

## A VOLTA DA PEREGRINACIÓN Á MECA E O MERS-CoV

Dende que no 2012 se identificase por primeira vez o novo virus MERS-CoV e ata o 17/09/2015, o número de casos confirmados ascende a 1.564, a gran maioría identificados en países do Oriente Próximo e, de xeito senlleiro, en Arabia Saudita, no que se declarou o 79% do total de casos.

Ademais, neste país declarouse, este verán, un abrocho nosocomial na capital, Riyadh, no que se identificaron, só no mes de agosto, 103 casos, que se produciron entre outros ingresados, sanitarios e pacientes que estiveron no servizo de urxencias, e que se pensa que se debeu, como adoita ser habitual, á detección tardía dos casos, á sobrecarga dos hospitais, á deficiencia da aplicación das medidas de prevención e control da infección, e ao desprazamento dos pacientes antes do diagnóstico [who].

Estas dúas circunstancias, xunto á peregrinación á Meca (entre o 21 e o 26 de setembro), fixo que o ECDC elaborase, o 27/08/2015, unha nova avaliación de risco [ecdc].

Esta avaliación conclúe que a Europa pode chegar algún caso importado de infección co MERS-CoV e que, aínda que o risco de transmisión da infección na comunidade é baixo, de pasar

desapercibido pode dar lugar a un abrocho como o que ocorreu en Corea do Sur meses atrás [Venres].

Por iso, diante da magnitude do abrocho de Riyadh, o ECDC e a OMS [ligazón] subliñan a importancia de reforzar a vixilancia (é dicir, da identificación precoz dos casos) e, de identificar algún caso a posta en marcha das medidas axeitadas de control da infección [web].

Deste xeito, se a **atención primaria** chega un doente cunha **infección respiratoria aguda** e nos 14 días previos ao inicio dos síntomas estivo en Arabia Saudita, ou noutro dos países de risco para MERS-CoV (na actualidade todo Oriente Próximo e Corea do Sur), debe proceder como se indicou nun número anterior de *Venres* e que se reproduce no Apéndice.

Ora ben, como son numerosos os peregrinos que non coñecen o MERS-CoV nin o risco que supón [Ligazón], recoméndase que a todo doente que acuda a consulta cunha **infección respiratoria aguda grave** se lle pregunte polos seus antecedentes de viaxe os 14 días previos ao inicio dos síntomas, e, de contar cunha visita a un dos países con risco para MERS-CoV, proceder como se indica no Apéndice.

## A CAMPAÑA DE VACINACIÓN ANTIGRI PAL 2015

Dende o 19 de outubro ao 19 de decembro deste ano vaise desenvolver en Galicia a campaña de vacinación antigripal, que vai destinada ás persoas de 60 ou máis anos de idade e ás persoas de menor idade maiores de 6 meses que teñen aumentado o risco de ter unha gripe complicada: residentes en institucións pechadas, embarazadas ou as que padecen certas enfermidades.

Asemade, a campaña vai dirixida tamén ás persoas que lle poden transmitir a gripe a quen ten aumentado o risco de ter unha gripe complicada, como os que conviven con eles ou os asisten no domicilio, ou os que traballan ou están en prácticas en centros sanitarios ou de institucións pechadas.

Para rematar, téñena indicada tamén as persoas que desenvolven traballos esenciais para a comunidade.

Como nova, este ano a campaña de vacinación antigripal vai contar co apoio dunha páxina web específica para a gripe, na que os profesionais sanitarios poderán atopar a información técnica e de xestión da campaña, que tamén se difunde polas canles habituais. A dirección é <http://gripe.sergas.gal>

Outra nova desta campaña é a comparación explícita que se fai entre as mortes por gripe (45) e por accidente de tráfico (23) que ocorreron en Galicia na onda 2013/14, xa que a codificación das causas de morte de 2015 está en proceso, para salientar que a gripe non sempre é leve.

De todos xeitos, como as mortes por gripe coñecidas son só unha pequena fracción das mortes realmente debidas á gripe, hai que recorrer a estimacións, como as que se amosan no Apéndice.

## NOTA INFORMATIVA SOBRE A UTILIZACIÓN DA VACINA ANTI-MENINGOCÓCICA B

O pasado 5 de outubro a Dirección Xeral de Información e Xestión da Saúde Pública (DXIXSP) e a Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria do Servizo Galego de Saúde emitiron unha nota informativa conxunta sobre a uso da vacina anti-meningocócica B (Bexsero®), na que, entre outras cousas, recóllense as indicacións da vacina segundo a Ficha Técnica e as circunstancias nas que está cuberta polo Programa Galego de Vacinacións (PGV). A nota pódese consultar en: [ligazón](#).

Polas preguntas recibidas no PGV, da nota compre salientar:

Despois de máis de 1.200.000 doses de vacina administradas en todo o mundo, pódese considerar un produto seguro, e esta é unha das razóns pola que a AEMPS cambiou as súas condicións de prescrición e uso, como se comentou no número anterior de *Venres*.

