

SUMARIO

A PAROTIDITE EN GALICIA NOS ANOS 2005 E 2006	1
STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILÍN RESISTENTE DE ORIXE COMUNITARIA	4
ANEXO I: FOLLETO "A SAÚDE TAMÉN VIAXA"	

A PAROTIDITE EN GALICIA NOS ANOS 2005 E 2006

Limiar. En 1982 principiou en Galicia a vacinación fronte ao sarampelo, a parotidite e a rubéola coa vacina triple vírica (SPR), que como ben é sabido rematou por ter un impacto definitivo na epidemioloxía das enfermidades fronte ás que ía dirixida, especialmente fronte ao sarampelo e a rubéola, de tal xeito que hoxe en Galicia está interrompida a transmisión endémica do virus do sarampelo¹, e tamén o está, ou está a piques de estalo, a do virus da rubéola².

Fig. 1: Número de casos de parotidite declarados en Galicia, por cuadrisemana, de 1984 á sexta cuadrisemana de 2007.

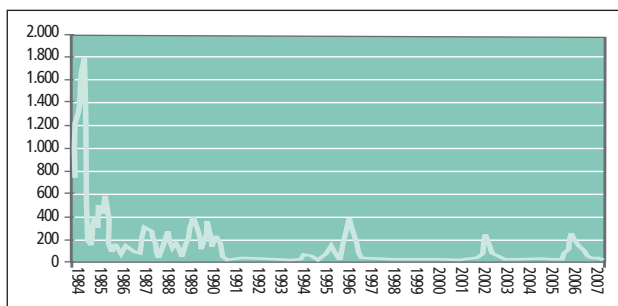
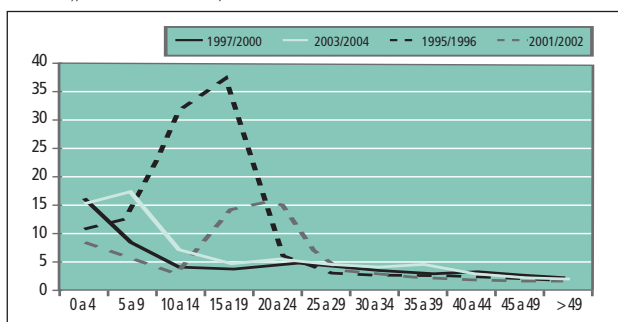


Fig. 2: Incidencia por idade en dous períodos de abrochos (en casos por 10⁴ habitantes e ano), 1995/96 e 2001/02, e en dous períodos entre abrochos (en casos por 10⁵ habitantes e ano), 1997/00 e 2003/04, en Galicia.



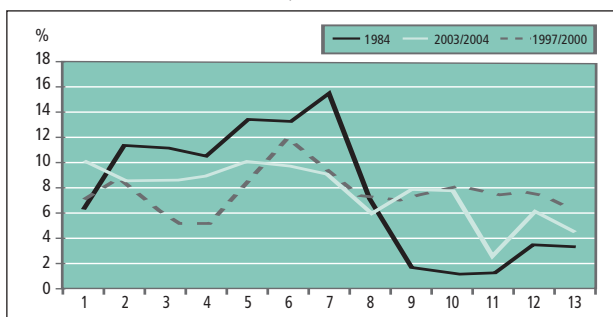
No que atinxe á parotidite, o impacto da vacinación non foi tan definitivo, mais non por iso deixa de ser moi importante. De feito, como se pode observar na figura 1, a pouco de se introducir a vacina a incidencia de parotidite diminuíu considerablemente, aínda que mantivo un ciclo bianual ata comezos da década de 1990. A partir de entón, a incidencia mantívose ata hoxe nunha situación de endemia de moi baixa intensidade que se veu alterada por tres ciclos de abrochos, que ocorreron –como tamén se pode observar na figura 1– nos anos 1995/96, 2001/02 e 2005/06.

As características máis salientables dos dous primeiros ciclos de abrochos xa foron comentadas noutros números do BEG^{3,4}, e as do último comentárase de contado, máis antes compre salientar dúas características propias dos períodos de endemia entre abrochos que os diferencian dos períodos de abrocho, a primeira delas, e da época prevacinal, a segunda.

