

# BEG

## Boletín Epidemiolóxico de Galicia

### SÍNDROME RESPIRATORIA AGUDA SEVERA: MANTENSE A VIXILANCIA

Cando a mediados de marzo de 2003 a OMS emitiu a alerta global sobre a Síndrome Respiratoria Aguda Severa (SRAS), tiña como obxectivo impedir que a SRAS se establecese como unha nova enfermidade humana. Provisionalmente este obxectivo se acadou o 5 de xuño de 2003, data na que a OMS informou de que rematara a derradeira cadea de transmisión humana. Mais, aínda que foi moito o que se aprendeu sobor da síndrome dende marzo, mesmo que a causaba un novo coronavirus (SRAS-CoV), o coñecemento sobre a epidemioloxía e a ecoloxía da SRAS segue a ser insuficiente para predecir se vai rexurdir ou non. Por iso, a OMS insiste en que neste período que segue ó abrocho "tódolos países deben vixiar-lo rexurdimento da SRAS e mante-la súa capacidade para detectar e respostar ó rexurdimento se este ocorre"<sup>1</sup>.

Das dúas actividades propostas, vixilancia e resposta, a máis problemática é a primeira, por unha serie de razóns<sup>2</sup>: O non haber agora nin áreas con transmisión local recente nin contactos con casos de SRAS que podan axudar a defini-los casos novos, a detección destes queda a expensas da inespecificidade das manifestacións clínicas da SRAS—que son as dunha pneumonía atípica ou as dunha síndrome de distress respiratoria (SDR)—, xa que non hai unha proba diagnóstica rápida capaz de detectar con validez o SRAS-CoV nos primeiros días da enfermidade. Estes problemas vense agravados pola coincidencia, nos meses fríos, con outras enfermidades respiratorias, como a gripe, que poden en certo modo confundirse coa SRAS. De feito, a OMS pensa que o primeiro caso de SRAS deste novo período pódese escapar mesmo ós máis sofisticados sistemas de vixilancia<sup>3</sup>.

#### A ESTRATEXIA DE VIXILANCIA DA OMS PARA DESPOIS DO ABRUCHO

Tendo en conta estas dificultades, a OMS propuxolles ós seus Estados membros un esquema de vixilancia que varía segundo sexan as súas expectativas de rexurdimento. O esquema divide ó mundo en tres áreas principais, ás que van asociadas sendas estratexias de vixilancia<sup>4</sup>:

- **Zona de potencial rexurdimento do SRAS-CoV.** A que foi identificada como orixe do pasado abrocho en novembro de 2002 e as áreas nas que é máis verosímil a transmisión da infección dos animais ós humanos. Nelas a vixilancia consistirá en: Alerta SRAS (ver logo), vixilancia reforzada da SRAS, e estudos especiais que busquen o SRAS-CoV en animais e humanos.
- **Áreas nodais.** Áreas que durante o pasado abrocho experimentaron unha transmisión local importante e áreas ás que chega grande cantidade de persoas da zona de potencial rexurdimento da SRAS-CoV. Nelas a vixilancia consistirá en: Alerta SRAS e vixilancia reforzada da SRAS.
- **Áreas de risco baixo.** Áreas que durante o pasado abrocho nunca notificaron casos, ou notificaron só casos importados ou experimentaron unha transmisión local limitada. Nelas a vixilancia consistirá só en: Alerta SRAS.

**A alerta SRAS.** A alerta SRAS é unha definición operativa coa que se pretende asegurar-la execución das apropiadas medidas de control da infección e de saúde pública ata que a SRAS se descarte como causa da pneumonía atípica ou da SDR. En concreto, a definición da alerta SRAS será:

Dous ou máis traballadores sanitarios da mesma unidade asistencial cumpren coa definición clínica de SRAS (cadro 1) e a enfermidade comezou nun único intervalo de 10 días, **OU** tres ou máis persoas (traballadores sanitarios ou non sanitarios, doentes ou visitantes) relacionados coa mesma unidade asistencial adquiriron no hospital unha enfermidade que cumpre coa definición clínica de SRAS (cadro 1) e comezou nun único intervalo de 10 días.

Cadro 1: Definición clínica de caso\*

- Febre (38°C) e un ou máis dos síntomas seguintes: tose, dificultade para respirar, entencemento da frecuencia respiratoria; e
- evidencia radiolóxica de infiltrados pulmonares consistentes con pneumonía atípica ou SDR (ou necropsia con achados consistentes con pneumonía ou SDR sen que haxa unha causa identificable); e
- ausencia dun diagnóstico alternativo que poda explica-la enfermidade plenamente.

