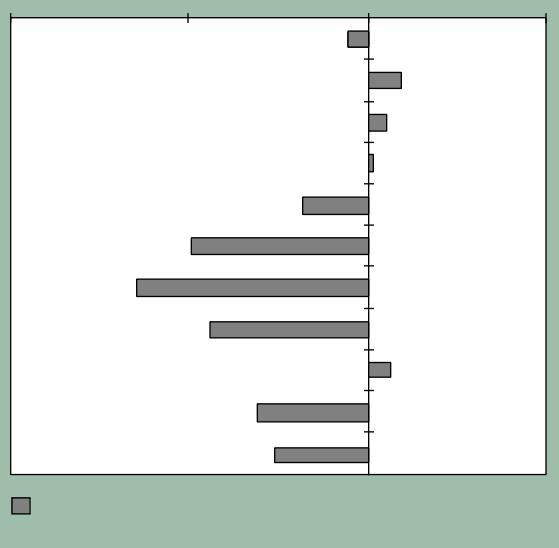


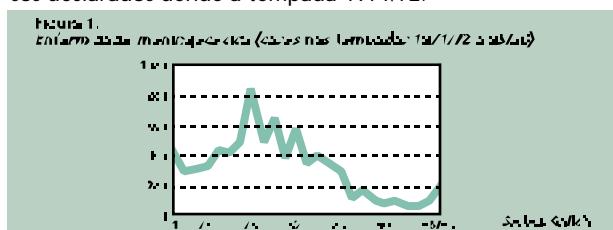
GRÁFICO DE LÍMITES HISTÓRICOS



EN BREVE...

A ENFERMIDADE MENINGOCÓICA EN GALICIA (POSTA Ó DÍA, 26 DE ABRIL DE 1996)

A enfermidade meningocócica experimentou, desde a semana epidemiolóxica 40 de 1995, cando comezou a actual tempada, un importante incremento no número de casos, ata acadar no día de hoxe unha taxa bruta de 7 casos por cen mil habitantes. Na figura expoñen a evolución do número de caños declarados desde a tempada 1971/72.



Nembargantes, o seu comportamento non é o mesmo en tódalas provincias, xa que Pontevedra e A Coruña acollen a meirande parte dos caños con taxas brutas de 9,6 e 8,1 casos por cen mil habitantes, respectivamente. Este feito fixo que, dende comezo de 1996, se estableceva a vixilancia activa diaria da incidencia de novos caños nos hospitais ós que acudiran tódolos enfermos das provincias de Pontevedra e A Coruña.

No tempo, os caños ocorrerón preferentemente nas primeiras semanas de 1996, como se ve na fig. 2. Nela compáranse cun aliado sínxelo, feito coa media de caños por semana declarados entre os anos 1971 e 1983, os de meirande actividade histórica.

Clinicamente a infección invasiva produciu, nunha cuarta parte dos caños sepse e, no resto, síndrome menínxea. Os principais afectados foron os nenos menores de 5 anos, xa que só eles dan conta da metade dos caños.

Formación continuada. Entre os días 5 ó 7 do vindeiro mes de xuño, celebrarase en Santiago de Compostela o curso "Introducción á epidemioloxía avanzada", de 15 h. de duración. Será impartido por D. Juan Luis Londoño Fernández, profesor de epidemioloxía da Universidade de Antioquia, Medellín, Colombia. Para máis información, pódese dirixir ó Servicio de Información sobre Saúde Pública da Dirección Xeral de Saúde Pública (telf. 981-54 29 29).

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 - 54 29 29 - Fax: 981 - 54 29 70



CONSELLERÍA DE SANIDADE
E SERVICIOS SOCIAIS

Dirección Xeral de
Saúde Pública

D.L.: C-1767-1995

Vol. VIII / 1995
Núm. 8
Cuadrisemanas 8
á 13/95
(16 de xullo ó
30 de decembro)

BEG
BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

A RUBÉOLA E A PREVENCIÓN DA SÍNDROME DE RUBÉOLA CONXÉNITA

A rubéola é unha enfermidade que xeralmente se cualifica como leve, xa que son moi raras as complicacións graves. Nembargantes, como é sabido, a infección da nai xestante non-inmune transmítense facilmente ó feto, e nel produce, dependendo do grao de desenvolvemento acadado, tanto lesións teratoxénicas, froito da interferancia coa organoxénese, como inflamatorias. O resultado son abortos ou, de chegar a termo o embarazo, recén nados coa chamada síndrome de rubéola conxénita (SRC). Na época prevacinal, cando a inmunidade dependía só do contacto natural co virus, as taxas do SRC oscilaban entre 4-8 caños por 10^4 embarazos, mais podía chegar a 100 en situacións epidémicas.

