



PAROTIDITISA

ZAINZA EPIDEMIOLOGIKOAREN SARE NAZIONALEKO (ZESN)
PROTOKOLOEN EGOKITZAPENA

2019ko urtarrilak 10

ZAINZA EPIDEMIOLOGIKOKO PROTOKOLOAK

GAIXOTASUNAREN AZALPENA

Hitzaurrea

Parotiditisa gaixotasun birikoa da, eta haren bereizgarri nagusiak dira sukarra eta listu-guruin baten edo gehiagoren inflamazioa, parotidarena batez ere. Ez da beti parotiditisaren birusa izaten parotidaren inflamazioa eragiten duena, bai baitaude eragin hori izan dezaketen beste birus batzuk, baina horiek ez dute epidemiarik sortzen.

Txertorik jaso ez duten herritarren artean, nabarmentzen ez den infekzio bat edo infekzio subkliniko bat jasaten dute birusaren eraginpean egondako pertsonen heren batek inguruk, haur txikiek eta helduek batez ere. Parotida inflamatu aurretik, zenbait sintoma zehaztugabe agertzen dira, hala nola sukarra, buruko mina, ondoeza, mialgiak edo anorexia. Konplikazio horiek ohikoagoak izaten dira helduen artean, eta parotidaren inflamaziorik agertu gabe gerta daitezke. Konplikaziorik ohikoena orkitisa izaten da, alde bakarrekoa gehienetan; hura parotiditis guztien % 20-30etan gertatzen da pubertaroa igaro duten gizonezkoen artean, eta oso gutxitan sortzen du antzutasuna. Pubertaroa igaro duten emakume guztien % 5en artean ooforitisa eragiten du, baita pankreatitisa ere –arina izaten da gehienetan–, kasu guztien % 4tan.

Parotiditis kasu guztien % 10etan meningitis sintomatikoa agertzen da, eta pazienteak arazorik gabe sendatu ohi dira. Parotiditis kasu guztiei puntzio lunbarra egiten zitzaie azterlan batzuetan frogatu zen moduan, % 55ek meningitis asintomatikoa zuten. Parotiditisaren birusak oso gutxitan sortzen du entzefalitisa –1-2/10.000 kasu–, baina ondorio neuralgiko iraunkorrek eragin ditzake (paralisia, konbultsioak eta hidrocefalia). Parotiditisaren hilgarritasuna 1/10.000 kasu ingurukoa dela jotzen da.

Gaixotasuna haurdunaldiko lehen 12 asteetan bereganatu izana berezko abortuekin lotu da, baina ez sortzetiko malformazioekin.

Parotiditisak urtaro-izaera dauka, neguan eta udaberrian agertzen baita batez ere.

Agentea

Parotiditisaren birusak *Paramixoviridae* familiari dagozkio, *Rubulavirus* generoari, hain zuzen ere. RNA duten birus bilduak dira. Bada parotiditisaren birusari dagokion serotipo bat, eta 12 genotipo (A – L) deskribatu dira.

Erreserborioa

Gizakia da erreserborio ezagun bakarra.

Transmisio modua

Listu-tantak edo aerosolak barreiatzean gertatzen da transmisioa, edo infektatutako pertsonaren listuarekin kontaktu zuzena izatean. Pertsona asintomatikoek edo infekzio atipikoak dituzten pertsonak transmititu dezakete birusa. Parotiditisa oso kutsakorra da, baina ez elgorria edo barizela bezainbeste.

Kutsagarritasun-aldia

Birusa gaixotasuna hasi baino 7 egun lehenagotik 9 egun beranduagora arte isolatzen da listutik, eta klinika hasi baino 6 egun lehenagotik 15 egun beranduagora arte gernutik. Kutsagarritasun-aldia gaixotasuna hasi baino 2 egun lehenago hasi eta 9 egun beranduago zehazten da (kutsagarritasun-aldirik handiena gaixotasuna hasi baino 2 egun lehenagotik 4 egun beranduagora arte finkatzen da). Infekzio subklinikoek ere kutsa dezakete gaixotasuna.

Inkubazio-aldia

16 eta 18 egun artekoa izan ohi da, baina 14 eta 25 egun artekoa ere izan daiteke.

