GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT
DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA

P R O T O C O L O S E. D. O.
SERVICIO DE VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO

PROTOCOLO
DE
PAROTIDITIS

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 3

ANTECEDENTES DE LA VACUNA DE LA PAROTIDITIS EN LA COMUNITAT VALENCIANA 4

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD (Definición de caso) 4

CLASIFICACIÓN DE CASOS 6

MODO DE VIGILANCIA 6

MÉTODOS DE CONTROL 7

1. NOTIFICACIÓN DE CASOS AISLADOS CONFIRMADOS 7
2. CONTROL DE BROTES EPIDÉMICOS 8
3. SITUACIÓN EPIDÉMICA EN UN TERRITORIO 10
4. ACTUACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA PARA MEJORAR COBERTURAS VACUNALES EN BOLSAS DE NO VACUNADOS 12
5. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA DE LA VACUNA TRIPLE VIRICA 13

BIBLIOGRAFÍA 17

ANEXO 1: NORMAS DE RECOGIDA Y TRANSPORTE 19

INTRODUCCIÓN:

El virus de la parotiditis es un *paromyxovirus* del mismo grupo que los virus de la influenza, parainfluenza y de la enfermedad de Newcastle. Es sensible al calor, formalina, éter, cloroformo y la luz ultravioleta. Es estable a 4º C durante 4 días y a -65º C de meses a años, pero la congelación y descongelación pueden disminuir su actividad viral.

El único **reservorio** conocido es el hombre, si bien el mono y otros animales han sido experimentalmente infectados. Aunque las personas asintomáticas o con infecciones no típicas pueden transmitir el virus, no se conoce el estado de portador.

El **mecanismo de transmisión** es por vía aérea, por diseminación mediante gotitas de Flüge y por contacto directo con la saliva de una persona infectada.

El **período de incubación** oscila entre 16-18 días, con un rango entre 14-25 días. La **transmisibilidad** es similar a la gripe y rubéola, pero mucho menor que el sarampión y la varicela. El virus ha sido aislado de la saliva desde 7 días antes hasta 9 días después del inicio de la parotiditis. La enfermedad presenta una estacionalidad clara con un pico principalmente en invierno-primavera, pero es endémica durante todo el año. Ciclos epidémicos cada 3-7 años han sido descritos en la época prevacunal. La **susceptibilidad** es general.

En 1960 se desarrolló una vacuna de virus vivos atenuados en cultivo tisular de embrión de pollo. Esta vacuna produce anticuerpos en el 90% de los vacunados y son duraderos, probablemente para toda la vida, a pesar de que produce títulos más bajos que la infección natural. La vacuna antiparotiditis se introdujo en nuestro país, junto con la vacuna antisarampión y antirubéola (triple vírica), en 1981; las coberturas vacunales fueron aumentando de forma paulatina alcanzándose en 1985 coberturas próximas al 80%. En el año 2001 se pone en marcha en España el Plan de Eliminación de Sarampión, uno de cuyos objetivos estratégicos era conseguir coberturas vacunales, para la triple vírica (TV), por encima de unos niveles recomendados por la OMS; como resultado de esta estrategia, en la actualidad en nuestra Comunitat tenemos que en el año 2004 la cobertura de vacunación con una dosis de TV fue de 95,5% y con dos dosis fue de 94,2%.

La parotiditis comenzó a declararse al sistema E.D.O. en 1982 por lo que se carecen de datos anteriores a la introducción de la vacunación que permitan valorar su impacto. De 1984 a 1986 la incidencia de la enfermedad desciende de forma brusca, manteniéndose posteriormente una tendencia descendente.

ANTECEDENTES DE LA VACUNA DE LA PAROTIDITIS EN LA COMUNITAT VALENCIANA:

1. 1981: Se introduce la Vacuna Triple Vírica a los 15 meses.
2. 1994: Se introduce un segunda dosis de Vacuna Triple Vírica a los 11 años
3. Noviembre de 1999: Se adelanta la segunda dosis de Triple Vírica a los 6 años. Coincidiendo con este cambio se realiza una campaña de vacunación en los centros escolares con vacuna triple vírica a todos los niños/as 7 y 11 años.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD:

Objetivos:

1. Detectar, investigar y controlar los casos y brotes de parotiditis.
2. Conocer y detectar cambios en el patrón epidemiológico de la enfermedad e identificar grupos de riesgo.
3. Evaluar el impacto del programa de vacunación en la epidemiología de la enfermedad para ayudar en la toma de decisiones sobre el programa de vacunación frente a parotiditis.

