

# BEG

D.L.: C-1767-1995 / ISSN: 1695-419-X

## Boletín Epidemiolóxico de Galicia

### SUMARIO

<b>COMENTARIO EPIDEMIOLÓXICO DAS ENFERMIIDADES DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA: GALICIA, 2008</b> .....	<b>1</b>
<b>A ERRADICACIÓN DA POLIOMELITE: ANO 2008. PLAN ESTRATÉXICO 2009-2013</b> .....	<b>4</b>
<b>ANEXO I: PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE MAMA RESULTADOS 1992-2000</b>	

**INFORMACIÓN SOBRE A GRIPE A(H1N1).** Dende o pasado 27 de maio de 2009, a DXSP emite un informe semanal sobre a enfermidade debida ao virus da gripe A(H1N1), responsable dunha nova pandemia segundo o declarou a OMS o pasado 11 de xuño de 2009. Estes informes atópanse na intranet do Sergas e na web da DXSP, onde tamén se atopan outros documentos relativos a esta enfermidade.

### COMENTARIO EPIDEMIOLÓXICO DAS ENFERMIIDADES DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA: GALICIA, 2008

**Limiar.** Durante 2008 implantáronse con carácter provisional dous sistemas específicos de vixilancia. Un, realizado en colaboración co Programa de epidemioloxía aplicada de campo (PEAC), tiña por obxecto coñecer a frecuencia de gastroenterite nos peregrinos que chegaron a Santiago polo camiño francés, e xa rematou o seu traballo de campo; o outro, realizado en colaboración coa Rede galega de aerobioloxía, ten por obxecto coñecer a frecuencia de crisis alérxicas na cidade de Santiago e rematará o traballo de campo en xuño de 2009. Dos resultados dambos estudos darase conta en vindeiros números do BEG.

Por outra banda, quizais o máis rechamante do ocorrido no eido da vixilancia epidemiolóxica en Galicia durante 2008 fosen o abrocho de disentería bacilar ocorrido en Lugo, e o de hepatite B que ocorreu en Ourense. Os dous coméntanse brevemente máis adiante. Noutro eido de cousas, en Galicia segue interrompida a transmisión do sarampelo, malia que en 2008 se detectaron dous casos: un era importado de EE UU e o outro quedou como "confirmado clínicamente", porque cumpría coa definición de caso pero non se lle tomou mostra para estudar a IgM<sup>1</sup>.

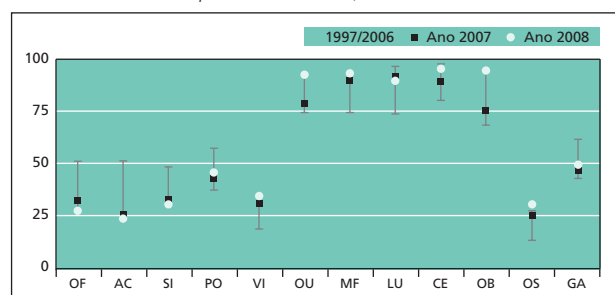
Polo demais, as táboas 1 e 2 mostran a incidencia notificada durante 2008 das diferentes enfermidades de declaración obrigatoria, no conxunto de Galicia e nas distintas áreas sanitarias, respectivamente, agás a da tuberculose respiratoria, da meninxite tuberculosa e da SIDA, xa que sobre a súa situación emiten informes periódicos cadanseu programa de control<sup>2</sup>. Estes datos déronse por consolidados o 1 de abril de 2008, e de se desexar máis desagregados en espazo e tempo, pódense obter na páxina web da DXSP<sup>3</sup>.

Deseguido coméntase o comportamento de certas enfermidades vixiadas durante 2008, mais antes analízase a participación na declaración durante ese ano.

**Participación na declaración.** A calidade da notificación efectuada polos declarantes (2.219 en 2008), estúdase 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 2008, 2.219 por 53 semanas, 117.607; e a *adecuación da participación*, que divide aos declarantes en catro categorías: quen non declarou nunca (declaración nula), quen só declarou de 1 a 10 semanas (declaración baixa), quen o fixo entre 11 e 41 semanas (declaración irregular) e quen declarou máis de 41 (declaración axeitada).