Os períodos entre abrochos. O que quizais diferenze máis aos períodos de abrochos dos períodos entre abrochos é a distribución por idade dos casos. Na figura 2 pódese observar como nestes a parotidite é, como era na época prevacinal, una enfermidade predominantemente infantil, aínda que antes a diferenza coa incidencia noutras idades era incomparablemente maior. Pola contra, nos períodos de abrochos as maiores incidencias desplázanse cara a idades máis avanzadas debido, como se comenta despois, á historia da vacinación con SPR. Ora ben, compre lembrar que os datos de incidencia proceden da declaración obrigatoria de enfermidades e, polo tanto, trátase de sospeitas clínicas de parotidite que só nunha proporción moi pequena foron confirmadas seroloxicamente, e que o valor predictivo positivo da sospeita clínica de parotidite (é dicir, a probabilidade de que se trate dun verdadeiro caso de parotidite) diminúe nos períodos de incidencia baixa, como a que se da entre abrochos⁵. De todos os xeitos, semella que a diferenza coa distribución por idades observada nos períodos de abrocho é grande dabondo como para que se deba a este nesgo de clasificación incorrecta.

A outra diferenza non é tan marcada, e ten que ver coa perda relativa da estacionalidade tan característica da era prevacinal, que na figura 3 está representada polos datos de 1984. Comparados cos deste ano, a distribución temporal dos caos dos períodos entre abrochos non teñen un patrón estacional claro, de tal xeito que non se concentran tanto na primeira metade do ano, nen diminúen tanto na segunda.

Fig. 3: Distribución porcentual dos casos notificados en Galicia ao longo do ano, en cuadrise semanas, durante 1984 e dous períodos entre abrochos.



O ciclo de abrochos de 2005/2006. Como se pode observar na figura 4, os abrochos comezaron pasado o verano de 2005 na provincia de Pontevedra. En concreto, fixérono na comarca de Pontevedra, e axiña

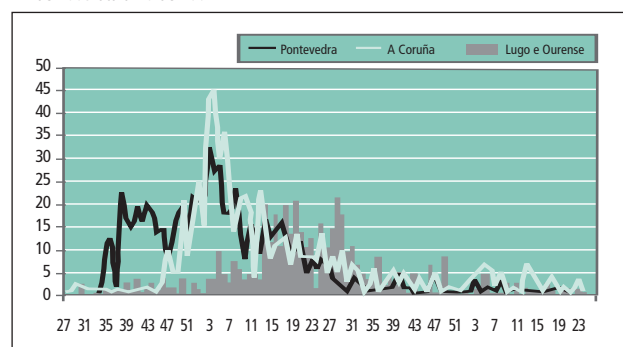
NOVIDADES NA WEB DA DXSP (<http://dxsp.sergas.es>)

- Área de traballo: Ambiental [campos electromagnéticos]: Normativa.
- Área de traballo: Ambiental [campos electromagnéticos]: Informes de comités de expertos.
- Área de traballo: Ambiental [praias]: Resultados dos controis microbiolóxicos realizados en 2007.
- Área de traballo: Transmisibles [vacinas]: Viaxes internacionais.
- Área de traballo: Aplicacións e datos [enfermidades de declaración obrigatoria]: Actualización cos datos de 2006.

espallaron cara as comarcas veciñas do Salnés e Taboas-Terra de Mor-tes. Xusto cando estaba a piques de rematar o ano 2005, comezaron os abrochos na provincia de A Coruña, mentres os das provincias de Ourense e Lugo comezaron xa en 2006, e acadaron o seu cumio mais ou menos ao mesmo tempo, cando xa estaban a decaer os das outras dúas provincias (ver a figura 4). De todos os xeitos, como xa se observou nos dous ciclos de abrochos previos, na actual situación epidemiolóxica a provincia non é un descriptor preciso da difusión xeográfica da parotidite, e segue a non selo, como mostran as diferentes razóns de incidencia estandarizada con tres grupos de idade (0-11, 20-39 e máis de 39) observadas nas distintas comarcas da provincia de A Coruña dende o inicio dos abrochos ata que rematou 2006 (ver a táboa 1).

Semanas antes de que rematase 2006 xa pasaran os momentos de maior incidencia en todas as provincias e, como se pode observar na figura 4, semella que de entón a hoxe a incidencia de parotidite vai tornado, malia que a modo, aos valores da endemia entre abrochos: seguen a observarse casos nalgunhas comarcas de Galicia, mais en conxunto supoñen incidencias moi baixas.

Fig. 4: Casos semanais de parotidite declarados en Galicia, por provincias, dende a semá 27 de 2005 ata a 26 de 2007.