Definición de caso:

Criterio clínico

Persona con **fiebre* y** al menos **una de las dos** manifestaciones siguientes:

- Aparición súbita de tumefacción, dolorosa al tacto, de las parótidas u otras glándulas salivares.
- Orquitis.

*en algunos casos la fiebre puede ser moderada o incluso no estar presente en el cuadro clínico de parotiditis.

Criterio de laboratorio:

Al menos uno de los siguientes:

- Respuesta de anticuerpos específicos del virus de la parotiditis (IgM o seroconversión de IgG) en el suero o la saliva
- Detección de ácido nucleico del virus de la parotiditis por PCR en saliva, orina o LCR
- Aislamiento del virus de la parotiditis en saliva, orina o LCR

Estos resultados deben ser interpretados en función de los antecedentes de vacunación.

En individuos no vacunados	**En individuos vacunados**
La detección de IgM en suero es un buen método para el diagnóstico de parotiditis	La infección por el virus de la parotiditis en individuos vacunados produce una **respuesta inmune secundaria** y pueden **no** tener respuesta de IgM, o que ésta sea transitoria y no se detecte. Por tanto entre individuos vacunados pueden darse muchos falsos negativos, con lo que un resultado negativo de IgM en un individuo que cumple los criterios clínicos no descarta un caso. La capacidad de los tests de laboratorio para detectar IgM en suero es diferente según el antecedente de vacunación del individuo: en los no vacunados está entre el 80% -100%, en los que han recibido una dosis de vacuna se estima entre el 60-80% y en los que han recibido dos dosis de vacuna está entre el 13-14%.
Si la IgM es negativa el caso se podría confirmar con: un suero en la convalecencia que demuestre seroconversión o un aumento significativo (cuatro veces) en los títulos de IgG en sueros de fase aguda y fase convaleciente.	**Si la IgM es negativa** el caso se podría confirmar con: un suero en la convalecencia que demuestre seroconversión o un aumento significativo (cuatro veces) en los títulos de IgG en sueros de fase aguda y fase convaleciente o la presencia de títulos elevados de IgG en una muestra de suero extraída muy próxima al inicio de síntomas Hay que tener en cuenta que este incremento en la IgG puede **no** darse en los individuos vacunados.
La PRC y el cultivo celular permiten confirmar un caso de parotiditis y son los **mejores métodos diagnósticos** disponibles actualmente para detectar infección por el virus de la parotiditis **en individuos vacunados y en individuos no vacunados.**	

Criterio epidemiológico

Contacto con un caso de parotiditis confirmado por laboratorio entre 14-25 días antes del inicio de los síntomas.

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS:

Caso sospechoso: persona que satisface los criterios clínicos.

Caso probable: persona que satisface los criterios clínicos y tiene una relación epidemiológica con un caso confirmado de parotiditis.

Caso confirmado: persona no vacunada recientemente (en las seis semanas previas al inicio de síntomas) que satisface los criterios clínicos y de laboratorio. Persona recientemente vacunada en la que se detecta el genotipo salvaje del virus*.

*Los casos en los que no se haya detectado el genotipo vacunal, si aparecen en el contexto de un brote o han viajado a zonas en las que se están detectando casos, quedarán clasificados como confirmados por laboratorio.

OTRAS DEFINICIONES DE INTERÉS EN VIGILANCIA:

Caso importado: caso confirmado de parotiditis que inicia síntomas en un período ≤25 días de su llegada de otro país, asegurándose que no está vinculado epidemiológicamente con ningún caso autóctono. Con el mismo criterio puede definirse caso extracomunitario.

Definición de brote

Se considerará brote la aparición de dos o más casos relacionados.

MODO DE VIGILANCIA:

El objetivo 5 de la Estrategia Salud Para Todos en el año 2000, ampliado en la 41 Sesión del Comité Regional Europeo de la O.M.S en 1991, señala para la parotiditis: *'Para el año 2000, no habrá casos indígenas de parotiditis en Europa'.*

Toda sospecha de caso de parotiditis deberá ser declarada semanalmente de forma numérica e individualizada. Una vez identificado el caso se recogerá toda la información referente al mismo en la encuesta epidemiológica correspondiente.