Kutsatzeko arriskua

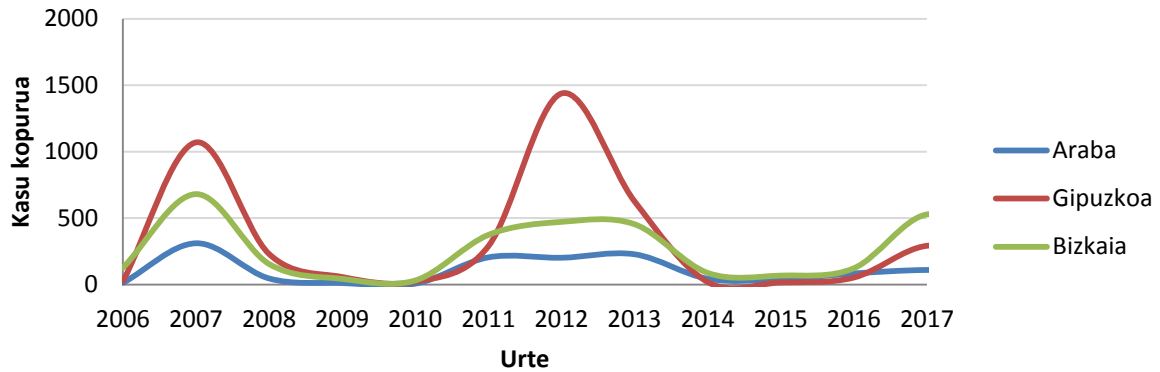
Gaixotasuna inoiz izan ez duten edo behar bezala immunizatuta ez dauden pertsona guztiek dute kutsatzeko arriskua. Infekzio naturalak –infekzio klinikoaren nahiz subklinikoaren ondoren– bizitza osorako immunitatea ematen duela uste da, baina, duela gutxi, hori zalantzan jartzen duten datuak agertu dira. Pertsona gehienek antigorputzen maila detektagarriak mantentzen dituzte infekzio naturala jasan eta hogeita beranduagora arte, baina badira parotiditisaren birusak berriz infektatu dituen kasuak ere.

Prebentzio-neurririk eraginkorra **txertoa** da. Parotiditisaren txertoa bizirik dauden birus indargabetuen txerto bat da eta detekta daitezkeen antigorputz-mailak sortzen ditu txertoa jarri duten haur guztien % 90etan baino gehiagotan. Txertaketaren ondoren sortzen diren antigorputz-tituluak infekzio naturalak sortzen dituenak baino baxuagoak dira.

EAE-KO EGOERA EPIDEMIOLOGIKOA

Azken urteetan, gure inguruan berriz agertu da parotiditis epidemikoa. 2007an agerraldi handi bat izan zen eta, ordudanik, beste bi uhin epidemiko gertatu dira: 2011-2013 urteen artean eta gaur egun (2017-2018). Horrek gaixotasunaren ezaugarriak erantzuten die, txertorik jartzen ez den lekuetan endemikoa delako eta horrek bi urtetik bost urtera bitartean igoerak eragiten dituelako.

Parotiditis birikoa 2006-2017, ABG



EAEko I. Seroprebalentzia Inkestako emaitzen arabera –2009an egin zen haren landa-azterketa–, 2 eta 39 urte arteko adin tartean, parotiditisaren aurkako Ig G antigorputzen prebalentzia % 90 baino baxuagoa da. Hain zuzen, gizabanako gaitzikorren pilaketak igoera epidemiko ziklikoak sortzen ditu gaixotasun kutsakor askotan.

Kasu gehienak pediatria-adinean edo heldu gazteen artean gertatzen dira, txerto hirukoitz birikoaren bi dosi jaso dituzten pertsonen artean (EAEn, 1981. urtetik aurrera jaiotakoek bi dosi jarri dituzte). Horregatik, hain zuzen ere, kasu askok klinika atipikoa izaten dute, sukarrik gabe eta, batzuetan, parotidaren alde bakarreko inflamazioarekin.

Kasuaren txertaketa-egoerak asko baldintzatzen du diagnostiko mikrobiologikoa: txertoa jarri duten pertsonen artean, Ig M-k balio diagnostikoa galtzen du (ikus laborategiko irizpideen taula). Listuko PCR-ak emaitza azkarrak eskaintzen ditu, eta proba hori aukeratzen da laborategi bidezko konfirmazioa behar denean.

Agerraldiak gertatzen direnean, eta kasuen arteko lotura epidemiologikoa nabarmena denean (lagun taldeak, ikaskideak eta abar), ez da beharrezkoa horiek guztiak modu mikrobiologikoan konfirmatzea.

Bestetik, txerto hirukoitz birikoarekiko estaldura handia duten pertsonen artean oso mugatuak dira aplikatu beharreko kontrol-neurriak, kontaktu gehienek ez baitituzte txertoaren dosi gehiago behar (hala eta guztiz ere, bigarren mailako kasuak gerta daitezke txertatutako kontaktu horien artean); horrelakoetan, kasuen arnas-isolamendua izaten da hartu beharreko prebentzio-neurri bakarra, sintomak agertzen hasi eta hurrengo lau egunetan zehar.