Distribución por idade. Na figura 5 preséntanse as incidencias por idade no conxunto de Galicia acumuladas dende o principio dos abrochos ata semana 26 de 2007, mostrando especificamente a fracción da incidencia que en cadanseu grupo de idade depende a) dos que aínda non tiñan a idade na que recibirían a vacina (15 meses), e b) dos casos que forman parte dos clúster observados en dous colexios da provincia de A Coruña, e que despois se comentan máis polo miúdo.

Na figura pódese observar que a incidencia vai medrando coa idade ata acadar o cumio no grupo dos que tiñan 15 a 19 anos, o grupo de idade que fora o máis afectado nos abrochos de 1995/96 e xa non o fora nos do 2001/2002, como tamén se pode observar na figura 5. Despois a incidencia vai menguando e xa é moi baixa despois dos 30 anos.

Táboa 1: Razóns de incidencia estandarizada (RIE) nas comarcas da provincia de A Coruña durante os abrochos de 2005/2006, cos seus intervalos de confianza ao 95% (IC_{95%}).

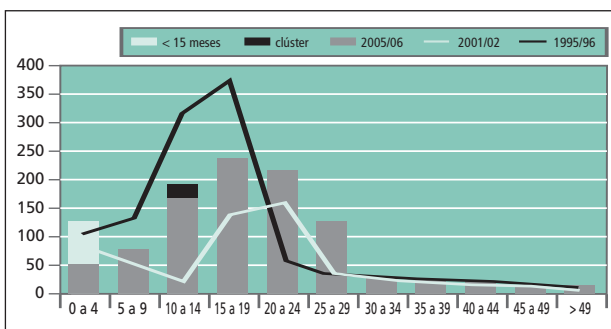
Comarca	RIE	IC _{95%}	
Arzúa	0,4633	0,0093	0,9174
Barbanza	0,6275	0,3764	0,8785
A Barcala	0,1979	-0,1899	0,5857
Bergantiños	0,651	0,3849	0,917
Betanzos	1,6065	1,0218	2,1912
A Coruña	1,8017	1,6159	1,9876
Eume	0,5075	0,1316	0,8835
Ferrol	0,2231	0,1201	0,3262
Fisterra	0,3202	0,0064	0,6339
Muros	0,1374	-0,1319	0,4067
Noia	0,5912	0,2418	0,9405
Ordes	0,0518	-0,0497	0,1533
Ortegá	0,6128	0,0123	1,2134
Santiago	0,9515	0,7443	1,1587
O Sar	0,333	-0,0438	0,7098
Terra de Melide	sen casos		
Terra de Soneira	0,9756	0,3709	1,5802
Xallas	sen casos		

Nota: RIE superiores a 1 indican incidencias superiores ás do conxunto da provincia, tendo en conta as diferentes estruturas de idade. Cando o IC_{95%} non contén o 1, enténdese que a diferenza é estatisticamente significativa.

Ademais, como se pode observar na figura 6, este diferente comportamento da incidencia en función da idade mostrouse mellor no intre no que a incidencia global acadou o seu cumio, na primeira metade de

2006, e se esvaece cando diminúe a incidencia. De feito, a distribución por idades do primeiro semestre de 2007 apunta xa á distribución propia dos períodos entre abrochos.

Fig. 5: Incidencia (en casos por cen mil habitantes) por grupo de idade nos tres últimos ciclos de abrochos en Galicia.



Por outra banda, debido a que durante os ciclos de abrochos anteriores a incidencia variou xeográficamente^{3,4}, eran de esperar as pequenas diferenzas observadas na distribución por idade entre territorios, como se observa na táboa 2, que contén os riscos de enfermarse en diferentes idades relativos ao do grupo de máis de 49 anos en cada unha das provincias. Optouse por este método de comparación e non por amosar as incidencias directamente, porque a participación na declaración non é igual en todas as provincias¹, e deste xeito só hai que asumir que esta diferenza non afecta á distribución por idade; é dicir, asúmese que a declaración é cuantitativamente diferente entre provincias, e cualitativamente semellante no que atinxe a idade dos casos.

O papel da vacina. Cunha vacina que nos ensaios clínicos amosou unha eficacia moi elevada, a incidencia por idade teríase que acomodar á historia da vacinación e da exposición ao virus natural que tiveron as diferentes cohortes de nados. Como quedou dito, a vacinación con SPR comezou en 1982, e a primeira cohorte en beneficiarse dela foi a dos nados en 1981, xa que se administraba exclusivamente aos 15 meses de idade. Despois, a cobertura vacinal foi medrando moi rápidamente, e a finais dos anos 1980 xa superaba o 80% da cohorte de nados respectiva.

