

“DÉIXAO E GAÑA 2000”

INTERNATIONAL QUIT and WIN

INTERNATIONAL QUIT and WIN (Q&W) (<http://www.quitandwin.org>) é unha campaña de ámbito internacional que se organiza, cada dous anos, desde 1994 e está coordinada polo National Public Health Institute in Finland (KTL) e conta co apoio da Comisión Europea e da Organización Mundial da Saúde, e co patrocinio de varias firmas comerciais.

O Q&W é un programa de cesación tabáquica dirixido a maiores de 18 anos, co que se pretende alentar, mediante a celebración dun concurso, ós que fuman a que deixen o seu hábito. Os participantes comprométese a non fumar durante un período de 4 semanas, ó tempo que se lles ofrece a posibilidade de gañar diferentes premios: viaxes, estancias en hotels de luxo, premios económicos, etc.

Este tipo de programa permite chegar a moita xente cun esforzo e custo relativamente baixo e conseguí-lo abandono do tabaco, de xeito mantido ó ano, nun 15-25% das persoas que antes fumaban, e iso considerando a non resposta como recaída.

Por outra banda, ofrece a posibilidade de conectar con outras actividades desenvolvidas polos diferentes programas de promoción de vida sen tabaco, sensibilizar á poboación sobre os efectos nocivos do tabaco e as vantaxes do seu abandono, xerar unha gran publicidade en temas relacionados co consumo de tabaco nos medios de comunicación e implicar a diferentes entidades (asociacións, empresas...) nas actividades de promoción de vida sen tabaco.

Antecedentes de participación. Dende 1994, cando principiara o Q&W, non deixou de medra-la participación, tanto no número de países como de persoas. Nese ano, o programa realizouse en 13 países e nel participaron 60.000 persoas. Na segunda edición, en 1996, realizouse en 25 países e participaron 70.000 persoas; e na de 1998, participaron 200.000 persoas de 48 países.

Desas 200.000 persoas, preto de 10.000 eran de catro comunidades autónomas de España: Canarias, Cataluña, Castilla y León e Galicia, onde participaron 4.151 fumadores. Os resultados do programa foron excelentes, segundo se desprende do informe que vai xunto este número do BEG.

QUIT and WIN 2000

Obxectivo: acadar unha participación de 500.000-1.000.000 fumadores de 100 países.

Requisitos de participación:

- Pode participar un país na súa totalidade ou por rexións.
- Cada país participante é responsable da organización e pescuda de patrocinio do concurso no seu contorno.
- A campaña realizarase ó mesmo tempo en tódolos países, cunhas regras comúns e un procedemento de seguimento estandarizado.
- Os criterios de participación serán: ser maior de 18 anos, fumador diario e cunha historia de fumador de máis dun ano no momento do concurso.
- Os participantes comprométese a non fumar durante 4 semanas.
- Verificarase o período de abstinencia mediante entrevista persoal, ós participantes seleccionados e ás súas testemuñas, e mediante un test biolóxico.
- Realizarase unha enquisa para avalia-la abstinencia ó ano da celebración do concurso.

Participación en España: confirmaron a súa participación Canarias, Cataluña, Castilla y León, Galicia e La Rioja.

PROXECTO QUIT and WIN EN GALICIA
“DÉIXAO E GAÑA 2000”

GALICIA participará por segunda vez na campaña internacional Q&W. Baixo o lema “DÉIXAO E GAÑA”, esta actividade enmárcase dentro do Programa Galego de Promoción da Vida sen Tabaco da Dirección Xeral de Saúde Pública, da Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.

O concurso celebrarase entre Maio-Xuño, e está dirixido ós máis de 700.000 fumadores diarios, de 18 ou máis anos.

Obxectivos:

- Conseguir unha participación de 3.000 fumadores.
- Acadar unha taxa de abstinentes ó ano dun 20% dos participantes.
- Facer que persoas fumadoras que aínda non se propuxeron deixar de fumar, pasen a fases máis activas de cara ó abandono do tabaco.

Como novidade, a campaña Déixao e Gaña, pretende reforzar-lo hábito positivo dos non fumadores e o seu labor de apoio ás persoas fumadoras que intentan deixar de fumar. Para iso, realizarase un sorteo de premios independente entre as testemuñas que se declaren non fumadoras.

