

BEG

Boletín Epidemiolóxico de Galicia

SUMARIO

NOVO CALENDARIO DE VACINACIÓNS INFANTIS EN GALICIA	1
O CONSUMO DE TABACO NOS XÓVENES GALEGOS, 1990-2004	2
RESULTADO DA CAMPAÑA DE VACINACIÓN ANTIMENINGOCÓCICA 2006	3
A ENFERMIDADE MENINGOCÓCICA EN GALICIA NA TEMPADA 2005/06	4

NOVO CALENDARIO DE VACINACIÓNS INFANTÍS EN GALICIA

De seguido reproducése o texto do *Diario Oficial de Galicia* que actualiza o calendario de vacinación infantil en Galicia.

Resolución do 3 de novembro de 2006 da Dirección Xeral de Saúde Pública, pola que se actualiza o calendario de vacinación infantil do programa galego de vacinacións.

A dispoñibilidade neste momento de combinacións vacinais que simplifican os calendarios, así como a necesidade de manter as recomendacións de vacinas e pautas de vacinación actualizadas, segundo os avances dos coñecementos dos niveis de seroprevalencia dos anticorpos fronte aos axentes obxecto da vacinación e a aparición de cambios ecolóxicos na circulación dos xermes, fan necesario actualizar o Programa Galego de Vacinacións, para o que se seguirán as recomendacións técnicas ao respecto e os acordos do Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Salud.

Neste sentido acordouse realizar unha actualización do calendario vacinal que afectará a vacinas que se administran de xeito rutineiro e que se porá en marcha a partir do 15 de novembro de 2006. Así pois, de conformidade co artigo 11.3 g do Decreto 45/2006, do 23 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica da Consellería de Sanidade e as súas competencias, é responsabilidade da Dirección Xeral de Saúde Pública o desenvolvemento e xestión de programas de prevención de problemas con especial repercusión na Comunidade Autónoma de Galicia.

RESOLVO

- 1 Establecer a conveniencia de administrar unha terceira dose de vacina antimeningocócica C aos 18 meses de idade para todos aqueles nenos que vaian cumprindo esa idade a partir da data de cambio de calendario [ver o informe sobre a enfermidade meningocócica neste número do BEG].
- 2 Substituír a vacina pentavalente que se administra aos 2 e 6 meses de idade pola vacina hexavalente que contén os mesmos antixenos que a anterior, pero ademais inclúe a hepatite B na súa composición. Diminuindo así o número de inxeccións e favorecendo a aceptación social do Programa Galego de Vacinacións.
- 3 Eliminar a vacinación rutineira fronte á hepatite B aos 12 anos, dado que a vacinación universal fronte á hepatite B ao nacemento comezou no ano 1994, acádase, neste ano 2006 a cohorte de vacunados nese momento, polo que practicamente todos estes nenos deberían estar vacunados.
- 4 O programa de vacinación infantil comprenderá a prevención mediante inmunoprofilaxe activa de: Hepatite B, Poliomielite, Tétanos, Difteria, Tose ferina, Sarampelo, Rubéola, Parotidite, Enfermidades invasoras causadas por *Haemophilus Influenzae* de serotipo b, Enfermidades invasoras causadas por *Neisseria meningitidis* serogrupo C, Varicela.
- 5 As pautas de vacinación segundo as vacinas serán as seguintes:

VACINAS/IDADE	0 MESES	2 MESES	4 MESES	6 MESES	15 MESES	18 MESES	3 ANOS	6 ANOS	12 ANOS	14 ANOS
Vacina hepatite B: VHB	VHB (1ª d.)	VHB (2ª d.)		VHB (3ª d.)						
Vacina da difteria, tétano e tose ferina de tipo acelular: DTPa		DTPa (1ª d.)	DTPa (2ª d.)	DTPa (3ª d.)		DTPa (4ª d.)		DTPa (5ª d.)		
Vacina do tétano e da difteria tipo adulto: Td										Td
Vacina inxectable da polio: IPV		IPV (1ª d.)	IPV (2ª d.)	IPV (3ª d.)		IPV (4ª d.)				
Vacina do haemophilus influenza tipo b: Hib		Hib (1ª d.)	Hib (2ª d.)	Hib (3ª d.)		Hib (4ª d.)				
Vacina fronte ó meningococo C		MC (1ª d.)	MC (2ª d.)			MC (3ª d.)				
Vacina fronte o sarampelo, rubéola e parotidite (triple vírica):					TV (1ª d.)		TV (2ª d.)			
Vacina fronte á varicela										Varicela(1)

