

A POLIOMIELITE: ANO 1999, ¿O PREVIO Á ERRADICACIÓN?

Na súa LII reunión, celebrada en maio de 1999, a Asemblea Mundial da Saúde instou ós países a que adiantasen nas tarefas encamiñadas a acadalo obxectivo de erradicación da poliomielite do mundo no ano 2000. No ano anterior, 1998, había aínda 22 países (entre eles Turquía, na Rexión Europea da OMS) nos que se confirmou a circulación de poliovirus salvaxes; e outros 26, onde a circulación era posible ou probable.

Nembargantes dende 1998 a hoxe, acadouse un progreso susbtantivo de cara á erradicación, e non só no senso cuantitativo (ve-la táboa): As Américas, Asia central, Europa e o Pacífico semellan estar libres de polio. Os reservorios que quedan atópanse na súa meirande parte confinados no subcontinente da India e na África subsahariana.

Ademais, como o obxectivo é interromper tódalas cadeas de transmisión do poliovirus salvaxe, cando se mira dende unha perspectiva virolóxica o gañado foi moi importante. A maioría dos xenotipos de poliovirus salvaxe atopados en 1998 foron desaparecidos; feito que indica que se están a rachar cadeas de transmisión do virus salvaxe e que antigos reservorios estanse a voltar libres de polio. A ganancia máis significativa acadouse co poliovirus salvaxe do tipo 2, que, agás a cepa atenuada que forma parte da vacina oral da polio (VOP), semella que está ás portas de ser erradicado.

O poliovirus tipo 2. Dende mediados dos anos 60, a incidencia de casos debidos a poliovirus salvaxe do tipo 2 declinou axiña nos países que tiñan unha cobertura vacinal elevada. A mediados dos anos 70, o virus salvaxe do tipo 2 desapareceu dos países desenvolvidos das Américas e de Europa, así como de Australia e de Xapón. Nos outros países, a circulación do virus foi decaendo máis a modo e rematou por desaparecer cando principiou a década dos 90, agás en África e no subcontinente da India. Hoxe en día, os reservorios coñecidos do virus salvaxe tipo 2 atópanse confinados en dous Estados da India (Bihar e Utar Pradesh, no val do Ganges), aínda que é posible que a circulación persista en Angola, Etiopía ou na República Democrática do Congo, onde a cobertura vacinal é baixa e non son axeitadas as actividades de vixilancia (de tódolos xeitos, nos dez últimos anos, neses países e nos do seu contorno só se detectaron poliovirus salvaxes dos tipos 1 e 3). Esta retirada do tipo 2 acompañouse da desaparición progresiva dos xenotipos individuais que o formaban.

Semella, pois, que hai unha orde na desaparición do poliovirus salvaxe, primeiro o tipo 2, logo o 3 e, por fin, o 1. A elevada inmunoxenicidade do tipo 2 e a tamén elevada difusión do virus vacinal do mesmo tipo entre os contactos dos vacinados coa VOP, semellan se-los factores que contribúen de xeito máis importante á rapidez no control deste serotipo.

A Rexión Eur opea. Na Rexión Europea, durante 1998 só houbo casos confirmados de polio en Turquía (26 polo tipo 1 e 2 polo tipo 3). Todos eles ocorreron en 7 provincias do sueste onde durante moitos anos os servizos de inmunización, tanto sistemáticos como extraordinarios, foron deficientes. En outubro e novembro de 1998 realizouse nesas provincias unha segunda rolda de mopping-up (ou vacinación "casa a casa" en áreas onde persiste a transmisión), desta volta cunha programación mellorada e cunha supervisión máis atenta, que conseguiu que en 1999 non houbera ningún caso (o último principou os síntomas o 26 de novembro de 1998).

Deste xeito, a Rexión Europea únese á Rexión das Américas e a do Pacífico Oeste, nas que non se notifican casos de polio dende 1991 e 1998, respectivamente.

A erradicación en Galicia. Como se sabe¹, Galicia participa a través do Estado español nas actividades destinadas a acadalo certificado de eliminación da polio da rexión europea da OMS; actividades que ata agora consistían exclusivamente en obter e manter un elevado nivel de inmunidade na poboación coa VOP e desenvolver unha vixilancia de calidade da parálise flácida aguda (PFA). Lémbrase¹ que a certificación da eliminación baséase no principio de que, cando a incidencia da enfermidade se fai nula, o risco de que pase desapercibida

Casos de poliomielite salvaxe no mundo			
Rexión OMS	1997	1998	1999 (*)
África	1.087	993	2.600
América	0	0	0
Mediterráneo-leste	1.255	553	465
Europa	7	26	0
Sueste de Asia	2.828	4.777	1.866
Pacífico-Oeste	9	0	0
Todos	5.185	6.349	4.931

(*) Datos provisionais (a 25 de novembro de 1999)

a circulación do virus salvaxe diminúe axiña, e achégase a cero ó pasar un período de tempo axeitado, durante o cal non se detectou ningún virus a pesar dunha vixilancia excelente.