Bases do concurso (estrato):

1. Poden participar no concurso tódalas persoas residentes en Galicia, que teñan 18 anos ou máis e que fumen diariamente dende hai máis dun ano.
2. O concursante comprométese a non fumar por un período de alomenos 4 semanas (dende o 14 de maio ó 11 de xuño de 2000).
3. O concursante deberá remiti-la tarxeta de participación, debidamente cumprimentada, antes do día 14 de maio. Só se admite unha tarxeta por participante.
4. É imprescindible que consten alomenos os datos dunha testemuña.
5. Ás persoas seleccionadas no sorteo, que se realizará ante notario, efectuaránselles as comprobacións e probas diagnósticas oportunas para comprobar-la súa abstinencia. Contactarase cos gañadores e as súas testemuñas.
6. Realizarase un sorteo de premios entre as testemuñas que declaren non fumar e acepten a posibilidade de someterse a probas para determinar-la a súa condición de non fumador.
7. A sinatura do concursante será considerada como proba de veracidade da información declarada.
8. Poderase contactar ó longo do ano, por correo ou teléfono, con tódalas persoas que participen na campaña, xa sexa como fumador ou como testemuña, co obxecto de avalia-la campaña.

Premios para os fumadores (e patrocinadores):

- Un cruceiro polo Mediterráneo (Caixa Galicia).
- Unha viaxe ó Caribe (Farmacia-Upjon).
- Unha fin de semana e os servizos do balneario (Gran Hotel La Toja).
- Unha cámara de fotos dixital (Continente S.A.).
- Unha fin de semana en Palma de Mallorca (Halcón Viajes).

Premios para as testemuñas non fumadoras:

- Un cruceiro polo Mediterráneo (Spanair/Pulmantur).
- Unha fin de semana e os servizos do balneario (Balneario Tryp Mondariz).
- Dous billetes a Canarias (Iberia).
- Unha tarxeta regalo virtual de 50.000 ptas. (Cuatro Caminos Centro Comercial-A Coruña).

Entre os gañadores de tódolos países participantes realizarase o sorteo de catro premios de \$ 2.500 (un por cada rexión da OMS), e un superpremio de \$ 10.000 e a visita a la exposición Universal 2000 en Hannover (Alemania). A entrega do superpremio terá lugar en Hannover o 29 de agosto (<http://www.who.int/expo/home.html>).

É imprescindible unha boa difusión da información polo que está prevista a distribución de 300.000 tarxetas de participación e 10.000 carteis informativos a través dos hospitais, centros de saúde, farmacias, centros administrativos, escolas, peaxes da autopista, supermercados Gadis, Claudio e Día, grandes superficies comerciais, oficinas de Caixa Galicia, etc.



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

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

PATOLOXÍA DA PELE MUCOSAS

CONXUNTIVITE

Período de exclusión recomendado: ningún.

Xustificación: a conxuntivite non é, en xeral, un proceso grave. Ademais, a transmisión no colexio probablemente sexa rara.

Notas:

- (1) Tódolos abrochos haberán de ser notificados ó Sistema de Alerta Epidemiolóxica de Galicia (SAEG).
- (2) A meirande parte das formas de conxuntivite transmitense por contacto físico, polo que os abrochos son máis comúns nos nenos pequenos.
- (2) A parvovirose pode ser grave en nenos con enfermidades hematolóxicas, como a anemia de células falciformes, e en nenos con inmunosupresión. Se estes nenos estiveron expostos, deben consultar ó seu médico.

Referencias: 1 a 2.

ERITEMA INFECCIOSO

Período de exclusión recomendado: ningún.

Xustificación: o eritema infeccioso é unha enfermidade que na maioría dos nenos carece de importancia. Aínda que poden ocorrer abrochos nos colexios, a exclusión non sería efectiva posto que, probablemente, os doentes só son contagiosos durante o período prodromico.

Notas:

- (1) A parvovirose humana B19 pode afectar ó feto; por iso, se unha muller embarazada do persoal do colexio ou da gardería estivo exposta, recomendaráselle que axiña faga unha consulta de obstétrica.
- (2) A parvovirose pode ser grave en nenos con enfermidades hematolóxicas, como a anemia de células falciformes, e en nenos con inmunosupresión. Se estes nenos estiveron expostos, deben consultar ó seu médico.

Referencias: 3 a 5

ESCARLATINA

Período de exclusión recomendado: os 5 días que seguen ó comezo do tratamento antibiótico.

Xustificación: a escarlatina é unha enfermidade grave e dela foron descritos abrochos en garderías e escolas.