(1) Sempre e cando non sufrisen a enfermidade ou non foran previamente vacunados

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

- Área de traballo: Alimentaria [Cogomelos]: Cogomelos tóxicos.
- Área de traballo: Transmisibles [Sida]: Folleto "a infección polo VIH e a SIDA, previr é posible, de nos depende".
- Área de traballo: Non transmisibles/cribado [Tabaco]: Concurso clases sen fume 2006-07

Introdución. O modelo proposto por Alan López¹ para determinar a evolución do consumo de tabaco nunha poboación inclúe como indicador a prevalencia de consumo diferencial entre homes e mulleres, e é especialmente importante coñecer como se vén comportando a prevalencia en función do xénero nos máis novos, que é cando se produce a incorporación das persoas ao consumo de tabaco.

Por outra banda, ben sabido é que a prevalencia de consumo de tabaco determínase empregando enquisas transversais repetidas ao longo do tempo, mais a pesares de que en Galicia a primeira enquisa sobre consumo de tabaco xa se fixo en 1988, a cambiante metodoloxía das enquisas poboacionais fai difícil dispoñer de series históricas de consumo, polo que hai que recorrer a reconstrucións históricas a partir dunha enquisa recente para poder aproximar a evolución do consumo.

Neste informe dase conta do resultado dunha destas reconstrucións, que ten como obxectivo coñecer a evolución da prevalencia de consumo de tabaco entre 1990 e 2004 na xente máis nova –cando tiñan unha idade comprendida entre 16 e 24 anos– de cadanseu xénero.

Material e métodos. Os datos proceden dunha enquisa sobre consumo de tabaco realizada en Galicia a finais do ano 2004. Entrevistáronse, principalmente por teléfono, 6.492 persoas con idades comprendidas entre os 16 e 74 anos, seleccionadas por mostraxe aleatoria simple empregando como marco de mostraxe a base de datos de tarxeta sanitaria. A mostra foi representativa da poboación por sexo e en función de 3 grupos de idades: 16-24, 25-44 e 45-74 anos. Unha descrición máis miúda desta enquisa xa foi feita previamente², e o cuestionario empregado pódese consultar no apartado adicado ao consumo de tabaco en Galicia en 2005, que se atopa no epígrafe “tabaco” da área de traballo “non transmisibles/cribado” da páxina web da DXSP (<http://dxsp.sergas.es>).

Para este estudo utilizouse a información proporcionada polo grupo de persoas que entre os anos de interese, 1990 a 2004, nalgún momento tiveron entre 16 e 24 anos, un grupo composto por 2.049 homes e 2.024 mulleres. Todas as persoas incluídas tiñan información completa sobre o consumo de tabaco.

As prevalencias históricas de consumo de tabaco calculáronse asumindo que non houbo cambios anteriores no hábito respecto do declarado na enquisa. Deste xeito:

- Os que se autoclasificaron coma endexamais fumadores, foron considerados como endexamais fumadores;
- Os que se autoclasificaron coma fumadores actuais, foron considerados como endexamais fumadores ata o ano en que empezaron a fumar, e como fumadores dende entón;
- Os que se autoclasificaron coma exfumadores, foron considerados como endexamais fumadores ata o ano en que empezaron a fumar, e como fumadores dende entón ata o ano en que abandonaron o tabaco, e como exfumadores dende entón.

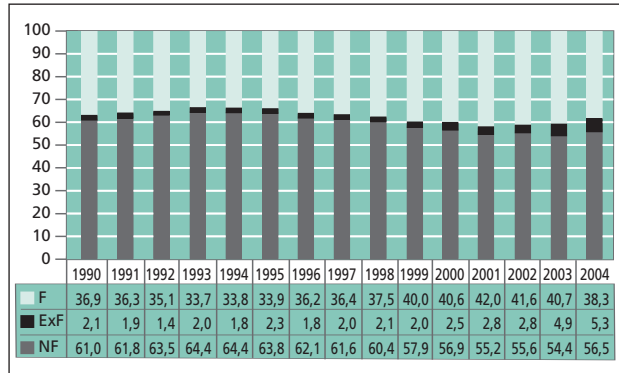
Para calcular estas prevalencias ademais tivo que asumirse tamén que o hábito mantívose constante ao longo do tempo.