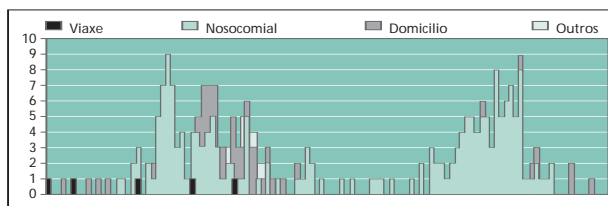
(\* Esta definición só serve ós propósitos da vixilancia.

Estas especificacións propostas non son fixas. Mentres a definición de unidade asistencial na que ocorre o agregado dependerá do seu tamaño—pode ser todo un centro sanitario se é pequeno, ou mesmo un único departamento ou sala dun hospital terciario—, tamén o número mínimo de casos "de alerta" que definen un agregado variará dependendo das circunstancias.

Polo demais, que se dea unha alerta suporá instaurar certas medidas que, en liñas xerais son: (1) illa-los doentes e instaurar, se non estiveran xa, medidas de precaución para evita-la transmisión; (2) proceder de inmediato ó diagnóstico de SRAS e (3) rexistrar e segui-los contactos estreitos dos casos ata que a SRAS sexa descartada como causa da enfermidade.

**Comentario.** Que a alerta SRAS propoña que se vixien os agregados de casos clinicamente compatibles en persoal relacionado coas unidades asistenciais, xustifícase pola epidemioloxía da SRAS. Nos lugares onde houbo transmisión local importante, o persoal sanitario, as persoas ingresadas e os visitantes dos hospitais véronse sempre envoltos nas primeiras etapas da transmisión. Despois apareceron casos nos domicilios do persoal sanitario e tamén na comunidade (ve-la figura 1).

Fig. 1 Casos de SRAS en Toronto, por lugar de transmisión



Polo tanto, agás nos raros casos nos que no inicio do abrocho se pode atopar un supertransmisor<sup>3</sup>, ou de episodios excepcionais como os de Amoy Gardens<sup>3</sup>, compre esperar que (alomenos alí onde non houbo transmisión local) a primeira sinal dun abrocho sexa unha agregación de casos clinicamente compatibles coa SRAS en persoas relacionadas cun centro sanitario.

**A vixilancia en Galicia.** Ó non ter casos de SRAS, Galicia é unha área de baixo risco e polo tanto vai desenvolver-la vixilancia nos termos propostos pola OMS (os da alerta SRAS). Nembargantes a vai completar coa vixilancia de certos "casos individuais", que cumpren coa definición clínica de caso (cadro 1) e teñen o antecedente de teren estado, nos 10 días previos ó comezo dos síntomas, nunha zona de potencial rexurdimento da SRAS<sup>4</sup>.

As instrucións para realiza-la vixilancia xa foron difundidas entre o persoal sanitario de atención primaria e dos hospitais de Galicia, e se poden consultar en: <http://dxsp.sergas.es>

Para rematar, compre lembrar que a vacinación antigripal, que xa se lle recomenda ó persoal sanitario para que non transmitan a gripe ós doentes, podería ser de axuda para evitar que se dean agregados de casos que se poden confundir cós da alerta SRAS.

<sup>1</sup> WHO. Alert, verification and public health management of SARS in post-outbreak period: 14 August 2003.

<sup>2</sup> O do control é un problema diferente, xa que a diferenza da vixilancia sábese ben que facer: nos centros sanitarios, un estricto control da infección, para impedir que o doente transmita a infección (illamento, mascarilla) e diminuí-la exposición dos seus contactos (mascarilla, vestimenta e limpeza axeitada), prestándolle especial atención a aquelas manobras que están asociadas a un maior risco de transmisión (intubación endotraqueal, broncoscopia,...). Na comunidade, información para que a poboación saiba dos síntomas da SRAS e do que debe facer cando os reconeça, e segui-los contactos dos casos para detecta-lo comezo dos síntomas e incia-lo proceso que leve ó diagnóstico da SRAS e ó illamento o máis axiña posible. Estas medidas locais se completan cos consellos de viaxe que desenvolveu a OMS e que amosaron a súa efectividade para evita-la difusión internacional da SRAS. Ó ser todas estas medidas moi eficaces, o problema do control radica en que necesitan a infraestrutura axeitada, entencemento e unha aplicación consistente para asegura-la súa efectividade.

<sup>3</sup> DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia 2003; vol XV, nº 6.

<sup>4</sup> PHLS. Guidance on identification, reporting and management of SARS patients in the UK in the post-outbreak period: 15 August 2003.