As manifestacións clínicas e a gravidade da SRC varían, pois, co momento do embarazo no que se produce a infección: canto máis próxima ó inicio, meirande é a gravidade e a cantidade de lesións que conforman a SRC. Tipicamente, as infeccións do primeiro trimestre producen patoloxía oftalmolóxica, cardiaca, auditiva e/ou neurolóxica. Despois desas 12-16 semanas, a xordeira é practicamente a única alteración observable no recén nado. Ademais, as infeccións das xestantes susceptibles no primeiro trimestre levan consigo a infección do feto en máis do 80 % dos caños.

A cantidade de caños da SRC que se van dar nunha poboación determinada, dependerá da presenza do virus da rubéola nela e do número de mulleres que cheguen á idade fértil sen protección inmunitaria. Esta protección adquiseuse, ademais de polo contacto natural co virus, mediante a vacinación, que en Galicia se introduciu en 1982. En principio destinouse ós nenos e nenas de 15 meses (administrada como triple vírica, TV), e ás nenas ó cumprí-los 11 anos (só vacina antirrubéólica). Xa nos noventa, a derradeira dose indicase tanto a nenos como a nenas e administrábase como TV.

A circulación do virus da rubéola nunha poboación daba lugar, na época prevacinal, a un patrón de incidencia caracte-

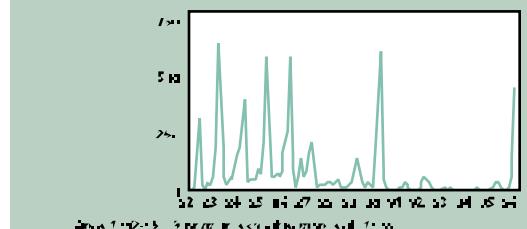
rístico: a partir dunha endemia constante e estacionalidade característica, producíanse, cada 7 anos máis ou menos, explosións epidémicas que chegaban a multiplicar por dez os valores das taxas previas. Ademais, a meirande parte dos caños producíanse en menores de 10 anos, e só 1/4 deles en maiores de 14.

A incidencia de rubéola en Galicia entre 1982-1995

Só disponemos de datos sobre a incidencia de rubéola en Galicia dende 1982, cando foi engadida á relación de enfermidades de declaración obrigatoria. A falta de antecedentes e a inmediatez da xeneralización da vacina fan difícil precisalo momento do ciclo endemo-epidémico ó que correspondían eses primeiros datos. Nembargantes, a continuidade dos valores no cuadriénio 83-86 e os valores das taxas brutas (que non superaron os 100 caños por 10^5 habitantes, véxase a fig. 1) fan pensar que os niveis son os propios da endemia.

Logo deses primeiros anos, e non sendo no 90, as taxas baxaron espectacularmente, acadando, no cuadriénio 1991-95 valores que non chegan ó 7 % dos que se observaron no comezo da década dos noventa. Nestes derradeiros anos tamén tiñan amortecido, e case que totalmente, os picos estacionais característicos da enfermidade, segundo queda reflectido na fig. 2.

Figura 2.
Rubéola (Galicia: caños per cuadrisemana)

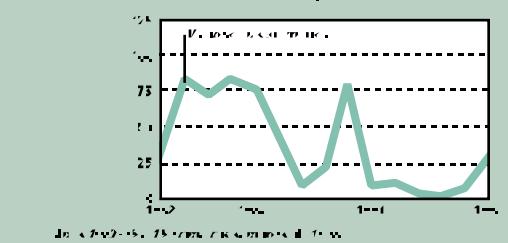


Tamén na distribución dos caños segundo a idade e o sexo vaise notando a xeneralización da vacinación, tal que no ano 1995 máis do 70 % dos caños tiñan máis de 13 anos e máis do 75 % eran homes (véxase a táboa 1).

