

## A IMPORTANCIA DA XESTIÓN DOS CONTACTOS ESTREITOS NO CONTROL DA SARNA

Un recente informe publicado no [Boletín Epidemiolóxico de Galicia \(BEG\)](#) describe o preocupante aumento dos casos de [sarna](#) no noso territorio durante o período 2019-2022. O documento analiza a situación a través das consultas codificadas en Atención Primaria (AP) e as dispensacións de permetrina e ivermectina mediante receita electrónica.

A partir de agosto de 2021, obsérvase un importante aumento dos episodios de sarna, chegando a alcanzar unha incidencia estimada de 419 casos/100.000 habitantes no ano 2022. Este incremento é máis marcado no grupo de 15 a 24 anos, que practicamente multiplicou por 5 a súa incidencia, o cal tamén se viu noutros países de Europa [1] [2],[3] e que podería explicarse por ser idades de alta conectividade social cunha alta rotación de novas parellas sexuais [4]. No informe tamén se comenta a situación dos abrochos, de declaración obrigatoria, os cales xa superaron o número máximo alcanzado no 2018 (12 abrochos), chegando a 17 no ano 2022. Este incremento continúa e, a falta de rematar este ano 2023, xa se declararon outros 35 novos abrochos (19 en residencias de maiores e 5 en centros de menores). Así mesmo, a situación epidémica actual non deixa de empeorar cun aumento do número de consultas neste 2023 [Apéndice].

O [tratamento axeitado dun caso de sarna](#) implica a exclusión do caso al menos ata pasadas 24h do inicio do tratamento e de que se tratasen aos seus contactos conviventes. O tratamento preventivo dos contactos evita que estes se convirtan en casos, reducindo así as fontes de reinfestación para o caso e de contaxio para outras persoas da contorna.

Na revisión de 375 tratamentos dispensados puido comprobarse que só 23 deles foron prescritos a contactos estreitos dos casos, o que fai pensar que estes non están sendo manexados correctamente. Parte do problema podería residir en que a definición actual de contacto sexa algo rixida xa que o [Protocolo de actuación ante a sarna humana en institucións con cuidadores](#) defíneo como as persoas que tiveron contacto directo e prolongado pel con pel co caso dende as 8 semanas previas a que este comezase cos síntomas. Semella que unha nova definición debería ter máis en conta o tipo de contacto que o tempo de exposición, considerando contactos estreitos aos conviventes de fogares ou residencias sociosanitarias, así coma aos contactos sexuais, xa que ademais de ter contacto directo e prolongado co caso puideron compartir múltiples utensilios, toallas ou roupa de cama onde sobrevive o ácaro.

Así mesmo, é importante recordar que no tratamento preventivo debe aplicarse un só ciclo de tratamento. Nos casos illados, este debe pautarse aos contactos estreitos do caso, pero nos abrochos debe estenderse a todas as persoas relacionadas coa institución afectada. Todos os contactos que requiran tratamento preventivo deberían poñelo o mesmo día, coincidindo co momento no que o caso ou casos reciban o segundo ciclo do tratamento.

Polo tanto, ante a situación epidémica actual da sarna, debe terse moi presente a necesidade de realizar unha busca activa de contactos, o seu tratamento simultáneo cos casos e reforzar as medidas hixiénicas para evitar posibles fómite.

## AUMENTO DAS INFECCIÓNS RESPIRATORIAS POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*

As epidemias de infeccións respiratorias (IR) por *Mycoplasma pneumoniae* (MP) ocorren periódicamente [1]. Actualmente, tras un período sen case diagnósticos, varios países europeos están a detectar aumentos nas IR por MP favorecidas pola perda de inmunidade e a introducción de novas cepas [2]. Así mesmo, dado que transmisión das IR por MP require de contacto estreito con outra persoa infectada, a implementación de [medidas de prevención](#) contra a COVID-19 evitaron outras IR e fixeron que a poboación se atope máis susceptible, especialmente os nenos que tiveron pouca ou ningunha exposición previa a esta bacteria. Por isto, e pese a que existen casos en todos os grupos de idade, o aumento afecta máis a nenos e adolescentes [3].