## SUMARIO

SÍNDROME RESPIRATORIA AGUDA SEVERA: MANTENSE A VIXILANCIA

A ERRADICACIÓN DA POLIOMIELITE: ANO 2002. PERSISTE A TRANSMISIÓN DE POLIOVIRUS SALVAXE

EN BREVE.: A GRIPE (2002/03) E A ENFERMIDADE PNEUMOCÓCICA INVASIVA (2001/02) EN GALICIA

ANEXOS I e II: SITUACIÓN DAS EDO NAS CUADRISEMANAS 4 E 5/ 2003

## A ERRADICACIÓN DA POLIOMIELITE: ANO 2002. PERSISTE A TRANSMISIÓN DE POLIOVIRUS SALVAXE

A pesares do esforzo realizado durante 2002, non foi posible interrompe-la transmisión de poliovirus salvaxe en todo o mundo, que era o que a OMS tiña previsto no seu plan estratéxico 2001-2005<sup>1</sup>; de feito, aumentou o número de casos de poliomiélite por poliovirus salvaxe (ve-la táboa 1). Sen embargo, e aínda que pode parecer-lo contrario, a erradicación da polio progresou porque a epidemia persiste só, como moito, en 7 países (ve-la táboa e a figura 1), porque máis do 80% dos casos ocorreron en 6 das 76 divisións administrativas que xuntan India, Nixeria e Pakistán; e porque un estado do norte da India, Uttar Pradesh, da conta el só do 60% dos casos mundiais.

Táboa 1. Casos de polio salvaxe no mundo (OMS<sup>2</sup>)

| Rexión OMS         | CASOS   |       | PAÍSES |      |
|--------------------|---------|-------|--------|------|
|                    | 2001    | 2002  | 2001   | 2002 |
| África             | 69      | 208   | 7      | 2    |
| América            | - vac - | 0     | - 2 -  | 0    |
| Mediterráneo-leste | 143     | 110   | 5      | 4    |
| Europa             | - imp - | 0     | 0      | 0    |
| Sueste de Asia     | 268     | 1.600 | 1      | 1    |
| Pacífico-Oeste     | - vac - | 0     | - 1 -  | 0    |
| Todos ➔            | 480     | 1.918 | 13     | 7    |

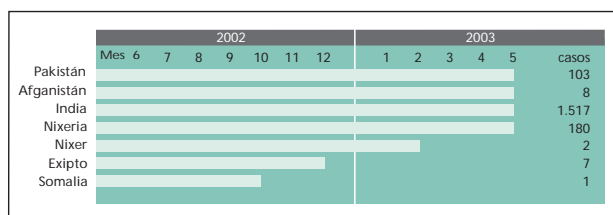
(a) [http://www.who.int/vaccines/cascount/case\\_count.cfm](http://www.who.int/vaccines/cascount/case_count.cfm)  
 (vac) virus vacinais; (imp) virus importados

Este atranco nas previsións do plan de erradicación, fixo que se convocase unha reunión extraordinaria do Grupo de asesoramento técnico do plan (TCG), coa fin de analiza-la situación nes meses de novembro de 2002 e face-las recomendacións que considerase necesarias. Sobre o estado da erradicación, o TCG opinou que a mediados de 2003 se podería interrompe-la transmisión de poliovirus salvaxe en Afganistán, Nixer, Somalia e mesmo Pakistán, mentres amosaba importantes dúbidas sobre as posibilidades que tiñan India, Nixeria e Exipto para acadala en 2003.

En India, a redución do número de actividades suplementarias de vacinación<sup>2</sup> a gran escala, combinada cos fallos do programa de vacinación sistemática en numerosas áreas do país, fixeron posible que os 268 casos de polio parálitica de 2001 medrasen a 1.600 en 2002, e que, por vez primeira na historia da erradicación, se reestablecese a transmisión de poliovirus salvaxe en áreas previamente ceibes dela.

Causas semellantes, na actualidade complicadas con outras de carácter político<sup>3</sup>, operaban en Nixeria, mentres en Exipto o estudo de mostras ambientais demostrou que había transmisión de poliovirus en extensas zonas do seu territorio, unha situación que quedara agachada tra-la baixa calidade da vixilancia da parálise flácida aguda (PFA).

Fig. 1. Países endémicos: Número de casos de polio declarados e data do último deles, de xuño de 2002 ata maio de 2003.



Ademais, na devandita reunión o TCG adiantou unhas recomendacións xa adoptadas noutra reunión, celebrada en abril de 2003, que supoñen un cambio táctico importante no plan de erradicación, consistentes en despraza-los recursos para concentralos nos sete países con epidemia de polio e darlle unha axeitada cobertura ós seis países cun maior risco de importación. Isto supón, por exemplo, que as 266 campañas de vacinación desenvolvidas durante 2002 en 93 países se van reducir, en 2003, a 51 campañas en 13 países.