Despois, en 1996 introduciuse unha segunda dose de SPR aos 11 anos, que en 1999 se adelantou aos 3 anos. Tamén nese ano, no eido do programa galego de eliminación do sarampelo desenvolveuse unha campaña con SPR destinada aos que entón tiñan entre 3 e 11 anos de idade. Deste xeito, os nados de 1985 en diante poderían ter recibido dúas doses de SPR. Polo demais, como xa se comentou, despois do inicio da vacinación a incidencia de parotidite diminuíu axiña, e despois do principio da década de 1990 as posibilidades de exposición ao virus natural diminuíron drásticamente, non sendo nos dous ciclos de abrochos anteriores ao que se está a comentar aquí.

Deste xeito, as persoas que menos posibilidades tiñan de chegar inmunizadas a 2005/06, sexa de xeito natural por ter contacto co virus, sexa de xeito artificial, por teren recibido a vacina, son os que naceron antes ou pouco despois de que principiase a vacinación, que se corresponden, por unha banda, cos nados de 1975 a 1979, e por outra, cos nados entre 1980 e 1984, segundo foron agrupados para este informe.

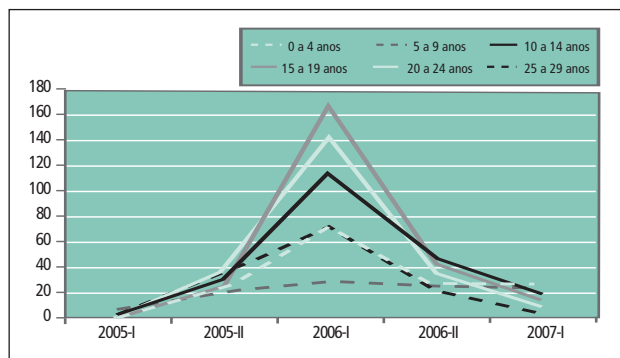
Táboa 2: Risco relativo por idade e provincia nos abrochos 2005/06

Idade	A Coruña	Lugo	Ourense	Pontevedra
0 a 4 anos	12,2	4,8	7,6	13,7
5 a 9 anos	12,2	4,6	13,9	4,4
10 a 14 anos	26,2	27,1	12,0	9,2
15 a 19 anos	22,6	35,5	25,3	12,7
20 a 24 anos	18,9	21,9	21,0	14,9
25 a 29 anos	9,2	11,0	13,5	10,0
30 a 49 anos	2,5	2,5	1,9	1,7
> 49 anos	1,0	1,0	1,0	1,0

De feito, como se pode observar na figura 7, nos abrochos de 1995/96 e 2001/02 as maiores incidencias observáronse nos que naceran entre 1980 e 1984, seguidas das observadas nos nados entre 1975 e 1979, aínda que a diferenza entre esta cohorte e a dos nados entre 1985 e 1989 é moito menor nos abrochos de 2001/02. Ora ben, nos abrochos de 2005/06 observouse un comportamento diferente: a incidencia nas cohortes de nados antes de 1985 foi cualitativamente semellante á observada nos abrochos anteriores (e mesmo cuantitativamente idéntica ao do ciclo 2001/02), mentres a incidencia nas cohortes de nados entre 1985 e 1994 –mesmo excluíndo os casos asociados ao xa mentado clúster, xa que poderían estar a representar contextos especialmente doados para a transmisión do virus– mantéñense ao mesmo nivel que a de nados entre 1980 e 1984,

unha igualdade que se podería atribuír a un esgotamento dos susceptibles nesta última cohorte de nados, se non fose porque a incidencia nesas cohortes é aproximadamente dúas e cinco veces a que fora en 1996/97 e 2001/2002, respectivamente (ver a figura 7).

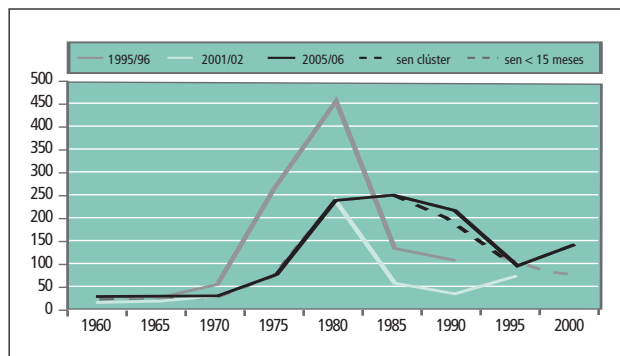
Fig. 6: Incidencia (en casos por cen mil habitantes) por grupo de idade en Galicia de 2005 á metade de 2007, por semestres.