As porcentaxes estimáronse ponderando a mostra acorde ao tipo de mostraxe, e calculáronse intervalos de confianza do 95%.

Resultados. Na figura 1 móstranse as prevalencias históricas dos diferentes tipos de relación co tabaco dos galegos de 16 a 24 anos, de 1990 a 2004: fumadores, exfumadores e endexamais fumadores. Nela vese que, durante o período estudado, a prevalencia de fumadores entre os galegos de 16 a 24 anos pasou do 36’9% (IC_{95%}: 33’9-39’8) en 1990 a 38’3% (IC_{95%}: 36’2-40’3) en 2004. A tendencia foi levemente crecente ata o ano 2001 no que se acadou a porcentaxe máxima de fumadores: 42’0% (IC_{95%}: 39’4-44’6) e nos últimos anos tende a diminuír.

A evolución da prevalencia de consumo de tabaco en homes e en mulleres móstrase na figura 2. A análise dos resultados diferenciada por sexo mostra que as series seguen unha tendencia diferente ata o ano 1998, intre no que se aproximan para evolucionar en paralelo dende entón. O máis rechamante desta evolución é, sen dúbida, a magnitude do aumento da prevalencia de consumo de tabaco entre as mulleres novas, xa que se pasaron de ser o 28’6% (IC_{95%}: 24’6-32’7) en 1990 ao 40’8% (IC_{95%}: 37’3-44’3) en 2002.

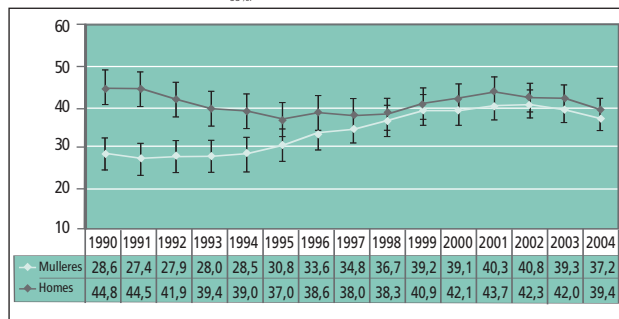
Fig 1. Prevalencias (%) históricas de consumo de tabaco en Galicia nos xóvenes de 16 a 24 anos (F=fumadores, ExF=ex-fumadores, NF=endexamais fumadores).



Potenciais limitacións deste estudo. As posibilidades de errar na reconstrución histórica do hábito son varias e débense ter en conta. As principais ameazas para a validez dos resultados aquí mostrados están relacionadas cos negos de recordo e de mala clasificación. Pola contra, neste estudo non é relevante o nesgo debido á sobremortalidade asociada ao consumo de tabaco³, xa que a poboación estudada é demasiado nova como para que o dito efecto chegase a producirse.

Diferentes variables necesarias para esta análise, idade de inicio e idade de cese do consumo nos exfumadores, recóllense na enquisa de xeito retrospectivo. De todos os xeitos, neste caso o problema vencellado ao nesgo de recordo non parece moi importante porque a poboación estudada é relativamente nova, á que se lle está a preguntar por sucesos que próximos no tempo.

Fig 2. Evolución da prevalencia (%) do consumo de tabaco en Galicia nos xóvenes de 16 a 24 anos por xénero, cos IC_{95%}.



O nesgo de mala clasificación ten especial importancia e é imposible de solventar neste tipo de enquisas, xa que non se recolle ano a ano o estatus tabáquico do entrevistado. Pero pola natureza mesma do hábito, que tende a manterse no tempo mentres non se abandoa, e o carácter cualitativo do estudo (que non ten en conta a intensidade do consumo, que é máis variable a curto prazo), este nesgo probablemente non comprometa a validez dos resultados.

Conclusións. Non se observa un descenso na incorporación dos xoves ao consumo de tabaco, debido ao aumento do consumo entre as mulleres durante o período estudado.

Os resultados deste estudo, xunto con outros indicadores, fan patente a importancia do abordaxe do tabaquismo nos mozos, traballando mais no deseño de políticas de prevención do inicio do hábito, con proxectos como “Clases sen fume”, que xa está en marcha na súa edición 2006/07 (ver a páxina web da DXSP).