Polo demais, a propia OMS salienta, xunto á certificación da súa Rexión Europea como ceibe de polio, outros tres feitos ocorridos en 2002: (1) que non se detectasen casos de polio nin en Sudán (país en guerra no que se chegou a facer unha tregua para desenvolver-las actividades do plan de erradicación) e en Etiopía; (2) que

mellorase o acceso en países como Afganistán, Angola e Somalia, que están en situación de emerxencia; e (3) que se teñan cumpridos xa 3 anos sen que fose detectado ningún caso debido a poliovirus salvaxe do tipo 2.

### A Rexión Europea da OMS

En xuño de 2002, a Comisión da Rexión Europea para a certificación da erradicación da poliomiélite (CRE) certificou á Rexión Europea da OMS como ceibe da transmisión indíxena de poliovirus salvaxe. A esta certificación chegouse 47 anos despois de que principiase a vacinación antipoliomiélica na rexión, e de máis dun lustro de esforzos especificamente orientados a acadala (ve-lo apéndice).

Tra-la certificación, os países da rexión<sup>4</sup> "deben manter elevados niveis de cobertura coa vacinación sistemática e unha vixilancia sensible para detecta-lo máis axiña posible calquera circulación de poliovirus", para poder responder en consecuencia, como ilustran os dous incidentes seguintes.

O primeiro, do que xa se dera conta noutro BEG<sup>5</sup>, ocorreu en Xeorxia cando remataba 2001 e o CRE estaba a piques de tomar unha decisión sobre a certificación da rexión. Detectouse un neno de 5 anos de idade con polio non parálitica debida a un poliovirus salvaxe tipo 1 que fora importado de India. Como resposta, en Xeorxia desenvolvéronse dúas roldas de días nacionais de vacinación, en febreiro e marzo de 2002, que acadaron unhas coberturas vacinais do 95%. Ademais, para asegurar que se trataba dunha importación illada, durante os meses de xaneiro e febreiro recolleéronse 740 mostras de feces en 11 hospitais, e en ningunha delas se illou poliovirus salvaxe.

Pola súa banda, o 8 de febreiro de 2002, en Armenia, preto da fronteira con Xeorxia, detectouse un caso de PFA nunha nena xeorxiana de 3 anos que non estaba vacinada. A pesares de que as mostras de feces foron negativas para poliovirus, en Armenia e tamén en Azerbaixán desenvolvéronse sendos días nacionais de vacinación, que acadaron námbolos dous países unha cobertura superior ó 95%.

O segundo incidente ocorreu en Romanía xa despois de que a Rexión acadase o certificado de que se atopaba ceibe de polio. O 9 de xullo de 2002, un neno de 5 meses de idade que non estaba vacinado desenvolveu unha PFA. Das súas feces illouse un poliovirus vacinal do tipo 1, o mesmo virus que foi detectado nos 5 contactos do caso (que tiñan de 1 a 5 anos de idade). O 30 de xullo tomáronse mostras de feces doutros 18 contactos da mesma comunidade xitana, que tiñan entre 1 e 7 anos, e en 3 deles (2 non estaban vacinados) illouse un poliovirus vacinal tipo 1. Ademais, entre o 31 de xullo e o 2 de agosto tomaronse-las mostras de feces a 59 nenos de 0 a 7 anos de idade que vivían na mesma e noutras cidades do departamento —Tulcea— onde vivía o caso, e só nun neno (que non estaba vacinado) se atopou un poliovirus vacinal tipo 2.

Como consecuencia desta situación, en Tulcea reforzouse a vixilancia, e ó carón dela estableceuse un sistema de revisión dos rexistros hospitalarios que se prolongaría ata o remate de 2002. Asemade, desenvolveuse unha campaña de vacinación de dobre rolda que se dirixiu ós nenos da comunidade xitana que tiñan menos de 7 anos e non estaban rexistrados nas listas de médicos de familia.

### Galicia

Durante 2002, o sistema de vixilancia de PFA establecido no eido do plan de erradicación da polio, detectou en Galicia dous casos en nenos galegos de menos de 15 anos de idade. Con estes casos, por segundo ano consecutivo, non se acadou a incidencia (3 casos) que indica unha vixilancia de calidade. Sen embargo, a diferencia do que ocorreu en 2001<sup>5</sup>, en 2002 non se detectou no CMDB hospitalario ningún caso máis susceptible de ser notificado. Por outra banda, nos 2 casos de 2002 se colleron mostras axeitadas de feces e non se detectou ningún poliovirus.

<sup>1</sup> DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*: vol. XIII, nº 2.

<sup>2</sup> DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*: vol. XI, nº 2.

<sup>3</sup> Raufu A. *BMJ* 2003; 327:380.

<sup>4</sup> WHO. *Weekly Epidemiological Record*: vol. 77, nº 27.