GAIXOTASUNAREN ZAINZA

Xedeak

1. Parotiditisaren kasuak eta agerraldiak hautematea, ikertzea eta kontrolatzea.
2. Gaixotasunaren patroia epidemiologikoan aldaketarik dagoen ezagutzea eta antzematea, eta arrisku-taldeak identifikatzea.
3. Txertaketa-programak gaixotasunaren epidemiologian duen inpaktua ebaluatzea, parotiditisaren aurkako txertaketa-programaren inguruan erabakiak hartzen laguntzeko.

Kasuaren definizioa

Irizpide klinikoa

Sukarra* eta gutxienez **bi sintoma hauetako bat** duten pertsonak:

- Parotiden edo beste listu-guruin batzuen bat-bateko hantura, ukitzean min egiten duena.
- Orkitisa.

*Kasu batzuetan, sukarra neurrizkoa izan daiteke, edo parotiditisaren klinika ez agertzea ere gerta liteke

Laborategiko irizpidea

Hauetatik bat, gutxienez:

- Parotiditisaren birusari dagozkion antigorputz zehatzen erantzuna (Ig M edo Ig G-ren serokonbertsioa) serumean edo listuan
- Parotiditisaren birusari dagokion azido nukleikoaren PCR bidezko detekzioa listuan, gernuan edo LZRn
- Parotiditisaren birusaren isolamendua listuan, gernuan edo LZRn

Emaitza horiek txertaketa-aurrekariaren arabera interpretatu behar dira.

Txertatu gabeko gizabanakoetan	Txertatutako gizabanakoetan
<p>Serumeko Ig M detektatzea metodo egokia da parotiditisaren diagnostikoa egiteko</p>	<p>Parotiditisaren birusak txertoa jarri duten gizabanakoak infektatzen dituenean, hark bigarren mailako erantzun immune bat sortzen du eta Ig M-ren erantzunik ez izatea gerta liteke, baita hura iragankorra izatea eta ez detektatzea ere. Horrenbestez, txertoa jarri duten gizabanakoen artean negatibo faltsu asko egon daitezke eta, beraz, irizpide klinikoak betetzen dituen gizabanako baten Ig M emaitza negatiboak ez du kasua inola ere baztertzen.</p> <p>Laborategiko azterketek serumeko Ig M-a antzemateko duten ahalmena desberdina da pertsona bakoitzaren txertaketa-aurrekariaren arabera: hura % 80 eta % 100 artekoa da txertorik jarri ez duten pertsonen artean; % 60 eta % 80 artekoa txertoaren dosi bat jaso dutenen artean; eta % 13 eta % 14 artekoa bi dosi jarri dituztenen artean.</p>
<p>Ig M negatiboa bada, honela baieztatu ahal izango litzateke kasua:</p> <p>Serokonbertsioa frogatuko duen susperraldiko serum bat.</p> <p>Ig G tituluetakoko igoera esanguratsua (lau aldiz), fase akutuko eta eriondoko serumetan.</p>	<p>Ig M negatiboa bada, honela baieztatu ahal izango litzateke kasua:</p> <p>Serokonbertsioa frogatuko duen susperraldiko serum bat.</p> <p>Ig G tituluetakoko igoera esanguratsua (lau aldiz), fase akutuko eta eriondoko serumetan.</p> <p>Ig G titulu handien presentzia sintomak agertzean ateratako serum-lagin batean.</p> <p>Kontuan izan behar dugu, txertoa jaso duten gizabanakoen artean, Ig G igoerarik ez izatea gerta daitekeela.</p>
<p>PCR-ak eta kultibo zelularrak parotiditis kasu bat baieztatzea ahalbidetzen dute, eta gaur egun eskura ditugun metodo diagnostikorik onenak dira parotiditisaren birusak eragindako infekzioa detektatzeko, txertatutako zein txertatu gabeko gizabanakoetan.</p>	

Laborategiak baieztatutako parotiditis kasu batekin kontaktua eduki izana, sintomak hasi baino 14 - 25 egun aurretik.

Kasuen sailkapena

Kasu susmagarria: irizpide klinikoak betetzen dituen pertsona.

Ustezko kasua: irizpide klinikoak betetzen dituen eta baieztatutako parotiditis kasu batekin lotura epidemiologikoren bat duen pertsona.

Baieztatutako kasua: irizpide klinikoak eta laborategiko irizpideak betetzen dituen eta duela gutxi txertatu ez den pertsona (sintomak agertu baino sei aste lehenago). Birusaren genotipo basatia isolatu den eta duela gutxi txertatu den pertsona*.