No ano 2008, a participación global foi dun 48%, que supón unha mellora por segundo ano consecutivo e cinco puntos porcentuais por riba do valor de 2006, ano no que se obtivo o rexistro máis baixo dende que en 1991 escomezase o actual sistema de notificación<sup>4</sup>. De todos os xeitos, e a pesares do aumento, os valores da participación global en Galicia mantivéronse, durante practicamente todo 2008, ao carón dos valores semanais mínimos do decenio anterior. Ora ben, como se observa na figura 1, respecto a 2007 a participación medrou en todas as áreas de saúde, agás nas da provincia de A Coruña, nas que se marcaron mínimos históricos.

Figura 1. Participación global na declaración, por áreas sanitarias: valores máximos e mínimos do período 1997/1998, e valores dos anos 2007 e 2008.



Táboa 1. E.D.O. en Galicia, 2008.

EDO	Casos	Taxa (1)	IEAc(2)
Gripe	81.789	2.937,64	0,99
Meninxites víricas	177	6,36	0,57
Enf. Meningocócica	67	2,41	0,77
Enf. Invasiva por Hib	4	0,14	0,57
Varicela	7.139	256,41	0,91
Sarampelo	2	0,07	0,67
Rubéola	1	0,04	0,25
Parotidite	160	5,75	0,68
Tose ferina	10	0,36	2,00
Toxi-infeccións alimentarias	288	10,34	0,38
Febre tifoidea	1		0,08
Febre paratifoidea	1	0,04	n.c.
Hepatite A	40	1,44	3,33
Hepatite B	61	2,19	1,69
Outras hepatites víricas	59	2,12	0,56
Brucelose	2	0,07	0,33
Sífilis	116	4,17	1,71
Gonococia	88	3,16	0,92
Lexionelose	55	1,98	0,87
Disentería bacilar	138	4,96	34,50
Tétano	2	0,07	0,67
F. botonosa (ou, FEM)	5	0,18	0,71
Paludismo (3)	9	0,32	0,69
Lepra	1	0,04	0,50

(1) Casos por cen mil habitantes. (2) Índice Epidémico Acumulado.

(3) Todos os casos son importados. (nc) non calculable.

Por outra banda, o aumento na participación traduce outro no grupo con declaración axeitada que gañou un 3'3% de puntos declarantes, procedente do grupo de declaración irregular, que foi o único que baixou (2'5%), xa que os grupos de declaración baixa e nula non variaron a súa porcentaxe. En concreto, os resultados foron: declaración axeitada, 39'9% dos declarantes; irregular, 18'3%; baixa, 11'0%; e nula, 31'8%.

### NOVIDADES NA WEB DA DXSP (<http://dxsp.sergas.es> ou [www.galiciasaude.es/dxsp](http://www.galiciasaude.es/dxsp))

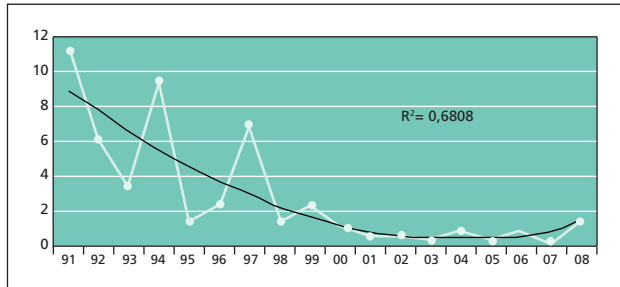
- Área de traballo: Estilos de vida saudables [Lactancia materna]. Eu tamén son unha fonte (conto).
- Área de traballo: Sanidade ambiental [Onda de calor]: Actuacións fronte aos posibles efectos das altas temperaturas sobre a saúde.
- Área de traballo: Sanidade ambiental [Praias]: Resultados dos controis microbiolóxicos das zonas de baño de Galicia en 2009.
- Área de traballo: Transmisibles [Sida-Datos e sistemas de vixilancia]: Informe do Rexistro Galego da sida 1984-2008.

