

(E) COMUNICATS ESPERATS			(R06) REBUTS SET.			16 2006			(R07) REBUTS SET.			16 2007		
ZONES	E	R06	R07	ZONES	E	R06	R07	ZONES	E	R06	R07			
S'ARENAL	10	7	5	SANT AGUSTÍ	9	-	6	SON SERVERA	12	3	5			
C.MAR.PONENT	19	8	4	MARTI SERRA	12	10	6	VILAFRANCA	14	9	9			
S'ESCORXADOR	19	11	14	CALVIÀ	23	11	9	FELANITX	11	11	9			
SON PISA	14	12	14	ESPORLES	7	3	4	CAMPOS	7	3	3			
P. GARAU	15	14	14	SOLLER	9	9	9	SANTANYÍ	6	5	5			
CAMP RODÓ	17	16	17	STA. MARIA	8	6	5	ANDRATX	5	4	3			
COLL D'EN RAB	17	13	15	LLUCMAJOR	10	8	9	ALCÚDIA	9	8	9			
E. DARDER	13	6	11	ES TRENCADORS	11	9	10	ARTÀ	5	3	3			
E. GRADUADA	15	10	8	MUNTANYA	6	-	6	MAÓ	25	17	12			
RAFAL NOU	16	16	16	INCA	24	5	6	CIUTADELLA	16	12	11			
SON CLADERA	9	9	5	BINISSALEM	9	4	5	ALAIOR	8	4	8			
SON FERRIOL	8	8	8	SA POBLA	11	3	4	FERRERIES	6	6	3			
SON GOTLEU	16	12	12	SINEU	9	5	5	CAN MISSES	16	14	13			
SON SERRA	16	10	12	MURO	11	7	10	ES VIVER	19	18	16			
A. BENNASSAR	19	13	10	POLLENÇA	10	8	7	SANT ANTONI	16	13	14			
STA. CATALINA	11	10	5	CAPDEPERA	7	3	3	STA. EULÀRIA	14	12	13			
VALLDARGENT	10	9	10	MANACOR	24	11	13	FORMENTERA	4	3	3			

DECLARACIONS REBUDES DURANT LA SETMANA 16

	TOTAL	M.GENERALS	PEDIATRES	M. PRIVATS	HOSPITALS	RESIDÈNCIES 3ª EDAT
ANY 2006	440	339	92	5	4	0
ANY 2007	440	356	80	4	0	0

NOTA PELS DESTINATARIS QUE REBEN AQUESTS FULLS EN PAPER:

Si a partir d'ara voleu rebre els "Fulls de Vigilància" exclusivament per correu electrònic, us demanem que envieu les vostres dades completes d'identificació (nom i llinatges, adreça on actualment rebeu la informació, lloc de feina i càrrec) i la vostra adreça de correu electrònic a:

Per receptors de Mallorca:

Fax 971 78 43 01 (dirigit a Dr. A. Nicolau) o a l'adreça anicolau@dgsanita.caib.es

Per receptors de Menorca:

Fax 971 36 91 75 (dirigit a Dr. J. Abellan) o a l'adreça jabellan@dgsanita.caib.es

Per receptors de Pitiüses

Fax 971 38 98 38 (dirigit a Dra. Alicia Magistris) o a l'adreça amagistris@dgsanita.caib.es

Us demanem que a la comunicació que envieu feu una referència que es tracta d'una sol·licitud per rebre l'edició dels Fulls de Vigilància per correu electrònic.

Pla d'eradicació de la poliomielitis, any 2006

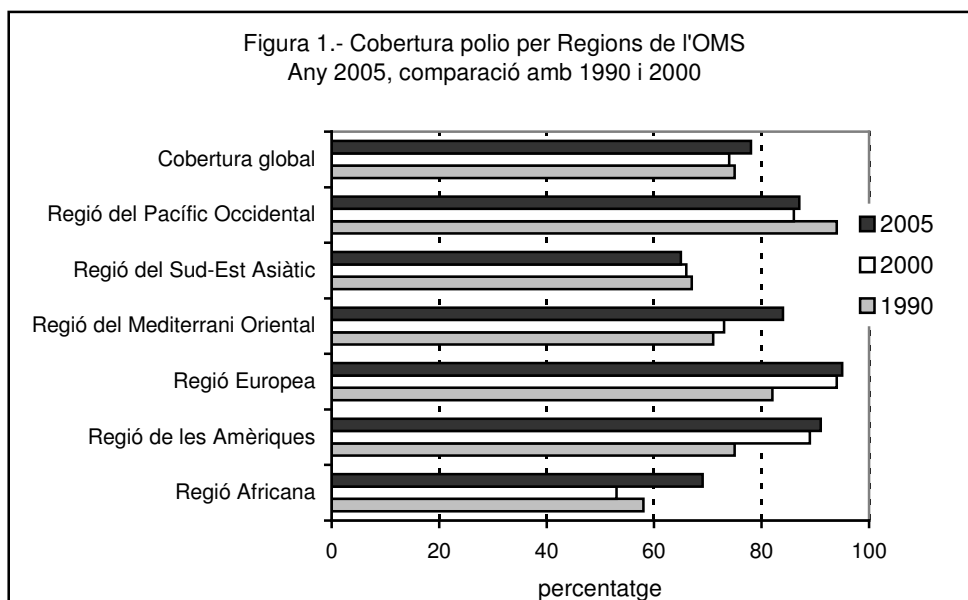
A) Situació global: Iniciativa per a l'eradicació de la poliomielitis al món