*Txertaketa-genotipoa hauteman ez den kasuetan, horiek agerraldi baten testuinguruan agertzen badira edo kasuak hautematen ari diren lekuetara bidaiatu badu, laborategi bidez baieztatutako kasu gisa sailkatuko dira.

Zaintzarako beste definizio interesgarri batzuk

Inportatutako kasua: Beste herrialde batetik iritsi eta ≤ 25 eguneko aldian sintomak eragin dituen baieztatutako parotiditis kasua, hark epidemiologikoki kasu autoktonoekin loturarik ez duela ziurtatzen denean. Irizpide berarekin zehaztu daitezke erkidegoaz kanpoko kasuak ere.

Agerraldiaren definizioa

Elkarrekin lotuta dauden bi kasu edo gehiago agertzen direnean.

ZAINTZEKO MODUA

Parotiditis birikoa modu indibidualean nahitaez adierazi beharreko gaixotasuna da. Horregatik, kasu guztiak jakinarazi behar dira: susmagarriak, ustezkoak eta baieztatuta daudenak. Inkesta epidemiologikoa osatu (I. Eranskina) eta hura Zaintza Epidemiologikorako Unitatera bidaliko da astero. Ahal den guztietan, kasuoi loturiko ikastetxeko edo lantokiko datuak osatuko dira, hala, agerraldiak identifikatu ahal izateko.

Kasu bakoitzaren txertaketa-egoera baloratuko da, konfirmazio mikrobiologikorik behar izanez gero, lagin klinikorik egokienak hartzeko. Lehentasunez, listua hartuko da birusa PCR bidez antzemateko (ikus II. Eranskina). Beste lagin mota batzuk (seruma eta gernua) hartzea komeni dela erabakiz gero, arreta handia eman beharko zaie horiek jaso eta laborategira bidaltzeko gutxieneko eta gehieneko aldiei (II. Eranskina). **Serumaren** lagina sintomak agertu eta hurrengo 4-8 egunetan hartu behar da, eta inoiz ez 28 egun igaro ondoren; lagina sintomak agertu ondorengo 4 egunetan jasotzea ezinezkoa izango balitz, medikuarengana

joaten den egunean bertan hartuko litzateke, sintomak agertu direnetik igaro den egun kopurua dena dela. Sintomak agertu ondorengo lehen 72 orduetan jasotako serum-laginak emaitza negatiboa ematen badu, ezin izango da baztertu parotiditis kasua izateko aukera. **Listu- eta gernu-laginak** lehenbailehenjasoko dira, sintomak agertu eta gehienez ere 7 eguneko epean. Arazo neurologikoren bat egon daitekeela uste bada, LZR-aren lagina hartuko da.

Birusaren **genotipoak** identifikatzea oso garrantzitsua da infekzioaren iturria aztertzeko, anduiek nola zirkulatzen duten ezagutzeko eta txertoarekiko loturaren bat izan dezaketen kasuak ikertzeko.

Urtero, **Epidemiologia Zentro Nazionalak OMERi** emango dio aurreko urtean zaintza-sareari jakinarazitako parotiditis kasu guztien berri. Aldian behin, Espainiako parotiditisaren egoerari buruzko txostenak egingo dira.

OSASUN PUBLIKOKO NEURRIAK

Prebentzio-neurriak

OMEk parotiditisaren aurkako txertaketa sistematikoa gomendatzen du haurrentzako txertaketa-programa sustraitu eta eraginkorra duten, elgorriaren eta errubeolaren kontrako txertaketa-estaldura altuak mantentzeko gaitasuna duten eta parotiditisaren intzidentzia murriztea osasun publikoarentzat lehentasun bat diren herrialdeetan.

Parotiditisaren kontrako lehen txertoak pasa den mendeko hirurogeiko hamarkadan garatu ziren. EAEn, 1981ean sartu zen txerto hirukoitz birikoa txertaketa-egutegian, 15 hilabeteko adinean, eta 12 hilabetetara igaro zen 1986an. 1991n, txerto hirukoitz birikoaren bigarren dosia gaineratu zen, 11 urterekin. 2000. urtean, 4 urtetara aurreratu zen bigarren dosia, Espainiako herritarren zaurgarritasun-mugak % 5era egokitzeko helburuarekin (OMEk muga hori proposatu zuen Europar Batasunerako, elgorria guztiz ezabatzeko helburuarekin). Horrela, *catch-up* bat egin zen 4 eta 11 urte arteko haurren artean (1989tik 1995era jaiotako haurren artean).

