

# BEG

## Boletín Epidemiolóxico de Galicia

### SUMARIO

**O SUICIDIO EN GALICIA NO QUINQUENIO 2000 A 2004** ..... 1

**A EXPOSICIÓN AO FUME AMBIENTAL DE TABACO EN GALICIA DESPOIS DA LEI 28/2005** ..... 3

**A ERRADICACIÓN DA POLIOMIELITE: ANO 2007. O NOVO XEITO DE AVALIAR O PROGRESO** ..... 4

**Anexo I: A TUBERDULOSE EN GALICIA: CASOS DE 2005 E 2006 E EVOLUCIÓN DE DE 1996 A 2006.**

**Anexo II: PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN DA XORDEIRA EN PERIODO NEONATAL: RESULTADOS 2002-2006**

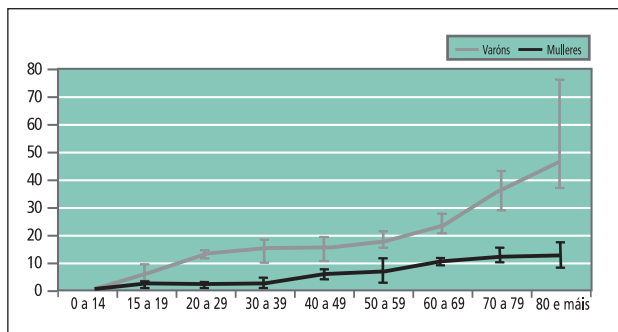
### O SUICIDIO EN GALICIA NO QUINQUENIO 2000 A 2004

**Limiar.** Nun anterior número do BEG<sup>1</sup> dábase conta do comportamento da mortalidade por suicidio en Galicia durante o período que vai de 1976 a 1998. Os achados máis salientables dese informe, ademais da característica distribución por idade e sexo común a case que todos os lugares do mundo: o suicidio é máis frecuente nos homes e nas idades máis avanzadas; foron a) un aumento da taxa de mortalidade por suicidio axustada pola idade, moi marcado nos homes e moito menos intenso nas mulleres; b) unha distribución xeográfica moi característica, cun claro patrón norte a sur de descenso do risco de suicidio no conxunto do período, cunha distribución inversa da tendencia no senso de que nos concellos do sur a mortalidade por suicidio mostra unha tendencia a medrar máis acusada que nos do norte; e c) o método máis frecuentemente empregado para o suicidio foi o aforcamento, cun 66%, seguido moi de lonxe pola caída dende un lugar elevado, cun 8%.

O obxectivo deste informe é dar conta do comportamento do suicidio en Galicia durante o quinquenio seguinte, 2000 a 2004, no que atinxe ás características antes descritas engadindo, ademais, un breve comentario sobre a estacionalidade e unha comparativa coa situación no conxunto de España. Máis datos sobre o suicidio neste período pódense consultar no documento anexo con datos ampliados (DADA), que se atopa pendurado da páxina web da DXSP xunto a este informe, no epígrafe "mortalidade" da área de traballo "vixilancia epidemiolóxica".

**Xénero e idade.** Durante o quinquenio 2000/04 morreron en Galicia 1.471 persoas por suicidio, das cales 1.082 eran varóns (o 74%) e 389 mulleres, que supoñen, respectivamente, o 1%, 1'5% e 0'6% de todas as mortes ocorridas. Supoñen tamén, 294, 266 e 79 suicidios anuais, que representan unhas taxas anuais brutas de mortalidade de 10'7, 16'4 e 5'5 mortes por cen mil habitantes. Empregando como poboación estándar a galega do ano 2000, as taxas de mortalidade estandarizada deste quinquenio, 10'6 mortes por cen mil habitantes e ano, son lixeiramente inferiores ás dos 3 quinquenios precedentes, que abranguen de 1985 a 1999, e superiores ás do quinquenio 1980/84 (ver o DADA); e o mesmo ocorre tanto nos varóns (16'1) como nas mulleres (5'4).

Figura 1. Número de suicidios por cen mil habitantes e ano en Galicia de 2000 a 2004, por grupo de idade (en anos) e xénero, e máis o seu rango anual de variación.