## COMENTARIO EPIDEMIOLÓXICO

As catro enfermidades que deseguido se comentan comparten o feito de que a súa incidencia en Galicia levaba anos nunha tendencia descendente constante, e que todas elas, agás unha, a febre tifoidea, experimentaron un aumento en 2008.

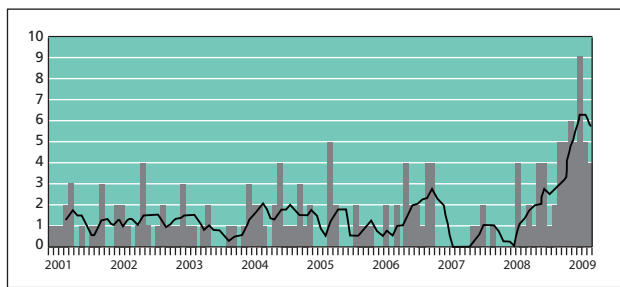
**Hepatitis A.** A incidencia de hepatitis A en Galicia amosaba unha tendencia continua ao descenso, salpicada por abrochos que non se mantiveron no tempo e ocorreron nas áreas de A Coruña e O Barco, no ano 1994<sup>5</sup>; en Bueu, no ano 1997<sup>6</sup>; e en Cee, no ano 1999<sup>7</sup> (ver a figura 2).

Figura 2: Incidencia anual (c/10<sup>5</sup>h) de hepatitis A en Galicia, e a súa tendencia (axuste polinómico de orde 2). De 1991 a 2008.



Non entanto, a finais de 2008 observouse un aumento do número de casos que continuou nas tres primeiras cuatrisesmanas de 2009 (ver a figura 3). A diferenza do observado nos anos anteriores, este "exceso" de casos non estaba concentrado xeográficamente, malia que só se observou nas provincias de Pontevedra e A Coruña.

Figura 3: Casos de hepatitis A por cuatrisesmanas en Galicia, e a súa tendencia (axuste con medias móbiles de paso 4). De 2001 á 3ª cuatrisesmana de 2009.



Quizais o dato máis rechamante do exceso de casos é a incidencia observada nos homes. No período anterior, de 2001 a 2007, neles a incidencia foi de 0'67 casos por cen mil habitantes (c/10<sup>5</sup>h) ano, mentres no ano 2008 e nas 3 primeiras cuatrisesmanas de 2009 (2008/09), foi de 2'72. Nas mulleres estes valores foron, respectivamente, 0'38 e 0'56, de tal xeito que o risco relativo dos homes pasou de ser 1'76 no primeiro período a 4'83 no segundo.

Ademais, como se observa na táboa 3, o aumento nos homes ocorreu preferentemente nos novos: comparada coa incidencia do período 2001/2007, a do período 2008/09 é 8 veces superior nos que teñen entre 15 e 29 anos de idade. Non entanto, os resultados preliminares da investigación que se está a levar a cabo indican que neste "exceso" de casos hai diversos modos de transmisión implicados.

Táboa 3. Incidencia de hepatitis A (c/10<sup>5</sup>h-ano) en Galicia durante os períodos 2001/2007 e 2008/2009 (\*).

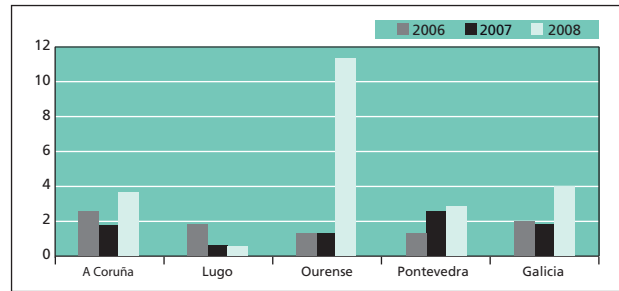
IDADE (Anos)	MULLERES		HOMES	
	2001/07	2008/09	2001/07	2008/09
0 a 14	1'40	0'53	1'50	1'50
15-29	0'42	0'34	0'81	6'21
30-44	0'46	1'25	0'74	3'99
45-64	0'17	1'10	0'43	0'91
65 e máis	0'04	0'23	0'18	0'97

(\* de 2009 só as 3 primeiras cuatrisesmanas).