Débase este aumento da incidencia a un aumento do contacto entre as persoas debido a que xa tiñan máis idade que en anteriores ciclos de abrochos, ou a unha maior exposición ao virus?. Semella que ningunha destas posibilidades da conta do aumento da incidencia observado nos nados entre 1985 e 1994, xa que se medrar en idade xogase algún papel, a diferenza sería maior co abrocho máis antigo, e non ocorreu deste xeito; e, se as posibilidades da exposición ao virus se sulgan en función da incidencia noutras idades, observase que esta é idéntica á dos abrochos de 2005/06, e moi inferior á dos de 1995/96.

Desbotadas, pois, aparentemente as hipóteses relativas a un aumento da exposición, para tentar de explicar a incidencia inesperadamente elevada observada nos nados de 1985 a 1994 haberá que recorrer a outras dúas relativas á efectividade da vacina. Unha delas, axeitadamente corroborada noutros contextos, ten que ver co uso dunha vacina SPR inefectiva, na que a compoñente parotidite elaborábase cunha cepa chamada *Rubini*; a outra, ten que ver coa posible perda de efectividade co paso do tempo de vacinas inicialmente eficaces, coa compoñente parotidite elaborada cunha cepa distinta.

Fig. 7: Incidencia (en casos por cen mil habitantes) en Galicia por quinquenio de nacemento nos tres últimos ciclos de abrochos. Na figura indicase só a cohorte coa que principia o quinquenio.



Inicialmente, en España empregáronse vacinas SPR nas que a compoñente parotidite elaborábase ou coa cepa *Jeryl-Lynn* ou coa cepa *Ura-be*. Mais esta última foi retirada en 1992 por ter máis efectos secundarios e paulatinamente substituída por vacina elaborada coa cepa *Rubini*, que entre 1993 e 1999 foi empregada en diferentes proporcións polos programas de vacinación das diferentes comunidades autónomas. En concreto, en Galicia empregouse xunto coa vacina da cepa *Jeryl-Lynn* en 1994 e 1996, e soa en 1995⁶, mais non se coñece con detalle dabondo o grao de difusión que puido ter. Ora ben, como quera que o estudo de dous abrochos ocorridos a finais de 1998 en Baleares e Valencia probou que a vacina elaborada coa cepa *Rubini* era inefectiva (observeuse unha efectividade conxunta de só o 4%, cun IC_{95%} entre -1'6 e 6%)⁷, en 1999 o uso da vacina elaborada con esta cepa quedou restrinxido aos nenos con alerxia a algunha compoñente da vacina elaborada con *Jeryl-Lynn* (en xeral, alerxia ao ovo), polo que se deixou de empregar nos programas de vacinacións.

O papel dos antecedentes de vacinación coa vacina elaborada coa cepa *Rubini* nos xa mentados clúster de casos ocorridos en dous colexios da provincia de A Coruña, foi estudado pola sección de epidemioloxía da delegación desa provincia. Os casos naceran todos en 1994, e tiñan os antecedentes de vacinación da táboa 3, que supoñen (comparada non cos non vacinados, que non había, se non cos que recibiran dúas doses

da vacina elaborada coa cepa *Jeryl-Lynn*) unha efectividade vacinal negativa: -2'2% (IC_{95%}: -7'7, -0'2%).

Cepas	Casos	Poboación	Incidencia	Risco relativo
Rubini + Jeryl Lynn	22	74	30 %	3.20
Dúas con Jeryl Lynn	4	43	9'3 %	1

Semella, pois, que os antecedentes de vacinación coa vacina elaborada coa cepa *Rubini* xogaron un papel destacado na formación destes clúster, mais non hai datos válidos sobre os antecedentes de vacinación (nos que, ademais do número de doses recibidas, tería que constar o tipo de vacina empregada) dun número suficiente de casos para poder avaliar a importancia destes antecedentes no "exceso" de incidencia observado nos nados entre 1985 e 1994.

Ora ben, durante 2005 e 2006 tamén se produciron abrochos de parotidite noutras comunidades autónomas –e seguen a se producir noutras en 2007–, e un estudo realizado polo *Centro Nacional de Epidemiología* (CNE), que non distinguía polo tipo de vacina recibida, detectou unha diminución da efectividade vacinal nos nenos que pola súa idade deberon recibir máis doses de vacina elaborada coa cepa *Rubini*, comparados cos casos de máis idade.

