarrea crónica ou persistente; ou cando a enfermidade diarreica non responde ó tratamento antibiótico axeitado. A exame das feces para parasitos tamén está indicado nas enfermidades do tracto gastrointestinal que semella que tiveron un período de incubación longo. A indicación de un exame de feces para ovos e parasitos en xeral serán suficientes para identificar *Giardia Lamblia* e *Entamoeba histolytica*, mais pode ser necesario comunicarlle ó laboratorio a sospeita cando se quere detectar *Cryptosparidium parvum* ou *Cyclospora Cayetanensis*.

Débense obter mostras para hemocultivo cando se sospeita bacteriemia ou infección sistémica.

As probas de detección directa de antixenos e as técnicas de bioloxía molecular permiten identificar, en certas mostras clínicas e con grande rapidez, bacterias e parasitos. Nalgunhas circunstancias, pode estar xustificado o exame químico e microbiolóxico do vómito ou dos alimentos implicados.

Tratamento. A selección do tratamento axeitado depende da identificación do patóxeno responsable (se é posible), e de que se dispoña dunha terapia específica.

A meirande parte dos episodios de gastroenterite aguda son autolimitados, e só requiren substitución de fluídos e terapia de mantemento. A rehidratación oral está indicada en doentes mediana ou moderadamente deshidratados, e a terapia intravenosa pode ser necesaria cando a deshidratación é máis grave. Como queira que moitos axentes anti-diarreicos teñen efectos adversos potencialmente serios en nenos proensos, neste grupo de idade non se recomenda o seu uso rutineiro.

Ó elixi-la terapia antibiótica, contarase con:

- Signos e síntomas.
- Organismo detectado (se o houbese).
- As probas de sensibilidade antibiótica (se as houbese).
- Idoneidade do tratamento antibiótico: algunhas infeccións entéricas de orixe bacteriana é mellor non tratalas.

Coñece-lo axente infeccioso e o seu patrón de sensibilidade antibiótica permítelle ó médico principiar, mudar ou interrompe-lo tratamento antibiótico. Esta información pode tamén favorece-la vixilancia das enfermidades infecciosas e a evolución da resistencia ós antibióticos na comunidade. A resistencia ós antibióticos dalgúns patóxenos entéricos xa aumentou, polo que é preciso un uso xuízoso deste tipo de tratamento.

Vixilancia das EOA. A notificación da EOA empezou nos USA hai máis de 50 anos, cando os oficiais sanitarios dos estados, preocupados pola elevada morbilidade e mortalidade causada pola febre tifoidea e a diarrea infantil, recomendaron que se investigase e notificasen os casos de “febre entérica”. A intención da investigación e a notificación era obter información sobre o papel que xogaban, nos abrochos de enfermidades gastrointestinais, os alimentos, o leite e a auga, para ter un fundamento sobre o que planea-las intervencións de saúde pública. Os esforzos das primeiras notificacións levaron a adoptar importantes medidas lexislativas en materia de saúde pública (por exemplo, a obriga de pasteuriza-lo leite), que reduciron drasticamente a incidencia das EOA.

En España, dende 1901 dúas EOA son de declaración obrigatoria: a cólera e a febre tifoidea. A elas xuntouse axiña, en 1904, a disentería bacilar, e ningunha máis ata 1944, cando se xuntaron a brucelose e a triquinose. As EOA tomadas en conxunto, sen especifica-lo axente, son de declaración obrigatoria só dende 1981, baixo o nome de toxi-infeccións alimentarias (ou TIAs). Hoxe mantense este tipo de declaración, por un lado unha serie de EOA especificadas e, por outro, o resto de EOA xuntas baixo o nome de TIAs (ve-la táboa 2).

Declaración de casos	Frecuencia
Botulismo	Urxente
Brucelose	Semanal
Cólera	Urxente
Disentería bacilar	Semanal
F. tifoidea e paratifoidea	Semanal
Hepatite A	Semanal
Triquinose	Semanal
Toxi-infección alimentaria	Semanal
Declaración de abrochos	Urxente
Nota: Considérase abrocho cando hai 1 só caso de certas EOA. Por exemplo, un caso de cólera, de botulismo ou de intoxicación por biotoxinas mariñas (neurolóxica) ou por calquera produto químico.	

Con frecuencia, os médicos sospeitan que se atopan diante dun caso de EOA polo organismo implicado, tanto pola especificidade das súas manifestacións clínicas como porque teñen xa un resultado microbiolóxico ou toxicolóxico. Todos estes casos “illados” de EOA, débense notificar semanalmente (agás que o caso sexa dunha enfermidade como as que se indican na nota da táboa 2, nas que 1 só caso se trata como abrocho – ver logo). Neste senso, é de especial importancia rexistra-los datos que permitan localiza-lo doente, por se se tratase do caso índice dun abrocho que aínda está a principia-la súa progresión.

Cos abrochos, o común é sospeitalos cando varios doentes comeron o mesmo alimento, participaron na mesma comida ou formaron ou forman parte dun grupo que comparte as mesmas prácticas alimentarias: lugares, alimentos, etc. Nestes casos a notificación debe ser urxente, ó SAEG (ve-lo cadro 1), para que sexa posible face-lo estudio epidemiolóxico e alimentario do abrocho o máis axiña posible e, se fose necesario, propicia-la aplicación das medidas de control axeitadas. En xeral, estas medidas de control supoñen evitar que o axente se siga a introducir nos alimentos, ou modifica-los factores que contribuíron a que o abrocho se producise, ou retira-lo alimento que serviu de vehículo ó axente, ou nunha combinación das anteriores.

Mais, ademais de notifica-los casos e os abrochos de EOA, é importante que os médicos notifiquen tamén, e de xeito urxente, os aumentos de enfermidades, complexos de síntomas ou patróns de enfermidade que non son habituais (aínda sen te-lo diagnóstico definitivo). A notificación inmediata de, por exemplo, patróns de enfermidade gastrointestinal que non son habituais, permítelle ós servizos de saúde pública comezar unha investigación epidemiolóxica moito antes do que o faría se a notificación se fai cando se ten o diagnóstico etiolóxico definitivo.

^[1] AMA, CDC, FDA, USDA. Diagnosis and Management of Foodborne Illness. A premir for Physicians.MMW/R, 2001: vol 50 (RR-2).

^[2] DXSP. Abrochos detectados en Galicia no período 1994-1999. Boletín Epidemiolóxico de Galicia: vol. XII, nº 4.

^[3] Diario Oficial de Galicia; nº 146, de 30 de xullo de 1998; ou, DXSP. Guías de Saúde Pública. Serie I: Sección: Lexislación da RGVSP.

^[4] DXSP. Diagnóstico e manexo das enfermidades de orixe alimentaria: Táboas. Guías de Saúde Pública: Serie I: Sección toxiinfeccións alimentarias: Informe 2.