Como se observa na figura 1, a mortalidade por suicidio no quinquenio 2000/04 foi, en Galicia, superior nos varóns en todos os grupos de idade, e o seu rango de variación anual é moi estreito agás nos varóns de máis idade. Ademais, como se observa na figura 2, tendo como referencia ás mulleres, o risco relativo (RR) de suicidio nos varóns supera 2'3 en todos os grupos de idade (é dicir, en todos eles os suicidios foron polo menos 2'3 veces máis frecuentes en homes que en mulleres), e, aínda que quizais non se observe ben na figura 1, o RR máis elevado deuse na terceira e cuarta décadas da vida (RR=7'9 e RR=6'0, respectivamente). Por riba dos 70 anos o risco dos homes triplicou o das mulleres, e, comparado co risco de suicidio dos que teñen menos de 15 anos de idade, o risco dos que teñen 80 e máis chega a ser 9 e 6 veces superior, respectivamente, en varóns e mulleres (ver a figura 2).

Por outra banda, ao considerar a importancia que o suicidio ten no conxunto da mortalidade nos distintos grupos de idade, obtense unha distribución moi diferente á da figura 1. Durante o quinquenio 2000/04, nos mozos e na idade media da vida o suicidio supuxo entre o 5 e o 12% de todas as mortes, dependendo do grupo de idade. Ocorre o mesmo en varóns (con maior intensidade) e mulleres (ver a figura 3)

Figura 2. Risco relativo de suicidio dos homes nos diferentes grupos de idade, e risco, en varóns e mulleres, de cada grupo de idade relativo ao dos 15 a 19 anos, en Galicia de 2000 a 2004.

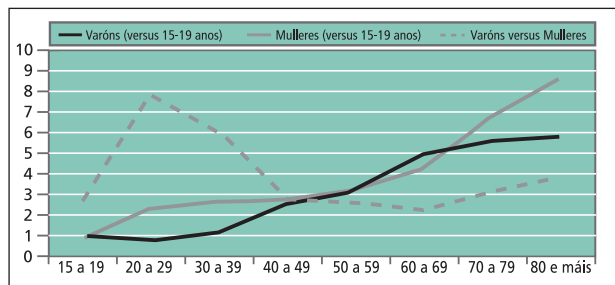
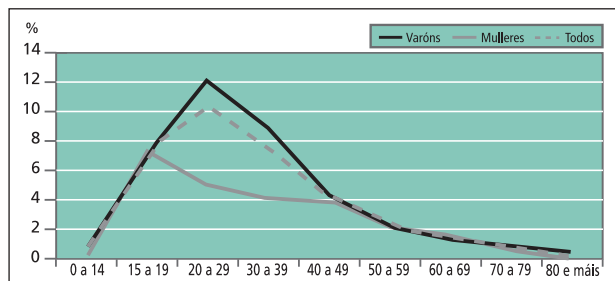


Figura 3. Porcentaxe que sobre o total de mortes supuxeron os suicidios en Galicia no quinquenio 2000/02, por grupo de idade.

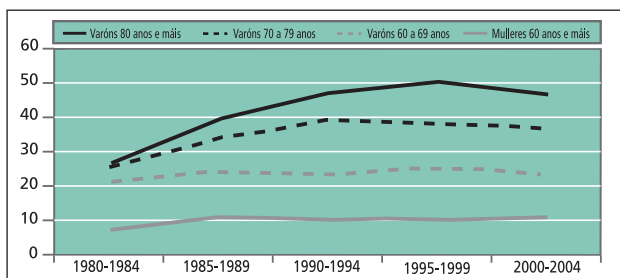


### NOVIDADES NA WEB DA DXSP (<http://dxsp.sergas.es>)

- Área de traballo: Non transmisibles [PASEA]: Folleto: Almorzo saudable na idade escolar.
- Área de traballo: Aplicacións e datos: Sistema de información sobre mortalidade por cancro: actualización cos datos de 2005.
- Área de traballo: Aplicacións e datos: Sistema de información sobre mortalidade por cancro: inclusión do cancro de cérvix.
- Área de traballo: Aplicacións e datos: Interrupcións voluntarias do embarazo: actualización cos datos de 2006.
- Área de traballo: Aplicacións e datos: CERTIFICA: Autoformación médica para a certificación da defunción.

**Evolución.** Comparado cos 15 anos anteriores, 1985 a 1999, o risco de suicidio en Galicia experimentou unha estabilización –ou mesmo un lixeiro descenso– en prácticamente todos os grupos de idade, tanto en varóns como en mulleres, aínda que segue a ser superior ao do quinquenio 1980 a 1984, que foi no que se experimentou o menor risco de todos este período (ver o DADA). Isto vese ben na *figura 4*, na que se mostra a evolución da mortalidade por suicidio ao longo dos cinco últimos quinquenios nos varóns e nas mulleres de máis de 59 anos (nestas non se mostran subgrupos de idade porque entre eles non hai moita variación, como se mira na *figura 1*).