Nota:

- (1) Os doentes non transmiten a infección despois de 4 días de tratamento antibiótico.

Referencia: 6.

ESTOMATITE VESICULAR CON EXANTEMA

Período de exclusión recomendado: ningún.

Xustificación: non é unha infección grave nos nenos de idade escolar.

Notas:

- (1) Nun estudio atopouse unha asociación entre o risco de aborto e a exposición á enfermidade. Por iso, é aconsellable que as mulleres embarazadas eviten a dita exposición na medida que sexa posible.

Referencia: 7.

EXANTEMA SÚPETO

Período de exclusión recomendado: ningún.

Xustificación: o exantema súpeto non é unha enfermidade grave.

Notas:

- (1) Case tódolos nenos se infectan co herpesvirus humano 6 na primeira infancia e, polo tanto, serán inmunes cando teñan idade para ir ó colexio. O risco de transmisión será, pois, moi baixo.
- (2) A meirande parte dos casos probablemente contraen a infección de contactos que manteñen no seu propio domicilio. Tanto en nenos como en adultos, é común a eliminación prolongada e asintomática do virus.

Referencias: 8 a 10.

HERPES SIMPLE

Período de exclusión recomendado: ningún.

Xustificación: non se recomenda a exclusión posto que a enfermidade é, en xeral, leve e autolimitada.

Notas:

- (1) A exclusión non sería efectiva posto que, en xeral, preto do 20% dos nenos sans eliminan o virus do herpes simple; e estes nenos transmitenlle o virus ós nenos susceptibles. Ademais, a maioría dos nenos con herpes simple non tiveron contacto con outro caso sintomático.
- (2) Por certo, se se intentase a exclusión, necesitaríase un período de exclusión inaceptablemente longo, porque os nenos con infección primaria eliminan virus coa súa saliva por un período que pode durar ata 8 semanas.

Referencias: 11 a 13.

IMPÉTIGO

Período de exclusión recomendado: ata que as lesións dérmicas estean na fase de costra ou curadas.

Xustificación: hai pouca información sobre a transmisión do impétigo. Sen embargo, a transmisión prodúcese persoa a persoa e dáse con maior frecuencia na primeira semana da infección, cando as lesións aínda se están desenvolvendo.

Notas:

- (1) O tratamento antibiótico pode adianta-la curación.
- (2) Se as lesións se poden cubrir con fiabilidade, pódese evita-la exclusión.

Referencias: 14 a 15.

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	A recomendación de exclusión no control da enfermidade en garderías e colexios (e II)
	● EN BREVE...: Déixao e gaña 2000
	● ANEXOS I e II: Situación das EDO nas cuadriseanas 6 e 7/99
	● ANEXO III: Déixao e gaña 1998

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Período de exclusión recomendado: ningún.

Xustificación: o molluscum contagiosum non é unha enfermidade grave.

Notas:

- O *Molluscipoxvirus* ten unha transmisibilidade intrafamiliar moderada e a transmisión na escola semella pouco probable.

Referencias: 16 a 17.

PÉ DE ATLET A

Período de exclusión recomendado: ningún.

Xustificación: o pé de atleta non é unha enfermidade grave e a transmi-sión, que en xeral require longos períodos de tempo, probablemente sexa rara nos colexios.

Referencia: 18.

PEDICULOSE

Período de exclusión recomendado: ningún.

Xustificación: a infestación con *P capitis* é un proceso leve e a exclusión non se amosou efectiva para evita-la transmisión.

Notas:

- O tratamento recoméndase só cando a presenza do parásito estea constatada.
- Coñécese pouco a epidemioloxía desta pediculose.

Referencias: 19 a 21.

RUBÉOLA

Período de exclusión recomendado: 5 días dende o comezo do exantema.

Xustificación: aínda que a rubéola adoita ser unha enfermidade leve nos nenos pequenos, nos maiores pode te-la súa importancia. A rubéola pode afecta-lo feto e deben facerse tódolos esforzos posibles para impedi-la transmi-sión a calquera muller embarazada que traballe no colexio ou na gardería (ve-la nota 3 de embaixo). Non se coñece con precisión o período de transmi-sibilidade, mais o virus elimínase ata 5 ou 6 días despois de que comezase o exantema. Sen embargo, a eliminación do virus decae apreciablemente des-pois dos primeiros 2 días. A exclusión por 5 días será, polo tanto, suficiente.