**Hepatitis B.** Tamén na incidencia de hepatitis B, unha enfermidade en clara diminución en Galicia, observouse un exceso de casos durante 2008, mais este concentrouse nos homes da provincia de Ourense (ver a figura 4). Dos 20 casos declarados nesta provincia, o 95% son varóns, e o 80% deles tiñan entre 24 e 57 anos (rango: 24 a 83).

A investigación que se está a levar a cabo, orienta a que unha boa parte do exceso de casos está relacionado coa transmisión heterosexual con antecedentes de contacto con prostitución.

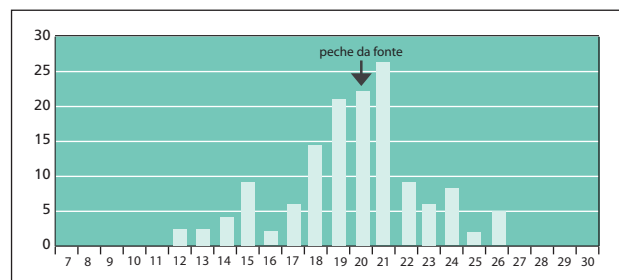
Figura 4. Incidencia (c/10<sup>5</sup>h) de hepatitis B en homes en Galicia e nas distintas provincias nos anos 2006 a 2008.



**Disentería bacilar.** Como xa se adiantara nun número anterior do BEG<sup>8</sup>, en 2008 cambiou o panorama que estaba a amosar a disentería bacilar en Galicia nos últimos anos: "4'1 é o número medio de casos ao ano, e dende 1991 non se superaron os 14 casos nun ano". O panorama cambiou polo abrocho que ocorreu en Lugo durante o mes de xuño.

O abrocho identificouse o 20 de xuño, e de resultados estableceuse a alerta de shigelose<sup>9</sup>, iniciouse unha busca activa de casos e pechouse unha fonte do concello de Lugo que cos primeiros datos resultaba sospeitosa. Detectáronse 136 casos, que principiaron cos síntomas entre o 12 e o 26 de xuño (ver a figura 5). Deles 125 acudiron ao servizo de urxencias do hospital e os restantes ao seu centro de saúde. Precizaron ingreso hospitalario un 28% dos pacientes. O 100% dos casos presentaron diarrea, o 80% febre e/ou dor abdominal, o 28% vómitos e o 20% cefalea.

Figura 5. Casos de shigelose en Lugo pola data de inicio dos síntomas durante o mes de xuño de 2009.



Para estudar a orixe do abrocho realizouse un estudo de casos e controis, que foron seleccionados entre os que convivían cos casos. Enquisáronse un total de 127 casos, correspondentes a un total de 103 familias. Identificouse o consumo de auga da dita fonte como responsable do abrocho (OR=172, IC<sub>95%</sub>: 23-1.260). A taxa de ataque en expostos foi do 63%.

Illouse *Shigella* en 83 mostras de feces, e o Centro Nacional de Microbioloxía confirmou que se trataba de *S. flexneri* do serotipo 2. Na análise da auga non se illou *Shigella*, mais si se detectou unha importante contaminación fecal. Non entanto, non foi posible verificar a orixe da contaminación fecal do acuífero implicado.

Non se detectaron casos secundarios, xa que o caso que ocorreu no concello de Lugo en outubro, tamén por *S. flexneri*, era importado. O caso de Ourense, debido a *S. sonnei*, tamén o era.