*Figura 4. Número de suicidios por cen mil habitantes e ano en Galicia de 1980 a 2004, por quinquenios, en maiores de 59 anos por xénero e por grupo de idade (só en varóns).*



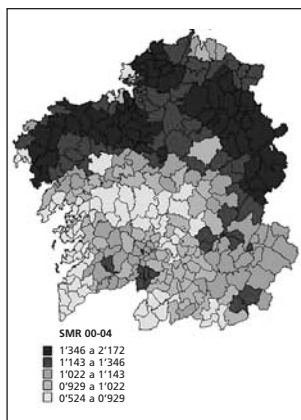
**Distribución xeográfica.** Ao representar nun mapa as razóns de mortalidade estandarizadas (SMR), que foron suavizadas segundo un método descrito noutra parte<sup>2</sup>, pódese comprobar que se segue a manter o claro patrón norte-sur de decrecemento, con RMEs superiores ás esperadas no norte e centro das provincias de Lugo e A Coruña e no sueste de Lugo (ver a *figura 5*). Trátase dun mapa moi semellante ao do período 1976-1998, non sendo que neste os concellos que están preto da Costa da Morte non tiñan as SMR na categoría superior de valores, onde si se atopaban as de certos concellos do nordeste da provincia de Ourense.

En liñas xerais, o mapa da *figura 5* serve tamén para describir a distribución xeográfica do suicidio nos varóns e nas mulleres (ver o DADA), mais é lixeiramente diferente cando se analizan os suicidios nas persoas de menos de 60 anos de idade. Neles, aínda que as SMR teñen unha distribución xeral coma a da *figura 5*, as máis elevadas atópanse nos concellos da provincia da Coruña (ver o DADA).

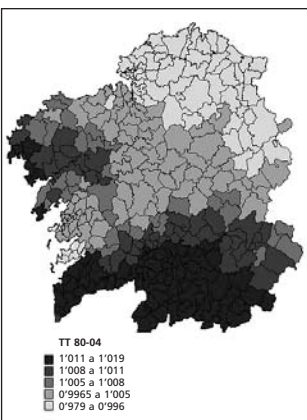
No que atinxe á evolución temporal dos suicidios de 1980 a 2004, os concellos que experimentaron un aumento maior son os do sur da Provincia de Pontevedra e practicamente todos os da provincia de Ourense (ver a *figura 6*). Tamén experimentaron unha tendencia a medrar os concellos que se atopan preto da Costa da Morte, que son os únicos nos que se observou esta tendencia xunto a SMR elevadas, xa que para o resto de Galicia pódese dicir que o mapa de SMR e o de tendencia temporal son o negativo un do outro.

Ora ben, son importantes as diferenzas na evolución temporal en varóns e mulleres (ver o DADA). Aínda que nos dous casos as tendencias a medrar concéntrase no sur de Galicia, nos varóns estas concéntrase nos concellos da provincia de Ourense e mesmo do sueste de Lugo, mentras nas mulleres o fan no sur da de Pontevedra. Nos concellos próximos á Costa da Morte a tendencia foi a medrar tanto en varóns como en mulleres.

*Figura 5. Razón de mortalidade estandarizada (SMR) por suicidio nos concellos de Galicia durante o período 2000 a 2004. SMR >1 indica mortalidade superior á do conxunto de Galicia, e SMR <1 inferior.*



*Figura 6. Tendencia temporal (TT) do suicidio nos concellos de Galicia durante o período 1980 a 2004. TT >1 indica unha tendencia a aumentar superior á do conxunto de Galicia, e TT <1 unha menor.*



**Método empregado para o suicidio.** Durante o quinquenio 2000/04, o aforcamento seguiu a ser o método de suicidio empregado con máis frecuencia (foino no 62% dos casos), seguido de lonxe pola “caída dende un lugar elevado” (que se empregou no 12% dos suicidios). O aforcamento foi o método empregado con maior frecuencia en todos os grupos de ida-

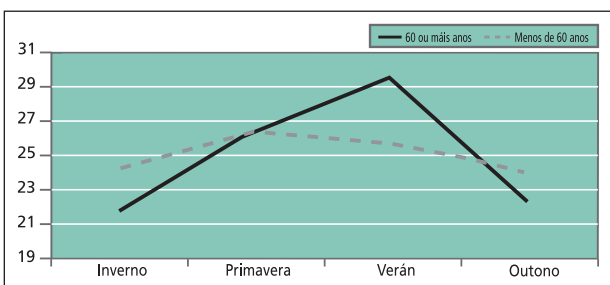
de, e a súa importancia medra a medida que o fai a idade, aínda que pouco: do 54% das persoas que tiñan entre 20 e 29 anos de idade ata o 66% das que tiñan 60 ou máis (ver o DADA).

