

A SOSPEITA 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: REVISIÓN 2002

En marzo de 2000 publicáronse no Boletín Epidemiolóxico de Galicia (vol XII, números 2 e 3), unhas recomendacións de exclusión que tiñan a súa orixe no documento "Guidance on Infection Control in Schools and Nurseries", editado en febreiro de 1999 polo Departamento de Saúde do Reino Unido (o orixinal pódese consultar en www.phls.co.uk/advice/schools/summary.htm ou no artigo "Evidence base of incubation periods, periods of infectiousness and exclusion policies for the control of communicable diseases in schools and preschools", de Richardson et al, en *Pediatr Infect Dis J* (April 2001); vol 2084: 380-391). Agora, en febreiro de 2002, revisáronse estas recomendacións, empregando tanto a fonte orixinal como as proporcionadas polos departamentos de saúde de Australia (<http://www.health.gov.au/nhmrc/publications/fullhtml/exclusion.htm>) e Maryland (<http://www.dhmm.state.md.us/>).

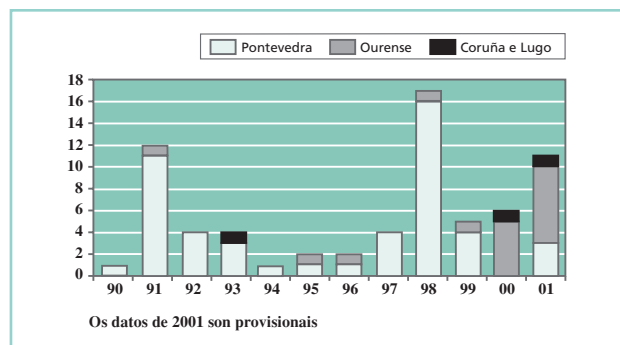
As recomendacións británicas non variaron e, en liñas xerais, axústanse abondo ás de Australia e Maryland (que son practicamente idénticas), se ben tenden a ser algo máis esixentes. Polo tanto, e como queira que a Dirección Xeral de Saúde Pública pensa que "pola trascendencia que ten unha recomendación destas características, haberá que restrinxila ó mínimo" (BEG: vol XII, nº 2), consideráranse viventes as recomendacións publicadas nos devanditos BEG. (Nembargantes, consideráranse tamén como axeitadas tres recomendacións tomadas de Australia: excluirase o neno... (a) escarlatina: ata que reciba tratamento antibiótico durante alomenos 24 horas; (b) impétigo: ata que se teña iniciado tratamento; e (c) sarna: ata que se teña iniciado tratamento).

A VIXILANCIA EPIDEMIOLÓXICA DA FEBRE EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA EN GALICIA

Limiar

Durante a década dos anos noventa, a Febre Exantemática Mediterránea (FEM), ou Febre botonosa, presentou un comportamento do que o rasgo máis destacable era a súa distribución case exclusivamente nos concellos do sur da provincia de Pontevedra (ve-la figura 1). Aparecía a niveis moi baixos que, periodicamente, se vían alterados por abrochos de certa importancia, como os dos anos 1991 e 1998. Este último, que é o máis importante dos descritos ata a actualidade en Galicia, ocorreu en maio-xuño e afectou a persoas que residían en 6 concellos da área de saúde de Vigo.

Fig. 1: Casos FEM en Galicia, 1990-2001



Mais, como se observa na figura 1, esta panorama mudou por completo no ano 2000, debido a un abrocho que ocorreu en Padrenda, concello da comarca ourensá do Ribeiro. En 2001 vultouse a observa-lo predominio da provincia de Ourense, con 7 casos notificados de doentes que residían en 5 concellos diferentes da provincia (3 deles —4 casos— na comarca do Ribeiro).

Cadro 1. Sospeita clínica de FEM

Enfermidade caracterizada por un comezo brusco con febre e artromialxías e posterior aparición, entre o 3º e 5º día, dunha erupción maculopapulosa non prurixinosa que xeralmente afecta ás palmas das mans e plantas dos pés. A miúdo aparece, dende o inicio da enfermidade, unha lesión primaria na pel, no lugar da picadura dunha carracha, con aspecto dunha pequena úlcera duns 2 a 5 mm de diámetro cun centro escuro e unha aureola vermella, acompañada de linfadenopatía rexional.