MÉTODOS DE CONTROL:

MEDIDAS PREVENTIVAS:

La medida más eficaz es la vacunación. En la Comunitat Valenciana a partir de 1999 (ORDEN 25 de noviembre de 1999 de la Conselleria de Sanitat) se recomienda la inmunización infantil con la vacuna triple vírica a los 15 meses de edad y la administración de una segunda dosis a los 6 años.

Deberá alcanzarse a nivel local y nacional las coberturas de vacunación recomendadas por la O.M.S para el control y la eliminación de la enfermedad.

1.- NOTIFICACIÓN DE CASOS AISLADOS CONFIRMADOS

a) **Caso de un niño de guardería o educación infantil (hasta 5 años).**

Aislamiento respiratorio domiciliario de los casos hasta después de transcurridos 9 días desde el inicio de síntomas.

Revisar la inmunización para la detección de susceptibles (que no han pasado la enfermedad o no están correctamente vacunados de triple vírica) de todos los contactos familiares y de guardería (compañeros y cuidadores).

Asegurar una dosis de vacuna entre 12 y 24 meses y dos dosis en niños mayores de 24 meses; en adultos al menos una dosis.

b) **Caso escolarizado en colegio o instituto.**

Aislamiento respiratorio domiciliario de los casos hasta después de transcurridos 9 días desde el inicio de síntomas.

Revisar la inmunización para la detección de susceptibles (que no han pasado la enfermedad o no están correctamente vacunados de triple vírica): contactos familiares, escolares (compañeros y profesores) y sociales.

Asegurar la aplicación de las dos dosis del calendario vacunal; en adultos al menos una dosis.

c) **Caso no escolarizado.**

Aislamiento respiratorio de los casos hasta después de transcurridos 9 días desde el inicio de síntomas.

Revisar la inmunización para la detección de susceptibles entre los contactos: familiares, laborales y sociales.

Asegurar aplicación de las dosis del calendario de vacunación; en adultos al menos una dosis.

2.- CONTROL DE BROTES EPIDÉMICOS

a) Investigación de un brote

- Descripción de las características personales, espaciales y temporales de los casos.
- Investigación detallada de la trazabilidad de la vacunación de cada uno de los casos: número de dosis, fechas y lugar de administración, referencia del lote (número, fecha de caducidad, marca y forma de presentación, etc.). Esta prevista la incorporación automatizada de estos datos desde el RVN al AVE.
- Estudio analítico de asociación entre la enfermedad y el antecedente vacunal.
- Calculo del Numero Reproductivo Básico (R_0) al objeto de prever el número de casos.
- Cálculo de la efectividad de la vacuna.

b) Búsqueda de susceptibles en el entorno de los casos: familiar, laboral, escolar, social, etc., para revisar su nivel de inmunización y proceder a su vacunación.

c) Estrategia para la inmunización de susceptibles.

Es muy importante que se aplique la vacuna en tiempo oportuno; para ello el Director de Salud Pública se coordinará con el Director de Atención Primaria, garantizando los recursos necesarios para hacer efectiva la vacunación y su registro.

En las siguientes situaciones se deberá revisar el estado de inmunización, bien por vacunación previa o por haber pasado la enfermedad y se actualizaran las dosis recomendadas en función de la edad (Tabla 1)

1.- Brote que afecta exclusivamente a una guardería

- Padres, hermanos y otros convivientes habituales.
- Cuidadores y otros contactos derivados de actividades de la guardería.
- Niños susceptibles. En menores de 15 meses se puede adelantar la primera dosis a partir de los 12 meses. En situación de riesgo elevado de enfermar se podría administrar a partir de los 9 meses, una primera dosis que debería ser completada posteriormente con las dos dosis del calendario de vacunación.

2.- Brote que afecta exclusivamente a un colegio

- Padres, hermanos y otros convivientes habituales.
- Cuidadores, comedor, patio, transporte escolar, profesores, etc.
- Susceptibles no vacunados entre el resto de los alumnos, priorizando las intervenciones en función del territorio epidémico.