Notas:

- A exclusión non será totalmente efectiva cara a prevír casos secundarios, posto que xa antes do comezo do exantema principiou a eliminación do virus. Os doentes probablemente sexan máis contaxiosos durante a etapa prodrómica da infección. Ademais, moitos casos son asintomáticos, e sá-bese que estes casos poden estar implicados na transmisión da infección.
- A meirande parte dos escolares galegos son inmunes debido á vaci-nación con triple vírica. A rubéola é agora pouco frecuente e é posible que a maioría dos diagnósticos de rubéola en nenos sen estudio sero-lóxico estean producidos, de feito, por outros virus.
- A infección rubeólica durante o embarazo pode causa-la infección con-xénita do feto. Polo tanto, é recomendable que tódalas mulleres que traballan en garderías ou escolas coñezan o seu estado inmunolóxico e, se non son inmunes, deberían vacinarse. Se unha muller pode estar embarazada e descoñece o seu estatus inmunolóxico fronte á rubéola, recomendaráselle que axiña faga unha consulta obstétrica.

Referencias: 22 a 24.

SARAMPELO

Período de exclusión recomendado: consultar coa Dirección Xeral de Saúde Pública (DXSP).

Xustificación: o sarampelo é unha enfermidade en proceso de eliminación de Galicia.

Notas:

- Tódolos casos de sarampelo notificaranse de xeito urxente ó SAEG.
- Pola súa transcendencia no mantemento da transmisión, a exclusión pode afectar tanto a enfermos como a expostos.

Referencias: 25.

SARNA

Período de exclusión recomendado: ata que remate o tratamento.

Xustificación: a sarna, da que se describiron abrochos en escolas e garde-rías, é unha enfermidade que pode ser moi molesta e de longa duración.

Notas:

- Só un 5% dos enfermos necesitan unha segunda aplicación terapéutica.
- Os contactos cutáneos dos enfermos deben ser tratados.
- Os nenos poden voltar á escola ou gardería inmediatamente despois de recibilo primeiro tratamento.

Referencias: 26 a 28.

TIÑA

Período de exclusión recomendado: ningún.

Xustificación: a tiña non é unha enfermidade grave, e a súa transmisión necesita, en xeral, unha exposición prolongada que probablemente sexa rara nos colexios.

Referencias: 29 a 30.

VARICELA

Período de exclusión recomendado: 5 días dende o comezo do exantema.

Xustificación: a varicela é unha enfermidade extremadamente transmi-sible e os doentes adoitan ser contaxiosos nos 5 días que seguen ó comezo do exantema. Non hai evidencias de que os doentes sexan contaxiosos des-pois deste período.

Notas:

- Tradicionalmente excluíase ós doentes ata que tódalas lesións da pel estivesen na fase de costra, mais esta práctica non a sustenta ningún estudio publicado.
- O tempo transcorrido dende o comezo da enfermidade nun caso pri-mario e o comezo da enfermidade nos casos secundarios, ou tempo de xeración, é moi semellante ó período de incubación. Isto implica que os doentes son máis contaxiosos nos arredores do comezo da enfermidade.
- Algúns doentes transmiten a infección xa dende antes de que comece a enfermidade e, polo tanto, nestes casos a exclusión non sempre pre- virá casos secundarios.
- Nos que teñen inmunodeficiencias hai un risco importante de que a in-fección sexa grave. Estes doentes recibiran profilaxe coa inmunoglo-bulina específica se non estivesen inmunizados e mantiveron un con-tacto coa varicela.
- A varicela pode afectar ó feto e, por iso, se unha muller do persoal do colexio ou da gardería se expón a ela ó comezo do embarazo (nas pri-meiras 20 semanas) ou no período final (nas últimas 3 semanas), reco-mendaráselle que axiña faga unha consulta obstétrica.

Referencias: 31 a 35.

VERRUGAS

Período de exclusión recomendado: ningún.

Xustificación: Non é unha infección grave.

Notas:

- En xeral, a transmisión e pouca nos colexios, mais hai que ter coldado nos lugares de baños, ximnasios e vestiarios. Nestas circunstancias, as verrugas débense cubrir.

Referencia: 36.

OUTRAS P ATOLOXÍAS

FARINXITE ESTREPTOCÓCICA

Período de exclusión recomendado: ningún.

Xustificación: se se trata, non é unha enfermidade seria e ten poucas secuelas.