O cambio da distribución xeográfica non afecta á estacionalidade da enfermidade, que ten a maior incidencia nos meses cálidos, cando abundan as carrachas.

A FEM foi unha enfermidade de declaración obrigatoria en todo o territorio español ata o ano 1996; dende entón só as CCAA nas que é endémica a teñen incluída no seu Sistema de Vixilancia, como é o caso de Galicia, onde se vivía tanto polo Sistema Xeral de Notificación Obrigatoria de Enfermidades (SXNOE) como polo seguemento que sa fai das altas hospitalarias (CMBD). Como queira que este seguemento permitiu detectar algúns casos que non foran notificados ó SXNOE, cecais porque non se sospeite dela, neste BEG faise unha lembranza das características máis salientables da enfermidade e das medidas para controlala, e no cadro 1 detácase o conxunto de características clínicas que farían sospeitala e, polo tanto, notificala.

SUMARIO

A vixilancia epidemiolóxica da febre exantemática mediterránea en Galicia.

- **EN BREVE...: Erradicación da polio: 2001. Tres anos sen casos autóctonos na Rexión Europea da OMS.**
- **ANEXOS I e II: Situación das EDO nas cuadriseanas 6 e 7/2001.**
- **ANEXO III: Investigación dos fallos na prevención da transmisión perinatal da hepatitis B.**
- **ANEXO IV: Programa galego de vida sen tabaco. Informe 1993-2000.**
- **ANEXO V: Resultados do Programa galego de detección precoz do cancro de mama (2001).**

A febre exantemática mediterránea (ou botonosa)

A FEM, ou Febre botonosa, é unha enfermidade infecciosa aguda causada por unha rickettsia, a *Rickettsia conorii*. Recordemos que as rickettsioses teñen as seguintes características (Táboa I):

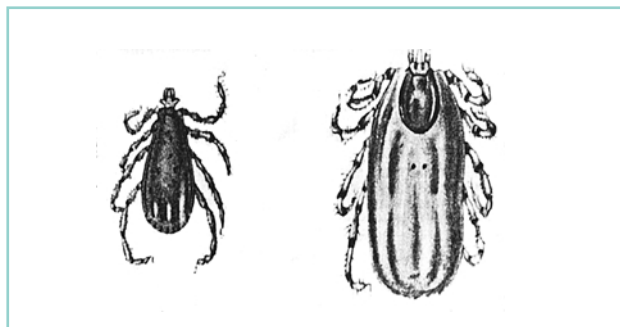
- Clinicas:** cursan cunha síndrome febril, con aparición dun exantema ós 5 días do seu inicio.
- Da transmisión:** son transmitidas ó home por artrópodos hematófagos (pioellos, pulgas, carrachas e ácaros trombídeos).
- Serolóxicas:** o soro dos enfermos aglutina determinadas cepas de *Proteus*.
- Anatómicas:** presentan unha afección do tecido endotelial e das zonas periadventicias, e a lesión elemental característica é o nódulo de *Fraenkel-Propoff-Prowazek*.

A FEM foi descrita por primeira vez en Túnez, por *Connor e Bruch*, no ano 1910. Os primeiros casos observados en Europa son os de *Roche, Martin e Transtour* no mesmo ano, na rexión de Marsella; e os de *Carducci*, en Italia, en 1920. No I Congreso Internacional de Hixiene Mediterránea, celebrado en Marsella no ano 1932, acordouse denominala Febre Botonosa Mediterránea. En España a primeira publicación é a de *Tapia*, de Madrid, en 1929.

O vector principal é a carracha do can (*Rhipicephalus sanguineus*, Figura 2). A enfermidade transmítese xeralmente ó home pola picadura destes ácaros infectados, que permanecen adheridos durante varias horas; desta forma reactivanse as rickettsias e infectan ás persoas, pero tamén poden inocularse por vía conxuntival, se o suxeito, por exemplo, frega os ollos cos dedos contaminados tras esmagar unha carracha.

O reservorio habitual é a propia carracha vectora. Hai que ter presente que as carrachas infectadas transmiten a infección por vía transovárica á súa descendencia.