3.- Brote en cualquier otra colectividad (laboral, universidad, gimnasios, etc) se identificaran los contactos y se adoptaran las estrategias generales comentadas (Tabla 1)

3.- SITUACIÓN EPIDÉMICA EN UN TERRITORIO

a) **Definición de un territorio con niveles de epidemia de parotiditis**

Extensión de una situación de riesgo localizada o brote (en un colegio, guardería, etc) a un territorio más amplio.

b) **Estrategias de control y vacunación en diferentes ámbitos: guarderías, colegios, internados, cuarteles y otros colectivos cerrados.**

- Ampliar la información epidemiológica de los casos notificados.
- Coordinación de la Dirección de Salud Pública con la Dirección de Atención Primaria y Servicios sociales.
- Recomendar el aislamiento respiratorio de los enfermos.
- Revisión de las coberturas vacunales agregadas.
- Revisar calendario vacunal individual y completar vacunación a todos los niños y adultos susceptibles, en base a las dosis recomendadas. (Tabla 1)
- Solicitar a los diferentes centros docentes el listado de alumnos y cruzar sus datos con el registro de vacunaciones, al objeto de establecer lugares comunes de vacunación (Unidad de Promoción o Epidemiología en función de los recursos).
- Vacunación de susceptibles en los diferentes ámbitos según las indicaciones descritas en el apartado de brotes.

c) **Coordinación con Promoción de la Salud**

- El Servicio de Promoción de la salud aportará información de coberturas vacunales con los niveles de desagregación necesarios en función del territorio afectado: departamento, municipio, centro de atención primaria y edad.
- Se revela como imprescindible el cruce entre el Censo Escolar y el Registro Nominal de Vacunas al objeto de detectar la cobertura de vacunación por centros escolares dado que es el lugar donde se inicia la cadena de transmisión.

- Identificación de bolsas de no vacunados y actualización de las coberturas vacunales.
- Planificación de la vacunación de TV en centros escolares, que será realizada por parte de Equipos Especiales de Intervención.
- Logística de la vacuna

d) Coordinación con la Dirección de Atención Primaria.

- Diseñar estrategias de intervención para la actualización de las coberturas vacunales con: revisión, actualización y registro del estado vacunal.
- En caso necesario se crearan Equipos Especiales de Intervención Conjunta para mejorar la oportunidad de la vacunación, con el fin de controlar la situación epidémica que asegure la revisión, actualización y registro de la vacuna en el RVN.

e) Coordinación con los Servicios Sociales municipales y de Atención Primaria.

Colaboración para la identificación y el acceso a las bolsas de no vacunados con problemática social para la aplicación de la vacuna.

Tabla 1: Pautas generales de vacunación de Triple Vírica en susceptibles

Grupos de edad	Numero de dosis
< 12 meses	0 dosis
12 a 24 meses	1 dosis
> de 24 meses hasta 20 años	2 dosis
> de 20 hasta 45 años	Al menos 1 dosis

4.- ACTUACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA PARA MEJORAR COBERTURAS VACUNALES EN BOLSAS DE NO VACUNADOS

a) **Tareas de Epidemiología:**

La detección por parte de Vigilancia Epidemiológica de bolsas de no vacunados, supondrá la comunicación de esta situación a Promoción de la Salud.

b) **Tareas de Promoción de la Salud:**

1. El Servicio de Promoción de la salud aportará con la periodicidad establecida información de coberturas vacunales con diferentes niveles de desagregación: departamento, municipio, centro de atención primaria y edad.

2. La información disponible en el Registro de Vacunas Nominal (RVN) permite conocer los territorios con bajas coberturas de vacuna triple vírica. Esta información se debe comunicar al Director de Salud Pública del departamento, para la planificación de estrategias de vacunación que impliquen a promoción de la salud, atención primaria y servicios sociales.

3. Recomendar que el Certificado de Vacunación para la inscripción en un centro docente se obtenga a partir del RVN. (Comisión de coordinación con Conselleria de Educación)

4. Potenciar la administración de vacunas de forma colectiva, mediante la colaboración de los centros escolares, ya que esto permite la mejora de la captación y accesibilidad a los niños susceptibles.