Se un médico do Sistema Galego de Saúde prescribe a vacina, o persoal de enfermería a administrará. Ademais, lémbrese a importancia de manter a cadea de frío e de rexistrar a súa administración igual que no resto das vacinas.

## A VOLTA DA PEREGRINACIÓN Á MECA E O MERS-CoV

**A MERS-CoV en atención primaria:** No suposto da consulta dunha persoa que estivo nun país de risco para MERS-CoV nos 14 días anteriores ao comezo dun cadro de infección respiratoria aguda, a actuación do médico de atención primaria variará dependendo da gravidade do cadro clínico.

Se o doente **non precisa ingreso hospitalario**, á persoa débesele recomendar que siga unha axeitada hixiene respiratoria mentres duren os síntomas; a saber:

*manter certa distancia con outras persoas, cubrir o nariz e a boca cando se esbirra ou tuse, manter as mans limpas, e lavalas con auga e xabón, e evitar tocar o nariz, a boca e os ollos.*

Aínda que non é obrigado, a DXIXSP recomenda que se informe destas situacións ao SAEG (teléfonos ao pé de páxina), a quen tamén se lle pode consultar calquera dúbida que xurda.

Se o caso é grave abondo como para que **precise ingreso hospitalario** (os antecedentes de viaxe no deben cambiar o criterio de gravidade que habitualmente se emprega), débese proporcionarlle unha máscara cirúrxica e avisar ao SAEG (teléfonos ao pé de páxina) para que, de acordo co 061, decida sobre como se vai trasladar o caso e avise ao hospital da súa chegada.

Por outra banda, de coñecer que un paciente **vai ir de viaxe** a algún país de risco para MERS-CoV, se lle poden facer unha serie de recomendacións: evitar calquera contacto innecesario con camelos; manter unha boa práctica de hixiene de mans (con lavado regular con auga e xabón, especialmente antes e despois de visitar granxas, mercados, etc); evitar tomar leite cru ou outros produtos de camelo, ademais de produtos de leite cru ou calquera comida que puidese estar contaminada con secrecións de animais.

**Países de risco para MERS-CoV.** Na actualidade son todos os países de Oriente Próximo e Corea do Sur, mais como a medida que vaia pasando tempo esta listaxe variará, recomendase consultar a listaxe actualizada na web de saúde pública [\[Ligazón\]](#).

## A CAMPAÑA DE VACINACIÓN ANTIGRI PAL 2015

**A mortalidade atribuíble á gripe en Galicia:** Como non se dispón de ningunha estimación da mortalidade atribuída á gripe en Galicia, buscáronse estimacións para o conxunto de España, principalmente pola semellanza dos sistemas sanitarios. Dos traballos identificados só un [1], que se publicou no ano 2015 coa referencia temporal nas tempadas 2006/07 a 2011/12, contía un resultado útil para estimar a mortalidade atribuíble en Galicia: a taxa de exceso de mortes atribuídas á gripe por tempada, que estimaron co método FLUMOMO [1].

Na táboa amósase os resultados adaptados a Galicia, xunto ao número de mortes por accidente de tráfico en cadansúa tempada, e nela mírase que se ben o número de falecidos por accidente de tráfico permaneceu relativamente estable, o de atribuídos á gripe variou notablemente dende os cero da tempada 2006/07, na que practicamente non se detectou actividade gripal, ás tempadas nas que o virus predominante foi un A(H3N2), especialmente a 2011/12, cando ían tres anos sen que circulasen estes virus. Nesta tempada, o sistema de vixilancia da mortalidade de Galicia xa detectara un exceso de mortalidade por todas as causas coincidindo co momento de maior actividade gripal ([BEG 2011/12](#) e [BEG 2012/13](#)).

Por outra banda, Simón-Méndez e colaboradores, resumen axeitadamente a necesidade de estimar a mortalidade atribuíble á gripe [2]: “as infeccións polo virus da gripe non adoitan ser confirmadas polo laboratorio e o diagnóstico de gripe aparece con pouca frecuencia no apartado causa fundamental dos certificados de defunción. Por outra banda, moitas mortes por infección gripal ocorren por complicacións secundarias cando xa é moi difícil detectar signos de infección gripal e e xa se esqueceu a causa que motivou a descompensación da enfermidade de base do doente”.

[1] León-Gómez I et al. Exceso de mortalidad relacionado con la gripe en España en el invierno de 2012. *Gac Sanit* 2015; 29(4): 258265.

[2] Simón Méndez L et al. Exceso de mortalidad precoz relacionado con la gripe en España durante un período interpandémico. *Rev Esp Salud Pública* 2012 (2); 86: 153-63.

Exceso de defuncións atribuídas á gripe e falecidos por accidente de tráfico en Galicia, por tempada (de outubro a abril)			
TEMPADA	VIRUS	GRIPE	TRÁFICO
2006/07	A(H3N2)	234	182
2007/08	B+A(H1N1)	0	143
2008/09	A(H3N2)	368	152
2009/10	A(H1N1pdm)	91	123
2010/11	A(H1N1pdm)	225	119
2011/12	A(H3N2)	861	104