Foi empregado máis polos homes, nun 66% dos casos, que polas mulleres, que o fixeron nun 51%. Elas empregaron máis que os varóns a “caída dende un lugar elevado” (20 versus 9% dos suicidios) e o “afogamento” (13 versus 6%), mentres os suicidios con “gases domésticos, e outros gases e vapores” e con “arma de fogo ou explosivo” son case que exclusivos dos varóns: no quinquenio suicidáronse, con estes métodos, 99 varóns e 5 mulleres (9 versus 1% dos suicidios).

É diferente a distribución xeográfica dos suicidios nos que se empregou o aforcamento da dos suicidios nos que se empregou outro método distinto. Como se pode ver no DADA, a primeira lembra –como no podía ser doutro xeito polo súa importancia cuantitativa– a da *figura 5*, mentres a segunda mostra as SMR máis elevadas concentradas nos concellos do leste da provincia de Lugo (e dun xeito máis rechamante nos varóns que nas mulleres), e nos concellos do centro da provincia de Ourense e nas comarcas de Bergantiños e Coruña (e dun xeito máis rechamante nas mulleres).

**Estacionalidade.** Durante o quinquenio estudado observouse certa estacionalidade nos suicidios de persoas con 60 ou máis anos de idade, no senso de que no verán (de xuño a agosto) ocorreron 1'3 veces máis suicidios que no inverno, como se pode apreciar na *figura 7*. Nela tamén se observa como nas persoas de menos de 60 anos, a compoñente estacional, agora de primavera, é aínda menos rechamante.

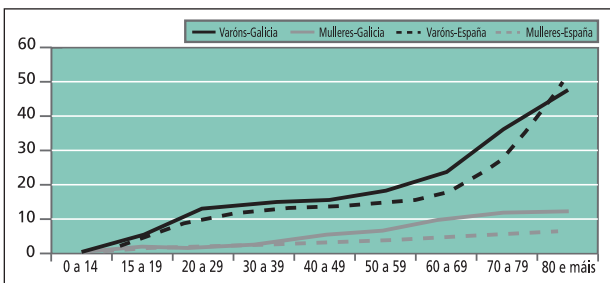
*Figura 7. Distribución estacional dos suicidios, en porcentaxe, ocorridos en Galicia no quinquenio 2000/04, por idade.*



**Comparación con España.** Dende hai xa anos o suicidio ven sendo máis frecuente en Galicia que no conxunto de España, e durante o quinquenio 2000/04 seguiu a selo. Como se observa na *figura 8*, a mortalidade por suicidio é superior en Galicia, tanto en varóns como en mulleres, e o é en practicamente todos os grupos de idade.

De feito, durante o quinquenio estudado ocorreron en Galicia 287 suicidios máis dos que se esperaría que ocorresen de ser a taxa de suicidios específica por grupo de idade en Galicia igual á que foi en España. Isto supón un “exceso” axustado por idade do 17% nos varóns e do 24% nas mulleres.

*Figura 8. Número de suicidios por cen mil habitantes e ano en Galicia e España no quinquenio 2000/04, por gupo de idade.*



**Comentario.** No quinquenio 2000/04 invertíuse a tendencia a medrar que viña amosando a mortalidade por suicidio en Galicia dende o quinquenio 1985/89. De todos os xeitos, a diminución foi lixeira e a mortalidade por suicidio en Galicia segue a ser superior á do conxunto do estado español.

Polo demais, mantéñese as características sinaladas ao principio do informe. No quinquenio 2000/04 mantívose a distribución xeográfica cun claro patrón norte (ao que se incorporaron os concellos de preto da Costa da Morte) a sur de descenso do risco de suicidio, cunha distribución inversa de tendencia no senso de que nos concellos do sur o suicidio mostra unha tendencia a medrar máis acusada que nos do norte, non sendo nos concellos de preto da Costa da Morte; e o método máis frecuentemente empregado para o suicidio segue a ser o aforcamento, seguido moi de lonxe pola caída dende un lugar elevado.

1. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol XIV, nº 2.  
2. Vidal-Rodeiro et al. *Gac Sanit* 2001; 15 (5): 389-397.

**Introdución.** En xaneiro do ano 2006 implantouse en España a “Ley 28/2005 de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo” que recolle, entre outras, unha serie de medidas orientadas á diminución da exposición ao fume ambiental do tabaco (FAT) en lugares públicos tanto de traballo como de lecer.