**Febre tifoidea.** En 2004 principiou en Galicia a vixilancia ampliada da febre tifoidea, que ten por obxectivo determinar se os casos son importados ou autóctonos, e se estes teñen antecedentes de exposición aos mecanismos de transmisión tradicionais<sup>10</sup>. A este novo sistema cambiouse porque xa había anos que a incidencia de febre tifoidea en Galicia viña descendendo de xeito continuado<sup>5</sup>: na década de 1993 a 2002, pasou de 4 c/10<sup>5</sup>h e ano a menos de 1. Esta tendencia mantívose ata o de agora e, en 2008, xa só se detectou 1 caso en Galicia, a quen foi imposible entrevistar. É a incidencia máis baixa endemais rexistrada. (Lémbrese que na vixilancia da febre tifoidea, o Sistema xeral de notificación obrigatoria de enfermidades incorpora os casos detectados polo Sistema de información microbiolóxica de Galicia e polo CMBD de altas hospitalarias).

1. DXSP. Guías de Saúde Pública 2005; Serie I: Vacinas: informe 9.
2. Vid. Área de traballo "transmisibles", na web da DXSP.
3. "Datos EDO Galicia" no apartado "Aplicacións e datos".
4. DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. XX, nº 1.
5. DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. VIII, nº 1.
6. DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. X, nº 5.
7. DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. XIII, nº 1.
8. DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. XXI, nº 1.
9. DXSP. Guías de Saúde Pública 2005; Serie I: E.O.A.: informe 7.
10. DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. XVI, nº 5.

TÁBOA 2. ENFERMIDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. INFORMACIÓN DEFINITIVA DO ANO 2008, POR ÁREAS SANITARIAS

