

GRUPE: COMEZO DA ONDA EN GALICIA NA TEMPADA 2012/13

[Texto difundido o 8 de febreiro] Na semana 5/2013 (que rematou o 03/02/2013) superouse por primeira vez nesta tempada 12/13 o nivel epidémico establecido para as chamadas semanais por gripe e IRA ao 061. Isto quere dicir que está a empezar a onda epidémica anual de gripe, e que hai unha maior probabilidade de que un doente con clínica suxestiva estea infectado cun virus da gripe.

Esta probabilidade varía ao longo da onda epidémica e é maior nos arredores do seu cumio. Ao variar duns anos a outros, a estas alturas non se pode saber con precisión nin cando ocorrerá nin que intensidade terá, polo que é preciso seguir a evolución da onda.

En Galicia este seguimento faise mediante as chamadas por gripe e IRA ao 061, e cada mércores a DXIXSP publica un informe na súa páxina [web](#). Esta vixilancia complétase con outros 3 sistemas: diagnósticos microbiolóxicos de gripe, ingresos con gripe confirmada e os episodios de gripe (R80) rexistrados en lanus por médicos de atención primaria.

Os diagnósticos microbiolóxicos proporcionan, entre outra información, o tipo e subtipo dos virus da gripe que circulan na tempada. Na actualidade en Galicia están a circular virus dos tipos A e B, algo habitual, sen que polo de agora –isto xa é menos habitual– exista un predominio claro dun dos subtipos: A/H1 (o de hai 2 tempadas) ou A/H3 (o da tempada pasada).

Os ingresos con gripe permiten seguir a gravidade asociada á gripe cada tempada. Na actual, van 17 ingresos (9 por virus B) dos que só 1 precisou asistencia en UCI.

Os rexistros de R80 en atención primaria permiten unha aproximación máis específica á evolución da gripe, e facilitan a estimación de taxas e a comparación, por grupos de idade e provincia, cos datos facilitados dende o 061. Por agora non se poden empregar estes datos como “estándar de ouro” para o seguimento da gripe porque non se dispón deles dende un número de tempadas dabondo, malia que reproduzan axeitadamente o comportamento da gripe [Apéndice].

VACINACIÓN EN PERSOAS INMUNOCOMPROMETIDAS

Existen diferentes situacións nas que o sistema inmune está comprometido, xa sexa por inmunodeficiencias primarias (conxénitas,...) ou secundarias (tratamentos inmunosupresores,...). Os pacientes inmunocomprometidos non só teñen unha maior incidencia de infeccións, se non que normalmente estas son máis graves que na poboación san, polo que neste grupo a vacinación, sempre que sexa posible, é unha das medidas preventivas máis eficaces.

A vacinación dos individuos con alteracións do sistema inmune presenta varios problemas: a resposta inmune as vacinas pode ser inadecuada e ademais hai risco de que algunhas vacinas vivas poidan causar por elas mesmas a enfermidade. En xeral, hai uns criterios que se deben ter en conta nesta poboación, como son:

- 1/ As vacinas de microorganismos vivos están contraindicadas (pode haber algunhas excepcións).
- 2/ As vacinas de microorganismos mortos ou fraccionados non implican ningún risco, aínda que pode esperarse unha menor resposta inmune.

3/ Cando se vai establecer unha inmunosupresión prolongada, é importante valorar previamente o estado inmunitario de cada individuo e acelerar, en caso de ser posible, a súa inmunización, tentando obter a mellor resposta inmune posible.

4/ En moitas ocasións non vai ser posible a vacinación nestes individuos, e será necesario evitar o contacto ou tentar eludir estes riscos, por isto adquire importancia crear outro tipo de barreiras, como pode ser a vacinación dos conviventes, das persoas que se encargan do seu coidado ou mesmamente do persoal sanitario.

Finalmente, debe terse en conta que a vacinación neste grupo vai depender, igualmente, de varios factores, polo que cada persoa deberá valorarse de xeito individual e facer un calendario de vacinación dependendo do tipo de inmunosupresión, grao de inmunodepresión, da súa idade, antecedentes de vacinación, etc., e esta deberá ser determinada en cada caso polo seu médico.

Máis información: Apéndice.