A enquisa do ano 2005 do Sistema de Información sobre Condutas de Risco (SICRI) contaba con preguntas que permitiron estimar que o 75% da poboación galega de 16 a 74 anos estaba exposta, a diario ou de xeito ocasional ao FAT nalgún dos ambientes considerados<sup>1</sup>. No ano 2006, e de novo no marco do SICRI, volveuse a preguntar pola exposición ao FAT, e os resultados obtidos son os que se mostran deseguido.

**Exposición da poboación galega ao FAT.** Como en 2005, na enquisa de 2006 consideráronse tres ambientes de exposición: domicilio, traballo e lugares de lecer; e dúas categorías de exposición: *exposto*: aquela persoa que di estar, ben a diario ou de xeito ocasional (ver despois), en lugares onde hai FAT; e *non exposto*: aquela persoa que di non estar exposta ao fume ambiental de tabaco nos ditos ambientes.

Tamén como en 2005 preguntouse polo tempo de exposición, tanto diario (horas/día) coma ocasional (horas/semana), e se engadiron unha serie de preguntas para coñecer a percepción que a poboación tiña sobre a exposición ao FAT en comparación co ano 2005.

Do deseño da enquisa dáse conta nun número anterior do BEG<sup>2</sup>, e o cuestionario empregado pódese consultar na páxina web da DXSP, no epígrafe adicado a este informe no apartado “consumo de tabaco en Galicia” da área de traballo “non transmisibles”. En diante, móstranse as estimacións puntuais cos seus intervalos de confianza ao 95% entre parénteses.

**Prevalencia de exposición da poboación galega ao FAT.** O 74% (73-75%) da poboación galega con idades comprendidas entre os 16 e os 74 anos di estar exposta de xeito diario ou ocasional ao FAT ben no traballo, na casa ou nos lugares de lecer. Na táboa 1 móstranse, por sexo e grupo de idade, as prevalencias de exposición ao FAT en función do hábito tabáquico. Destaca que case 9 de cada 10 fumadores din estar expostos ao FAT, mais hai que ter en consideración que pode serlles difícil diferenciar entre a exposición ao seu propio fume e a exposición ao fume dos demais.

**Exposición por ámbito.** A táboa 2 amosa a porcentaxe de poboación que declara estar exposta a diario en función do sexo, hábito tabáquico e ámbito de exposición. Nela obsérvase que en todos os ámbitos considerados a prevalencia de exposición ao FAT é superior nos fumadores. Ademais, en todos os casos aparecen diferenzas significativas en función do sexo: as mulleres, tanto fumadoras coma non fumadoras, só declaran unha exposición máis alta na casa, no resto dos ambientes a prevalencia de exposición é máis alta nos homes.

Destaca, tanto en fumadores coma en non fumadores, a alta exposición nos lugares de lecer, e se ben nestes lugares as horas de exposición

son menos que en calquera dos outros ambientes (táboa 3), moi probablemente a concentración de FAT sexa mais elevada do que é na casa ou no traballo.

**Exposición en función do traballo.** Aos que dicían estar traballando no momento da enquisa preguntóuselles, de xeito explícito, se o facían nun organismo público ou na hostalaría. Un 24% (23-26%) contestaron que traballaban nun organismo e o 5% (4-6%) na hostalaría. O 50% (42-57%) destes declararon estar expostos a diario ou ocasionalmente ao FAT, moitos máis que o 12% (9-14%) dos que traballaban nun organismo. Hai que ter en conta que na hostalaría, aínda que tamén son lugares de traballo, a regulación é diferente. Nos locais de 100 m<sup>2</sup> ou menos o dono pode elixir entre deixar fumar ou non, e nos de máis é posible habilitar zonas para fumadores. Non cuestionario non se recolleu información relativa ao tamaño do local.

**Comparación co ano 2005.** Comparados cos da enquisa de 2005<sup>1</sup>, os datos aquí presentados non mostran cambios na prevalencia de exposición diaria e ocasional ao FAT en calquera dos ámbitos, mais sí na exposición diaria no traballo (ver as táboas 2, para 2006, e 4, para 2005). Obsérvase, tamén, unha percepción de cambio que varía por ámbito: independentemente do hábito tabáquico, o 26% (25-27%) dos enquisados declaran estar menos expostos na casa e o 54% (53-56%) menos expostos no traballo. Nos lugares de lecer si aparecen diferenzas en función do hábito, e o 56% (55-58%) dos non fumadores declaran estar menos expostos mentres so o fan o 49% (47-52%) dos fumadores. O descenso máis importante sería nos restaurantes, 61% (60-62%), mentres nas discotecas só o 34% (33-36%) declara que a exposición é menor que no ano 2005.