¹ Lopez A, Collishaw N, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *BMJ*. 1994;3:242-7.
² O consumo de tabaco en Galicia, 2004. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*. Santiago de Compostela, 2006:1-3.
³ Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí J, Borrás J. Prevalencia de consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de Encuestas Nacionales de Salud. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120:14-6.

Dende o 6 de febreiro ata o 30 de xuño de 2006 desenvolveuse en Galicia unha nova campaña de vacinación fronte á enfermidade meningocócica do serogrupo C (EMSC), coa vacina conxugada, que se empregara por vez primeira en Galicia na campaña de 2000, que ía dirixida aos nenos nados despois do 1 de xaneiro de 1993, e tamén nesas intres fora engadida ao calendario de vacinacións infantís de Galicia¹.

Esta nova campaña decidiu-se para darlle resposta ao aumento de incidencia de EMSC que se anunciou durante a tempada 2003/04² e se consolidou na 2004/05, e o fixo cunhas características que facían pensar que a dita tendencia a medrar íase manter nas tempadas seguintes³. O aumento de incidencia concentrouse en persoas nadas antes de 1993 (supoñen o 83% dos casos de EMSC nas tempadas 2003/04 e 2004/05), dos cales o 62% recibira a vacina de polisacáridos durante a campaña de 1996/97⁴, feito que indica que se estaba a perder a protección acadada durante a campaña (son, pois, fallos vacinais secundarios). De feito, no quinquenio previo ao inicio da tempada 2005/06, observouse unha incidencia acumulada de EMSC de 5'3 casos por cen mil nados entre 1977 e 1992, que como se observa na táboa 1, era máis importante nos máis novos⁵.

Táboa 1. EMSC en Galicia por ano de nacemento: casos por cen mil habitantes acumulados nas tempadas 2000/01 a 2004/05

Nacemento	1992-83	1982-77	1976-69	1968-59	< 1959
Incidencia	8'4	2'0	2'0	0'7	0'9

Obxectivo específico da campaña: a cobertura. Antes de describir como se fixou o obxectivo da campaña, compre lembrar que a vacina conxugada proporciona protección directa, que é a que fai que non enfermen os vacinados, e tamén protección indirecta⁶, pola que as persoas non vacinadas enferman menos do que o farían se na poboación non houberse vacinación.

Esta protección indirecta débese a que a vacina fai que nas persoas vacinadas a prevalencia de portadores sexa menor que nos non vacinados⁷, aínda que non se sabe ben se isto é porque se reduce a taxa de adquisición de meningococos do serogrupo C, ou a que diminúe o tempo que dura a colonización, o estado de portador. Disto resulta que é menos doado que unha persoa vacinada participe na transmisión da infección, e cando a proporción de persoas vacinadas nunha poboación é grande abondo, móstrase o efecto indirecto da vacinación: a incidencia de enfermidade en persoas non vacinadas, ou nas vacinadas que non adquiriron a protección ou xa a perderon (é dicir, os fallos vacinais) é menor da que tería sido en ausencia de vacinación.

Ademais, para que se produza este efecto indirecto, teñen que estar vacinados os grupos de poboación máis importantes na transmisión da infección, e, neste senso, compre lembrar que a distribución dos portadores de meningococos varía moito coa idade, de xeito tal que a meirande parte deles son adolescentes e mozos, e, en menor medida, nenos nos primeiros anos da vida⁸. Os adultos non son tan importantes como portadores e, por iso, tampoco o son na transmisión da infección.

Deste xeito, ao rematar a tempada 2004/05, un mesmo grupo de poboación, os adolescentes e mozos de entre 14 e 23 anos, era o que máis atención atraía en termos de protección directa, porque nesas intres era o grupo de idade que, con diferenza, tiña a meirande incidencia de EMSC, e tamén en termos de protección indirecta, porque forman o máis importante reservatario de meningococos da poboación (xunto cos nenos, mais estes en Galicia xa están vacinados).

Semella, pois, que este era o grupo ao que tiña que ir dirixida a campaña, mais este é un grupo de idade no que non é doado acadar coberturas elevadas, mesmo en situacións de crise (por exemplo, na campaña de 1996/97, só se vacinara o 47% dos que entón tiñan de 17 a 19 anos de idade⁴), e para acadar unha protección indirecta axeitada é preciso obter certa cobertura mínima, mais o seu valor non se pode establecer sen un modelo que reproduza a dinámica da infección e da EMSC na poboación.