Un dos criterios utilizados para medi-la excelencia da vixilancia é que sexa capaz de detectar un número de casos de PFA en menores de 15 anos suficiente para obter unha taxa anual de 1 caso por cen mil. Esta taxa supón 4 casos ó ano en Galicia, e 65 en España.

En Galicia, a vixilancia da PFA principiou en outubro de 1997. Nese trimestre detectáronse 2 casos de PFA. Logo, en 1998 só foron detectados 3, os mesmos que en 1999. Con estes tres casos non se acadou o número que esixe o devandito criterio, nembargantes os datos das altas hospitalarias que proporciona o CMBD non indican ningunha minguada na sensibilidade da vixilancia.

Pola contra, si diminúe a excelencia da vixilancia da PFA, e é este un factor que se ten que mellorar, que non se collan e procesen axeitadamente dúas mostras de feces en tódolos casos de PFA. En 1999, só se colleron mostras en dous dos tres casos detectados.

En España, durante 1998 e 1999, detectáronse 47 e 41 casos, respectivamente. En 1999 detectouse, tamén, un caso de poliomielite asociado a VOP.

Contención dos poliovirus nos laboratorios. Cando a polio estea erradicada, non haberá reservorios naturais do poliovirus. Será entón unha ameaza importante para a erradicación que persistan materiais infectados ou potencialmente infectados con poliovirus salvaxe (MIPS), en laboratorios que non teñen as condicións axeitadas de bioseguridade, xa que hai moitos incidentes documentados debidos a fugas inadvertidas. Estes incidentes non tiveron consecuencias, porque ocorreron nun contexto de inmunidade poboacional moi elevada. Polo tanto, antes de interromper-la vacinación, haberá que destruír tódolos MIPS que estean nos laboratorios; agás os que se consideren cientificamente valiosos, que se deben confinar en instalacións nas que sexa imposible a fuga.

Para garantir que se acadou este obxectivo, a OMS definiu un plan con tres etapas. Na primeira, na que nos atopamos, preténdese que haxa un manexo seguro dos MIPS, e que se faga un catálogo dos laboratorios que conteñen MIPS. Esta actividade principiou en Galicia en decembro de 1999.

A segunda etapa comezará un ano despois de que sexa detectado o derradeiro caso de polio e, nela, os MIPS atoparanse só en laboratorios con nivel IV de bioseguridade. A derradeira etapa principará cando se deixe de vacinar, e a contención en laboratorios con nivel IV de bioseguridade estenderase tamén ós virus vacinais.

¹ Boletín Epidemiolóxico de Galicia, vol. XI, nº 2.

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA (SAEG)				
TELÉFONOS DIRECTOS	Epidemioloxía A Coruña	Epidemioloxía Lugo	Epidemioloxía Ourense	Epidemioloxía Pontevedra
Horario de oficina	981 185 834	982 294 114	988 386 339	986 805 872
EPIDEMIÓLOGO DE GARDA (fora de horario de oficina) Tfno: 649 82 90 90				
A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG				

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA
SERVICIO DE INFORMACIÓN SOBRE SAÚDE PÚBLICA. Dirección Xeral de Saúde Pública
Avda. do Camiño Francés, nº 10 - baixo. 15771 - SANTIAGO DE COMPOSTELA
Telf.: 981 542 929 - Fax: 981 542 970 - E-mail: dxsp3@jet.es



A SOSPEITA DE SARAMPELO É DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA URXENTE Ó SAEG
➔ Febre > 38°, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite

COMENTARIO EPIDEMIOLÓXICO DAS ENFERMIIDADES DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA: GALICIA, 1998

En 1998, co desenvolvemento normativo específico, rematou en Galicia o proceso de cambio na declaración obrigatoria de enfermidades que principiara en 1996, coa publicación do Real Decreto 2210/95, do 28 de decembro, polo que se crea a Red Nacional de Vigilancia Epidemiolóxica^{1,2}.

A normativa galega actual ubica a declaración obrigatoria de enfermidades no marco xeral da Rede Galega de Vixilancia en Saúde Pública (RGVSP): que foi creada polo decreto 177/98^{3,4}, e ten por finalidade "identificar e caracterizar problemas de saúde na poboación galega, para facilitarlle o seu control, sexa con medidas individuais ou colectivas".

A RGVSP estrutúrase nun sistema básico (orde do 14 de xullo de 1988^{5,6}), que contén o Sistema Xeral de Declaración Obrigatoria de Enfermidades, a notificación de situacións epidémicas e abrochos e o Sistema de Información Microbiolóxica de Galicia; e unha serie de sistemas específicos, dos que dous teñen que ver coa declaración obrigatoria de enfermidades: o Rexistro do Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose (orde do 4 de decembro de 1998^{7,8}) e o Rexistro Galego da Sida (orde do 4 de decembro de 1998^{4,7}).