<sup>5</sup> DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*: vol. XIV, nº 3.

## APÉNDICE: HISTORIA DA ERRADICACIÓN EN EUROPA\*

En 1955, cando principiou a vacinación contra a poliomielite na Rexión europea da OMS, en Dinamarca e con vacina tipo Salk (VIP), estábanse a producir na rexión 28.590 casos anuais de polio paralítica infantil.

Nos tres anos que seguiron á introducción da vacina en Dinamarca, en case tódolos países da rexión principiou a vacinación con VIP, mentres en Estonia estíbese a desenvolver unha campaña con vacina tipo Sabin (VOP), que veu a demostrala súa seguridade e máis a súa capacidade para eliminar, nun curto período de tempo, a transmisión do poliovirus salvaxe en áreas xeográficas extensas.

### Anos sesenta

O éxito obtido coa VOP a finais dos anos cincuenta induciu a moitos países a introducir esta vacina a principios dos 60. Durante o primeiro quinquenio desta década (1961-65), a incidencia estimada de polio paralítica infantil na rexión era de 7.671 casos ó ano; cifra que supuña un descenso de preto do 47% respecto da incidencia dos primeiros anos da década dos cincuenta. Este importante descenso amosou con toda claridade o impacto que tivo a introducción da vacinación antipoliomielítica, coa que, aparentemente, se conseguiu interromper a transmisión do virus salvaxe en 12 países.

### Anos setenta

En 1975 o número estimado de casos de polio paralítica que ocorreron na rexión foi só de 1.119, o que supuña un descenso do 85% respecto dos casos notificados na década anterior. Durante a década dos 70, o feito máis salientable foi, quizais, un brocho que ocorreu en Holanda durante 1978-89. Afectou a 80 persoas dun grupo que rexeitaba a vacinación por motivos relixiosos. O brocho debeuse a un virus de probable orixe turco e que logo foi exportado ós EEUU e Canadá, onde produciu 10 e 11 casos respectivamente.

### Anos oitenta

A década dos oitenta principiou cunha incidencia aínda máis reducida: en 1980 estimábase en 209 casos, un 81% menos que os de 1975. A extensión xeográfica da transmisión de poliovirus salvaxe reduciuse significativamente nesta década, xa que aparentemente a transmisión interrompeuse en 12 países máis, entre os que se atopaba España (ver logo).

En 1985, en Finlandia, despois de pasar dúas décadas ceibe de polio, ocorreu un brocho (9 casos) que estaba vencellado a cepas de poliovirus tipo 3 que por entón circulaban polos países do Mediterráneo. Nese mesmo ano, 1985, a Rexión Europea estableceu o obxectivo de non ter ningún caso autóctono de polio salvaxe na rexión para o ano 2000; un obxectivo que en 1989 se cambiou polo de acadala eliminación ó mesmo tempo que se elaboraba o primeiro plan de acción para logralo. (Un ano antes, a Asamblea Mundial de Saúde adoptara a resolución de erradicar a poliomielite do mundo para o ano 2000).

### Anos noventa

O derradeiro ano da década dos oitenta rematou con 350 casos notificados de polio, e a descrición da epidemioloxía da poliomielite na rexión durante os anos posteriores tense que facer xa como unha relación dos brochos ocorridos en diferentes territorios xeográficos (ve-la cadro 1).

Cadro 1: Relación de brochos de polio salvaxe ocorridos na Rexión Europea de 1990 ata 1996 (entre paréntese indicanse o número de casos do brocho).

|      |                                                      |
|------|------------------------------------------------------|
| 1990 | Azerbaián (182), Xeorxia (36)                        |
| 1991 | Romania (13), Tajikistán (111)                       |
| 1992 | Ucrania (27), Iugoslavia (10), Holanda (71)          |
| 1993 | Azerbaián (69), Uzbekistán (68)                      |
| 1994 | Uzbekistán (120)                                     |
| 1995 | Chechenia, Rusia (150)                               |
| 1996 | Albania (138), que se estende a Grecia e Kosovo (25) |

Estes brochos producíronse, obviamente, polo acumulo de persoas sen vacinar, debido tanto á insuficiencia dos programas de vacinación que operaban neses territorios (en Chechenia, por exemplo, a vacinación practicamente cesou a principios dos noventa), como á resposta insuficiente cando xa ocorreu o brocho (por

exemplo, en Uzbequistán en 1994). Por outra banda, o acumulo de susceptibles que fixo posible o brocho de Holanda en 1992 debeuse, unha vez máis, a que unha comunidade enteira rexeitaba a vacinación por motivos relixiosos.