Neste senso, Trotter et al⁹ estudaron o impacto a longo prazo de varias estratexias de vacinación na incidencia de EMC no Reino Unido cun dos ditos modelos, que ten forma, parámetros, indicacións de partida e, en dúas das estratexias, restricións que facían

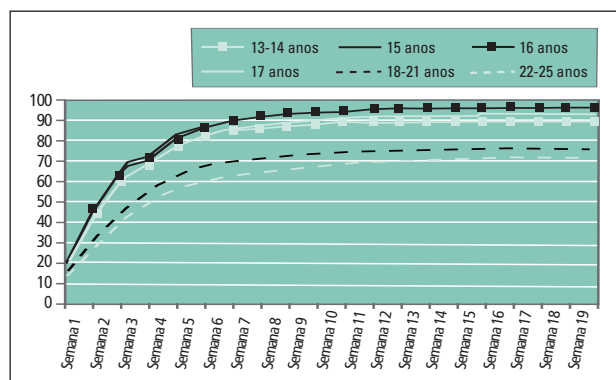
posible assimilar a Galicia os seus resultados. Ademais, como queira que o impacto predito dambas as dúas estratexias era axeitado, a DXSP decidiu adoptar, cunhas lixeiras modificacións (ver a táboa 2), como obxectivos de cobertura para a campaña os de unha delas, que leva a vacinación ata os 25 anos (e non ata os 18, como a estratexia rexeitada).

Táboa 2. Obxectivos de cobertura (%) para campaña 2006

Idade (en anos)	13	14	15	16	17	18-24
Campaña	86	83	84	70	60	43
Modelo	85	85	80	70	60	45

Ademais, tentando de conseguir a cobertura máis elevada posible, a campaña desenvolveuse nos centros educativos, ademais de nos centros de saúde e outros puntos de vacinación.

Fig 1. Evolución da cobertura por grupo de idade.



Resultados. Pola importancia que para o éxito da campaña tiña acadar ou superar o obxectivo de cobertura proposto, estableceuse un sistema de información específico no que se recollía o número de individuos que se ían vacinando en cadanseu grupo etario de interese, por se fose preciso desenvolver algunha actividade encamiñada a estimular a participación na campaña. Non foi necesaria ningunha, porque como se mira na figura 1, axiña se obtiveron coberturas axeitadas en todos os grupos de idade. Asemade, obtivéronse coberturas elevadas en toda Galicia, como se mostra na táboa 3 cos datos agrupados en provincias.

Táboa 3. Cobertura (%) da campaña por provincia e idade

Idade (anos)	13-14	15	16	17	18-21	22-25
A Coruña	93	97	98	95	86	82
Lugo	91	96	100	94	81	82
Ourense	86	94	100	91	73	71
Pontevedra	90	99	94	95	71	63
GALICIA	91	97	98	95	79	74

Comentario: En termos de cobertura, a campaña compriu os seus obxectivos, e tivo un efecto directo inmediato (ver o informe adicado á enfermidade meningocócica neste número do BEG).

¹ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XII, nº 6.
² Lémbrese que na enfermidade meningocócica as tempadas van da semana 41 dun ano á 40 do seguinte, que coinciden no mes de outubro.
³ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVIII, nº 3.
⁴ DXSP. *Guías de Saúde Pública*; serie II: meninxite, 1.
⁵ Como queira que a participación na campaña de 2000 foi moi elevada, e que en Galicia as coberturas de vacinación infantil son tamén moi elevadas, os máis susceptibles á EMSC, os nenos, non participaron neste aumento da incidencia, malia pequena perda de efectividade co paso do tempo que se observou nos nenos vacinados só no primeiro ano de vida (ver o informe adicado á enfermidade meningocócica neste número do BEG).
⁶ Ramsey ME et al. *BMJ* 2003; 326: 365-6.
⁷ Maiden ML et al. *Lancet* 2002; 359: 1.829-31.
⁸ Fernández S et al. *Epidemiol Infect* 1999; 123: 349-57.
⁹ Trotter CL et al. *Am J Epidemiol* 2005; 162: 89-100.