Des de l'any 1988, any en què l'OMS va decidir l'eliminació de la polio al món, els progressos assolits són molt importants: ja hi ha tres regions de l'OMS que han aconseguit el certificat d'eradicació (Regió de les Amèriques al 1994, Regió del Pacífic Occidental al 2000 i Regió Europea al 2002) i tant el nombre de casos com el de països endèmics havien disminuït dràsticament. Així, al 2003 el nombre de casos havia estat de 784, cosa que suposa una reducció del 99,8% des de l'inici de la iniciativa global d'eradicació, i els països endèmics ja eren només 6.

No obstant això, en el 2004 i el 2005 hi va haver increments de la incidència a causa de l'aparició de brots causats per casos importats des de focus endèmics a 21 països prèviament lliures de polio i als quals la cobertura de vacunació no assolia els nivells adequats per evitar la transmissió. Els casos notificats en aquests anys varen ser 1.255 en el 2004 i 1.936 en el 2005. Durant el 2006 el nombre de casos de polio notificats al món va ser de 1.997, i els 4 focus endèmics que queden estan localitzats als mateixos 4 països que al 2005: Índia, Pakistan, Afganistan i Nigèria. Durant el 2006 s'han aïllat poliovirus salvatges als 4 països endèmics i a 12 amb brots relacionats amb importació de casos, 8 països africans (Somàlia, RD del Congo, Níger, Camerun, Txad, Angola, Kènia, Etiòpia i Namíbia) i 4 asiàtics (Indonèsia, Iemen, Nepal i Bangla-Desh). La circulació del PV tipus 3 pràcticament està limitada al nord de Nigèria (240 casos identificats), mentre que a Àsia, amb només 9 casos, està en vies d'eradicació. Aquesta circumstància ha provocat canvis en l'estratègia de la vacunació, ja que s'ha demostrat una major eficàcia de la vacuna monovalent del tipus implicat per controlar els brots que la trivalent, i es considera que les vacunes monovalents VOP1 i VOP3 tendran una importància capital en les darreres fases de l'eradicació.

Pel que fa a la cobertura de vacunació mundial (dades de 2005, OMS), calculada com el percentatge d'infants amb les tres dosis de vacuna oral (OPV) de la sèrie primària, ha estat del 78%, pràcticament igual que al 2004. La del 1988, a l'inici del Pla, era del 22%. A la figura 1, on es mostra l'evolució de la cobertura, s'hi veuen diferències considerables entre les diferents regions de l'OMS. La Regió Europea al 2005 tenia una cobertura del 95%, amb un punt de partida molt bo ja al 1980, amb el 82%. La situació a les Amèriques és similar, amb cobertures un poc més baixes. La Regió del Sud-Est Asiàtic va tenir la cobertura més baixa, del 65%, i pràcticament no ha variat des del 1980, mentre que l'Africana, amb la pitjor situació de partida, ha assolit una cobertura del 69%.

En aquest moment hi ha dos reptes molt importants per assolir una bona cobertura: d'una banda, l'accessibilitat a poblacions en conflicte, i d'altra les necessitats financeres, que s'han calculat en 575 milions de dòlars pels anys 2007 i 2008, dels quals se'n necessiten 60 abans del mes d'abril de 2007.



B) Situació a Espanya: Vigilància de la Paràlisi Flàccida Aguda

El Pla d'eliminació de la polio exigeix mantenir uns criteris de qualitat del sistema de vigilància epidemiològica que assegurin la detecció de tots els casos de polio, tant autòctons com importats i tant per virus salvatge com per soques vacunals. Així, per assegurar que es detecta qualsevol cas de polio, la vigilància de la malaltia exigeix la declaració urgent i la investigació epidemiològica, clínica i etiològica de tots els casos de paràlisis flàccides agudes (PFA) a menors de 15 anys. Per complementar la declaració s'han implementat sistemes de recerca

Fulls setmanals de Vigilància Epidemiològica 16/2007. Servei d'Epidemiologia. Direcció General de Salut Pública i Participació. Conselleria de Salut i Consum. Illes Balears.

activa de casos. Un és el "registre de zero casos" que consisteix en un contacte telefònic mensual a tots els hospitals la qual cosa permet una recuperació precoç dels casos no declarats i fer una investigació, malgrat probablement no pugui ser completa. L'altre sistema es la recerca sistemàtica del Conjunt mínim de dades bàsiques (CMBD) dels hospitals públics, que a les Illes Balears es fa de la mateixa manera que per a la resta de malalties de declaració nominal. Per complir un dels criteris de qualitat establerts per l'OMS, s'ha de detectar un cas de PFA per 10^5 nins menors de 15 anys, que és la taxa estimada d'aquesta síndrome a infants.