A outra hipótese, que as vacinas inicialmente efectivas perden a súa efectividade a medida que pasa o tempo dende a vacinación, xurdíu polo contraste que supón a eficacia observada nos ensaios clínicos (que supera o 95% cunha dose) e as estimacións da efectividade obtidas nalgúns –non en todos– os estudos de campo, que varía entre o 62 e o 85%^{4,8}. Neste senso, Cohen et al⁴ veñen de estudar este problema cos datos dos abrochos ocorridos en 2004/05 en Inglaterra e Gales, onde nunca se empregou no programa de vacinacións a vacina elaborada coa cepa *Rubini*. Nestes abrochos –uns abrochos que tiñan unha distribución por idade de forma semellante á dos abrochos ocorridos en Galicia antes de 2005⁹– observaron os autores unha lixeira perda de efectividade a medida que pasaba o tempo da vacinación, tanto nos que recibiron unha dose de vacina como nos que recibiron dúas, aínda que nestes a perda de efectividade foi menor. De todos os xeitos esta perda era pequena dabondo como para que os autores conclúen que, polo de agora (tras 11-12 anos de emprego) "a compoñente parotidite da SPR proporciona unha protección excelente".

Hai unha terceira hipótese relativa á vacina, o desaxuste xenético ente a cepa coa que se elabora a vacina e o xenotipo de virus da parotidite que está a circular na poboación. Hai polo menos 10 xenotipos diferentes do virus da parotidite, nomeados do A ao J, aínda que se ten por certo que son antixénicamente semellantes; é dicir, unha vacina protexería fronte a todos os xenotipos e os fallos vacinais non se poderían atribuír a este fenómeno⁸. En concreto, en Galicia e España, a partir de 2005 circula por vez primeira e de xeito maioritario o xenotipo G1. Antes, nos anos 2000 e 2001 circulara o H1⁶.

Comentario. Ao comezar, compre lembrar que antes de que principia-se a vacinación a incidencia de parotidite superaba os 500 casos por cen mil persoas ao ano, que se concentraban nos nenos de menos de 10 anos, e que a incidencia no ano 2006, que foi a maior deste último ciclo de abrochos, é de 50 casos por cen mil habitantes; é dicir, menos dun 10% do que tería sido na época prevacinal. Polo demais, neste novo ciclo de abrochos seguiron a xogar un papel relevante os nados nos anos nos que se introduciu a vacina, e adquiriron unha relevancia especial os nados no decenio posterior, nos que sen dúbida xogaron un papel relevante os seus antecedentes de vacinación coa SPR elaborada coa cepa *Rubini*, mais este papel non se pode cuantificar con precisión dabondo e, por iso, non se pode descartar que tamén xogase algún a perda de protección debida ao tempo pasado dende a vacinación. Haberá, pois, que esperar a futuros abrochos para saber como se comporta a inmunidade.

Por motivos de espazo, neste informe non se deu conta das complicacións asociadas á parotidite, importantes pola idade que tiñan os casos. Darase conta delas no vindeiro número do BEG, no informe sobre o comportamento das enfermidades de declaración obrigatoria durante 2006 en Galicia.

1. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol XIX, nº 1.
2. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol XIX, nº 5.
3. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol VIII, nº 4.
4. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol XV, nº 3.
5. Cohen et al. *Emerg Infect Dis* 2007; 13: 12-7.
6. CNE. La parotiditis en España. Actualización 2007.
7. Pons C et al. *Eurosurveillance* 2000; vol 5, nº 7/8.
8. Neste rango se atopa e efectividade observada no estudo do CNE (ref. 5) nos que pola súa idade presumiblemente non recibiran vacina elaborada coa cepa *Rubini*.
9. CDC. *Morbidity and Mortality Weekly Report*; vol. 55, nº 7.
10. Mühlmann K. *Infect Genet Evol.* 2004;4:215-9.

Antecedentes. É ben coñecido o importante papel que ten o *Staphylococcus aureus* meticilín resistente (SAMR) nas infeccións nosocomiais, e agora está a medrar o protagonismo do SAMR de orixe comunitaria (SAMR-CO), que foi identificado por primeira vez en 1993 en Australia, ao illalo nun grupo de indíxenas que non tiveran ningunha exposición ao sistema sanitario. Por outra banda, no ano 2000 fíxose o primeiro estudo prospectivo que comparaba casos de SAMR comunitarios e hospitalarios¹, e nel mostráronse as diferenzas demográficas, clínicas e mesmo microbiolóxicas que hai entre eles.