Táboa 4. Prevalencia en porcentaxe (intervalo de confianza ao 95%) de exposición diaria ao FAT en Galicia no ano 2005 por hábito e ámbito.

| [Vid ref. 1] | NON FUMADORES    | FUMADORES        |
|--------------|------------------|------------------|
| Na casa      | 18'4 (17'1-19'8) | 37'6 (35'3-40'0) |
| No traballo  | 38'0 (35'9-40'0) | 47'8 (45'1-50'6) |
| No lecer     | 20'2 (18'9-21'4) | 39'2 (36'8-41'5) |

**Conclusións.** A prevalencia de exposición autodeclarada ao FAT non variou en Galicia nos 2 anos estudados. Ora ben, cando se pregunta polo ambiente no que a persoa está exposta, a prevalencia de exposición autodeclarada no lugar de traballo diminuíu de xeito considerable. Os enquisados que traballan na hostalaría declaran unha prevalencia de exposición superior ao resto dos traballadores.

**Referencias**

1. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XIX, nº 6.
2. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XX, nº 3.

Táboa 1. Prevalencia (intervalo de confianza ao 95%) de exposición diaria ou ocasional ao FAT dos non fumadores e fumadores en Galicia no ano 2006 en función do sexo e o grupo de idade. A prevalencia móstrase en porcentaxe.

|            | NON FUMADORES    |                  |                  | FUMADORES        |                  |                  |
|------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|            | Homes            | Mulleres         | Total            | Homes            | Mulleres         | Total            |
| 16-24 anos | 89'2 (86'9-91'4) | 89'8 (87'6-91'9) | 89'5 (87'9-91'0) | 95'7 (93'2-98'3) | 96'8 (94'4-99'1) | 96'2 (94'5-98'8) |
| 25-44 anos | 85'0 (82'1-87'8) | 75'4 (72'2-78'5) | 79'8 (77'7-82'0) | 88'7 (85'4-91'9) | 88'1 (84'3-91'9) | 88'4 (86'0-90'9) |
| 45-74 anos | 69'1 (66'5-71'6) | 51'2 (48'5-53'8) | 59'0 (57'1-60'9) | 80'2 (75'9-84'6) | 77'2 (70'6-83'9) | 79'2 (75'6-82'9) |
| TOTAL      | 77'5 (75'8-79'2) | 63'9 (62'0-65'8) | 70'1 (68'8-71'4) | 86'5 (84'1-88'8) | 86'4 (83'5-89'4) | 86'4 (84'6-88'3) |

Táboa 2. Prevalencia (intervalo de confianza ao 95%) de exposición diaria ao FAT dos non fumadores e fumadores en Galicia no ano 2006 en función do sexo e o lugar de exposición. A prevalencia móstrase en porcentaxe.

|             | NON FUMADORES    |                  |                  | FUMADORES        |                  |                  |
|-------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|             | Homes            | Mulleres         | Total            | Homes            | Mulleres         | Total            |
| Na casa     | 9'6 (8'4-10'7)   | 13'7 (12'4-15'0) | 11'8 (10'9-12'7) | 23'2 (20'3-26'3) | 34'6 (30'7-38'5) | 27'9 (25'5-30'2) |
| No traballo | 6'9 (5'8-8'0)    | 3'6 (2'9-4'4)    | 5'1 (4'5-5'8)    | 14'4 (11'9-16'8) | 6'9 (4'8-9'0)    | 11'3 (9'6-13'0)  |
| No lecer    | 20'0 (18'3-21'6) | 10'4 (9'2-11'6)  | 14'8 (13'8-15'8) | 37'4 (34'1-40'7) | 30'1 (26'3-33'8) | 34'4 (31'9-36'9) |

Táboa 3. Horas (intervalo de confianza ao 95%) de exposición diaria ao FAT dos non fumadores e fumadores en Galicia: 1 de xaneiro de 2005, en función do sexo e o lugar de exposición.

|             | NON FUMADORES |               |               | FUMADORES     |               |               |
|-------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|             | Homes         | Mulleres      | Total         | Homes         | Mulleres      | Total         |
| Na casa     | 3'0 (2'6-3'4) | 3'2 (2'9-3'5) | 3'2 (2'9-3'4) | 3'7 (3'3-4'1) | 4'1 (3'6-4'6) | 3'9 (3'6-4'2) |
| No traballo | 5'7 (5'1-6'3) | 5'2 (4'4-6'0) | 5'5 (5'0-6'0) | 6'2 (5'5-7'0) | 5'6 (4'4-6'7) | 6'1 (5'4-6'7) |
| No lecer    | 2'1 (1'9-2'4) | 2'1 (1'8-2'4) | 2'1 (1'9-2'3) | 2'2 (2'0-2'5) | 2'2 (1'8-2'5) | 2'2 (2'0-2'4) |