Como se observa no cadro 1, excepto o brocho ocorrido en Holanda, o problema principal do control da polio atopábase nos países do centro e o leste da Rexión. Por iso, xa en 1993 se creou un comité (European Region Polio Pus Committee), destinado a financiar as operacións da erradicación nos países da Rexión, e ó ano seguinte establecéronse uns novos comités para integrar e financiar a vacinación infantil nos Novos Estados Independentes formados ó desaparece-la URSS. Estes comités aprobaron a operación MECACAR, promovida por dúas rexións da OMS, a Europea e a do Mediterráneo leste, co fin de coordinar os esforzos para eliminar a transmisión de polio dos seus territorios. Esta operación resultou definitiva para acadalo mencionado fin.

As actividades da operación MECACAR principiaron con dúas campañas de vacinación desenvolvidas en abril e maio de 1995, e ó longo de 3 anos desenvolveu os seus esforzos en 18 países e áreas do Mediterráneo (ME), do Cáucaso (CA) e de Asia Central (CA). O grande éxito desta operación fixo que os países participantes a renovasen en 1997 (MECACAR plus) por un período de 3 anos máis, para poder manter a súa colaboración e desenvolver coordinadamente novos días sub-nacionais de vacinación. Posteriormente, en 2001, este compromiso volveu a prorrogarse por 3 anos máis.

Froito da operación MECACAR, en 1997 só se notificaron 11 casos de polio salvaxe autóctona na rexión: 1 en Tajikistán e 6 en Turquía, país no que durante 1998 se desenvolveu o último brocho de polio salvaxe autóctona (26 casos) e onde ocorreu, en novembro, o último caso autóctono.

Desde entón ata xullo de 2002, cando a Comisión para a Certificación otorgou o certificado á rexión, os incidentes que ocorreron foron axeitadamente resoltos.

### En España\*

A VIP introduciuse en 1955, mais tivo unha difusión reducida que apenas afectou á incidencia de polio. Esta non diminuíu ata despois de 1963, ano no que se desenvolveu a primeira campaña nacional de vacinación, que ía dirixida ós nenos de 2 meses a 7 anos de idade. A campaña realizouse en dúas etapas; a primeira en novembro, con VOP monovalente para o poliovirus tipo 1 (o responsable do 85% dos casos) e coa que se acadou unha cobertura do 95%; a segunda, en abril de 1964, para administrar unha segunda dose de VOP trivalente e coa que se acadou unha cobertura do 99%.

O impacto da campaña foi inmediato: de 2.132 casos notificados en 1959, pasouse a 193 en 1964 e 70 en 1965.

As campañas de vacinación persistiron con periodicidade anual (primavera e outono), empregando VOP trivalente e dirixidas ós nenos de 3 meses a 3 anos de idade. Con esta estratexia diminuíu a cobertura (70%), e a incidencia de polio medrou ata os 150-250 casos anuais, que se concentraban en nenos sen vacinar ou vacinados incorrectamente.

Por iso, en 1967 se engadiu unha terceira dose de VOP trivalente ás 6 semanas de recibiren a 2ª dose. En 1972, voltouse á VOP monovalente para a 1ª dose e as campañas ampliáronse para poder acoller nenos de ata 5 anos. Tamén en 1972, en outono, se engadiu unha coarta dose ó ingresar na escola (6-8 anos). Chegados a este punto, recomendouse implantar un calendario vacinal de administración continua, con 3 doses iniciais (3, 5 e 7 meses) e outras de recordo ós 18 meses, 3 e 6 anos.

A partir de 1976 a incidencia da polio descendeu de xeito rápido e continuado ata que en 1982 (data dos últimos casos en Galicia) e 1983, se detectaron máis casos de polio asociados á VOP de compría esperar, polo que se retirou esa vacina. En 1987 ocorreu en España o último brocho autóctono (11 casos), e desde entón ata hoxe mantense interrompida a transmisión de poliovirus salvaxe.

\* Extracto do documento "Milestones in Poliomyelitis Eradication. European Region of the World Health Immunization", que se atopa en: <http://www.who.dk/document/POL/eeurotime.pdf>

† Pachón I. Evolución histórica da poliomielitis. 1º Congreso de la Asociación Española de Vacunología. Cádiz, 2001.

## En breve...

## A GRIPE (2002/03) E A ENFERMIDADE PNEUMOCÓCICA INVASIVA (2001/02) EN GALICIA

Dende o 29 de setembro ata o 21 de novembro desenvólvese a campaña de vacinación conxunta antigripal e antipneumocócica 2003. Nela ofrécense a tódalas persoas de máis de 64 anos de idade ou con certos factores de risco a vacina antigripal, e ás que non se vacinasen en anos anteriores tamén a vacina antipneumocócica<sup>1</sup>; co obxectivo, no caso da gripe, de diminuí-la frecuencia das súas complicacións ou impedi-la transmisión ás persoas con factores de risco<sup>2</sup>, e no caso da enfermidade pneumocócica, diminuí-la frecuencia da enfermidade invasiva.

