

## SUMARIO

O CONSUMO DE TABACO EN GALICIA, 2005 .....	1
TERCEIRA REUNIÓN DA COMISIÓN ASESORA DO PLAN GALEGO DE PREPARACIÓN E RESPOSTA Á PANDEMIA DE GRIPE .....	3
A ERRADICACIÓN DA POLIOMIELITE: ANO 2005. AS VACINAS MONOVALENTES .....	4
ANEXOS I e II: SITUACIÓN DAS EDO NAS CUADRISEMANAS 10 E 11/ 2005 .....	anexos I e II

## O CONSUMO DE TABACO EN GALICIA, 2005

**Introdución.** O tabaquismo é un hábito que se popularizou na sociedade a medida que transcorría o século XX. A pesar de que se apuntou que hábito non é o termo apropiado, e que se debería catalogar como unha adicción, isto último non é percibido deste xeito por un sector da poboación que segue fumando ou que se incorpora a fumar.

O consumo de tabaco constitúe un problema de saúde pública, principalmente nos países desenvolvidos, tanto pola súa elevada prevalencia como pola morbilidade e mortalidade asociadas ao seu consumo.

A administración sanitaria galega ten establecidas políticas orientadas a previr o inicio e a diminuír o consumo de tabaco na poboación ou en colectivos específicos como os adolescentes e as mulleres. Continúas e desenvolver outras estratexias, que permitan inverter de xeito considerable a prevalencia do consumo de tabaco, seguirá a ser unha prioridade ineludible para a devandita administración, que para deseñar e avaliar as intervencións ten que coñecer polo miúdo a prevalencia do tabaquismo na poboación galega, e mesmo tamén aqueles factores que determinan, inflúen ou condicionan o seu consumo. Para satisfacer estes obxectivos realizouse unha enquisa da cal parte dos resultados resúmense neste BEG. Na páxina web da DXSP (<http://dxsp.sergas.es>) no apartado tabaco, na área de traballo de non transmisibles, atópase un documento anexo onde se amplían os datos proporcionados neste informe, o cal se refire como DADA, Documento Anexo con Datos Ampliados, e o cuestionario empregado na enquisa.

**Descrición da enquisa.** A enquisa deseñouse para garantir a representatividade en 6 estratos de poboación definidos en función do sexo e o grupo de idade: 16 a 24, 25 a 44 e 45 a 74 anos. Incluíronse 6.492 persoas residentes en Galicia no conxunto dos seis estratos, que foron seleccionadas por mostraxe aleatoria simple usando como marco mostral a base de datos de Tarxeta Sanitaria, que ten unha cobertura aproximada do 97% da poboación residente en Galicia.

A entrevista realizouse maioritariamente por teléfono (91%), e foi presencial cando non constaba un número de teléfono na devandita base de Tarxeta Sanitaria. Aproximadamente o 15% das persoas seleccionadas negáronse a participar, mais só o 4% apuntaron que o motivo da súa negativa era que non querían colaborar nun estudo sobre consumo de tabaco. Todos os rexeites foron reempazados.

O traballo de campo realizouse entre novembro de 2004 e xaneiro de 2005, polo que se pode considerar que os resultados reflicten o que sucedía en Galicia a 1 de xaneiro de 2005.

Ademais dos datos sobre o consumo de tabaco, na enquisa preguntouse por outros referidos a unha serie de variables, como os ingresos económicos, o nivel educativo e a situación laboral, que en numerosos estudos aparecen asociados a diferentes prevalencias de consumo<sup>1</sup>. Comparouse a distribución destas variables na mostra da enquisa coa

que teñen na poboación galega, segundo indican os datos do Instituto Galego de Estatística<sup>2</sup>. Neste senso, cómpre salientar que a distribución do nivel de estudos e da situación laboral son semellantes na mostra e na poboación, e que esta comparación non se puido facer cos ingresos familiares pola baixa resposta obtida na enquisa (só respostaron o 54% dos enquisados).

Polo demais, os datos que se presentan a continuación están axustados ao deseño coas estimacións puntuais seguidas polo intervalo de confianza ao 95% entre parénteses, por exemplo (28-30). As preguntas da enquisa relacionadas co tema concreto comentado indícanse entre corchetes, por exemplo [p.13].

**Relación da poboación galega co consumo de tabaco.** Para describir a relación da poboación galega co consumo de tabaco empréganse as seguintes catro categorías:

- *Endexamais fumador:* Persoa que nunca fumou e actualmente non fuma.
- *Exfumador:* Persoa que fumou a diario ou ocasionalmente e actualmente non fuma.
- *Fumador ocasional:* Persoa que fumou a diario ou ocasionalmente e na actualidade non fuma a diario.
- *Fumador diario:* Persoa que fumou a diario ou ocasionalmente e na actualidade fuma a diario.