Na actualidade, os CDC dos EEUU empregan o criterio seguinte para definir un caso de SAMR-CO: cultivo positivo para SAMR nun paciente ambulatorio ou que non levase ingresado 48 horas no hospital, e que durante o último ano non tivese nin historia de infección ou colonización (i.e., infección asintomática) por SAMR, nin antecedentes de cirurxía, diálise, cateterismo ou ingreso hospitalario.

Situación en España. Nun estudo realizado entre 1986 e 2002², no que se recolleron os *S. aureus* illados nun mesmo día nun gran número de hospitais españois, a porcentaxe de SAMR foi do 1'5% en 1986 e do 31% no ano 2002, destacando que no ano 2002 houbo un alto número de illados meticilín resistentes procedentes de pacientes ambulatorios, aínda que outro estudo realizado tamén en hospitais españois³, no que se atopou unha prevalencia de SAMR do 31%, non detectou SAMR-CO.

Ora ben, recentemente, en 2006, publicouse un manuscrito no que se detectaron 7 illados de SAMR-CO en poboación pediátrica dunha área sanitaria de Madrid⁴; e xa en 2007, presentáronse diferentes traballos que informaban do illamento de SAMR-CO en España, concretamente en Galicia (2 casos), e en Barcelona (Bellvitge: 24 casos, Terrasa: 5, e L'Hospitalet: 3). Ademais, no estudo EPINE 1993-2003⁵, de prevalencia de infección nosocomial en España, dos *S. aureus* illados, o 39% eran comunitarios e destes o 14% eran MRSA, polo que a prevalencia de SAMR-CO é dun 5%.

Características microbiolóxicas. As diferenzas microbiolóxicas entre os SAMR nosocomial e comunitario son de carácter molecular⁶, mais se pode facer unha aproximación fenotípica co antibiograma: a diferenza dos hospitalarios, os SAMR-CO tenden a ser máis sensibles aos antibióticos, e a resistencia adoita quedar restrinxida aos beta-lactámicos e aos macrólidos. De todos os xeitos, xa están descritos casos de resistencia a múltiples antimicrobianos⁷.

Clínica. O SAMR-CO adoita presentarse como lesións na pel ou partes brandas semellantes a unha trabada de araña, furúnculos e abscesos, que poden necrosar, mais tamén se pode presentar de forma máis grave como pneumonía, que pode ser necrotizante, empiema, sepsis, piomiosite e osteomielite, fascite necrotizante, púrpura fulminante e infeccións diseminadas con émbolos sépticos.

Dende o punto de vista do diagnóstico, recoméndase tomar mostras para cultivo e antibiograma en todos os pacientes con abscesos ou lesións purulentas graves, cando hai signos de infección sistémica, ou cando forma parte dun abrocho; e diante dun illamento de SAMR, aínda cando non se dispoña do tipado molecular, débese sospeitar dun SAMR-CO pola historia do paciente (ver a definición dos CDC) e a falta de multiresistencia antibiótica.

Epidemioloxía. A enfermidade por SAMR-CO é máis frecuente en nenos, deportistas, militares, presos e homes homosexuais. Adoitan aparecer como casos illados, mais existen abrochos en mozos e en nenos, especialmente menores de dous anos⁸. As cepas de SAMR-CO están a se estender aos hospitais, e xa se describiron abrochos en unidades neonatais do Reino Unido e Israel⁹.

De todos os xeitos, os patróns de transmisión e os factores de risco deben ser mellor estudados. Os factores asociados á infección por SAMR-CO foron o contacto estreito pel coa pel, os cortes e as abrasións na pel, hixiene deficiente e a antibioterapia previa¹⁰, especialmente con quinolonas, cun efecto semellante ao que acontece co *C. difficile*¹¹. Por outra banda, nunha meta-análise¹² sobre a prevalencia de factores de risco de SAMR-CO achouse que a colonización co SAMR era do 1'3%, mais había unha grande heteroxenicidade, con maior prevalencia de colonización nas persoas que estaban institucionalizadas e naqueles que tiñan contacto con estas persoas. Por todo isto, como

quera que as persoas colonizadas que están institucionalizadas diseminan a infección aos familiares ou contactos estreitos, semella que a mellor maneira de controlar o SAMR-CO e facelo nas institucións¹¹.

O control do SAMR-CO. É moi importante unha detección precoz das infeccións por SAMR-CO en pel e tecidos brandos, e que estean dispostos medios para impedir a transmisión⁷. En residencias é fundamental a transmisión polas mans e polas luvas do persoal, polo que nelas hai que implantar as precaucións de contacto e o estrito lavado de mans con limpadores a base de alcohol. Pola súa banda, os clubs deportivos deben garantir a hixiene nos vestiarios, e fomentar que os deportistas e os adestradores recoñezan as lesións e as leven axeitadamente cubertas.