Espainian, txerto hirukoitz biriko bidezko txertaketaren estaldura handitzen joan da pixkanaka eta, 1999tik, lehen dosiaren estaldura % 95etik gorakoa da Espainia osoan. 2004. urtean, bigarren dosiarekin % 95etik gorako estaldura lortu zen. 1985etik aurrera –orduan finkatu zen haurrentzako txertaketa-programa, eta % 80 inguruko estaldurak lortu ziren–, parotiditisaren intzidentzia behera egiten hasi zen. 1985etik 2012ra, parotiditisaren intzidentzia % 95 jaitzi zen eta, txertaketa-estaldura altuak izan arren, bost uhin epidemiko erregistratu ziren.

Osasun Publikoaren Batzordeak 2004an onartutako **helduen txertaketari** buruzko gomendioek helduak txerto hirukoitz birikoaren **dosi batekin** txertatzea gomendatzen dute

–osun-zerbitzuekin harremanetan jarri behar dutenean–, horiek txertoa jaso gabe daudenean edo gaixotasunen alde aurretiko historia dokumentaturik ez dutenean.

Seroprebalentziari buruzko 1996ko inkesta nazionalaren emaitzen arabera, txertoa jartzea gomendatzen zaie 1971. urtetik aurrera jaiotako kohorte guztiei.

Osun-zerbitzuko langile zaurgarriek ere jarri behar dute txertoa, gaixotasunaren transmisioan betetzen duten eginkizun hedatzailea dela eta.

Parotiditisaren kontra erabili ziren lehen txerto-anduiak **Jeryl-Lynn** eta Urabe anduiak izan ziren. 1992. urtetik aurrera, Urabe anduia kendu zen, kontrako efektuekin zuen loturagatik, eta Rubini anduia gaineratu zen pixkanaka. 1993tik 1999ra bitartean, **Rubini** anduia eman zen (modu aldakorrean, Jeryl-Lynn anduiarekin batera) autonomia-erkidego gehienetan (Kantabrian, Gaztela-Mantxan, Errioxan, Ceutan eta Melillan salbu). Hainbat autonomia-erkidegotan gertatu ziren txertatuen arteko parotiditis-agerraldien azterketak argi eta garbi utzi zuen Rubini anduiaren eraginkortasun baxua. 1999. urtetik aurrera, Espainian Jeryl-Lynn anduia erabiltzen da txerto-andui gisa. Gaur egun gure herrialdean merkaturatzen diren elgorriaren, errubeolaren eta parotiditisaren kontrako txerto konbinatuek Jeryl-Lynn anduia eta RIT 4385 anduia –lehenengotik eratorria– erabiltzen dituzte parotiditisari aurre egiteko.

Jeryl-Lynn anduiarekin, **parotiditisaren kontrako txertoaren eraginkortasuna** % 88koa (% 79 eta % 95 artean) dela jotzen da, bi dosirekin. RIT 4385 anduia duten txertoek Jeryl Lynn anduia duten txertoen antzeko eraginkortasuna izatea espero da, hura baitu jatorri. Denbora igaro ahala, txertoak nolabaiteko immunitate-galera eragiten duela deskribatu dute azterketa askok. Ustez, txertoak sortutako antigorputzak ez dira horren eraginkorrek parotiditisari dagokion birusaren genotipo batzuen aurrean, G genotipoaren kasuan, adibidez; izan ere, hura da Espainian eta Europako beste herrialde batzuetan aztertutako agerraldi gehienetan identifikatu den genotipoa.

Txerto horren eraginkortasun txikiagoak –elgorriarenarekin eta errubeolarenarekin alderatuta– argi eta garbi islatzen du duela gutxi Jeryl-Lynn bidez txertatutako kohortean izan zen ehuneko altua; bestalde, immunitatearen ebaneszentziak txertoa jaso duten pertsona zaharragoen kasuak azalduko lituzke.

Intzidentzia balio minimoetan mantentzeko eta agerraldirik agertu ez dadila lortzeko funtsezkoa da estaldura altuak mantentzea –txerto hirukoitz birikoaren bi dosi haurren txertaketa-programetan– eta haurtzaroan txertatu ez ziren pertsona heldu gazteak txertatzea.

Kasu bat dagoenean hartu beharreko kontrol-neurriak

Arnas isolamendua: gaixorik dagoen pertsonak ez du ikastetxera edo lantokira joan behar kutsakortasun-aldian, hau da, parotiditisa hasi eta hurrengo **lau egunetan**.

Kontrol-neurriak kontaktuetan

Infektibitate-aldian kasu baten eraginpean egon diren **kontaktu estuen (bizikideak eta bikotekideak) kokapena eta jarraipena**. Horien txertaketa-aurrekariak ikertzea. Txertaketa-egoera ahalik eta modurik zehatzenean jaso behar da, txertaketaren egiaztagiria eskatuta edo txertaketa-erregistroan egiaztatuta. Ondorio horietarako, ez dira kontuan hartuko ikastetxeko, lantokiko edo lagun taldeko kontaktuak.