A clínica da IR por MP caracterízase por un inicio lento e gradual, sendo leve e autolimitada na maioría de casos. Deste xeito, non é preciso diagnóstico de laboratorio nos

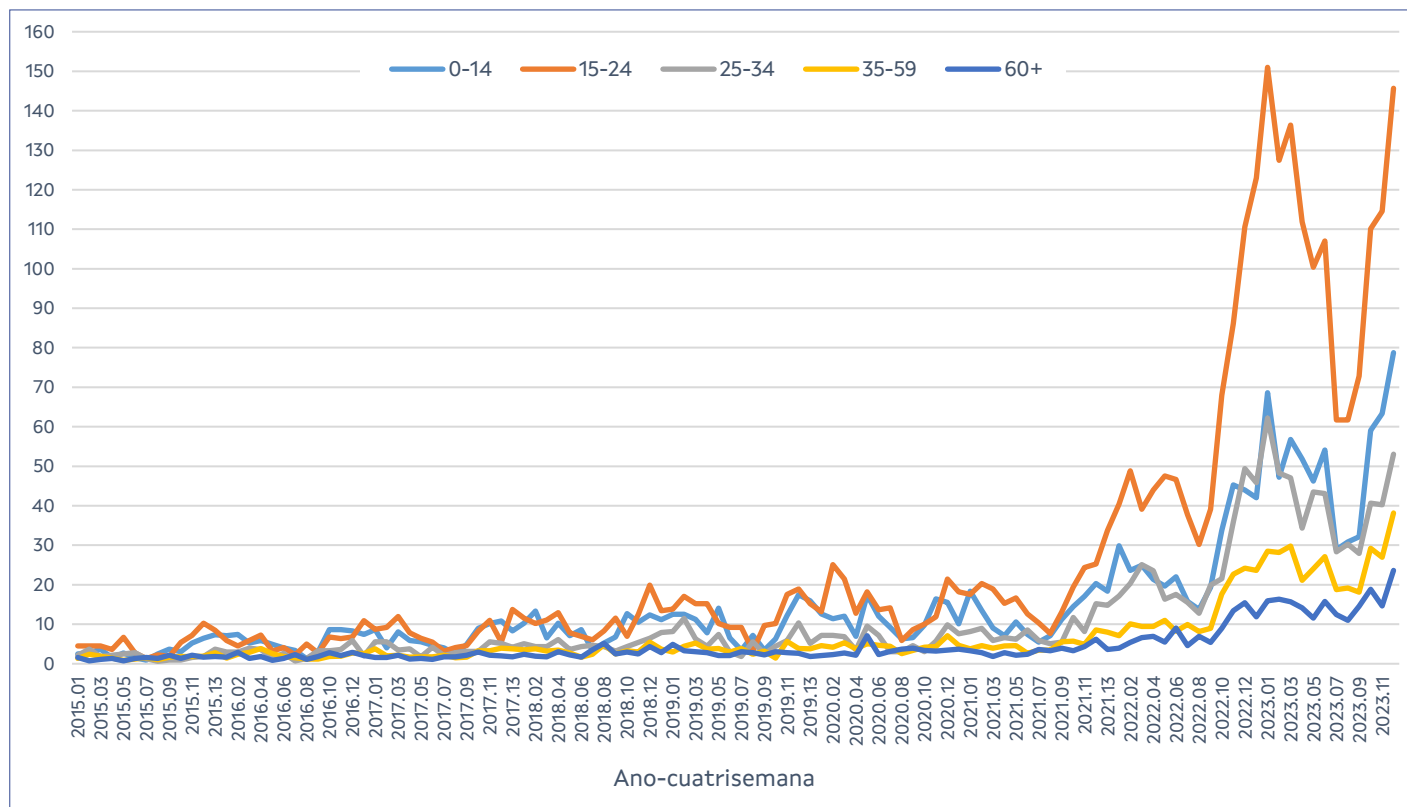
casos comunitarios. As características clínicas e radiolóxicas destas IR por MP solápanse con frecuencia con outras IR de etiología bacteriana e viral [4]. Non obstante, esta información pode orientar ao diagnóstico diferencial e favorecer unha adecuada antibioterapia empírica cando existen síntomas prolongados, atípicos e clínica importante do tracto respiratorio inferior [Apéndice]. Nestes casos, a diferenza das pneumonías por *Streptococcus pneumoniae* que se tratan con betalactámicos, as pneumonías atípicas en nenos teñen como tratamento de elección os macrólidos (habitualmente azitromicina) ou unha tetraciclina [5].