Táboa 1: Ano 1995, distribución por idade e sexo

Idade (anos)	homens caños (%)	mulleres caños (%)	totais caños (%)
0 a 8	14 (12)	13 (36)	27 (18)
8 a 13	6 (5)	10 (28)	16 (11)
14 a 19	83 (72)	10 (28)	93 (60)
> 20	13 (11)	3 (8)	16 (11)
Totais	116 (76)	36 (24)	152 (100)

Figura 1.
Rubéola (Galicia: caños brutas por cen mil habitantes)



- A rubéola e a prevención da síndrome de rubéola conxénita.
- Situación das E.D.O. na cuadrisemana 8/95.
- EN BREVE...: A enfermidade meningocócica en Galicia (posta ó día, 26 de abril de 1996).
- Formación continuada: Curso de "Introducción á epidemioloxía avanzada".
- ANEXOS I ó V: Situación das E.D.O. nas cuadrisemanas 9 á 13/95.

SUMARIO

TABLA CUABRÍSEMANAL: SITUACIÓN DAS EBO POR ÁREAS SANITARIAS NA CUABRÍSEMANA 8, QUE REMATOU O 12-08-1995

Provincia	2017-2018												2018-2019															
	2017-2018				2018-2019				2017-2018				2018-2019				2017-2018				2018-2019							
	GASOS	IE.	ADM. GASOS	IE AC.	GASOS	IE.	ADM. GASOS	IE AC.	GASOS	IE.	ADM. GASOS	IE AC.	GASOS	IE.	ADM. GASOS	IE AC.	GASOS	IE.	ADM. GASOS	IE AC.	GASOS	IE.	ADM. GASOS	IE AC.				
BALEARES	754	117	12.411	1.36	3.801	151	1.931	1.25	3.318	113	2.330	125	35.625	113	4.071	1.01	83.102	125	2.500	106	54.763	117	685	211	11.555	140		
GRANADA	88	104	4.512	1.21	4.32	118	18.98	150	243	1.06	15.911	141	1.30	0.74	10.715	126	477	1.07	22.782	106	1.95	0.67	16.804	141	40	0.78	2342	
PREMAMAS	22	125	370	1.32	70	14.0	11.35	111	50	0.91	1.062	126	21	0.62	0.70	0.99	121	1.22	1.554	134	53	0.77	1.259	106	7	0.64	166	
TUBERCULOSIS RESPIRATORIA	18	310	65	1.76	34	1.31	260	128	12	4.00	166	332	10	—	92	118	33	1.03	193	0.88	13	—	70	0.86	1	—	6	0.75
INF. MENINGOCOICA	0	—	2	0.40	0	—	4	0.57	1	—	14	2.00	2	—	20	6.57	1	—	15	0.64	0	—	5	1.00	0	0.00	0	0.40
OTRAS MENINGITIDES	1	—	4	1.33	0	—	17	8.50	0	—	9	4.50	1	—	24	8.00	8	1.60	92	2.28	6	—	26	1.30	1	—	13	—
VARIOLA	75	179	1541	3.06	199	170	2.658	2.37	155	1.68	1.918	136	116	1.29	1.420	1.23	241	0.96	2.560	0.89	134	1.05	1.382	102	7	0.75	393	
OTROS PROCESOS DIFERENTES	350	631	2.578	1.26	1.238	129	0.576	1.30	957	1.06	5.231	0.96	0.93	0.97	4.549	0.96	1.986	1.03	11.345	103	11.37	0.97	7.075	115	136	1.00	1.261	
TOXICOALIMENTARIAS	0	—	4	0.27	73	1.92	315	1.91	0	0.67	27	0.43	11	0.69	63	0.35	55	1.02	304	130	16	0.73	95	1.30	0	—	2	
FIREOCEA/ARTRITICA	0	—	1	1.00	0	0.00	0	0.00	2	—	0	0.57	1	—	6	0.35	2	—	6	0.21	1	—	5	0.50	0	0.00	0	0.00
HEPATITIS	0	—	3	0.33	0	—	6	0.16	2	—	5	0.31	0	—	2	0.07	0	—	6	0.24	0	—	6	0.21	0	0.00	0	0.00
SARAMPILO	0	—	0	0.00	0	—	1	—	1	0.02	0	—	1	0.01	1	—	16	2.00	0	—	21	1.31	0	0.00	2	0.02		
RUBECLA	0	—	1	0.07	0	—	6	0.24	0	—	2	0.08	2	—	17	0.71	1	—	89	1.96	1	—	3	0.75	0	—	3	0.50
MAROMOTE	2	—	4	1.33	6	—	15	1.25	8	0.00	121	5.04	4	—	67	0.38	1	0.59	23	0.77	4	—	10	0.83	5	—	197	
TOS FERINA	0	—	1	1.00	0	0.00	0	0.00	0	—	1	1.00	1	—	3	1.00	0	—	1	0.20	1	—	1	0.50	0	0.00	0	0.00
SRAS/ST/COV-2	0	—	0	0.00	0	—	2	0.57	2	—	3	1.50	0	—	2	—	1	—	7	0.64	0	—	4	0.00	0	0.00	0	2.00
CONOCOC (MENINGITIS)	1	417	19	0.50	13	0.78	1.05	0.71	8	0.35	96	0.48	6	0.08	65	1.00	13	0.78	76	0.54	9	0.45	124	0.41	2	0.40	15	0.37
BOLUENSE	0	0.00	0	0.00	1	—	1	0.50	0	—	2	1.00	0	—	1	—	0	0.00	0	—	6	0.26	0	—	1	1.00		
HEPATITE B	0	—	3	3.00	0	—	9	0.60	2	—	4	0.80	1	—	2	0.25	0	0.00	14	0.45	0	—	7	0.64	1	—	3	1.50
Participación:				23%	35%	53%	56%	35%	44%	50%	57%	42%	47%	53%	57%	33%	55%	45%	54%	33%	55%	45%	54%	33%	55%	45%	54%	