Fig. 2: *Rhipicephalus sanguineus*. Macho (esquerda) e femia (dereita)



O can e outros animais domésticos (bóvidos) ou salvaxes (coellos e outros roedores), deben ser considerados como reservorios ocasionais. A súa importancia estriba en que actúan como vectores dos ácaros infectados. Tamén poden desempeñar este papel os paxaros.

A FEM non se transmiten dunha persoa a outra.

Presentación clínica da FEM:

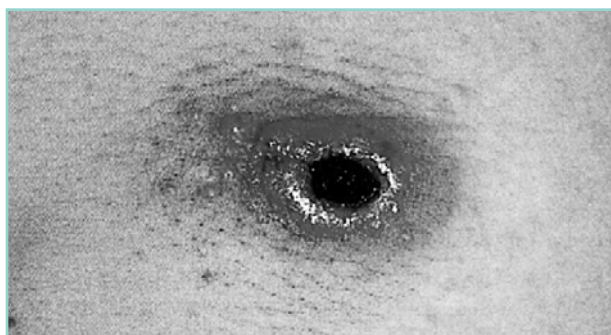
Polo xeral, é unha enfermidade febril benigna que dura de poucos días a dúas semanas; podendo haber unha lesión primaria ou escara no sitio da picadura da carracha. A lesión (chamada "mancha negra", "chancro de inoculación" ou "tachar noire", Figura 3), adoita aparecer ó comeza-la febre, e consiste nunha pequena úlcera de 2 a 5 mm de diámetro cun centro escuro e unha auréola vermella; pode haber linfadenomegalia rexional. Entre o cuarto e o quinto día aparece unha erupción maculopapulosa e xeneralizada, que polo común abrangue as palmas das mans e as plantas dos pés, e que persiste de seis a sete días; con antibióticos a febre non dura máis de dous días. A taxa de letalidade é moi baixa (menos do 3%), mesmo sen tratamento específico.

Diagnosticase doadamente pola clínica, evolución e a reacción de seroaglutinación de Weill-Félix fronte a diversas cepas de *proteus*, concretamente OX2, OX19 e OXK.

Medidas de control

- Educa-la poboación respecto ó modo de transmisión por medio das carrachas e as formas de protección persoal:
 - Saber que a carracha permanece infectante durante toda a súa vida, que polo xeral é de 18 meses.
 - Se se coñecen, non transitar por zonas infectadas de carrachas, na medida do posible. Para reducir ó mínimo a exposición, é preferible usar roupas de cor clara que cubran as extremidades superiores e inferiores co obxecto de identificar máis doadamente as carrachas, cubri-lo bordo inferior dos pantalóns cos calcetíns e aplicar na pel, nos pantalóns e nas mangas das camisas repelente de carrachas como dietiltoluamida ou permetrina (repelente e acaricida por contacto).
 - Se a persoa traballa ou xoga nunha zona infectada, examinar todo o corpo diariamente, en particular as zonas pilosas, e quita-las carrachas, que poden ser moi pequenas. Haberá que eliminar tódalas carrachas que se adherisen, exercendo tracción suave e constante con pinzas aplicadas preto da pel, para que non queden as partes da boca da carracha adheridas a ela; protexeranse as mans con luvas ou tea para elimina-las carrachas do corpo humano ou dos animais. Despois do desprendemento, limparase con auga e xabón a zona na que estivo adherida a carracha.
- Cóntase con medidas planeadas para reduci-la poboación de carrachas (tratamento de hóspedes, modificación do hábitat, control químico), mais polo xeral non son prácticas a grande escala.
- A eliminación de carrachas nos cans e o emprego de colares con repelentes contra elas, reduce ó mínimo a poboación destes ácaros preto das vivendas.
- A utilización de insecticidas nas zonas de zócolos e gretas nas paredes dos recintos que alberguen cans.
- Medidas en caso de epidemia: en zonas hiperendémicas hai que poñer máis atención na identificación das especies de carrachas e das áreas infectadas, e segui-las recomendacións citadas.
- O tratamento antibiótico específico con tetraciclinas (polo común doxiciclina) é eficaz se se administra ata uns días despois de que se normalice a febre. Empréganse doses diarias orais ou intravenosas, de tetraciclina, durante 5-7 días e por 48 horas, como mínimo, despois de que o paciente estea afebril. Tamén pode usarse cloranfenicol, pero soamente se existen contraindicacións para empregar tetraciclinas. O tratamento debe emprenderse con base en consideracións clínicas e epidemiolóxicas, sen espera-los datos confirmatorios por parte do laboratorio.