Nas táboas 1 a 3 móstranse, por sexo e grupo de idade, as prevalencias de cada unha destas categorías. Nelas pódese comprobar que o 29% (28-30) dos galegos de idades comprendidas entre 16 e 74 anos son consumidores de tabaco (táboa 1), que o 25% (24-26) son fumadores diarios e o 4% (3'5-4'5) son fumadores ocasionais (táboa 2), que o 22% (21-23) son exfumadores e o 49% (48-51) endexamais fumaron (táboa 3).

Os datos da enquisa mostran que a relación co consumo de tabaco varía de xeito importante coa idade e o xénero. A pesar de que homes e mulleres nos grupos de idade de 16 a 24 e 25 a 44 anos teñen prevalencias de consumo semellantes (táboa 1), nos máis novos hai unha prevalencia de consumo ocasional lixeiramente maior (táboa 2), e no grupo de 25 a 44 anos hai considerablemente máis exfumadores, especialmente entre os homes (táboa 3). Polo tanto, o grupo de 16 a 24 anos tivo menos relación co tabaco que o de 25 a 44 (táboa 3).

A menor prevalencia de consumo atópase no grupo de 45 a 74 anos, tanto en homes como en mulleres (táboa 1). Nos homes isto débese a que neles se atopa a maior prevalencia de exfumadores e nas mulleres a maior prevalencia de endexamais fumadoras (táboa 3).

Hoxe en día, preto de 7 de cada 10 galegos con idades comprendidas entre 16 e 74 anos non fuman, dos que a meirande parte endexamais fumaron, non sendo os varóns con idades entre os 45 e os 74, onde a prevalencia de exfumadores supera á de endexamais fumadores (táboa 3).

NOVIDADES NA WEB DA DXSP (<http://dxsp.sergas.es>)

- Área de traballo: Aplicacións e datos: Epidat: versión 3.1.
- Área de traballo: Transmisibles [sida]: Informe do Rexistro Galego da SIDA 1984-2003.
- Área de traballo: Transmisibles [gripe]: Preparación fronte á pandemia: Plan galego de preparación e resposta.
- Área de traballo: Transmisibles [gripe]: Gripe aviar: consellos a viaxeiros.

Táboa 1. Prevalencia (intervalo de confianza ao 95%) de fumadores e non fumadores en Galicia: 1 de xaneiro de 2005

	NON FUMADORES (%)			FUMADORES (%)		
	Homes	Mulleres	TOTAL	Homes	Mulleres	TOTAL
16-24 anos	61'4 (58'6-64'2)	63'7 (61'0-66'5)	62'6 (60'6-64'5)	38'6 (35'8-41'4)	36'3 (33'6-39'0)	37'4 (35'5-39'4)
25-44 anos	58'2 (55'3-61'0)	65'9 (63'1-68'6)	61'9 (60'0-63'9)	41'9 (39'0-44'7)	34'1 (31'4-36'9)	38'1 (36'1-40'0)
45-74 anos	72'9 (70'3-75'5)	91'0 (88'6-93'4)	81'5 (79'7-83'3)	27'2 (24'5-29'7)	9'0 (6'7-11'4)	18'5 (16'7-20'3)
TOTAL	65'5 (63'8-67'2)	76'8 (75'2-78'4)	71'0 (69'8-72'2)	34'5 (32'8-36'2)	23'2 (21'6-24'8)	29'0 (27'8-30'2)

Táboa 2. Prevalencia (intervalo de confianza ao 95%) de fumadores diarios e ocasionais en Galicia: 1 de xaneiro de 2005

	FUMADORES DIARIOS (%)			FUMADORES OCASIONAIS (%)		
	Homes	Mulleres	TOTAL	Homes	Mulleres	TOTAL
16-24 anos	31'2 (28'6-33'9)	29'7 (27'1-32'2)	30'4 (28'6-32'3)	7'4 (5'9-8'8)	6'6 (5'2-8'0)	7'0 (6'0-8'0)
25-44 anos	37'0 (34'3-39'7)	30'2 (27'6-32'9)	33'7 (31'8-35'6)	4'9 (3'6-6'1)	3'9 (2'8-5'0)	4'4 (3'6-5'2)
45-74 anos	22'6 (20'2-25'1)	8'1 (5'9-10'3)	15'7 (14'1-17'4)	4'5 (3'3-5'7)	0'9 (0'1-1'7)	2'8 (2'0-3'5)
TOTAL	29'5 (27'9-31'1)	20'2 (18'7-21'8)	25'0 (23'9-26'1)	5'0 (4'3-5'8)	3'0 (2'4-3'6)	4'0 (3'5-4'5)