5.- COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA DE LA VACUNA TRIPLE VIRICA

La vacuna Triple Vírica del laboratorio GSK es una vacuna que se administra por vía inyectable, preparado por mezcla de virus vivos atenuados del sarampión de la cepa Schwarz, virus vivos atenuados de la parotiditis de la cepa RIT 4385 (derivada de la cepa Jeryl Lynn) y virus vivos atenuados de la rubéola de la cepa Wistar RA27/3, obtenidos de forma separada por propagación en cultivos tisulares de embrión de pollo (virus del sarampión y de la parotiditis) o en células diploides humanas MRC5 (virus de la rubéola).

La vacuna Triple Vírica del laboratorio MSD es un vacuna que contiene la cepa Enders para el virus del sarampión, la cepa Wistar RA27/3 para el virus de la rubéola y la cepa Jeryl-Lynn para el virus de la parotiditis.

Ambas vacunas contienen neomicina.

Está indicada para la inmunización de niños a partir de 12 meses de edad, adolescentes y adultos. La dosis es de 0,5 ml. Se puede utilizar para la vacunación primaria y/o la revacunación de acuerdo con las pautas recomendadas.

a) Contraindicaciones

Como sucede con otras vacunas, se debe posponer la administración de TV en personas que padecen enfermedades febriles graves y agudas. Sin embargo, la presencia de una infección de poca importancia no es una contraindicación.

Está contraindicado en personas con una historia de anafilaxia a las proteínas del huevo, o con hipersensibilidad conocida a la neomicina o a cualquier otro componente de la vacuna, Una historia previa de dermatitis de contacto a la neomicina, no es una contraindicación.

Está contraindicada la administración en mujeres embarazadas. Además, se debe evitar el embarazo durante el mes siguiente a la vacunación.

No hay datos suficientes de su uso en mujeres en periodo de lactancia. Se puede considerar la vacunación de mujeres durante el periodo de lactancia, si los beneficios de la vacunación superan los posibles riesgos.

b) Advertencias y precauciones especiales de empleo

Debido a la existencia de anticuerpos maternos antisarampión, los niños menores de 12 meses pueden no responder de forma satisfactoria al componente del sarampión de la vacuna. No se debe administrar esta vacuna en niños menores de 12 meses, aunque la vacunación puede estar indicada en determinadas situaciones a partir de los 9 meses (vacuna que no se considerara como administrada a la hora de las dosis recomendadas en calendario). En estas situaciones se debería administrar dos dosis según calendario.

Se ha demostrado que las vacunas fabricadas en cultivos tisulares de embrión de pollo no contienen proteínas de huevo en cantidad suficiente para provocar reacciones de hipersensibilidad. Se puede vacunar a la vacunación de las personas que tienen alergia al huevo, si la alergia no es de naturaleza anafiláctica.

La vacunación con triple vírica no se aconseja en mujeres embarazadas, se recomienda evitar el embarazo durante al menos un mes , por lo que se deberá de informar a las mujeres en edad fértil sobre el uso de medidas anticonceptivas en el mes siguiente a la vacunación con triple vírica.

La TBC, no constituye una contraindicación de la vacunación, pero la vacuna puede ocasionar una falta de respuesta transitoria a la tuberculina y dificultar el diagnostico durante ese periodo. El Mantoux habría que realizarlo el mismo día de la vacunación o al cabo de seis semanas como mínimo.

Hay interferencia con la administración de Inmunoglobulinas y hemoderivados. Si la persona es vacunada durante ese periodo, se le debe administrar otra dosis una vez transcurrido el intervalo adecuado o se compruebe que hay una buena producción de Ac. específicos. Si hay

que administrar una inmunoglobulina después de la vacunación, esperar mínimo dos semanas, para evitar interferencias con la replicación del virus vacunal.

La vacunación con triple vírica esta contraindicada en personas con inmunodeficiencias congénitas ó adquiridas. Las personas sometidas a inmunosupresión se pueden vacunar una vez transcurridos tres meses desde la finalización de la terapia inmunosupresora.

En pacientes que han recibido dosis altas de corticoides durante dos semanas o más pero no tienen un compromiso inmunitario de base el intervalo mínimo recomendado es de un mes.

Los niños con VIH pueden y deben vacunarse con triple vírica, tanto si están asintomático como si tienen síntomas.

No se recomienda revacunar a los niños que desarrollan un episodio de púrpura trombocitopénica en las semanas siguientes a la administración de TV. Los pacientes con antecedentes de trombocitopénia tienen probabilidades de presentar un episodio después de la vacunación.