Fig. 3: Mancha negra ou chancro de inoculación: pequena úlcera de 2 a 5 mm de diámetro cun centro escuro e unha auréola vermella



Bibliografía:

- Piédrola Gil. *Medicina Preventiva e Saúde Pública*. 10ª ed. Barcelona. Ed. Masson. 2001.
- Chin, J. *O control das enfermidades transmisibles*. 17ª ed. Washington, DC. OPS. 2001.
- Pumarola, A. *Microbioloxía e Parasitoloxía médica*. 2ª ed. Barcelona. Salvat. 1987.
- Armijo M, Camacho F. *Dermatoloxía*. Madrid. 1991.
- Ruiz Bertrán R, Martín Sánchez AM, Ferreiro JI et al. "Febre Botonosa Mediterránea. Análise clínica e diagnóstico de 50 enfermos". *Enfer. infec.* 1983; 1:16-22.

TÁBOA 1. CARACTERÍSTICAS DAS RICKETTSIOSES

ENFERMIDADE	TIFO EPIDÉMICO	TIFO ENDÉMICO	FEBRE EXANTEMÁTICA DAS MONTAÑAS ROCHOSAS (FEMR)	FEBRE Q	RICKETTSIOSE PUSTULOSA	FEBRE BOTONOSA (FEM)
Axente	<i>R. prowazekii</i>	<i>R. mooseri (typhi)</i>	<i>R. rickettsii</i>	<i>R. burnetii</i>	<i>R. akari</i>	<i>R. conorii</i>
Artrópodo vector	Piollo do corpo	Pulga da rata	Carracha	Carracha	Ácaro	Carracha
Reservorio animal	Home	Roedores pequenos	Roedores silvestres e cans	Gando vacún, ovino, caprino, mamíferos pequenos	Rato caseiro	Cans e roedores
Mecanismo de transmisión	Feces infectadas do piollo na pel lesionada	Feces infectadas da pulga na pel lesionada	Mordedela de carracha	Substancias infectadas diseminadas polo po, inhaladas; leite de vacas infectadas	Mordedela de ácaro	Mordedela de carrachas
Período de incubación (días)	7 a 14	8 a 12	3 a 12	14 a 26	7 a 14	5 a 7
Cadro clínico	Síndrome grave semellante á gripe, con exantema do cuarto ó sexto día	Síndrome semellante á gripe, moderado, máis exantema do cuarto ó sexto día	Síndrome grave; semellante á gripe, máis exantema do terceiro ó cuarto día	Síndrome semellante á gripe, máis pneumonite	Lesión primaria máis síndrome semellante á gripe; exantema do terceiro ó cuarto día	"Mancha negra" Exantema do cuarto ó quinto día
Reacción de Weil-Felix	Positiva OX-19	Positiva OX-19	Positiva OX-19, OX-2	Negativa	Negativa	Positiva OX-2, OX-19, OXK
Fixación do complemento	Positiva Específica de tipo	Positiva Específica de tipo	Positiva Reacción cruzada con rickettsias pustulosa	Positiva	Positiva Reacción cruzada con FEMR	Positiva
Curso e prognóstico (sen tratamento)	Grave Mortalidade 10 a 40%	Moderada Mortalidade 2%	Grave Mortalidade 20%	Moderado Mortalidade 1%	Benigno Mortalidade nula	Benigno Mortalidade <3%
Profilaxe	Vacunación; despiollamento con insecticidas	Loita contra pulgas e roedores	Vacunación; evitar áreas infestadas por carrachas	Vacunación; pasterización do leite	Loita contra roedores e ácaros	Loita contra roedores e carrachas
Tratamento específico	Tetraciclina ou cloranfenicol	Tetraciclina ou cloranfenicol	Tetraciclina cloranfenicol	Tetraciclina cloranfenicol	Ningún ou tetraciclina	Tetraciclina ou cloranfenicol