Notas:

- Semella que a transmisión é infrecuente nas escolas.

- Recoméndase o tratamento cando se confirma unha infección por estrept-tococo do grupo A.

Referencia: 37.

HEPATITE A

Período de exclusión recomendado: en nenos con menos de 5 anos, os 5 días que seguen ó comezo da ictericia; nos que teñen 5 ou máis, ningún.

Xustificación: a exclusión non é, en xeral, necesaria xa que nos nenos a hep-atite A adoita ser unha enfermidade leve e auto-limitada. Ademais, a ex-clusión sería practicamente inefectiva, posto que a transmisibilidade é maior na semana previa ó comezo dos síntomas e a que son moitos os ca-sos asintomáticos que tamén poden estar involucrados na transmisión do virus. De tódolos xeitos, tentarase a exclusión nos nenos máis pequenos xa que son unha fonte recoñecida de infección para os adultos. Asemade, a exclusión tamén é recomendable en nenos maiores que sexan incapaces de manter unha boa hixiene persoal.

Notas:

- Descoñécese a duración exacta do período de transmisibilidade da hep-atite A. Sen embargo, a eliminación diminúe rapidamente nos 3-4 dí-as que seguen ó comezo da ictericia. Así pois, cando estea indicada a exclusión, probablemente sexa suficiente facelo só nos 5 días que se-guen ó comezo da ictericia.
- Tódolos abrochos que ocorren en escolas ou garderías notificaranse ur-xentemente ó SAEG.

Referencias: 38 a 46.

ENFERMIDADE MENINGOCÓCICA

Período de exclusión recomendado: consultar coa DXSP.

Xustificación: a prevención de casos secundarios entre contactos estreitos dos casos require quimioprofilaxe.

Notas:

- Tódolos casos de enfermidade meningocócica notificaracnse de xeito urxente ó SAEG.

Referencias: 47.

MENINXITES VÍRICAS

Período de exclusión recomendado: ningún.

Xustificación: a meninxite vírica non é un proceso grave, os abrochos son raros e, en moitos casos, o risco de transmisión e o período de transmisibi-lidade son descoñecidos.

Notas:

- En caso de abrocho, a DXSP fará as recomendacións oportunas.

Referencia: 47.

MONONUCLEOSE INFECCIOSA

Período de exclusión recomendado: ningún.

Xustificación: nos escolares, a mononucleose infecciosa rara vez é grave; e nas escolas a transmisión non é doada.

Notas:

- A exclusión sería inefectiva posto que a maioría dos individuos se in-fectan de portadores asintomáticos.