Kutsagarriak diren hurbileko kontaktuen immunizazioa

Honako hauek dira **pertsona kutsagarriak**:

- 1966. urtetik aurrera jaio diren **eta**
- parotiditisa jasan izanaren aurrekaririk ez duten **eta**
- parotiditisaren kontrako txertoaren bi dosi jaso izana dokumentatuta ez duten pertsonak

Txertoaren bi dosi jaso izanez gero, lehen dosia gizabanakoak urtebete bete ondoren jaso badu eta bigarrena gutxienez lau aste geroago jaso badu bakarrik hartuko dira horiek egokitzen.

Kasu kutsakor baten eraginpean egon ondoren hartutako txertoek ez dute beti infekzioa prebenitzen. Txertatu gabeko kontaktuei bi dosi emango zaizkie, gutxienez hilabete bateko tarte utzita; dosi bakar bat jaso dutenei bigarren dosi bat emango zaie.

Ez da giza immunoglobulina ematea gomendatzen.

Parotiditisa diagnostikatu zaien pertsonak **txerto hirukoitz birikoaren txertoa berrikusi eta eguneratu** beharko dute, elgorriarekiko eta errubeolarekiko immunitatea behar bezala bermatzeko.

BIBLIOGRAFIA

- Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No.6), 43–54 or. Hemen eskuratu daiteke: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf
- Plotkin SA. Vacuna antiparotiditis. In: Txertoak. Espainiako lehen edizioa. Plotkin SA, Orenstein WA eta Picazo JJ. ACINDES, 2007.
- Litman N, Stephen GB. Mumps virus. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, eds. *Principles and practice of infectious disease*, 6th ed. Philadelphia, Elsevier Churchill Livingstone, 2005
- Amy Parker Fiebelkorn, Albert Barskey, Carole Hickman, William Bellini. Chapter 9: Mumps. In: CDC. *Vaccine Preventable Diseases Surveillance Manual*, 5th edition, 2012. <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt09-mumps.html>.
- WHO: The Immunological Basis for Immunization Series. Module 16: Mumps. 2010. Hemen eskuratu daiteke: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500661_eng.pdf
- CDC. *Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. The Pink Book: Course Textbook - 12th Edition Second Printing (May 2012)*. Chapter 14. Mumps. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/mumps.pdf>
- Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa. Espainiako txertaketa-estaldurei buruzko datuak. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm#1>
- Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa, Osasun Sustapeneko eta Epidemiologiako Zuzendariordetza Nagusia. Osasun Publikoko Zuzendaritza Nagusia. Helduen txertaketa. 2004. urteko gomendioak. Madril: Osasun eta Kontsumo Ministerioa; 2005. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/recoVacunasAdultos.pdf>
- Osasun, Gizarte Zerbitzu eta Berdintasun Ministerioa, Osasun Sustapeneko eta Epidemiologiako Zuzendariordetza Nagusia. Osasun Publikoko Zuzendaritza Nagusia. Txertaketa-egutegia, 2012. urtea. Hemen eskuratu daiteke: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/calendario_vacunas2012.pdf
- Epidemiologiako Zentro Nazionala. Estudio seroepidemiológico: situación de las enfermedades vacunables en España. Madril: Epidemiologiako Zentro Nazionala. Carlos III.a Osasun Institutua; 2000. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/SEROEPIDEMIOLOGICO.pdf>
- WHO. Mumps Virus Vaccines. WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record* 2007; 82; 50-60. http://www.who.int/immunization/wer8207mumps_Feb07_position_paper.pdf
- Situación de la parotiditis en España. 2008an eguneratua. Epidemiologiako Zentro Nazionala 2005-2011. Hemen eskuratu daiteke: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/Situacion-de-la-Parotiditis-en-Espana-2005-2011.pdf>
- Castilla J, García Cenoz M, Arriazu M, Fernández-Alonso M, Martínez-Artola V, Etxeberria J, et al. Effectiveness of Jeryl Lynn-containing vaccine in Spanish children. *Vaccine* 2009; 27: 2089-93 or.