PROBABLE TRANSMISIÓN INTERHUMANA DO NOVO CORONAVIRUS

Nesta semana confirmáronse dous casos máis debidos ao novo coronavirus (nCoV) [1,2], ambos no Reino Unido. O primeiro (caso 10) viña dunha viaxe a Paquistán e Arabia Saudita, mais o segundo (caso 11) non viaxara. É contacto estreito do primeiro e, con moita probabilidade, resultado da transmisión interhumana do nCoV.

Non entanto, a súa detección non modifica nin a avaliación de risco [Apéndice] nin o sistema de vixilancia disposto, que en Galicia é de base hospitalaria [2].

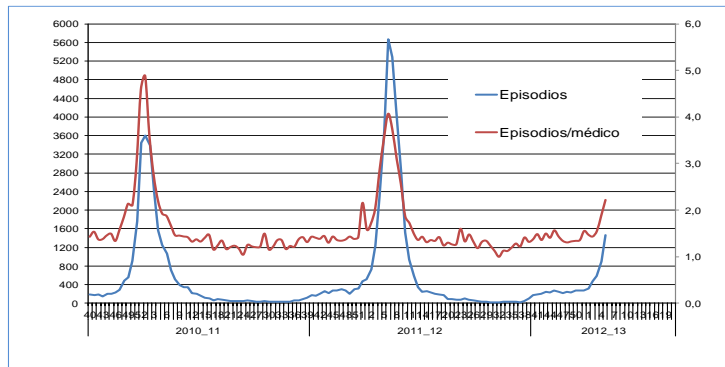
[1] [DXIXSP. Venres Epidemiolóxico 2011; vol. 1, nº 19.](#)

[2] [DXIXSP. Venres Epidemiolóxico 2011; vol. 1, nº 24.](#)

GRYPE:

Dous xeitos de mirar os episodios de gripe (R80) rexistrados en atención primaria. Na figura pódese ver, por unha banda, o número de episodios de gripe rexistrados en atención primaria por semana nas dúas tempadas de gripe precedentes e máis na actual, e, pola outra, o número de episodios de gripe rexistrados por médico que rexistrou algún na semana durante o mesmo período.

Ambas series teñen a mesma forma e mesmo coinciden na semana na que se produce o cumio da cada unha das ondas. Ora ben, semella que da intensidade proporcionan información contradictoria. Segundo o número de rexistros, a tempada 2011-12 acadou un nivel superior á 2010-11, mentres o número de episodios por médico suxire o contrario. Mais isto ten unha explicación sinxela, dunha tempada á seguinte aumentou o número de médicos que rexistran habitualmente, polo que con menos episodios rexistrados por médico acaban rexistrándose máis episodios.



Nota: As tempadas de gripe comezan a semana 40 dun ano e rematan na 19 do ano seguinte.

Vacunación en persoas inmunocomprometidas. Máis información en:

Centers fo Disease Control and prevention: [\[CDC\]](#)

Fisterra: [\[trasplante órganos hematopoiéticos\]](#) [\[vih\]](#)[\[esplenectomizados\]](#)[\[trasplante de órganos sólidos\]](#)

Probable transmisión interhumana do nCoV:

O caso de nCoV de probable transmisión interhumana, unha persoa con unha condición de saúde que facilita a infección [A1], detectouse como resultado do seguimento dos contactos estreitos dos caso de nCoV. Séguense durante 10 días, que é o período de incubación máximo doutras infeccións humanas por coronavirus, e naqueles que desenvolven síntomas realízase unha proba molecular para determinar se hai infección polo novo coronavirus. Ata o de agora, dos numerosos contactos estreitos, sanitarios e non sanitarios, doutros casos de nCoV que foron seguidos especificamente por selo, ningún desenvolveu síntomas suxestivos de infección, polo que semella que a transmisión interhumana do nCoV aínda que posible, é rara.

Este caso de transmisión interhumana do nCoV non modifica nin a avaliación de risco nin o sistema de vixilancia, porque foron elaborados asumindo que esta transmisión era rara pero posible. De feito, a avaliación de risco que fixo a Axencia de Protección da Saúde (HPA) despois de coñecer o caso [A2], considera moi baixo o risco de infección no Reino Unido e mesmo de quen viaxa do Reino Unido a Oriente Próximo (*Middle East* no orixinal). E isto pódese xeneralizar o resto de países que non se atopan no Oriente Próximo.

[A1] [Informe da HPA.](#)

[A2] [Avaliación de risco da HPA.](#)