ERRADICACIÓN DA POLIO: 2001. TRES ANOS SEN CASOS AUTÓCTONOS NA REXIÓN EUROPEA DA OMS

No ano 2001 fixéronse inxentes esforzos dirixidos a interrompe-la transmisión de poliovirus salvaxe nos países onde aínda persiste, incluídos aqueles que están en guerra. Por exemplo, en Afganistán, onde se viñan desenvolvendo diferentes tarefas con anterioridade ó actual conflito: a comezos de novembro de 2001 corenta mil voluntarios distribuíronse polo país co obxectivo de vacinar ó maior número de nenos que lles fose posible. Dous meses antes foran vacinados, en menos dunha semana, cinco millóns de nenos afganos, preto do 88% dos que tiñan menos de 5 anos de idade¹.

Semella, ademais, que os devanditos esforzos están a produci-lo efecto desexado. En 2001 observouse unha drástica redución do número de casos de polio debida a poliovirus salvaxe notificados no mundo (ve-la táboa 1): dos 2.959 casos notificados en 2000 pasouse a 515 en 2001, unha redución do 80% que se concentrou, fundamentalmente, na rexión africana.

Ademais, esta redución observouse case en tódolos países que notificaron casos en 2000, agás no Chad, na República do Congo, en Pakistán e na India. Visto doutro xeito, o número de países nos que se notificou algún caso de polio por virus salvaxe pasou de 29 en 2000 a 13 en 2001 (ve-la táboa 1). Semella pois que se están a acadar os obxectivos anuais fixados polo plan estratéxico 2001-2005 que, se se cumpren segundo o previsto, levaría á erradicación global da polio cando remate o presente ano 2002².

Deste xeito, ademais das tarefas adicadas á erradicación global da circulación do poliovirus salvaxe, veñen adquirindo maior relevancia as que van protagoniza-la etapa inmediatamente posterior á erradicación, o "end game" en verbas da OMS (o "derradeiro xogo", ou a "derradeira partida"); a saber: **contención** [dos stocks de poliovirus salvaxes que hai nos laboratorios para previr-la fuga inadvertida cara á poboación humana³]; **certificación global**, que esixe o mantemento da vixilancia nos estándares da certificación rexional ata acadala global; e **cese da vacinación**, que é o obxectivo último da erradicación.

Rexión Europea

En novembro de 2001 cumpríronse xa tres anos do último caso autóctono de polio debido a un virus salvaxe notificado na Rexión Europea da OMS². Mais, aínda que estes tres anos son os que a OMS ten estipulados para que unha rexión poda acadalo certificado que a acredita como "ceibe de polio", no caso da Rexión Europea esta certificación retrasouse un pouco polo abrocho de polio ocorrido en Bulgaria.

O primeiro caso do abrocho ocorreu en Bourgas o 24 de marzo de 2001, nunha moza de 16 anos que non estaba vacinada. Nela ilouse un poliovirus salvaxe do tipo 1, do que logo se mostrou que se atopaba intimamente relacionado cunha cepa illada en Utar Pradesh (India) en xullo de 2000.

Este mesmo poliovirus ilouse no segundo caso, ocorrido o 24 de abril (era nunha nena sen vacinar que residía a 50 km de Bourgas), e tamén en dous nenos que non tiñan síntomas de polio, un deles contacto intermediado do primeiro caso e o outro sen ningún vínculo cos casos da enfermidade e que residía en Sofía. Destes dous nenos tomáronse mostras de feces con motivo das actuacións realizadas para controlalo abrocho; actividades que incluían dende o estudio dos contactos dos casos e dos nenos co risco maior, ata campañas masivas de vacinación (despois dunha primeira limitada a Bourgas —19 de abril—, fixéronse dúas roldas en toda Bulgaria —maio, xuño— nas que se vacinaron, en cada unha delas, preto do 95% dos nenos de menos de 6 anos de idade. En outubro e novembro desenvóléronse dúas roldas adicionais dirixidas, neste caso, ós nenos de 0-4 anos dos grupos de alto risco).

Esta situación indica que un poliovirus importado pode circular, supostamente durante meses, nun país que levaba 10 anos libre, e que para manter esa circulación é suficiente con que existan certos grupos poboacionais nos que a cobertura vacinal é baixa (no abrocho de Bulgaria eran inmigrantes romaneses).