Hemen eskuratu daiteke:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X09002163#>

- J.E. Echevarría, A. Castellanos, J.C. Sanz, M.V. Martínez de Aragón, I. Peña Rey, M. Mosquera, F. de Ory and E. Royuela. Mumps Virus Genotyping: Basis and Known Circulating Genotypes. The Open Vaccine Journal, 2010: 3, 37-41. Eskuragarri helbide honetan: <http://www.benthamscience.com/open/tovaci/articles/V003/SI0018TOVACJ/37TOVACJ.pdf>
- Echevarría JE, Castellanos A, Sanz JC, Pérez C, Palacios G, Martínez de Aragón MV, Peña- Rey I, Mosquera M, de Ory F, Royuela E. Circulation of Mumps Virus Genotypes in Spain from 1996 to 2007. Journal of Clinical Microbiology 2010; 48: 1245-1254 or. Hemen eskuratu daiteke: <http://jcm.asm.org/content/48/4/1245.long>

I. Eranskina. PAROTIDITISAREN INKESTA EPIDEMIOLOGIKOA

DEKLARATZAILEAREN ETA DEKLARAZIOAREN DATUAK

Autonomia-erkidego deklaratzailerak: _____

Kasuaren identifikatzailea deklaratzailerentzat: _____

Kasuaren lehenengo deklarazioaren data¹: __-__-__

PAZIENTEAREN DATUAK

Jaioteguna: __-__-__

Adina, urtetan: __ Adina, hilabetetan (2 urtetik beherakoak): __

Sexua: Gizona Emakumea

Bizilekua:

Herrialdea: _____ Autonomia-erkidegoa: _____

Probintzia: _____ Udalerria: _____

Jaioterria: _____ Zer urtetan iritsi den Espainiara: _____

GAIXOTASUNAREN DATUAK

Kasuaren data²: __/__/__

Sintomak noiz hasi ziren: __/__/__

Zeinu klinikoak (zeinu/sintoma bat baino gehiago marka daitezke):

Sukarra Parotiden inflamazioa

Orkitisa Beste bat

Konplikazioak (markatu aukera nagusia):

Entzefalitisa Meningitisa

Pankreatitisa Beste bat

Konplikaziorik gabe

Ospitaleratuta³: Bai Ez

¹ Kasuaren lehenengo deklarazioaren data: zaintza-sistemari lehenengo deklarazioa egindako data (normalean, tokiko mailatik egiten da).

² Kasuaren data: sintomak hasi ziren data, edo, data jakin ezean, datarik hurbilena (diagnostikoaren data, ospitaleratze data eta abar).

³ Ospitaleratuta: oospitalean gutxienez gau bateko egonaldia.

Heriotza: Bai Ez

Kasuaren tokia⁴:

Herrialdea: _____ Autonomia-erkidegoa: _____

Probintzia: _____ Udalerria: _____

Inportatua⁵: Bai Ez

LABORATEGIKO DATUAK

Laborategiko diagnostikoaren data: ___/___/___

Agente eragilea⁶: Parotiditisaren birusa

Lagina (emaitza positiboa izan duten bi lagin markatu):

LZR Gernua Listua Seruma

Proba (markatu emaitza positiboa izan duten bi proba):

Isolamendua Azido nukleikoa, detekzioa

Antigorputza, IgM Antigorputza, serokonbertsioa

Lagina Erreferentziazko Laborategi Nazionalera (ELN) bidali da: Bai Ez

Deklaratzaileak ELNri bidali dion laginaren identifikatzailea: _____ ELNko Id.: _____

Genotipoa (aukeretako bat markatu):

A D G J M

B E H K N

C F I L

TXERTAKETAREN DATUAK

Dosiren batekin txertatua: Bai Ez

Dosien kopurua: _____ Noiz jaso duen azken dosia: ___/___/___

Txertaketaren dokumentua aurkeztu du Bai Ez

KASUAREN KATEGORIZAZIOA

⁴ Kasuaren tokia (herrialdea, autonomia-erkidegoa, probintzia, udalerria...): infekzioarekiko esposizioaren edo infekzioa hartu den tokia, oro har, pazienteak gaixotasuna hartu ahal izan duen tokia izango da. Toki hori zein den jakin ezean, kasuaren bizilekua hartuko da.

⁵ Inportatua: kasua inportatua izango da, kasuaren herrialdea Espainia ez bada.

⁶ Agente eragilea: Bete laborategian antzeman bada bakarrik (parotiditisaren birusa).

Susmagarria

Ustezkoa

Baieztatua

Kasua sailkatzeko irizpideak:

Irizpide teknikoa Bai Ez

Irizpide epidemiologikoa Bai Ez

Laborategiko irizpidea Bai Ez

Lotuta:

Agerraldiari: Bai Ez Agerraldiaren identifikatzailea: _____

Agerraldia deklaratu duen autonomia-erkidegoa⁷: _____

OHARRAK⁸

⁷ Agerraldia deklaratu duen autonomia-erkidegoa: agerraldiaren identifikatzailea esleitu duena.

⁸ Inkestan adierazi ez den informazio garrantzitsu guztia sartu.