Ademais, a limitación do uso de quinolonas e o uso axuizado dos antibióticos en pacientes ambulatorios pode axudar a conter a infección e limitar a adquisición de resistencia adicional nas cepas existentes¹⁰.

A descontaminación. Un tema controvertido no manexo clínico das infeccións polo SAMR-CO é o da descontaminación, que en todo caso quedaría restrinxido ás residencias e hospitais. A colonización nasal non está invariablemente presente en persoas con infeccións polo SAMR, mais identifícase como factor de risco da infección, aínda que polo o de agora hai poucos datos dispoñibles⁹. O SAMR tamén se atopa en sitios diferentes do nariz, como a gorxa, a axila, o recto ou o perineo, que poden ser importantes no desenvolvemento e na transmisión da infección e na persistencia ou reaparición da colonización despois da descontaminación nasal e, por iso, a descontaminación debe facerse tendo en conta todas as localizacións⁹. Ademais, debe incluír varias combinacións de antimicrobianos sistémicos e tópicos, e o lavado do corpo con antisépticos. Existen datos de que a descontaminación nasal con mupirocina pode ser eficaz na eliminación do SAMR nasal, mais a recolonización é común^{7,9}.

Existen poucos datos sobre a descontaminación na comunidade, e grupos como o de Wisconsin⁷ conclúen que a práctica de cribado e descontaminación non debe ser rutineira nin en doentes institucionalizados, xa que só se obterían beneficios en circunstancias específicas. Os candidatos serían os pacientes con infeccións recorrentes por SAMR-CO da pel e tecidos brandos, ou contactos de alto risco deses pacientes citados anteriormente. Nas institucións, a prevención da transmisión é máis importante que as estratexias para erradicar a colonización.

Comentario final. A epidemioloxía do SAMR está a cambiar e eses clons que agora están na comunidade poden pasar aos hospitais e substituír ás cepas nosocomiais endémicas. Isto xa está a acontecer nalgúns hospitais, onde SAMR-CO caracterizado molecularmente está emerxendo como causa de infeccións graves.

Hai, ademais, probas de que o SAMR está xa no noso medio⁵, polo que, ademais de manter un uso axuizado dos antimicrobianos –necesario tamén por outras moitas razóns de saúde–, é preciso aumentar a sospeita diagnóstica e recomendar sistemáticamente as sinxelas medidas que impiden a transmisión das infeccións polo contacto cutáneo.

1. Naimi TS et al. *JAMA* 2003; 290: 2976-84.
2. Cuevas O et al. *Antimicrob Agents Chemother* 2004;48: 4240-5.
3. Cuevas O et al. *Clin Microbiol Infect* 2007; 13: 250-6.
4. Broseta A et al. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006; 24: 31-5.
5. Asensio A et al. *J Hosp Infect* 2006; 63: 465-71.
6. Os SAMR-CO caracterízanse porque son portadores de factores de virulencia como a leucocidina de Pantón-Valentine (LPV) e do *staphylococcal cassette chromosome mec IV (SCCmec IV)* que contén o xen de resistencia á meticilina *mec-A*.
7. Drews TD et al. *Wisconsin Med J* 2006; 105: 52-7.
8. http://www.cdc.gov/hcidod/dhqp/ar_mrsa_ca.html, visitada o 18-05-2006.
9. David MD et al. *J Hosp Infect* 2006; 64: 244-50.
10. CDC. Strategies for clinical management of MRSA in the community. March 2006.
11. LeBlanc Let al. *Emerg Infect Dis* 2006; 12 : 1398-405.
12. Salgado et al. *Clin Infect Dis* 2003; 36: 131-9.

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA
 TELÉFONOS DIRECTOS EPIDEMIOLÓXICA
 Horario de oficina (8 a 15 h.)

A CORUÑA	981 185 834
LUGO	982 294 114
OURENSE	988 386 339
PONTEVEDRA	986 805 872

SAEG

EPIDEMIÓLOGO DE GARDA
 Fóra do horario de oficina
649 82 90 90

A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

DIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE PÚBLICA
 Servizo de Epidemioloxía

Telf.: 981 542 929 / Fax: 981 542 970
 E-mail: dxsp.vixepi@sergas.es

XUNTA DE GALICIA
 CONSELLERÍA DE SANIDADE
 Dirección Xeral de Saúde Pública