Táboa 3. Prevalencia (intervalo de confianza ao 95%) de exfumadores e endexamais fumadores en Galicia: 1 de xaneiro de 2005

	EXFUMADORES (%)			ENDEXAMAIS FUMADORES (%)		
	Homes	Mulleres	TOTAL	Homes	Mulleres	TOTAL
16-24 anos	9'4 (7'8-11'1)	9'3 (7'7-10'9)	9'3 (8'2-10'5)	52'0 (49'1-54'9)	54'5 (51'7-57'3)	53'2 (51'2-55'3)
25-44 anos	21'7 (19'4-24'1)	18'8 (16'5-21'0)	20'3 (18'7-21'9)	36'4 (33'6-39'2)	47'1 (44'3-50'0)	41'7 (39'7-43'7)
45-74 anos	40'4 (37'4-43'4)	11'6 (9'0-14'3)	26'7 (24'7-28'7)	32'5 (29'6-35'4)	79'4 (76'0-82'7)	54'8 (52'6-56'9)
TOTAL	28'8 (27'1-30'5)	14'2 (12'7-15'7)	21'7 (20'6-22'8)	36'7 (34'9-38'5)	62'7 (60'7-64'6)	49'3 (48'0-50'6)

### O CONSUMO DE TABACO EN GALICIA: FUMADORES DIARIOS

Como quedou dito, o 25% (24-26) da poboación galega con idades comprendidas entre os 16 e os 74 anos son fumadores diarios. A prevalencia de consumo é maior nos homes que nas mulleres, aínda que esta diferenza débese case exclusivamente á prevalencia observada nas mulleres de 45 a 74 anos de idade (táboa 1). Pero, ademais da prevalencia, diversos factores relacionados directamente co consumo de tabaco son relevantes para o deseño e a avaliación das medidas de control. Entre eles cómpre salientar os seguintes:

**O inicio e a consolidación do hábito.** Evitar que a poboación escomece a fumar é un dos obxectivos básicos das políticas orientadas ao control do tabaquismo. Por iso é necesario coñecer a idade na que a poboación mantén os seus primeiros contactos co tabaco (ie, idade de inicio ou de experimentación [p.7]) e a idade á que empeza a fumar de xeito regular (ie, idade de consolidación [p.11]) para saber a que colectivos se deben dirixir as intervencións orientadas a acadar o devandito obxectivo.

En conxunto, os fumadores diarios galegos entre 16 e 74 anos, probaron por primeira vez o tabaco aos 16'2 anos (16'0-16'4) de media. Non se atopan diferenzas en canto ao xénero e si en función dos diferentes grupos de idade, xa que a medida que avanza a idade da poboación posponse a idade de inicio, especialmente no caso das mulleres (DADA táboa 2.1).

Os fumadores diarios galegos tardan aproximadamente 2 anos e medio en consolidar o seu hábito despois de probar o tabaco. Deste xeito a idade de consolidación é 18'8 anos (18'6-19'1). En conxunto, a idade media á que os homes consolidan o consumo é anterior á das mulleres (18'6 anos vs 19'2 anos). A medida que a poboación é máis xoven diminúe o tempo que tardan en consolidar o consumo (DADA táboa 2.2). Deste xeito, o grupo de 45 a 74 anos tardou aproximadamente 3 anos en empezar a fumar de xeito regular, e a mocidade de 16 a 24 anos non tarda nin 2 anos. Nos homes isto é debido a que se adianta a idade de consolidación e nas mulleres a que se adianta tanto a idade de experimentación como a de consolidación (DADA figura 2.1).

**Tipo de labores consumidas.** Baixo o epígrafe fumador inclúense diferentes tipos de consumidores doutros tantos tipos de substancias. Preguntóuselles aos fumadores que tipo de labor de tabaco consumían; as opcións dadas foron [p.13]: cigarros rubios, negros, puros, pipas, puriños ou picadura. Coñecer o tipo de substancias que consumen os fumadores é importante, xa que isto está relacionado co maior ou menor risco de desenvolver enfermidades asociadas co consumo de tabaco<sup>3,4,5</sup>.

O 93% dos fumadores diarios galegos con idades comprendidas entre os 16 e 74 anos consomen unha única labor de tabaco.