REFERENCIAS:		
1. Keenlyside RA, Hierholzer JC, D'Angelo LJ. Keratoconjunctivitis associated with adenovirus type 37: an extended outbreak in an ophthalmologist's office. J Infect Dis 1983; 147: 191-8.	20.Chunge RN, Scott FE, Underwood JE, Zavarella KJ. A review of the epidemiology, public health importance, treatment and control of head lice. Can J Public Health 1991; 82: 196-200.	40.Batten PJ, Runte VE, Skinner HG. Infectious hepatitis: infectiousness during the presymptomatic phase of the disease. Am J Hyg 1963; 77: 129-36.
2. Barnard DL, Dean Hart JC, Marmion VJ, Clarke SK. Outbreak in Bristol of conjunctivitis caused by adenovirus type 8, Its epidemiology and control. BMJ 1973; 2: 165-9.	21.Chunge RN, Scott FE, Underwood JE, Zavarella KJ. A pilot study to investigate the transmission of headlice. Can J Public Health 1991; 82: 207-8.	41.Dienstag JL, Feinstone SM, Kapikian AZ, Purcell RH, Boggs JD, Conrad ME. Faecal shedding of Hepatitis-A antigen. Lancet; 1: 765-7.
3. Rice PS, Cohen BJ. A school outbreak of parvovirus B19 infection investigated using salivary antibody assays. Epidemiol Infect 1996; 116: 331-8.	22.Green RH, Balsamo MR, Giles JP, Krugman S, Mirick GS. Studies of the natural history and prevention of rubella. Am J Dis Child 1965; 110: 348-65.	42.Rakela J, Mosley JW. Fecal excretion of Hepatitis A virus in humans. J Infect Dis 1977; 135: 933-8.
4. Anderson MJ, Higgins PG, Davis LR, Willman JS, Jones SE, Kidd JM, Pattison JR, Tyrrell DA. Experimental parvoviral infection in humans. J Infect Dis 1985; 152: 257-65.	23.Sever JL, Brody JA, Schiff GM, McAlister R, Cutting R. Rubella epidemic on St. Paul Island in the Pribilofs, 1963. JAMA 1965; 191: 88-90.	43.Coulepsis AG, Locarnini SA, Lehmann NI, Gust ID. Detection of Hepatitis A virus in the feces of patients with naturally acquired infections. J Infect Dis 1980; 141: 151-6.
5. Ager EA, Chin TD, Poland JD. Epidemic erythema infectiosum. N Engl J Med 1966; 275: 1326-31.	24.Hattis RP, Halstead SB, Herrmann KL, Witte JJ. Rubella in an immunized island population. JAMA 1973; 223: 1019-21.	44.Knight V, Drake ME, Belden EA, Franklin BJ, Romer M, Coppel LO. Characteristics of spread of infectious hepatitis in schools and households in an epidemic in a rural area. Am J Hyg 1954; 59: 1-16.
6. Boissard JM, Fry RM. Streptococcal school outbreaks: a method of investigation and control. J Hyg 1966; 64: 221-30.	25.Dirección Xeral de Saúde Pública. Protocolo de vixilancia e control do sarampelo no eido da súa eliminación de Galicia. Guías de Saúde Pública: Serie I: Sección Vacinas: Informe 9; 1999.	45.Havens WP. Period of infectivity of patients with experimentALLY Induced infectious hepatitis. J Exp Med 1946; 83: 251-8.
7. Robinson CR, Doane FW, Rhodes AJ. Report of an outbreak of febrile illness with pharyngeal lesions and exanthem: Toronto, summer 1957 - isolation of group A coxsackie virus. Can Med Assoc J 1958; 79: 615-21.	26.Sargent SJ, Martin JT. Scabies outbreak in a day-care center. Pediatrics 1994; 94: 1012-3.	46.Neefe JR, Stokes J, Reinhold JG. Oral administration to volunteers of feces from patients with homologous serum hepatitis and infectious (epidemic) hepatitis. Am J Med Sci 1945; 210: 29-32.
8. Cushing HB. An epidemic of roseola infantum. Can Med Assoc J 1927; 17: 905-6.	27.Barrett NJ, Morse DL. The resurgence of scabies. Communicable Disease Report CDR Review 1993; 3: R32-4.	47.Dirección Xeral de Saúde Pública. Protocolo de actuación fronte á enfermidade meningocócica invasiva, adaptado ó período que segue á vacinación masiva. Guías de Saúde Pública: Serie I: Sección Meninxite: Informe 1; 1997.
9. Berenberg W, Wright S, Janeway CA. Roseola infantum (exanthem subitum). N Engl J Med 1949; 241: 253-9.	28.Haustein UF, Hlawa B. Treatment of scabies with permethrin versus lindane and benzyl benzoate. Acta Derm Venereol (Stockh) 1989; 69: 348-51.	48.Brodsky AL, Heath CW. Infectious mononucleosis: epidemiologic patterns at United States colleges and universities. Am J Epidemiol 1972; 96: 87-93.
10.Harnett GB, Farr TJ, Pietrobboni GR, Bucens MR. Frequent shedding of human herpesvirus 6 in saliva. J Med Virol 1990; 30: 128-30.	29.English MP. Trichopyton rubrum infection in families. BMJ1957; 1: 744-6.	49.Sawyer RN, Evans AS, Niederman JC, McCollum RW. Prospective studies of a group of Yale University freshmen. I: occurrence of infectious mononucleosis. J Infect Dis 1971; 123: 263-70.