Actualmente non hai evidencia de cepas atípicas nin con resistencia ao tratamento de primeira liña con macrólidos [6], pero resulta importante manter a vixilancia, polo que recordamos a importancia de notificar ao SAEG calquera aumento de casos que poida supoñer un abrocho.

# APÉNDICE

## A IMPORTANCIA DA XESTIÓN DOS CONTACTOS ESTREITOS NO CONTROL DA SARNA

Como se pode observar na gráfica, dende o ano 2015 existe unha tendencia ascendente na incidencia das consultas por sarna en AP, especialmente nos menores de 24 anos, cun patrón estacional de descenso nos meses de verán. En agosto de 2021, pode verse a "explosión" de casos nestes grupos, que se estende tamén ao grupo de 25 a 34 anos e, en 2022, acadou tamén aos maiores de 35 anos. Neste ano 2023 obsérvase un pico no mes de xaneiro que acada niveis nunca antes vistos, especialmente nos de 15 a 24 anos. Tamén vemos a baixada típica nos meses de verán e unha tendencia ascendente nos grupos de maiores de 35 anos.



**Figura 1.** Incidencia de consultas de sarna en Atención Primaria (por 100.000 habitantes) en Galicia por grupos de idade e cuatrisesmana, de 2015 á cuatrisesmana 12 do 2023.

## AUMENTO DAS INFECCIÓNS RESPIRATORIAS POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE*

**Táboa 1.** Diagnóstico etiolóxico da pneumonía infantil: claves clínicas e radiográficas. Fonte: *UpToDate. Clinical and radiographic clues to the etiology of pneumonia in children.*

ETIOLOXÍA	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CARACTERÍSTICAS RADIOLÓXICAS
Bacteriana (máis frecuente <i>Streptococcus pneumoniae</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio brusco.</li> <li>- Aspecto enfermo.</li> <li>- Calafríos.</li> <li>- Insuficiencia respiratoria moderada-grave.</li> <li>- Achados auscultatorios focais.</li> <li>- Dor torácica localizada.</li> <li>- Analítica: recuento de leucocitos &gt;15.000/microL e reactivos de fase aguda elevados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infiltrados alveolares.</li> <li>- Consolidación segmentaria/lobar.</li> <li>- Pneumonía "redonda".</li> <li>- Complicacións: derrame pleural/empiema, absceso pulmonar, pneumonía necrotizante ou pneumatocele.</li> </ul>
Bacteriana atípica ( <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , <i>Chlamydia pneumoniae</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Máis común en nenos &gt; 5 anos.</li> <li>- Inicio con sintomatoloxía xeral: malestar, mialxias, cefalea, rash cutáneo, conxuntivite, fotofobia, odinofaxia...</li> <li>- Tose non produtiva que empeora e sibilancias.</li> <li>- Manifestacións extrapulmonares: erupcións mucocutáneas polimorfas, anemia hemolítica, hepatite, pancreatite, miopericardite, meninxite aséptica...</li> </ul>	<p><i>M. pneumoniae</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidación lobar/segmentaria (37%).</li> <li>- Infiltrados pulmonares: parahilares/peribronquiais (27%), reticulonodulares localizados (21%) ou irregulares (15%).</li> </ul>