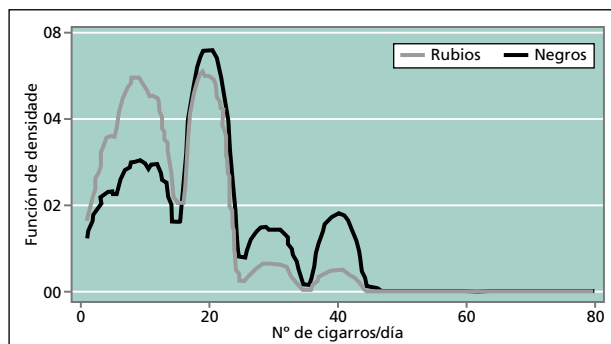
O 75% dos fumadores diarios galegos (73-77) consomen só cigarros rubios; mentres que o 18% (16-20) fuman unicamente cigarros negros, aproximadamente o 1'3% (0'7-2) fuman ambas labores e o consumo doutro tipo de tabaco é desprezable (DADA táboa 2.3).

Este documento céntrase nas diferenzas de consumo entre tabaco rubio e negro por dúas razóns; a primeira é a baixa prevalencia de consumo doutras labores e a segunda, son os diferentes riscos que para a saúde supón o consumo destas dúas labores, como se dixo antes.

O consumo de cigarros negros non supera en ningún grupo de idade ao de cigarros rubios e é sempre superior nos homes que nas mulleres. Ademais, o consumo de tabaco negro só é relativamente importante entre os homes de 45-74 anos, cunha prevalencia de consumo do 39% (33-45) mentres que no grupo máis novo non chega nin ao 2% (DADA táboa 2.4, figura 2.2).

**Número de cigarros fumados.** Ademais de coñecer o tipo de tabaco que se fuma é imprescindible saber canto se fuma [p.14]. Débese destacar que non existe un umbral de seguridade asociado co consumo e que o incremento do risco é dose dependente, canto máis se fuma máis risco hai de desenvolver unha enfermidade relacionada co consumo de tabaco, ata chegar a un punto de saturación, umbral de consumo a partir do cal o risco mantense case estable<sup>6</sup>. O consumo medio de cigarros ao día é maior nos fumadores de tabaco negro (19 cigarros/día (18-21)) que nos de rubio (14'4 cigarros/día (13'9-15)). Independentemente do tipo de tabaco consumido, o consumo é maior nos homes que, por termo medio, consomen ao día 4 cigarros máis. Se ademais analizamos o grupo de idade as diferenzas mantéñense, e o grupo máis novo e as mulleres maiores son os que fuman menos (DADA táboas 2.5, 2.6).

Figura 1. Distribución do consumo (en cigarros/día) dos fumadores diarios, en función do tipo de cigarros consumidos, en Galicia (2005).

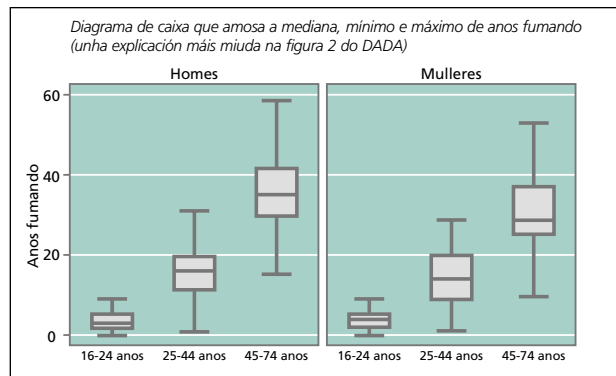


Cómpre destacar as diferenzas que existen entre a distribución da cantidade consumida, medida como cigarros/día, en función do tipo de tabaco (rubio ou negro). Na figura 1, vese que os fumadores galegos son consumidores, principalmente, de menos de 20 cigarros ao día, e que o consumo é diferente en función da labor consumida só en grandes fumadores (consumo superior a 20 cigarros/día) e en fumadores lixeiros (consumo inferior a 10 cigarros/día). No caso dos fumadores lixeiros, ao analizar a distribución da figura 1, destaca a aparición dun pico de consumo diferente nos fumadores de cigarros rubios e negros. O pico que se atopa no caso do consumo de cigarros rubios é debido á cantidade de cigarros fumados polas mulleres e polos máis novos, que non superan o consumo medio de 13 cigarros/día. Este pico non aparece no consumo de cigarros negros, que a pesar de ter un consu-

mo minoritario tanto nas mulleres como nos máis novos, os que fuman fano por termo medio en cantidades superiores. Nos grandes fumadores as diferenzas entre cigarros consumidos en función da labor de tabaco explícase polo elevado consumo de cigarros negros nos homes de 25-44 anos e, principalmente, de 45-74 (DADA táboa 2.6).