11.Buddingh GJ, Schrum DI, Lanier JC, Guidry DJ. Studies of the natural history of herpes simplex infections. Pediatrics 1953; 11: 595-609.	30.Mackenzie DW, Burrows D, Walby AL. Trichophyton sulphureum in a residential school. BMJ 1960; 2: 1055-8.	50.Miller G, Niederman JC, Andrews LL. Prolonged oropharyngeal excretion of Epstein-Barr virus after infectious mononucleosis. N Engl J Med 1973; 288: 229-32.
12.Juretic M. Incubation period of primary herpetic infections. Helv Paediatr Acta 1960; 15: 102.	31.Ross AH. Modification of chicken pox in family contacts by administration of gamma globulin. N Engl J Med 1962; 267:369-76.	51.Cram EB. Studies on oxryuriasis XXVIII: summary and conclusions. Am J Dis Child 1943; 65: 46-59.
13.Manzella JP, McConville JH, Valenti W, Menegus MA, Swierkosz EM, Arens M. An outbreak of herpes simplex type I gingivostomatitis in a dental hygiene practice. JAMA 1984; 252: 2019-22.	32.Thomson FH. The aerial conveyance of infection with a note on the contact infection of chicken-pox. Lancet 1916; 1:341-4.	52.Pryor HB. Oxyuriasis vermicularis: the most prevalent parasite encountered in the practice of pediatrics. J Pediatr 1955; 46: 262-7.
14.Dillon HC. Impetigo contagiosa: suppurative and non-suppurative complications. Am J Dis Child 1968; 115: 530-41.	33.Thomson FH. Contact infection of chicken-pox. Lancet 1919; 1: 397.	53.Cheek JE, Baron R, Atlas H, Wilson DL, Crider RD. Mumps outbreak in a highly vaccinated school population. Arch Pediatr Adolec: Med 1995; 149: 774-8.
15.Ferrieri P, Dajani AS, Wannamaker LW, Chapman SS. Natural history of impetigo: 1. site sequence of acquisition and familial patterns of spread of cutaneous streptococd. J Clin Invest 1972; 51: 2851-2862.	34.Gordon JE, Meader FM. The period of infectivity and serum prevention of chickenpox. JAMA 1929; 93: 2013-5.	54.Ennis FA, Jackson D. Isolation of virus during the incubation period of mumps infection. J Pediatr 1968; 72: 536-7.
16.Cranston Low R. Molluscum contagiosum. Edinburgh Med J 1946; 53: 657-71.	35.Evans P. An epidemic of chickenpox. Lancet 1940; 2: 339-40.	55.Brunell PA, Brickman A, O'Hare D, Steinberg S. Ineffectiveness of isolation of patients as a method of preventing the spread of mumps. N Engl J Med 1968; 279: 1357-61.
17.Overfield TM, Brody JA. An epidemiologic study of molluscum contagiosum in Anchorage, Alaska. J Pediatr 1966; 69: 640-2.	36.Rowson KE, Mahy BW. Human papova (wart) virus. Bacteriol Rev 1967; 31: 110-31.	56.Henle G, Henle W, Wendell KK, Rosenberg P. Isolation of mumps virus from human beings with induced apparent or inapparent infections. J Exp Med 1948; 88: 223-32.
18.Baer RL, Rosenthal SA. The biology of fungous infections of the feet. JAMA 1966; 197: 1017-20.	37.Boissard JM, Fry RM. Streptococcal school outbreaks: a method of investigation and control. J Hyg 1966; 64: 221-30.	
19.Ibarra J. Lice (Anoplura). In: Lane RP, Crosskey RW (eds). Medical insects and arachnids. London: Chapman and Hall, 1993.	38.Lemon SM. Type A viral hepatitis: new developments in an old disease. N Engl J Med 1985; 313: 1059-67.	
	39.Ward R, Krugman S, Giles JP, Jacobs AM, Bodansky O. Infectious hepatitis: studies of its natural history and prevention. N Engl J Med 1958; 258: 407-16.	

- A exclusión non sería práctica xa que o virus elimínase durante moitos meses despois da enfermidade inicial.

Referencias: 48 a 50.

OXIURIASE

Período de exclusión recomendado: ningún.

Xustificación: a infestación con oxiuros (*E vermicularis*) non é unha enfer-midade grave.

Notas:

- A transmisión adoita ocorrer no seo da familia, especialmente entre quen comparte dormitorio. Probablemente, a transmisión sexa rara no colexio.

- Como se dispón dun tratamento axeitado, o caso e os seus contactos familiares deben ser tratados.

Referencias: 51 a 52.

PAROTIDITE

Período de exclusión recomendado: 5 días dende o comezo da parotidite.

Xustificación: a parotidite pode ser unha enfermidade grave, especial-mente en nenos maiores. Notifícaróense abrochos en escolas cunha cobert-ura vacinal elevada.

Notas:

- A exclusión pode non ser efectiva posto que o virus xa é eliminado an-tes de que comece a parotidite. Ademais, os casos asintomáticos son frecuentes e poden participar na transmisión.

Referencias: 53 a 56.