II. Eranskina. PAROTIDITISAREN LAGINAK HARTU, BILTEGIRATU ETA BIDALTZEKO BALDINTZEI BURUZKO GOMENDIOAK

Odol-laginak hartu eta garraiatzea, Ig M eta Ig G antigorputzak hautemateko

Bena-zitada bidez, hartu 5 ml odol behar bezala identifikatutako hodi esteril batean (5 ml haur handien eta helduen kasuan, eta 1 ml bularreko haurren kasuan) eta etiketatu pazientearen izena edo identifikazio-zenbakia, odola hartu den eguna jarrita. Utzi atsedean hartzen koaguluak atzera egin dezan, eta zentrifugatu 1000 x g abiaduran, 10 minutuz, seruma banatzeko.

Oro har, serum-laginak lehenbailehen bidali beharko lirateke laborategira, eta 4 °C-tan mantendu beharko lirateke horiek bidali beharreko unera arte. Bidalketa ez da beste lagin kliniko batzuk hartu arte atzeratu behar, oso garrantzitsua baita diagnostikoa lehenbailehen izatea. Horrela ez bada, 4 eta 8 °C artean jaso daiteke, gehienez ere 7 egunez. Salbuespeneko arrazoiren bat dela eta, denbora gehiago bildu behar izanez gero, -20 °C-tan mantenduko da. Laginak izoztu eta desizoztea sahiestu behar da, horrek beraien kalitatea kaltetu baitezake.

Seruma bidaltzeko, material iragazgaitzeko kaxak edo izotzeko pakete izoztuak erabiliko dira, garraio-kutxaren barnean behar bezala kokatuta. Pakete horren barruan, material xurgatzailea sartuko da, kotoia, adibidez, gerta daitezkeen jarioak xurgatzeko.

Listu-laginak hartu eta garraiatzea, birusen PCR bidezko isolamendurako eta detekziorako:

Parotiditisaren birusaren RNA isolatzeko eta hautemateko, listua gomendatzen da lagin gisa. Listuaren lagina parotida-guruina torunda esteril batekin masajeatuz hartu behar da, hogeita hamar segundoz. Torunda birusaren garraibidean sartuko da eta, 48 ordu igaro aurretik, laborategira bidaliko da, ahalik eta bitartekorik azkarrena eta hotz-metagailuak erabiliz (4-8 °C).

Torundarik eta birusaren garraibiderik ez izanez gero, pazientearen listua ontzi esteril batean jaso daiteke, hartutako laginaren bolumenarekin bat datorren ontzi batean. Dena den, horrela jasotako listuaren errendimendu diagnostikoa txikiagoa da.

Gernu-laginak hartu eta garraiatzea, birusen PCR bidezko isolamendurako eta detekziorako:

Gernuak listuak baino errendimendu txikiagoa du parotiditisaren birusa antzemateko orduan.

Jaso gernua uztai hermetikoa duen flasko esteril (10-50 ml) batean. Ahal izanez gero, gernua hura jaso eta 24 ordu igaro aurretik zentrifugatu behar da, 500 x g-ko abiaduran (1.500 rpm-tara, gutxi gorabehera) eta 4 °C-tara, 5-10 minutuz. Baztertu gainjalkina eta jarri jalkina birus esterilaren garraibidearen, zelularen kultibo-bitartekoaren edo PBS-aren 2-3 ml-tan. Horrela jarritako pelleta 4 °C-tan kontserbatu eta 48 igaro aurretik bidali beharko da. Hori egitea posible ez balitz, -70 °C-tara izoztu eta izotz lehorrarekin bidaliko da, CO₂ bidezko kutsaduraren kontra babestutako bide baten barruan.

Gernua jatorrian zentrifugatu ezin bada, laborategira bidaliko da, 48 ordu igaro baino lehen, bitartekorik azkarrena eta hotz-metagailuak erabiliz (4-8 °C). Ez da izoztu behar.

Laginak Mikrobiologiako Zentro Nazionalera bidaltzea

GIPI aplikazio informatikoa erabiliko da. Zehaztutako argibideei jarraituko zaie, lagina bidaltzeko nahiz agerraldien azterketa egin dadila eskatzeko; hori guztia autonomia-erkidegoetako arduradunentzat ezarrita dauden baimenen arabera. Hauek dira harremanetarako helbidea eta telefonoak:

Área de Orientación Diagnóstica

Centro Nacional de Microbiología

Instituto de Salud Carlos III

Carretera Majadahonda-Pozuelo, km 2

28220 Majadahonda-Madrid-ESPAÑA

Tel.: 91 822 37 01 - 91 822 37 23- 91 822 3694

CNM-Orientazio Diagnostikorako Eremua cnm-od@isciii.es