**A duración.** Os anos de consumo inflúen no aumento do risco de padecer enfermidades relacionadas co tabaco. Ao construír esta variable asúmese que hai un continuo entre a idade na que un fumador consolidou o consumo e o momento actual, sempre que ese individuo se declare fumador (idade-[p11]). En conxunto, a poboación galega fumadora diaria, con idades comprendidas entre 16 e 74 anos, leva fumando unha media de 18'6 anos (18'3-19). En global os homes levan fumando 6 anos máis cas mulleres (21 vs 15). Isto está influenciado pola tardanza das mulleres de 45 a 74 anos en consolidar o consumo (figura 2, DADA táboa 2.7, figura 2.4).

Figura 2. Anos fumando dos fumadores diarios, en función do sexo e grupo de idade, en Galicia (2005).



**A dependencia física.** Coñecer o grao de dependencia nicotínica nunha poboación é importante porque condicionará as terapias a desenvolver para axudar ás persoas a deixar de fumar.

Para valorar a dependencia da nicotina empregouse o test de Fagerström<sup>7</sup>. Este test componse de 6 preguntas curtas que permiten clasificar á poboación fumadora segundo a súa dependencia física. Considéranse 4 categorías de dependencia: ningunha (0 puntos), lixeira (entre 1 e 3 puntos), moderada (de 4 a 6 puntos) e alta (de 7 a 10 puntos).

O 22% (20-24) dos fumadores diarios galegos con idades comprendidas entre 16 e 74 anos non presentan dependencia nicotínica. Os valores de dependencia varían en función do sexo nos grupos extremos (dependencia alta e non dependencia). O 8% (6-10) dos homes teñen unha dependencia alta fronte ao 4% (3-6) das mulleres. Se ben estas diferenzas son máis importantes no caso da non dependencia onde a porcentaxe de mulleres que se atopan neste grupo é do 30% (26-34) fronte ao 17% (14-19) dos homes. Estas diferenzas móstranse máis claras a medida que se avanza nos grupos de idade (DADA táboa 2.9).

**A intención de deixar de fumar.** Para un fumador deixar de fumar non é un feito casual, senón que é o resultado final dun proceso que pasa por diferentes fases ou etapas. Polo tanto, saber en que etapa no proceso de abandono do consumo está a poboación axudará na planificación e instauración de tratamentos axeitados.

O 44% (42-47) dos fumadores diarios galegos fixeron algún intento serio para deixar de fumar; a media de intentos é de 2. Ademais ao 78% (76-81) dos fumadores diarios gustaríalles deixar de fumar se lles fora doado facelo. Non existen diferenzas importantes nin en función do sexo nin do grupo de idade (DADA táboas 2.10, 2.11, 2.12).

Para avaliar a motivación que teñen os fumadores para deixar de fumar emprégase o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente<sup>8</sup>. Neste modelo descríbense as fases polas que progresa a adición, tamén coñecidas como as etapas de cambio. Tanto para a persoa que traballa en deshabitación como para a administración que xestiona recursos é importante coñecer en que etapa do ciclo se atopa o individuo, xa que a adherencia a un programa de tratamento de cesación dunha persoa que non queira deixar de fumar é unha tarefa imposible.

As etapas que se contemplan para os fumadores diarios son 3: pre-contemplación ou consonancia, contemplación ou disonancia e preparación. O 61% (58-63) dos fumadores diarios galegos con idades comprendidas entre os 16 e 74 anos están en fase pre-contemplativa (non contemplan a posibilidade de deixar de fumar); o 21% (19-23) atópanse na etapa contemplativa (comezan a ter un cambio de actitudes con respecto ao consumo de tabaco e a posibilidade de deixar de fumar personalízase) e o 19% (16-21) están na fase de preparación (aparece un plan serio para deixar de fumar e os fumadores xa están tomando algún tipo de medidas). En función do grupo de idade e do sexo non se atopan diferenzas importantes (DADA táboa 2.13).

## O CONSUMO DE TABACO EN GALICIA: FUMADORES OCASIONAIS

O 4% (3'5-4'5) dos fumadores galegos fuman de xeito ocasional ou esporádico, é dicir, non o fan a diario. A maior prevalencia deste tipo de consumo atópase entre os máis novos e a menor entre as mulleres maiores (táboa 2). Coñecer as características propias destes fumadores é importante, para saber se neles as políticas de intervención deberán ter formulacións diferentes.