Abrochos como o de Bulgaria, debidos a poliovirus importados e que son abortados nos 6 meses especificados pola Comisión global para a certificación, atrasan pero non interrompen o proceso de certificación (como se observa que ocorreu co abrocho ocorrido en China e a certificación da Rexión do Pacífico Oeste¹).

Nembargantes, con posterioridade, detectouse un caso de polio non paralítica en Georgia, preto da fronteira con Azerbaián e Armenia. Tratá-

base dun neno de 5 anos, que recibira dúas doses de vacina, e que o 10 de setembro presentou un cadro de meningoencefalite. Nel ilouse un poliovirus salvaxe do tipo 1, que amosaba (son datos provisionais) unha homoloxía do 97% con outro illado en 2000 no norte da India. A nai do neno viaxara recentemente a Azerbaián.

Táboa 1: Casos de poliomielite salvaxe no mundo (OMS^a)

Rexión OMS	CASOS		PAÍSES	
	2000	2001 ^b	2000	2001 ^b
África	1.863	109	16	7
América	(virus vacinal)		(2)	(2)
Mediterráneo-leste	505	139	7	5
Europa	(importado)		0	(2)
Sueste de Asia	591	267	6	1
Pacífico-oeste	(virus vacinal)		0	(1)
TODOS →	2.959	515	29	13

(a) http://www.who.int/vaccines/cascount/case_count.cfm

(b) datos provisionais (febreiro, 2002)

Pola súa banda, a Comisión rexional para a certificación (que está composta por 8 expertos que non están vinculados de ningún xeito ás actividades da erradicación desenvolvidas nos seus países respectivos) requiriu xa ós estados membros a que lles remitan a documentación actualizada de cada país. Esta información, que España xa remitiu, inclúe:

- Un resumo do documento asinado polo Comité Nacional para a Certificación, no que se explique o que se fixo para asegurar que o país atópase ceibe de polio.
- Un resumo das características da vixilancia e das actividades vacinais, que ademais incorpore datos dos laboratorios e de calquera outra investigación que se realizase.
- Un resumo da vixilancia suplementaria.
- Un informe sobre o estado da contención dos poliovirus salvaxes nos laboratorios.
- Un informe sobre os casos de polio asociados á vacina acaecidos no período que vai de 1999 a 2001.
- Un informe sobre a aplicación das recomendacións feitas polo comité rexional.
- O plan de acción concibido para mante-lo país ceibe de polio despois de que a Rexión acade o certificado de erradicación.

Despois de recibir esta documentación de tódolos países, e se a atopa axeitada, a Comisión rexional certificará a erradicación en termos de ausencia de circulación "autóctona" de poliovirus salvaxe na rexión europea. Espérase que isto poda ocorrer a finais de 2002 ou, ó máis tardar, a comezo de 2003.

Galicia

O sistema de vixilancia da PFA establecido en Galicia debido ó programa de erradicación da polio, non detectou ningún caso de PFA durante 2001. De seu, o preocupante non é que non se detectase ningún caso: polo pequeno número de casos que se esperan ó ano (3 ou 4), ben podería ser que non ocorrese ningún; o preocupante é que o CMBD hospitalario tiña rexistrado un caso que —despois de estudia-la historia clínica— reuña as características precisas para que fose notificado ó sistema de vixilancia: tiña menos de 15 anos de idade e unha PFA. De tódolos xeitos, este caso, ó non presentar secuelas xa antes dos 60 días de seguimento, e aínda que del non hai ningunha mostra axeitada de feces, de ser incluído no rexistro de casos o sería como "descartado" segundo o esquema de clasificación virolóxica vixente.

Pola contra en España, que é o noso referente cara á erradicación, 58 casos de PFA, que supón unha taxa de 0,84 casos por cen mil nenos menores de 15 anos de idade.

¹ WHO. *Polio news*, nº 13 (novembro, 2001).

² DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XIII, nº 2.

³ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XII, nº 1.

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
Edificio Administrativo San Lázaro, s/n. 15771 - SANTIAGO DE COMPOSTELA
Telf.: 981 542 929 - Fax: 981 542 970 - E-mail: dxsp3@jet.es