## A ERRADICACIÓN DA POLIOMIELITE: ANO 2007. O NOVO XEITO DE AVALIAR O PROGRESO CARA A ERRADICACIÓN

A evolución da erradicación mundial da polio a partir de 2004, que supuxo aumentar o número e amplitude das intervencións e mesmo implicou un cambio de estratexia ao substituír a vacina trivalente, VOPt, polas monovalentes, VOP1 e VOP3<sup>1,2</sup>, levou a que en febreiro de 2007 a OMS elaborase un conxunto de indicadores "que demostren que se están a poñer en práctica accións máis intensas con carácter inmediato e que teñen o impacto previsto para interromper a transmisión da polio nos países endémicos e nos reinfectedos"<sup>3</sup>.

Con eles a OMS quere medir a redución no número de distritos infectados e do avance da cobertura vacinal infantil nos países endémicos; a premura na resposta aos abrochos que se lle da nos países reinfectedos; e o grao de financiamento das actividades. En concreto, estes novos indicadores, expresados como obxectivos, son os seguintes:

A finais de 2007 debería ser que:

- Nos países endémicos, o número de distritos infectados con polio fosen a metade dos que foran en 2006.
- Nos países endémicos, a cobertura de vacinación anti-poliomielítica nos nenos de 6 a 35 meses de idade dos distritos infectados estean ao mesmo nivel que a dos distritos exentos de poliomielite.
- Nos países reinfectedos durante 2006 se puxesen en práctica medidas axeitadas de resposta e se interrompeu a transmisión do poliovirus importado.
- Se reunisen fondos dabondo para financiar todas as actividades de erradicación previstas ata finais de 2007.

E para finais de 2008, debería ser que:

- Nos países endémicos, a transmisión da polio estivese interrompida, ou, polo menos, o número de distritos infectados con polio fosen a metade dos que foran en 2007.
- Nos países endémicos, a cobertura de vacinación anti-poliomielítica nos nenos de 6 a 35 meses de idade dos distritos infectados levasen ao mesmo nivel, durante un mínimo de 12 meses, que a dos distritos exentos de polio.
- Nos países reinfectedos durante 2007 se puxesen en práctica medidas axeitadas de resposta e se interrompese a transmisión do poliovirus importado.
- Se reunisen fondos dabondo para financiar todas as actividades de erradicación previstas ata finais de 2008.

En outubro de 2007 a OMS fixo unha primeira avaliación destes indicadores, co resultado seguinte<sup>4</sup>:

- En conxunto había, nos catro países endémicos, un 51% menos de distritos infectados que en 2006, aínda que a redución debeuse aos poliovirus do tipo 1 (redución do 75%), xa que cos do tipo 3 foi menor (22%).
- O obxectivo de cobertura vacinal acadouse xa en 7 das 9 zonas de transmisión. Non se acadara aínda na rexión sur de Afganistán nin na de maior transmisión de Nixeria.
- En abril de 2007 remataron os abrochos en 10 dos 13 países que en 2006 se consideraron reinfectedos.
- En outubro de 2007, faltaban 60 dos 583 millóns de dólares necesarios para financiar todas as actividades de 2007.

Posteriormente, en novembro de 2007, reuniuse o *Advisory Committee on Poliomyelitis Eradication* (ACPE)<sup>5</sup>, que salientou que 2007 ía camiño de ser o ano con menor incidencia de polio dende 2001, e o ano con menor número de casos debidos ao poliovirus do tipo 1 endexa-mais rexistrado. Indicou, ademais, que isto último é resultado directo do uso extensivo da VOP1 debido á prioridade que se lle deu á erradicación do poliovirus do tipo 1.

Táboa 1: Casos anuais de polio confirmados no mundo

| 2000  | 2001 | 2002  | 2003 | 2004  | 2005  | 2006  | 2007  |
|-------|------|-------|------|-------|-------|-------|-------|
| 2.971 | 498  | 1.922 | 784  | 1.258 | 2.033 | 1.999 | 1.307 |

Ora ben, 2007 non rematou sendo o ano con menos casos dende 2001 (ver a táboa 1) debido a que cando se reuniu o ACPE no estado Indio de Bihar estaba en pleno crecemento un abrocho debido a poliovirus do tipo 3, de tal xeito que só se coñecían o 52% dos casos debidos a este

tipo que se produciron en 2007. Este abrocho fixo que o número de casos de polio detectados durante 2007 na India medarse un 23% respecto dos de 2006, a pesares de que os debidos ao tipo 1 diminuíron un 88%. Non entanto, durante 2007 o número de distritos infectados na India diminuíu un 85% respecto dos detectados en 2006 (ver a táboa 2).