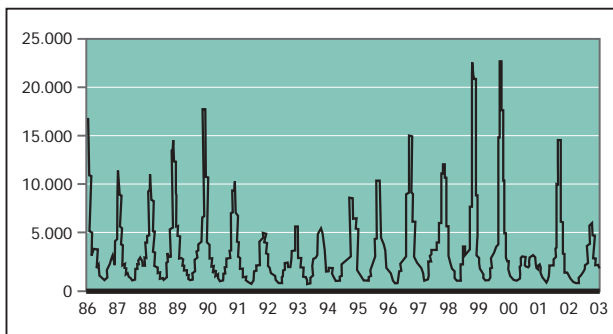
Neste BEG coméntase o comportamento durante a temporada 2002/03 de tres dos factores que, xunto á cobertura vacinal e a distribución dos factores de risco, determinan a repercusión poboacional da gripe: a intensidade da circulación de virus, o tipo de virus predominante e o axuste entre as cepas da vacina e as circulantes. Ademais, coméntase tamén a incidencia de enfermidade pneumocócica invasiva en Galicia nun período, o bienio 2001-2002, de especial interese pola incorporación das vacinas antipneumocócicas.

## A GRIPE NA TEMPORADA 2002/03

Durante a temporada 2002/03 a incidencia de gripe foi bastante baixa, e tivo un comportamento que fai lembrar ó que se observara nos primeiros anos da década dos noventa máis que o da tempada do 2000/01, na que excepcionalmente non se produciu o característico pico anual (ve-la figura 1).

Pode que estas baixas incidencias se deban a que durante a meirande parte da temporada foi absoluto o predominio dos virus do tipo B<sup>3</sup>, que non adoitaban producir grandes epidemias anuais, xa que só afectan de xeito importante ós máis xóvenes<sup>4</sup>. Neste senso, a vixilancia da gripe polo 061<sup>5</sup> indica que, comparada coa temporada precedente, o número de chamadas por gripe decreceu un 22% nos nenos de 0 a 4 anos de idade, un 30% nos de 5 a 19 anos e entre o 47 e o 60% nos de 20 ou máis.

Fig.1 Casos semanais de gripe notificados en Galicia de 1983 a 2003



Só cando estaba xa a diminuí-la actividade gripal se illaron virus A(H1N1)<sup>3</sup>, e as súas cepas, como as de tódolos illados durante a temporada, agás algunha A(H3N2), eran antixénicamente semellantes ás cepas que contía a vacina que se empregou na campaña 2002, que son as mesmas da actual campaña do 2003<sup>6</sup>.

## ENFERMIDADE PNEUMOCÓCICA INVASIVA NO BIENIO 2001/02

A enfermidade pneumocócica invasiva (EPI), que se define como o illamento de *S. pneumoniae* no sangue, LCR ou en calquera outro lugar normalmente estéril, ten en Galicia unha incidencia anual en torno ós 8 casos por cen mil habitantes (ve-la táboa 1), que é notablemente inferior á de outros países. Mais, hoxe en día téndese a considerar que estas diferencias son en certa medida "artificiais"<sup>7</sup>, que en boa parte se deben a diferencias na práctica de petición de hemocultivos, entre outras razóns porque a incidencia de EPI con meninxite (EPM) tende a ser igual nos países que teñen moita e pouca EPI<sup>8</sup>. (Neste senso, pódense compara-las incidencias totais da táboa 1 coas dos EEUU en 2000<sup>9</sup>: 21 e 1'2 casos por cen mil de EPI e EPM, respectivamente.)

Esta dependencia dunha práctica que pode variar notablemente tamén dentro dun mesmo país, xa complica abondo a análise dos datos de incidencia de EPI, mais no noso caso a esa dificultade hai que lle engadi-la derivada do número tan pequeno de casos que ocorren en certos grupos de idade; por exemplo, cada ano en Galicia ocorren uns 20 casos de EPI nos nenos de menos de 5 anos de idade. Por iso aquí preséntanse as incidencias anuais con datos de varios anos, os do bienio 01/02 e os do trienio 98/00, que se tomará como referencia xa que precede tanto á primeira campaña de vacinación das persoas con máis de 64 anos, que se desenvolveu no derradeiro cuatrimestre de 2000 e empregou unha vacina plana 23 valente (v32<sup>9</sup>); e precedeu tamén á comercialización, en 2001, da vacina conxugada 7-valente (v7<sup>7</sup>) que se emprega nos máis cativos.