Dende que se desenvolveu a primeira campaña de vacinación fronte á enfermidade meningocócica do serogrupo C (EMSC) coa vacina conxugada, en 2000, e se introduciu esta vacina no calendario de vacinacións infantís de Galicia, tamén en 2000, a vixilancia da enfermidade meningocócica en Galicia ven de artellarse en tres eixos: a EMSC nos que naceron despois do 1 de xaneiro de 1993, a EMSC nos que naceron antes desa data (que non recibiran a vacina conxugada, mais poderían ter recibido a de polisacáridos na campaña de 1996/97) e a enfermidade meningocócica debida a outros serogrupos, sinaladamente ao serogrupo B (EMSB).

Mais, despois da campaña de 2006, o resultado da cal coméntase neste número do BEG, e da inclusión no calendario de vacinacións infantís dunha dose de recordo no primeiro ano de vida, que tamén se anuncia neste número do BEG, a vixilancia da enfermidade meningocócica en Galicia muda de obxectivos, e se concentrará en comprobar a efectividade directa da vacina conxugada nos nados despois de 1981, en avaliar a efectividade indirecta da campaña de 2006 nos nados nese ano ou antes, e en detectar calquer sinal que suxira que a incidencia de EMSB pode estar a entrar nun novo ciclo de hiperendemia.

Ao ser deste xeito, é doado decatarse de que un informe da vixilancia da enfermidade meningocócica en Galicia durante a tempada 2005/06¹ ten que participar dos obxectivos de vixilancia de antes e despois da campaña de 2006, non sendo no que atinxe á vixilancia da EMSB, que mantén os mesmos obxectivos dende finais da década de 1980, pasado o anterior ciclo de hiperendemia. Neste informe, pois, vanse mesturar os obxectivos de vixilancia, aínda que na descrición mantense o formato do recente período de entrecampañas.

EMSC nos que naceron despois do 1 de xaneiro de 1993. A vixilancia da EMSC era especialmente relevante neste grupo porque xunto ao Reino Unido, foi en España onde primeiro se empregou a vacina conxugada tanto en campaña como no uso rutineiro dos programas de vacinación. A vixilancia ía dirixida á detección de fallos vacinais, fosen primarios (ie, os que se producen porque a vacina non inmuniza axeitadamente) ou secundarios (ie, os que se producen porque a inmunidade que induciu a vacina vaíse perdendo co paso do tempo), e axiña foron detectados, tanto no Reino Unido² como en España³.

No informe anterior⁴ xa se dera conta da detección de fallos vacinais en Galicia, e na tempada 2005/06 producíronse 3 máis. Un deles fora vacinado durante a campaña de 2000, e os outros dous, nados no ano 2002, fórono de xeito rutineiro. Con estes novos casos acumúlase unha incidencia aproximada de 0'49 e 1'02 casos por cen mil nenos vacinados-ano, respectivamente, na campaña de 2000 e coa vacinación rutineira.

Como xa se comentou no informe anterior, pénsase que estes fallos vacinais son fallos vacinais secundarios, porque no conxunto de España e no Reino Unido observouse unha perda de efectividade co paso do tempo^{2,3}, que se atribúe a que os nenos só recibiran a vacina no primeiro ano de vida. Algo semellante observárase pouco antes no Reino Unido coa vacina fronte ao *Haemophilus influenzae* do tipo b, outra vacina conxugada que alí só se administraba no primeiro ano de vida, sen dose de recordo como se facía en Galicia e noutros países⁵. Para atallar este problema, na última actualización do calendario de vacinacións infantís de Galicia, da cal dase conta neste número do BEG, engadiuse unha dose de recordo no segundo ano de vida.

EMSC nos que naceron antes do 1 de xaneiro de 1993. Xa se sabía que a inmunidade inducida pola vacina de polisacáridos empregada na campaña de 1996/97 íase perdendo co paso do tempo, e o facía máis axiña canto máis novo era o neno cando se vacinou. De feito, a perda da capacidade de protección desta vacina observada nos nenos nados despois de 1992, foi a que propiciou a campaña de vacinación de 2000, do mesmo xeito que a perda de protección observada nos que recibiran a vacina de polisacáridos e naceran en 1992 ou antes⁴, foi un factor determinante para que se realizase a campaña de 2006.