Non aparecen diferenzas na idade de inicio cando se compara aos fumadores ocasionais cos diarios (DADA táboas 2.1, 3.1). Os fumadores ocasionais galegos con idades comprendidas entre os 16 e 74 anos son principalmente fumadores de cigarros rubios (DADA táboa 3.2). Destaca entre os fumadores ocasionais varóns de 45 a 74 anos que o consumo de pipas, puros ou outro tipo de labores é alto, 39%. Nos fumadores ocasionais o consumo mediano de cigarros á semana é máis alto nos fumadores de tabaco rubio (13) cá nos de negro (9). A porcentaxe de fumadores ocasionais que fixeron algún intento serio para deixar de fumar, 55% (49-61), é superior cá dos fumadores diarios, aínda que o número de intentos serios é o mesmo. Se ben, neste caso concreto a porcentaxe de fumadores aos que lles gustaría deixar de fumar se lles fora doado facelo é inferior, 59% (52-65). A análise da intención de deixar de fumar nos fumadores ocasionais reflicte que a porcentaxe destes que están en fase de preparación é máis alta ca nos fumadores diarios (27%), se ben en fase pre-contemplativa esta porcentaxe é a mesma (61%) (DADA táboas 2.13, 3.3).

<sup>1</sup> Lopez A, Collishaw N, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Br Med J* 1994;3:242-7.

<sup>2</sup> IGE. In. <http://www.ige.xunta.es/ga/index.htm>.

<sup>3</sup> Armadans-Gil L, Vaqué-Rafart J, Roselló J, Olona M, Alsedá M. Cigarette smoking and male lung cancer risk with special regard to type of tobacco. *Int J Epidemiol* 1999;28:614-9.

<sup>4</sup> Lee P. Lung cancer and type of cigarette smoked. *Inhal Toxicol* 2001;13(11):951-76.

<sup>5</sup> Lopez-Abente G, Gonzalez C, Errezola M, Escolar A, Izarzuaga I, Nebot M, et al. Tobacco smoke inhalation pattern, tobacco type, and bladder cancer in Spain. *Am J Epidemiol* 1991;134(8):830-839.

<sup>6</sup> Ruano-Ravina A, Figueiras A, Montes-Martínez A, Barros-Dios J. Dose-response relationship between tobacco and lung cancer: new findings. *Eur J Cancer Prevention* 2003;12(4):257-63.

<sup>7</sup> Heatherton T, Kozlowski L, Frecker R, Fagerström K. The Fagerström test for nicotine dependence: A revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991;86:1119-27.

<sup>8</sup> Prochaska J, DiClemente C, Norcross J. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992;47(9):1102-14.

## TERCEIRA REUNIÓN DA COMISIÓN ASESORA DO PLAN GALEGO DE PREPARACIÓN E RESPONSA Á PANDEMIA DE GRIPE

O pasado 20 de xaneiro de 2006 celebrouse nas dependencias da Consellería de Sanidade en Santiago de Compostela a terceira reunión da Comisión Asesora para a Preparación e Resposta á Pandemia de Gripe, presidida pola Conselleira de Sanidade e na que participaron os responsables de todos os departamentos que xa viñan acodindo á reunión xunto a outros novos: o 061, a Dirección Xeral de Conservación da Natureza e a Federación Galega de Municipios e Provincias. A reunión principiou cun resumo da situación nese momento, adicando unha atención especial ao brocho ocorrido en Turquía (ver despois), ao que lle seguiu un resumo das actividades desenvolvidas polos grupos de traballo de vixilancia e avaliación das necesidades sanitarias e polo de antivirais e vacinas, que se detallan na edición de febreiro de 2006 do Plan Galego de Preparación e Resposta á Pandemia de Gripe, que se atopa na páxina web da DXSP. A comisión decidiu a creación dos outros grupos de traballo previstos: o de avaliación de necesidades socio-sanitarias, o de avaliación de necesidades doutros servizos esenciais, o de barreiras á transmisión, e o de comunicación.

Asemade, froito dunha necesidade detectada no estudo piloto desenvolvido na Área de Saúde de Lugo, creouse tamén un comité de asesoramento para asuntos legais, laborais e éticos.