Se pueden vacunar a los niños con TV cuya madre este embarazada o en los casos que convivan con personas que estén afectadas por alguna inmunodeficiencia.

c) Protocolo de vacunación con triple vírica en niños con alergia al huevo

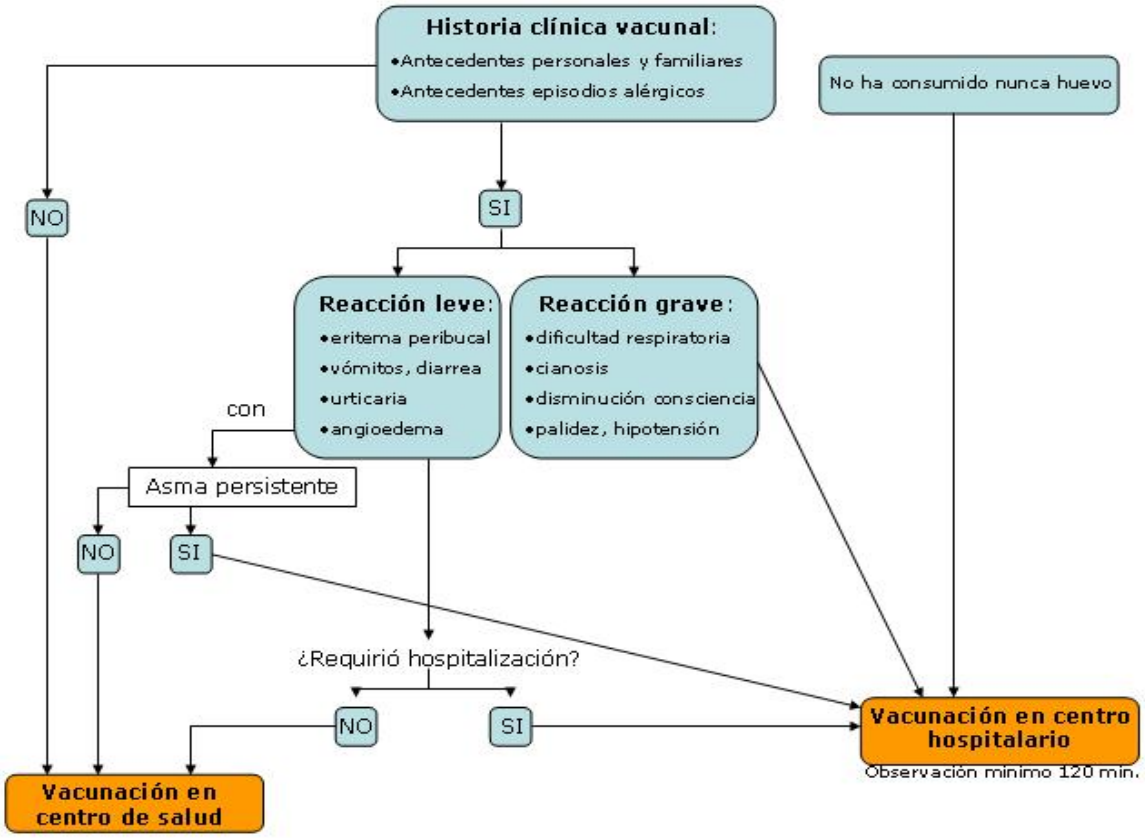
La alergia al huevo en la población infantil no debe considerarse una contraindicación en la administración de la vacuna triple vírica (sarampión, rubéola, parotiditis), por tanto, se recomienda la vacunación en la mayoría de los casos para asegurar una correcta inmunización frente a estas enfermedades.

Niños sin antecedentes de hipersensibilidad al huevo, es decir que no hayan sufrido ningún tipo de reacción tras la ingesta de huevo o tras la administración de una primera dosis de triple vírica, serán vacunados en su centro de salud según el protocolo que tenga establecido.

Los que hayan presentado manifestaciones leves del tipo de urticaria, eritema peribucal, trastornos gastrointestinales o angioedema deberán recibir también la vacuna en el centro de salud (permaneciendo en observación 30 min. tras la vacunación), siempre que las reacciones ocurridas en exposiciones anteriores no requirieran hospitalización, en cuyo caso se remitirán al centro hospitalario.