ÁREAS SANITARIAS	FERROL	CORUÑA(A)	SANTIAGO	PONTEVEDRA	VIGO	OURENSE	MONFORTE	LUGO	BERVO	BARCO (O)	SALNÉS (O)	TOTAL GALIÇA														
Poboación:	205.122	548.220	470.992	229.959	567.342	299.049	52.008	290.773	72.788	37.050	74.796	2.784.169														
EDO	ACUMI. CASOS	IE. A.C.	ACUMI. CASOS	IE. A.C.	ACUMI. CASOS	IE. A.C.	ACUMI. CASOS	IE. A.C.	ACUMI. CASOS	IE. A.C.	ACUMI. CASOS	IE. A.C.	ACUMI. CASOS	IE. A.C.												
GRPE	2.842	0,76	7.173	0,90	9.650	0,72	12.465	1,21	16.108	1,64	17.936	1,09	1.820	1,04	8.167	0,84	1.787	0,62	1.148	0,82	2.693	2,30	8.179	0,99		
MINUTES VÍRICAS	8	0,62	35	0,81	7	0,27	8	0,67	83	0,38	13	0,57	8	4,00	14	2,80	1	0,08	0	0	0	0	0,00	177	0,57	
ENE. MENINGOCÓCCICA	6	1,00	8	0,32	23	1,05	6	1,00	14	1,27	4	1,00	0	0,00	0	0,00	2	1,00	0	0	0	0	4	0,77		
ENE. INVASIVA POR Hib	1	—	1	—	0	—	0	0,00	2	1,00	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	4	0,57	
VARICELA	297	0,61	1.133	0,78	834	0,78	656	0,68	1.933	1,16	738	0,66	47	0,29	1.185	1,33	84	0,25	8	0,05	224	2,15	719	0,91		
SRAMELO	0	—	0	—	2	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	2	0,67	
RUBEOLA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	1	0,25	
PAROTIDITE	10	1,43	49	0,58	11	0,46	18	1,64	36	0,97	12	0,34	2	1,00	13	1,18	6	1,20	1	0,50	1	2	2	1,00	160	0,68
TOSEFERINA	0	—	1	1,00	5	—	1	—	0	0,00	2	2,00	1	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	10	2,00	
TOMINECCONS ALIMENTARIAS	9	0,60	7	0,58	18	0,34	15	0,22	63	0,33	46	0,62	8	0,35	90	1,14	30	0,39	1	1,00	1	1	1	288	0,38	
E. TRODIA	0	—	0	—	0	—	0	—	1	0,33	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	0	1	0,08
F. PARATIFÓIDA	0	—	0	—	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	1	n.c.	
HEPATITE A	4	—	21	7,00	1	—	3	3,00	5	1,67	2	2,00	1	—	0	0,00	1	0,50	0	—	0	2	2	40	3,33	
HEPATITE B	1	—	13	1,86	12	2,00	3	1,00	11	0,85	20	6,67	0	0,00	1	1,00	0	0,00	0	0,00	0	0	0	61	1,69	
HEPATITES VÍRICAS, OUTRAS	0	0,00	23	0,62	13	0,22	1	0,05	14	0,50	5	0,50	1	0,33	0	0,00	1	1,00	0	—	—	1	1	59	0,56	
BRUCELOSE	0	—	0	0,00	0	—	0	—	2	2,00	0	0,00	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	2	0,33	
SFILIS	2	1,00	12	1,50	9	3,00	15	1,15	37	1,42	40	2,22	0	—	1	1,00	0	0,00	0	—	0	0	0	116	1,71	
INFECC. GONOCÓCCICA	5	0,42	15	0,88	11	0,73	8	1,00	22	1,29	17	0,89	0	0,00	6	1,20	2	2,00	0	0,00	0	2	2	88	0,92	
LEONOROSE	6	2,00	18	1,00	7	1,00	13	3,25	3	0,25	1	0,20	1	1,00	4	1,00	0	0,00	1	—	1	1	1	55	0,87	
DISENTERIA BACILAR	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0,00	1	—	0	—	137	137,00	0	—	0	—	0	0	0	138	34,50	
TETANO	0	—	0	—	0	0,00	1	—	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	2	0,67	
RUBEOLA CONXENITA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	0	—	
TETANO NEONATAL	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	0	—	
SFILIS CONXENITA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	0	—	
EPIDEMIOLOGÍA MEDITERRANEA	0	—	0	—	0	—	1	—	3	0,75	0	0,00	0	—	1	—	0	—	0	—	0	0	0	5	0,71	
TRIQUINOSE	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	0	—	
PALDISMO	1	—	1	0,50	0	—	2	1,00	3	0,50	0	0,00	0	—	2	2,00	0	—	0	—	0	0	0	9	0,69	
CÓLERA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	0	—	
HEBREZ AMARELA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	0	—	
PESTE	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	0	—	
DIFTERIA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	0	—	
LEPRA	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	1	0,50	
POLIOMIELITE	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	0	—	
RABA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0	0	0	—	
Participación:	26%		23%		30%		46%		34%		92%		93%		89%		94%		94%		30%		48%			

O ano 2008. En 2008 detectáronse, en todo o mundo, 1.600 casos de polio debidos a poliovirus salvaxes (PV); 984 (59%) debidos ao tipo 1 (PV1) e o resto a PV3. Isto supón un aumento do 27% a respecto dos que foran detectados en 2007, debido a que os PV1 triplicáron a súa incidencia malia que a de PV3 diminuíu preto dun 40%<sup>1</sup>.

Os casos detectáronse en 18 países distintos (6 máis que en 2007), pero a meirande parte fórono nos catro países endémicos (91%): Nixeria, India, Afganistán e Paquistán. Como se pode presumir con estes datos, tampouco en 2008 se cumpriron os obxectivos que a OMS fixara a comezos de 2007 ao establecer un novo xeito de avaliar o progreso cara a erradicación da polio<sup>2</sup>.

Detectáronse tamén 79 casos de poliovirus derivado da vacina (PVDV) do serotipo 2 en 3 países<sup>3</sup>, como consecuencia do abrocho que se iniciou en Nixeria a finais de 2005<sup>2</sup>.