No que atinxe á saúde humana, cómpre salientar que a OMS emitiu xa un informe provisional cos resultados da investigación do brocho de gripe A(H5N1) de Turquía, no que se indica que non se atopou evidencia ningunha de transmisión persoa a persoa (que é o paso que lle quedaría por dar ao virus para acadar o potencial pandémico), que todos os casos se infectaron antes de que se implantasen as medidas de control, que todos os datos epidemiolóxicos, clínicos e radiolóxicos indican que a enfermidade observada en Turquía é semellante á observada nos diversos brochos ocorridos en Asia, e que a menor letalidade observada nos enfermos turcos podería deberse á rápida detección dos casos. Lémbrese que o protocolo de vixilancia en Galicia de casos humanos de gripe A/H5N1 se atopa na páxina web da DXSP, na que tamén se atopan uns consellos para as persoas que viaxan a países nos que houbo casos aviáres de gripe A/H5N1.

## A ERRADICACIÓN DA POLIOMIELITE: ANO 2005. AS VACINAS MONOVALENTES

O vixente *Plan estratéxico 2004-2008* da OMS para erradicar a poliomielite do mundo, tiña como obxectivo acadar o certificado da erradicación mundial en 2008, mais para acadalo era preciso que a transmisión de poliovirus salvaxe estivese interrompida, ao máis tardar, na primeira metade de 2005<sup>1</sup>. Non entanto, isto non ocorreu e segue a haber casos de polio en varios países do mundo, debido á difusión do abrocho que se orixinou a finais de 2003 na provincia nixeriana de Kano<sup>1</sup> e a que non se logrou interromper a transmisión nos países endémicos de Asia: India, Paquistán e Afganistán (ver os mapas).

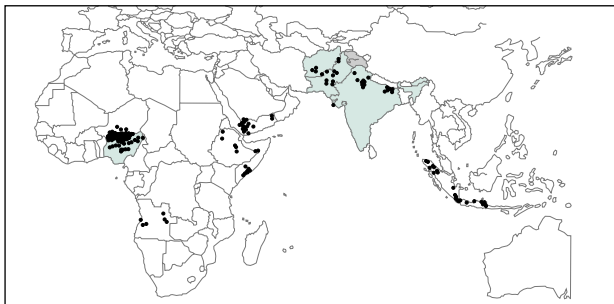
Malia estas novas, a OMS móstrase esperanzada porque por primeira vez en tres anos diminuíu o número de países endémicos<sup>2</sup>, que son aqueles nos que a transmisión indixena de poliovirus salvaxes endexamais se interrompeu. En 2006 quedan catro, os tres asiáticos mentados antes e Nixeria, posto que pasaron máis de 12 meses durante os cales non se detectaron casos de polio nin en Exipto nin en Nixer (onde ocorreron 9 casos pero foran importados da veciña Nixeria), que eran os outros dous países endémicos dende que en 2002 Somalia deixara de selo<sup>3</sup>.

O principal problema que se atopou en Exipto proviña da eficacia da transmisión dos virus da polio nas cidades con gran densidade de poboación, mentres en Nixer (que ten unha poboación escasa, algunha dela nómada, espallada por un territorio extenso) o problema se atopa na moi transitada fronteira que comparte co norte de Nixeria, que na actualidade constitúe o reservatorio de virus da polio máis importante do mundo. Por iso, en Nixer foron necesarias múltiples campañas de vacinación para asegurar que se vacinaban tanto os nenos das rexións máis afastadas como os da zona fronteiriza.

Pola súa banda, en 3 dos 6 países africanos onde se restablecera a transmisión (é dicir, que despois dunha importación e durante máis de 6 meses circulan poliovirus salvaxes xeneticamente relacionados) non ocorreron casos durante 2005, e nos outros tres non ocorreron na segunda metade do ano.

**As vacinas monovalentes.** Segundo a OMS, o éxito en Exipto e Nixer é o resultado dos intensos esforzos desenvolvidos durante 2004 e 2005 para deter a epidemia de polio en África e tamén da incorporación das vacinas monovalentes da polio (mVOP) como instrumento de control.

Mapa 1. Casos de poliovirus tipo 1 no mundo: 1 de xullo a 31 de decembro de 2005, cos países endémicos sombreados.



Mapa 2. Casos de poliovirus tipo 3 no mundo: 1 de xullo a 31 de decembro de 2005, cos países endémicos sombreados.