Polo demais, de contado coméntase a incidencia das enfermidades de declaración obrigatoria durante 1998, que a efectos da consolidación da información se pechou o 1 de abril de 1999 e que vén resumida nas táboas 1 e 2, referidas respectivamente a Galicia e ás diferentes áreas sanitarias. Nembargantes, antes coméntase como foi a participación dos declarantes no sistema xeral de declaración obrigatoria de enfermidades durante 1998.

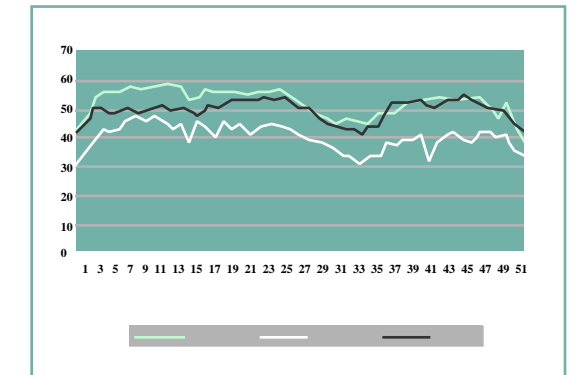
Participación na declaración durante 1998

Como tódolos anos, a calidade da declaración feita polos diferentes declarantes, 1.857 en 1998, estúdiase con dous indicadores: a participación global (que é a porcentaxe que supón o número de Boletíns de notificación semanal recibidos do total de boletíns que poderían ser recibidos; en 1998, 1.857 por 52 semanas), e a adequación da participación, que divide ós declarantes en catro categorías: quen non declarou nunca, quen só declarou de 1 a 10 semanas, quen o fixo entre 11 e 41 semanas e quen declarou máis de 41.

No ano 1998, a participación global acadou o 51%, co que se recupera o valor habitual antes de 1997, no que a participación só foi dun 48%. Ademais, a participación experimentou unha mellora relativa co paso do ano, xa que nas últimas semanas acadou uns valores que superaron os máximos observados nesas semanas no período 1991-1997 (figura 1); de feito, foi o primeiro ano da década no que a participación no seu tercio final (51,1%) superou a do primeiro tercio (50,8%).

A participación, como vén sendo habitual, tamén foi diferente nas distintas áreas sanitarias (táboa 2). Por vez primeira na década, cinco áreas de saúde acadaron unha participación superior ó 70%, as das provincias de Lugo e Ourense. Nesta liña, non se pode deixar de salientar que na área do Barco a participación acadou o 90%.

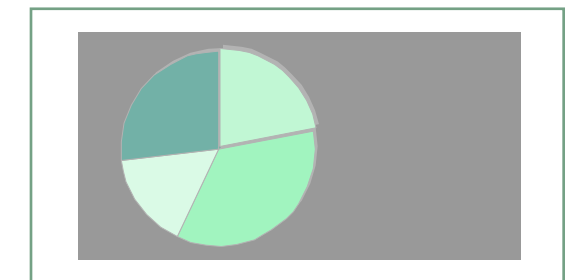
FIG. 1: Participación global na declaración. Galicia, 1998



Pola contra, outras catro áreas, as de Ferrol, A Coruña, Vigo e O Salnés, non acadaron o 40% de participación; e esta, a do Salnés, foi a única que non acadou o 30%, abundando deste xeito na progresiva diminución da participación despois de que en 1994 se acadase o 47%.

Se ben, ó estudia-la adecuación da participación dos declarantes, o grupo máis numeroso compóneno os que declaman máis de 41 semanas ó ano (fig. 2), o grupo formado polos que non declamaron ningunha semana reúne ata o 22% dos declarantes, unha porcentaxe que medrou case que cinco puntos dende 1994. A importancia deste grupo e a dos que declaman pouco, como quedou dito noutro BEG⁹, radica, ademais de na posible alteración da calidade da información producida polo sistema de notificación obrigatoria de enfermidades, en que limitan a extensión que ten a vixilancia e, polo tanto, diminúen a capacidade de reacción cara a controlar algúns dos procesos vixiados.

FIG. 2: Distribución da adecuación na participación. 1998



SUMARIO

- Comentario epidemiolóxico das enfermidades de declaración obrigatoria: Galicia, 1998.
- EN BREVE...: A poliomielite: ano 1999, ¿o previo á erradicación?
- ANEXOS I ó III: Situación das EDO nas cuadrisesmanas 1 á 3/99.
- ANEXO IV: Informe da campaña de vacinación antigripal de 1998.
- ANEXO V: A campaña de vacinación antigripal de 1999.
- ANEXO VI: Resultados do proxecto de intervención social no PGPCT: xuño-dicembro, 1998.
- ANEXO VII: Programa galego de promoción de vida sen tabaco. Informe: 1993-1998.