O aumento do número de casos en 2008, principalmente foi o resultado do rexurdir da transmisión de PV1 nos estados do norte de Nixeria. Este rexurdir espallou aos estados do sur de Nixeria, antes ceibes de polio<sup>4</sup>, e a 8 países africanos veciños. Na India, o uso continuado da vacina oral monovalente (mVOP) fronte ao serotipo 1 de 2005 a 2008 seguíuse dun período de máis de 12 meses (durante 2007/2008) sen que fose detectado PV1 no oeste do estado de Uttar Pradesh, que antes era unha das áreas do mundo cun nivel de endemicia maior. Non entanto, a mediados de 2008 o PV1 reintroduciuse no oeste de Uttar Pradesh dende o estado veciño de Bihar. Ademais, durante 2008 agraváronse os problemas para acceder aos nenos en áreas de Afganistán e Paquistán nas que hai conflito, e medrou o número de casos tanto de PV1 como de PV3<sup>5</sup>.

Durante 2002-2006, 20 países antes ceibes de polio afectáronse por importacións de PV1 procedentes de Nixeria e outros 3 máis por importacións procedentes da India<sup>6</sup>. En 2007 ocorreron relativamente poucas importacións, e cando rematou o ano 5 países aínda non interromperan a transmisión que orixinara a importación<sup>2</sup>. Durante 2008 e principios de 2009, as importacións de PV1 e PV3 afectaron a 15 países de África, incluídos os 5 países que non interromperan a transmisión<sup>7</sup>. Foron 32 eventos de importación, 29 dos cales tiñan a súa orixe en Nixeria, e os outros na India. Ademais, 4 países afectados foron a orixe de importacións noutros países de África<sup>8</sup>.

Ora ben, a partir da segunda metade de 2008 houbo indicios de progreso: a) a transmisión de PV1 no norte da India diminuíu como resultado dunhas actividades suplementarias de vacinación (ASV) de gran calidade; b) mellorou a calidade das ASV nalgúns estados do norte de Nixeria; c) o abrocho de PV1 na provincia paquistaní de Punjab rematou e a meirande parte de Afganistán permaneceu ceibe de polio<sup>9</sup>; d) a aparente interrupción da transmisión persistente na República do Congo e Nixer despois da importación de PV1; e) os abrochos asociados ás importacións en 2008 foron menores que os do período 2002-2005, debido a unha detección e confirmación microbiolóxica máis temperán, que facilitou o pronto inicio da resposta: ASV<sup>6</sup>.

O Comité asesor para a erradicación da polio (ACPE) considera que no norte da India (en particular no oeste de Uttar Pradesh) o principal atranco para a erradicación é a eficacia subóptima da VOP; e que nos outros países endémicos o é a cobertura vacinal insuficiente. A respecto da eficacia subóptima da VOP, o ACPE, malia que mantén a recomendación de que se desenvolvan múltiples roldas de vacinación con breves intervalos empregando mVOP1, asume a recomendación do grupo de expertos da India de avaliar a eficacia dunha nova mVOP cunha maior titulación e de considerar o emprego dunha dose de IPV suplementar nos distritos de maior risco.

Plan estratéxico 2009-2013. A finais de 2008, o ACPE<sup>9</sup> e o Grupo Estratéxico Asesor<sup>10</sup>, revisaron o progreso da erradicación mundial da poliomielite e concluíron que os problemas técnicos, operativos e financeiros pódense superar en todos os países onde a polio aínda é endémica. Os grupos asesores subliñan que en último extremo o éxito

da erradicación depende do compromiso político de todos os países afectados pola polio para acadar a maior cobertura vacinal posible durante as ASV, e para fortalecer a vacinación rutineira e a vixilancia.