Lémbrese que hai tres tipos de virus salvaxe da polio, nomeados "tipo 1", que hoxe en día é o que predomina no mundo e da conta dos casos que se producen nos países non endémicos, sexan aqueles importados ou froito do restablecemento da transmisión indixena (ver o mapa 1); "tipo 2", que se considera erradicado porque dende 1999 non se voltou a illar ningún poliovirus salvaxe deste tipo; e "tipo 3", que só circula con certa intensidade na rexión norte de Nixeria, aínda que durante 2005 tamén se illou nos países endémicos de Asia (ver os mapas 1 e 2). Ademais, como estes virus non xeneran inmunidade cruzada, as vacinas da polio, oral (VOP) e inxectable (VIP, que é a que na actualidade se está a empregar en Galicia<sup>4</sup>), van dirixidas fronte aos tres tipos de virus, mentres as mVOP só un deles: o 1 ou o 3.

A OMS recomenda o uso das mVOP despois de constatar o seu impacto: son a razón, xunto a unha estratexia de vacinación máis efectiva, de que o número de casos que ocorreron en India e Paquistán durante 2005 non chegase á metade dos que o fixeron en 2004, e de que se controlaran con éxito os abrochos en 15 dos 21 países reinfectedos dende 2003, polo que só 6 destes países notificaron casos na segunda metade de 2005: Angola, Etiopía, Indonesia, Nepal, Somalia e Iemen.

De feito, OMS considera que a erradicación da polio entra nunha nova etapa caracterizada polo uso das vacinas mVOP, que en 2006 serán o instrumento principal da erradicación en todas as áreas que aínda estean afectadas pola polio; nos países onde só circulen poliovirus dun tipo, deberíase empregar a mVOP correspondente para aumentar o impacto das actividades especiais de vacinación (AEV); e nos que circulen ambos tipos de poliovirus, as AEV deben incluír as mVOP que se empregarán de xeito diferente en áreas distintas segundo sexa a súa situación epidemiolóxica, primando a interrupción da transmisión do poliovirus salvaxe do tipo 1 porque produce máis casos de polio paralítica e ten máis capacidade para difundir local e internacionalmente<sup>5</sup>.

**Principais problemas para a erradicación.**<sup>6-6</sup> Deter a transmisión da polio pódese conseguir axiña, agás en Nixeria, que hoxe supón o principal problema para a eliminación dende un punto de vista epidemiolóxico. En Nixeria a incidencia de polio é máis de 10 veces superior á de calquera outro país endémico, e a taxa de diminución é moito máis baixa do que se esperaba. Ademais, é o único país onde circulan poliovirus salvaxes dos dous tipos en extensas áreas xeográficas. Por isto, considérase que Nixeria necesita polo menos 12 meses máis para acadar a interrupción da transmisión dos poliovirus salvaxes.

Despois de Nixeria, o principal desafío para a erradicación é poder limitar a difusión da polio no chamado "corno de África". De feito, o de Somalia é o único abrocho que na actualidade se está a espallar polo país, e para conseguir a erradicación haberá que aumentar o acceso a todas as poboacións de Somalia, e asegurar que en Etiopía e Iemen se desenvolven campañas de vacinación de gran calidade en número axeitado (dos países que tiveron casos importados, Iemen foi o que máis tivo -478- e, aínda que o abrocho quedou controlado axiña, o último caso -novembro 2005- abre a posibilidade de que quedase unha porta á transmisión despois dos Días Nacionais de Vacinación celebrados a finais de setembro).

**A vixilancia da PFA en Galicia durante 2005.** O sistema de vixilancia da parálise flácida aguda (PFA) instaurado en Galicia debido ao programa de erradicación da polio non detectou en 2005 ningún caso de PFA. Ora ben, como xa se comentara noutros informes anteriores, referido a 2001 e 2004 [BEG; vol XIV (6) XVII (5)], que se detectasen menos casos dos 3 esperados non é preocupante de seu, porque con números tan pequenos mesmo podería non ocorrer ningún caso; o preocupante é que no CMBD de hospitalización de agudos constaban dous casos de PFA (a un dos cales, curiosamente, se lle tomaron dúas mostras axeitadas de feces) en nenos de menos de 15 anos que tería que ter detectado o sistema de vixilancia.

<sup>1</sup> DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* vol. XVII, nº 3.

<sup>2</sup> WHO. Media update: 1 february 2006.

<sup>3</sup> DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* vol. XVII, nº 2.

<sup>4</sup> DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVII, nº 5.

<sup>5</sup> WHO. *Weekly Epidemiological Record* 2005; vol. 80 nº 47.

<sup>6</sup> WHO. *Monthly Report*. January 2006.

### 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

EPIDEMIÓLOGO DE GARDA  
Fóra do horario de oficina

649 82 90 90

**SAEG**

A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG

### BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

DIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE PÚBLICA

Servizo de Epidemioloxía

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

BEG