PROJETO	CRONO			BANCO (C)			SALVO (C)			TOTAL GULP4		
	7/5/21	40/50	67/52	7/5/21	40/50	67/52	7/5/21	40/50	67/52	7/5/21	40/50	67/52
EDC	GASES	I.E.	ACUM.GASES	I.E.	ACUM.GASES	I.E.	GASES	I.E.	ACUM.GASES	I.E.	ACUM.GASES	I.E.
184	1,02	13,05	1,40	1,02	11,43	1,07	36	1,02	8,04	0,98	13,25	1,28
GRPF	25	1,19	3,94	1,99	35	0,85	14	0,61	2,04	0,93	1,79	0,95
PROMOCMAS	14	0,74	3,57	0,39	9	0,30	216	1,07	2	0,20	191	1,19
TUBEROLUGES REPARATURA	4	—	14	0,82	1	—	5	2,50	0	—	9	11,13
INF. MENSAGENS	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	1,00
COTAS/MINUTOS	0	—	3	1,00	0	—	3	—	0	0,00	17	2,68
VARIAZIA	40	1,11	601	2,43	4	0,33	42	0,15	60	2,00	511	2,28
CONTROLE PROCESSO DIÁRIO/PCS	226	0,29	2,57	1,54	201	0,29	11,61	0,92	192	0,27	1,329	0,92
TOPOGRAFIA ALIMENTARIA	16	—	16	2,00	0	—	1	0,17	0	0,00	18	0,95
FUNCIONAIS PARAPROTECA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	—	8	2,67
HERRITA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,13
SAMPELLO	2	—	3	1,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	0,11
RUBCIA	0	—	1	0,50	1	—	1	—	0	—	3	0,50
PARDONTE	1	—	24	6,00	0	—	1	0,50	0	—	5	0,71
103-PENHA	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	—
SIRIUS-101-QU1	0	—	3	3,00	0	—	1	—	0	—	3	0,75
CONCORDE (URGENTE)	0	0,00	6	0,25	3	1,00	11	0,20	3	1,50	31	0,55
BRUSSELS	0	—	1	0,50	0	—	6	0,67	0	0,00	2	0,33
HERMETTE	0	—	2	2,00	0	—	3	1,00	0	0,00	3	0,33

seguem á defervescencia, aparece o exantema no colo e no tronco, podendo difundir ás coxas e ás nádegas. Na meirande parte dos casos, atribúese ó herpesvírus humano tipo 6, mais pode deberse a adenovirus ou enterovírus.