Por iso, a Iniciativa mundial pola erradicación da polio (GPEI)<sup>11</sup> desenvolveu un novo plan estratéxico, que artella nos catro obxectivos seguintes<sup>12</sup>:

- *Interromper a transmisión do virus salvaxe.* Preténdese que para finais do 2013 xa teñan pasado polo menos 24 meses sen transmisión do PV no mundo, e que dende finais de 2012 se erradique calquera PVDV en menos de 6 meses da súa detección. Está previsto eliminar primeiro a transmisión do PV1 (en 2010) que a do PV3 (en 2011), e facelo antes en Asia (2010) que en Nixeria (2011).
- *Asegurar unha vixilancia da polio que se poda soste.* Neste eixo o obxectivo para finais de 2013, é acadar unha vixilancia que cumpla cos estándares de certificación en niveis sub-nacionais, que contenga a introdución de novos métodos de laboratorio (en 2010) e unha estratexia de vixilancia medioambiental a escala mundial (en 2011).
- *Acadar a certificación da erradicación e a contención dos poliovirus salvaxes nos laboratorios.* Preténdese que a finais de 2013 todos os países teñan remitida a documentación que demostra a ausencia de PV durante, polo menos, 24 meses e a plena contención dos stocks de PV.
- *Prepararse para a eliminación dos casos de polio paralítica asociada á vacina e de PVDV na era posterior á VOP,* xa que a finais de 2013 iniciárase o proceso de abandono do uso da VOP nos programas rutinarios de vacinación, para o que antes hai que acadar un consenso internacional en temas diversos<sup>13</sup>.

En resumo, a erradicación da polio aplázase por cuarta vez, agora ata 2012, e a súa certificación para 2013. De todos os xeitos, esta iniciativa non deixa de proporcionar beneficios en ámbitos próximos de control da enfermidade. Por exemplo, a rede de vixilancia implicada na erradicación de polio estase a empregar na vixilancia da gripe A(H1N1) na África subsahariana e en partes de Asia<sup>14</sup>.

A vixilancia da PFA en Galicia durante 2008. O sistema de vixilancia da parálise flácida aguda (PFA) en menores de 15 anos de idade, instaurado en Galicia polo programa de erradicación da polio, detectou 2 casos en 2008. Ora ben, a vixilancia polo CMBD de altas hospitalarias detectou tres.

1. <http://www.polioeradication.org/content/general/casecount.pdf>
2. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XX, nº 4.
3. [http://www.polioeradication.org/content/general/cvdpv\\_count.pdf](http://www.polioeradication.org/content/general/cvdpv_count.pdf)
4. Territorios ceibes de polio son os que non tiveron transmisión autóctona durante máis de 12 meses e nos que se determinou por secuenciación xenética que os casos posteriores tiñan unha orixe externa. A secuenciación xenética dos virus traza as orixes e as rutas dos virus importados e permite estimar a duración da circulación do virus nunha cadea de transmisión.
5. WHO. *Weekly Epidemiological Record* 2009; vol. 84, nº 14.
6. Importación defínese como a detección de 1 ou máis casos de polio nun país como resultado da transmisión dun PV que a análise xenética demostra que se orixinou noutro país. Un abrocho asociado a unha importación defínese como 2 ou máis casos de polio causados por PV relacionados cun PV importado.
7. Un abrocho cualifícase como persistente cando a transmisión de PV importada mantense máis de 12 meses.
8. WHO. *Weekly Epidemiological Record* 2009; vol. 84, nº 16.
9. WHO. *Weekly Epidemiological Record* 2009; vol. 84, nº 3.
10. WHO. *Weekly Epidemiological Record* 2009; vol. 84, nº 1/2.
11. <http://www.polioeradication.org>
12. GPEI. Strategic plan 2009-2013. Decembrer 2008.
13. Entre os ditos temas atópanse: como abandonar a VOP de xeito coordinado en todo o mundo o máis axiña posible despois da certificación; como almacenar e usar a mVOP despois do abandono da VOP; ou como xerar opcións de uso de VIP economicamente asumibles para os países de ingresos medios e baixos que elixan continuar coa vacinación.
14. GPEI. Monthly Situation Reports. May 2009.

**SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA**

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

A CORUÑA	981 155 888
LUGO	982 292 114
OURENSE	988 066 339
PONTEVEDRA	986 885 872

SAEG

EPIDEMIOLOGO DE GARDA  
Fora 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.: 881 542 929 / Fax: 881 542 970

E-mail: [dxsp.vixepi@sergas.es](mailto:dxsp.vixepi@sergas.es)

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