Los niños que hayan presentado reacciones leves con asma persistente y/o reacciones graves (dificultad respiratoria, cianosis, disminución de la consciencia, palidez, hipotensión) deberán ser vacunados en un centro hospitalario permaneciendo un mínimo de 120 minutos tras recibir la vacuna en observación.

Esta contraindicada la vacunación en los casos en los que haya sido confirmada por un especialista alergia a la neomicina, gelatina, o haya presentado una reacción grave que puso en riesgo su vida tras la administración de una dosis previa de esta vacuna.



BIBLIOGRAFÍA:

* Séptima Reunión del Grupo Europeo del Programa Ampliado de Inmunización (EPI), Copenhagen, 1993 (EUR/ICP/EPI: 012/B).

* Quince Reunión del Programa Ampliado de Inmunización de la O.M.S, Indonesia, 1992 (EPI/GAG/92).

* Programa Global sobre Vacunas e Inmunización, Organización Mundial de la Salud (WHO/GPV/95.1)

* Harry A. Feldman. Mumps. En: Viral Infections Humans: Epidemiology and Control. Ed. A.S.Evans and P.S.Brachman. Plenum Publishing
Corporation. 1991.

* Chin J (ed.). El control de las enfermedades transmisibles 17ª Edición Organización Panamericana de la Salud. 2001.

* Robert E. Weibel. Mumps vaccine. En: Vaccines. S.A. Plotkin and E.A. Mortimer. W.B.Saunders Company. 1988.

* Stephen A.Baum and Nathan Litman. Mumps virus. En: Principles and Practice of Infectious Diseases. Mandel, Doyglas and Bennet's. Vol.2.
Churchill Livingstone Inc. Fourth edition. 1995.

* Case definitions for Publich Health Surveillnace. MMWR 1991;39 (No.RR-13):23.

* Epidemiology & Prevention of Vaccine-Preventable Disease. CDC:Department of Health & Human Services. 1995.

* Mumps Prevention:Recomendations of Immunizations Practices Advisory Committe (ACIP). MMWR 1989;38 (No. 22).

* C Amela, I Pachón, C Ibáñez. Medidas del efecto de la vacunación en un brote de sarampión. Gac Sanit 1993;7:164-168.

* Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. Protocolos de Notificación y Control de la Red Aragonesa de Vigilancia Epidemiológica. Protocolo de Enfermedad Meningocócica. 2003.

* Centro Nacional de Epidemiología. Protocolo para la prevención y control de la parotiditis. Protocolos de las Enfermedades de declaración Obligatoria 2ª Edición. Madrid Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.

* Diario oficial de las Comunidades Europeas. Decisión de la Comisión nº 2119/98/CE por la que se establecen las definiciones de casos de enfermedades transmisibles a la Red Comunitaria. Bruselas 19 marzo 2002.

* ORDEN 25 de noviembre de la Conselleria de Sanidad. Calendario de Vacunaciones Sistematicas Infantiles en la Comunitat Valenciana.

* Conselleria de Sanitat. DG de Salud Pública. Plan de Eliminación del Sarampión en la Comunitat Valenciana. 2001.

* Evaluación del Plan de eliminación del Sarampión año 2005. Centro Nacional de Epidemiologia. Istituto de salud Carlos III. Cobertura de triple vírica por Comunidades Autónomas. Madrid 9 de marzo de 2006.

ANEXO I

NORMAS DE RECOGIDA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS PARA INVESTIGACIÓN DE PAROTIDITIS

Para el estudio virológico de estas infecciones se requieren las siguientes muestras:

Saliva: un "salivazo" en el frasco. Deberá ser saliva limpia. En adultos es fácil obtener saliva limpia, pero en niños a veces resulta complicado recoger saliva que no esté mezclada con moco, así que si no se ve saliva limpia, mejor obtener la muestra con hisopo.

CONSERVACIÓN: Las muestras de saliva y orina se conservarán preferiblemente congeladas a –20 grados, si esto no es posible se mantendrán refrigeradas a 4 grados remitiéndolas a los laboratorios lo antes posible.

TRANSPORTE: En cajas de poliestireno con packs de congelación, aplicando las normas de empaquetamiento habituales de bioseguridad.

ENVIO: el traslado de la muestra debe realizarse con rapidez, a ser posible en las primeras 24 horas desde su toma.

Se utilizará la empresa de mensajería que tenga contratada el centro en el momento del envío de la muestra.