Táboa 2: Número de distritos infectados por tipo de virus e ano nos países endémicos

| Poliovirus → | Co tipo 1 |      | Co tipo 3 |      | Cos dous |      |
|--------------|-----------|------|-----------|------|----------|------|
|              | 2006      | 2007 | 2006      | 2007 | 2006     | 2007 |
| India        | 113       | 44   | 7         | 76   | 0        | 3    |
| Pakistan     | 12        | 12   | 13        | 9    |          |      |
| Afghanistan  | 17        | 6    | 2         | 8    |          |      |
| Nixeria      | 201       | 74   | 120       | 107  |          |      |

Este aumento dos casos debidos aos poliovirus do tipo 3 era unha posibilidade que xa contemplara o ACPE<sup>5</sup>, debido á prioridade que se lle otorgou a eliminar os do tipo 1, que son máis patóxenos, ao substituír a vacina VOPt pola VOP1, que é máis efectiva<sup>2</sup>. En resposta ao abrocho, nos territorios afectados da India xa se desenvolveron dúas roldas suplementarias de vacinación con VOP3 a gran escala, cuxo impacto se tería que notar a partir de febreiro de 2008.

Durante 2007 en Nixeria detectáronse 279 casos de polio, un 75% menos que en 2006 (cun 69% menos de distritos infectados, ver a táboa 2), e, como na India, medraron os casos debidos aos virus do tipo 3 e diminuíron (un 90%) os debidos ao tipo 1. Ademais, durante 2007 continuou en Nixeria o abrocho debido á circulación dun poliovirus do tipo 2 derivado da vacina (cVDPV)<sup>6</sup> que principiara a finais de 2005. Con este son xa 9 os abrochos debidos a cVDPV que se produciron dende 2007, e a OMS estima<sup>8</sup> que o risco anual de que ocorra un destes abrochos no mundo atópase entre o 65 e o 95%, se ben caería a niveis do 1 a 3% xa cando teñan pasado 3 anos do abandono sincronizado da vacinación con VOP<sup>9</sup>. De todos xeitos, estes abrochos, que teñen no baixo nivel de inmunidade da poboación o seu principal factor de risco coñecido<sup>5</sup>, adoitan producir, en media, un número menor de casos que os debidos a poliovirus salvaxes, e responden máis axiña ás actividades suplementarias de vacinación.

Nos outros dous países endémicos, Pakistán e Afganistán, durante 2007 se detectaron, respectivamente, 32 (19 polo tipo 1 e 13 polo 3) e 17 casos (7 polo tipo 1 e 10 polo 3), que supoñen descensos do 20 e o 45% respecto de 2006. No que atinxe ao número de distritos infectados (ver a táboa 2), en 2007 houbo un 85% menos que en 2006 en Pakistán e un 70% menos en Afganistán.

Durante 2007 detectáronse ademais 105 casos de polio noutros 8 países, aínda que o 39% fórono nun só, a República Democrática do Congo, que está a ter múltiples casos importados nos últimos dous anos<sup>5</sup>. Neste e noutros tres países (Chad, Nixer e Mianmar) se produciron o 80% dos casos detectados fóra dos países endémicos.

Para rematar, compre salientar que en 2007 se cumpriron 5 anos dende que a Rexión Europea de OMS fose declarada ceibe de polio<sup>10-11</sup>.

**A vixilancia da PFA en Galicia durante 2007.** 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, non detectou ningún caso en 2007. Ora ben, a vixilancia polo CMBD de altas hospitalarias detectou dous.

### Referencias

1. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVII, nº 5.
2. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XIX, nº 5.
3. WHO. The Case for Completing Polio Eradication. February 2007.
4. WHO. *Polio News*, nº 30 (winter 2007-2008).
5. WHO. *Weekly Epidemiological Record* 2008; vol. 83, nº 3.
6. WHO. *Weekly Epidemiological Record* 2007; vol. 82, nº 39.
7. WHO. *cVDPV count*, updated: 22 January 2008.
8. WHO. *Report by the Secretariat (EB 122/6)*, 10 January 2008.
9. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVII, nº 5.
10. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XV, nº 1.
11. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVI, nº 2.

**SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA**

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

|   |      |
|---|------|
| A CORUÑA<br>981 155 888   | SAEG |
| LUGO<br>982 292 114   |      |
| OURENSE<br>988 066 339  |      |
| PONTEVEDRA<br>986 885 872   |      |
| EPIDEMIÓLOGO DE GARDA<br>Fóra do horario de oficina<br>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

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