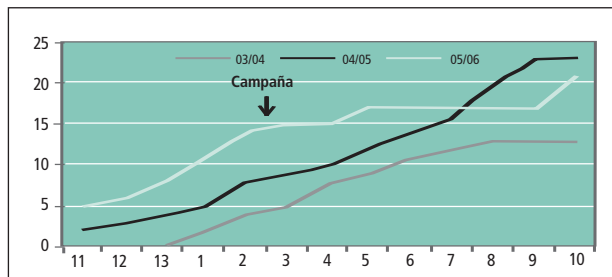
De feito, como se comenta noutro informe deste número do BEG, parte das persoas nadas antes de 1993, en concreto, as nadas de 1982 a 1992, eran os destinatarios desta última campaña de vacinación, e o impacto da mesma queda axeitadamente reflectido na figura 1, que mostra como se

foron acumulando os casos nas tres últimas tempadas. Na figura vese como os casos da tempada 2004/2005 van sempre por riba dos da tempada previa, a 2003/04, ata rematar por acumular 10 casos máis (23 versus 13) ao final de cadansúa tempada. Do mesmo xeito, a incidencia de EMSC na tempada 2005/06 sitúase por riba da da tempada previa xa dende un principio, ata chegar a cuatrisesmana 2, na que principiou a campaña, intre no que se experimenta unha importante ralentización que fai que a tempada 2005/06 remate con dous casos menos que a anterior.

Ademais, na distribución por idade dos casos percíbese xa o impacto inmediato da campaña: por unha banda, antes de que principiase, producíranse 6 casos en persoas de 15 a 24 anos, e despois ningún; por outra banda, antes da campaña, producíranse 2 casos en nenos de menos de 10 anos e 4 en persoas con máis de 24, e despois 1 e 8 casos, respectivamente. Estes datos mostran, pois, o impacto do efecto directo da campaña: non hai casos nos que nela recibiron a vacina; mais suxíren que aínda non hai indicio ningún do efecto indirecto, de feito, aumentou o número de casos susceptibles de beneficiarse do dito impacto, as persoas non vacinadas, e se mantiveron os fallos vacinais.

Mais non é estrano que sexa deste xeito. Lémbrese que se estima que a duración do estado de portador é longa, e aínda coas cepas hipervirulentas, como semella ser a C:2a:P1,5 (que é a responsable dos casos de EMSC en Galicia dende 2000⁶), pode superar os 3 meses de media, polo que terán que pasar meses para que os reiterados contactos entre portadores e persoas vacinadas, que interveñen menos eficientemente na transmisión da infección, faga que esta se vexa interferida abondo para que diminúa a incidencia de EMSC.

Fig 1. Casos de EMSC acumulados por cuatrisesmanas ao longo das tempadas 2003/04 a 2005/06.



Enfermidade meningocócica debida a outros serogrupos. O único serogrupo relevante en Galicia alén do C é o B. De feito, na última década só se produciron 7 casos debidos ao serogrupo Y, 3 ao W135, e 1 ao X e outro ao A. Na tempada 2005/06 a incidencia de EMSB mantívose no nivel de endemia habitual nos últimos anos (1-1'5 casos por cen mil habitantes) e a súa característica distribución por idade, coa maior incidencia nos de menos de 2 anos (na tempada 05/06, 65 casos por cen mil habitantes).

Polo demais, a taxa de confirmación das sospeitas de enfermidade meningocócica foi do 60%, a máis elevada da última década, na que variou entre o 43% da tempada 1996/97 e o 57% da 2001/02.

Comentario. Despois da inclusión dunha dose de recordo no segundo ano de vida no calendario de vacinacións infantís, e da campaña de vacinación de 2006, espérase que a incidencia de EMSC en Galicia se reduza radicalmente, e quede limitada ás persoas que nunca tiveron indicada a vacina conxugada, mais isto só durante un tempo, porque se espera tamén que remate por se mostrar o efecto indirecto da campaña de 2006.

¹ Lémbrese que na enfermidade meningocócica as tempadas van da semana 41 dun ano á 40 de seguinte, que coinciden no mes de outubro.
² Trotter CL et al. *Lancet* 2004; 364: 365-7.
³ Larrauri et al. *Vaccine* 2005; 23: 4.097-100.
⁴ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVIII, nº 3.
⁵ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVII, nº 6.

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA

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

A CORUÑA 981 185 834	SAEG
LUGO 982 294 114	
OURENSE 988 386 339	
PONTEVEDRA 986 805 872	
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

Servizo de Epidemioloxía

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

E-mail: dxsp.vixepi@sergas.es

XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Saúde Pública