A finais de 1995, a incidencia de rubéola comezou a experimentar un aumento ata amosar neste ano de 1996 un comportamento que, comparado cos anos inmediatamente anteriores, ten carácter epidémico e, supoñemos, manterá a súa estacionalidade, polo que, nestas datas, estará a acadalo seu cumio. Mais o seu comportamento mantense en rangos de idade e sexo semellantes ós da táboa 1, feito que vén indica-la elevada efectividade global que ten o programa galego de vacinacións. Polo demais, esta situación esperábase, xa que aínda quedan cohortes de individuos que nin foron vacinados nin tiveron contacto natural co virus.

Mais tamén é un momento de especial importancia para segui-lo comportamento da vacinación e dos fallos do programa, ben por inefectividade ou por non captar a todos aqueles a quen lle foi destinado. Coidamos que tales fallos, de producirse, manifestaranse a nivel local, vinculados ós puntos de vacinación ou a bolsas de non vacinados. Os sinais que con maiorande fidelidade indicarían unha destas situacións, cun número suficiente de casos para descarta-la ineficacia propia da vacina (preto dun 10 %), sería a diminución, por debaixo dos 13 ou 14 anos, da idade na que inciden os casos, e a igualación, nos maiores desas idades, na distribución por sexo.

A situación actual supón, ademais, un aumento no risco de padece-la rubéola e, polo tanto, de que unha muller embarazada e non inmune adquira a infección. Para evitar isto, o mellor e afastala dunha posible exposición, feito que depende do recoñecemento da enfermidade naqueles cos que convive.

É neste eido da identificación dos casos de rubéola cara a previ-los da SRC, onde incluímo-la breve lembranza clínica e as recomendacións coas que remata este artigo.

A rubéola é debida á infección co virus do mesmo nome, que ten xenoma ARN e pertence a familia dos Togaviridae e ó xénero Rubivirus. A infección transmítense por vía respiratoria, mediante gotiñas procedentes de infectados ou por contacto directo con eles. Cando houbo enfermidade, a transmisión prodúcese dende unha semana antes de que aparezca o rash ata máis de catro días despois de que teña rematado. A nasofarinxé é a porta de entrada, onde o virus se vai replicar antes de difundir ós gánglilos rexionais. Logo da primeira semana prodúcese a viremia.

O período de incubación, tempo que vai dende a exposición ata a aparición do rash, varía entre 14 e 21 días. Mais xa trala primeira semana pódense detectar adenopatías, preferentemente occipitais e retroauriculares. Antes da aparición do rash, preséntanse pródrromos de febre moderada, malestar xeral, conxuntivite lixeira e, se non tiñan aparecido xa, adenopatías.

O rash, que pode ser difícil de detectar, é máculo-papular eritematoso, com aspecto puntiforme. Aparece em facina e colo, para logo, ó cabo de 1 a 3 días, difundir cara abaixo e começar a resolvêrse na mesma orde.

Clinicamente, o diagnóstico diferencial habería que principalio coas outras enfermedades que teñen manifestacións exantemáticas semellantes. Pode axuda-lo feito de que os exantemas morbiliformes de orixe vírica, adoitan respecta-las palmas das mans e as plantas dos pés¹. Entre os máis salientables de orixe vírica atopáronse os seguintes:

- O exantema do **sarampelo** comeza por detrás das orellas e na fronte, e logo difunde ó corpo e adoita confluír. A presencia do enantema de Koplik axudaría ó diagnóstico. En principio, dada a estratexia vacinal seguida en Galicia, os grupos de risco de padece-lo sarampelo e a rubéola semellanse, agás nas mulleres maiores de 13-14 anos.
 - O **eritema infeccioso**, debido o Parvovirus humano B19, pódese presentar de xeito esporádico ou epidémico. Os abrochos adoitan ocorrer en escolarizados nos meses da primavera, e difunden con facilidade cara ós seus lares. É común que o exantema adquira unha intensa cor vermella nas meixelas ("faciana abofeteada"), e difunda ás extremidades, onde toma un aspecto reticulado.
 - O **exantema súpeto** afecta preferentemente a nenos entre 6 meses e 4 anos. O cadro comeza bruscamente, con irritabilidade e febre moi elevada, que chega a supera-los 40°C e dura de 3 a 5 días, para logo, de súpero, volver á normalidade. Nas horas que preceden ou nivel individual son dous os obxectivos: 1) conseguir que as mulleres cheguen protexidas a idade fértil, polo que se recomenda a vacinación con TV de tódalas mulleres maiores de 11 anos das que se sospeite que nin padeceron a enfermidade nin foron vacinadas (lémbrese que a vacina está contraindicada no embarazo e nos tres meses que o precederían); e 2) evita-la exposición das mulleres embarazadas ou que poidan estalo, polo que se lles recomendará evita-lo contacto con enfermos, tanto no domicilio como nos lugares de traballo ou recreo, e, de telo tido, pospoñan se os tiveran, os seus plans de embarazo. Cando, a pesar de todo, se sospeite que unha muller embarazada pode estar infectada, confirmárase a sospeita seroloxicamente (IgM) e, no caso de que non opte pola interrupción voluntaria do embarazo, considerarase o embarazo como de alto risco.

Recomendacións

ntrol.
xixilancia baséase na declaración obligatoria, que se fa-
keito numérico e individualizado, xa que os datos de ida-
xo e estado vacinal axudan a segui-lo desenvolvemento
rograma de vacinacións. Ademais, a declaración será ur-
(telefónica ou por fax) cando aparezan na comunitade
casos xuntos, co fin de poder artellar medidas de control
nidade, detectar fallos puntuais no programa de vaci-
nes e garantir la confirmación serolóxica dos casos.

control farase a dous niveis, individual e colectivo. A individual son dous os obxectivos: 1) conseguir que as mulleres cheguen protexidas a idade fértil, polo que se recomienda a vacinación con TV de tódalas mulleres maiores de 15 anos das que se sospeite que nin padeceron a enfermidade nin foron vacinadas (lémbrese que a vacina está contraindicada no embarazo e nos tres meses que o precederán). 2) evita-la exposición das mulleres embarazadas ou que quieran estarlo, polo que se lles recomendará evita-lo contacto con enfermos, tanto no domicilio como nos lugares de ocio, balbou ou recreo, e, de telo tido, pospoñan se os tivesen ou planeasen para os seus plans de embarazo. Cando, a pesar de todo, se detecte que unha muller embarazada pode estar infectada, informarase a sospeita seroloxicamente (IgM) e, no caso de ser positiva, optar pola interrupción voluntaria do embarazo, finalizarse o embarazo como de alto risco.

control colectivo baséase na inmunización daqueles vivos nos que xorden os casos, coa intención de vacinar un non o estivese e actualiza-lo calendario vacinal dos que teñen entre 6 e 11 anos.

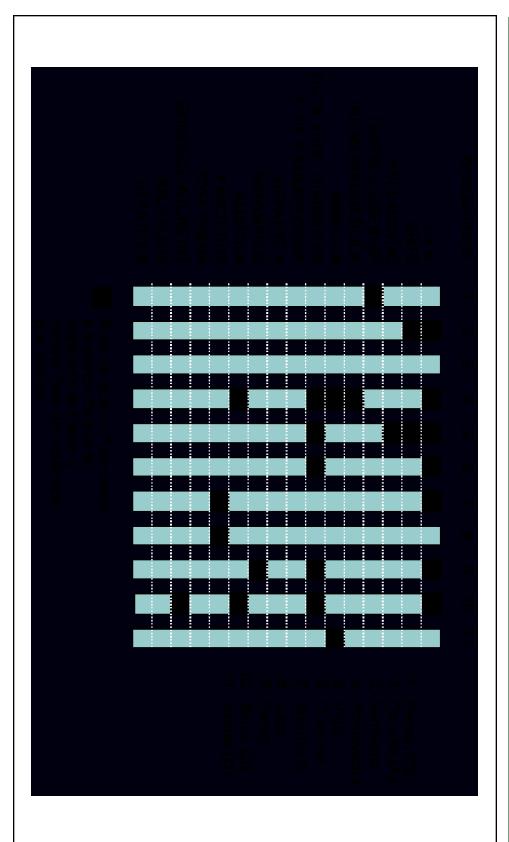


GRÁFICO DA DISTRIBUCIÓN ESPACIAL