Táboa 1. Incidencia de EPI e EPM en Galicia: 1998-02 –casos por cen mil habitantes e ano–

| Idade        | ENFERMIDADE INVASIVA |            | MENINXITE  |            |
|--------------|----------------------|------------|------------|------------|
|              | 2001-02              | 1998-00    | 2001-02    | 1998-00    |
| < 2          | 47'7                 | 27'3       | 4'3        | 10'0       |
| 2 a 4        | 20'3                 | 19'2       | 1'0        | 4'7        |
| < 5          | 31'2                 | 22'4       | 2'3        | 6'8        |
| 5 a 9        | 2'7                  | 1'1        | 1'3        | 0'0        |
| 10 a 24      | 1'1                  | 1'5        | 0'1        | 0'1        |
| 25 a 64      | 6'5                  | 5'5        | 0'8        | 1'2        |
| > 64         | 15'5                 | 19'4       | 1'0        | 2'3        |
| <b>Total</b> | <b>8'4</b>           | <b>8'2</b> | <b>0'8</b> | <b>1'0</b> |

Fonte: Laboratorios de microbioloxía do Sergas

Como se observa na táboa 1, a incidencia anual de EPI nábómbolos dous períodos é moi semellante, e o mesmo se pode dicir da de EPM. Nembargantes, ó considera-los diferentes grupos de idade chaman a atención certos comportamentos que, polo de agora, non poden ter valor máis que como indicios. Por exemplo, nos nenos de menos de 2 anos de idade a incidencia de EPI en 01/02 case dobra á de 98/00, mentres a de EPM non chega a se-la metade da que fora. En ningún dos outros grupos de idade ocorre que os cambios de EPM e EPI, da que aquela forma parte, vaian en sentido inverso.

Como queira que entre o derradeiro trimestre de 2001 e os tres primeiros de 2002 estiveron en farmacia dosis de v7<sup>7</sup> en número suficiente para que puidesen recibila serie completa o 15% dos nados nun ano en Galicia (e o 21% se se consideran só 3 dosis), poderíase especular cun posible efecto da vacina, mais —e sen esquecer que habería que asumir un certo cambio na práctica da petición de hemocultivos— toda especulación dese tipo carece polo de agora de sentido polo número tan pequeno de casos.

Outro comportamento que chama a atención é o do grupo de máis de 64 anos de idade, que é o único no que diminuíron tanto a EPI (un 23%) como a EPM (un 67%). Sen embargo esta diminución non se pode atribuír de certo á vacinación, aínda que aquí o número de casos (uns 90 ó ano de EPI) non é un problema, posto que non hai constancia da estabilización das prácticas diagnósticas nin do estatus vacinal dos doentes. Nembargantes, ó considerar que a cobertura vacinal acumulada no grupo é de preto do 60%<sup>9</sup>, que a eficacia da v32<sup>9</sup> para evita-la EPI de preto do 50%<sup>10</sup>, e que a vacina cubre preto do 90% dos serotipos responsables da EPI no noso medio<sup>11</sup>, si se pode afirmar que a diminución observada (23%) é perfectamente compatible co efecto que cabería esperar que tivesen as campañas (27%).

<sup>1</sup> Cosellería de Sanidade. Circular 7/03.<sup>2</sup> Ve-lo artigo sobre a SRAS neste BEG.<sup>3</sup> Datos do Centro Nacional de Epidemiología.<sup>4</sup> DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia 1998; vol XI, nº 5.<sup>5</sup> DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia 2002; vol XV, nº 2.<sup>6</sup> WHO. Wkly Epidemiol Rec 2003; 78:77.<sup>7</sup> DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia 2000; vol XIII, nº 6.<sup>8</sup> CDC. ABCs report 2000 (<http://www.cdc.gov/incidod/abcs>).<sup>9</sup> DXSP. Informe da campaña de vacinación 2002.<sup>10</sup> Jakson et al. New Engl J Med 2003; 348: 1747-55.<sup>11</sup> DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia 2002; vol XII, nº 4.

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA

TELÉFONOS DIRECTOS EPIDEMIOLÓXICA  
Horario de oficina (8 a 15 h.)

A CORUÑA  
981 185 834

LUGO  
982 294 114

OURENSE  
988 386 339

PONTEVEDRA  
986 805 872

**SAEG**

EPIDEMIÓLOGO DE GARDA  
Fóra do horario de oficina  
649 82 90 90

A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

**DIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE PÚBLICA**

Servicio de Información sobre Saúde Pública

Tel.: 981 542 929 / Fax: 981 542 970

E-mail: dxsp.vixepi@sergas.es

**XUNTA DE GALICIA**  
CONSELLERÍA DE SANIDADE  
Dirección Xeral de Saúde Pública