A partir de l'obtenció del certificat d'eradicació a la Regió Europea de l'OMS al 2001 es va sotmetre el Pla a una revisió. Es va considerar que s'havia de canviar el protocol de recollida de mostres als contactes del cas de PFA, que va quedar limitada als supòsits següents:

- Cas de PFA a un menor de 15 anys amb antecedent personal, o de contacte pròxim, de viatge recent a una zona endèmica, o que hagués rebut una dosi de VPO en els 3 mesos anteriors.
- Cas de PFA a un menor de 15 anys amb immunodepressió.
- Cas clínicament sospitosos de poliomièlitis, a qualsevol edat, tal com es defineix al protocol de la xarxa nacional de vigilància epidemiològica (RENAVE)
- Poliovirus aïllat d'una persona de qualsevol edat, amb paràlisi o sense.

Des del 2005 totes les comunitats autònomes utilitzen exclusivament la vacuna inactivada de la polio (a les Illes Balears, des del mes de març de 2004), cosa que limita la circulació ambiental de virus procedents de la vacuna a casos excepcionals, tal com són virus procedents de persones vacunades a altres països en els mesos precedents o la possibilitat d'algun excretor crònic. D'altra banda hi ha també la possibilitat d'una importació de virus salvatge des de zones endèmiques.

A Espanya durant l'any 2006 es varen notificar 42 casos de PFA i 2 més a la recerca activa. La taxa òptima per a la PFA proposada per l'OMS és de 1 cas per 100.000 nins menors de 15 anys, mentre que la taxa detectada ha estat de 0,69, amb diferències notables entre comunitats. S'ha de tenir en compte que les taxes a les comunitats més petites són molt variables, i no es pot avaluar correctament si només es considera la taxa d'un any. A la taula 1 es presenta la distribució per comunitats autònomes .

Taula 1. PFA a Espanya, any 2006. Distribució per comunitat autònoma. Font: CNE-ISCIII
Nota: la recerca activa a algunes comunitats autònomes encara és incompleta

CCAA	Esperats	Notificats	Recerca activa	Total	Taxa PFA
Andalusia	12,8	7		7	0,6
Aragón	1,6	0		0	0,0
Astúries	1,1	0		0	0,0
Illes Balears	1,6	2		2	1,3
Canàries	3,1	2		2	0,6
Cantàbria	0,7	0		0	0,0
Castilla la Mancha	2,9	1		1	0,4
Castilla y León	2,8	4		4	1,4
Catalunya	10,2	3		3	0,3
C. Valenciana	6,9	7	1	8	1,2
Extremadura	1,6	1		1	0,6
Galícia	3,1	1		1	0,3
Madrid	9,1	11		11	1,2
Múrcia	2,3	2	1	3	1,3
Navarra	0,9	0		0	0,0
País Basc	2,6	0		0	0,0
La Rioja	0,4	0		0	0,0
Ceuta	0,1	1		1	7,4
Melilla	1,0	0		0	0,0
Total	64,0	42	2	44	0,7

C) Situació a les Illes Balears

De 1998 a 2006 els casos de PFA detectats a les Illes Balears oscil·len entre el zero casos de 1998 i de 2003 i els 4 de 2000. La taxa màxima va ser de 3,06 casos per 100.000 infants menors de 15 anys, a l'any 2000. A una població tan petita és d'esperar que una malaltia de tan baixa incidència es presenti irregularment i això justifica les oscil·lacions de la taxa. En el període de vigilància (1998-2006) el total de casos detectats ha estat de 13, i la taxa global de període d'1,01 per 10^5 menors de 15 anys, és a dir, que globalment la taxa és l'esperada. A la taula 2 es mostren les característiques dels casos detectats en el període i les fonts d'informació.

Taula 2.- Paràlisi flàccida aguda (PFA) a les Illes Balears. Característiques dels malalts VPO: vacuna de la polio oral. Període 1998-2006

Núm. cas	Data inici paràlisi	Edat	Sexe	Dosis VPO	Vacunació	Diagnòstic definitiu	Classificació	Notificació
1	des-99	10 anys	home	5	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Neuro. pedia. H Son Dureta
2	jul-00	14 anys	dona	5	Correcta	Mielitis Transversal	Descartat (PFA-No polio)	Neuro. pedia. H Son Dureta
3	jun-00	2 anys	dona	3	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatria H Manacor
4	sep-00	2 anys	home	4	Correcta	Paràlisi etiologia desconeguda	Descartat (PFA-No polio)	Pediatria CS St. Antoni
5	sep-00	3 anys	home	3	Incompleta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatria H Manacor
6	sep-01	2 mesos	dona	1	Correcta	S. Werning Hoffman	Descartat (PFA-No polio)	Neuro. pedia. H Son Dureta
7	mar-02	1 any	home	3	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Neuro. pedia. H Son Dureta
8	oct-02	17 mesos	dona	3	Correcta	Paràlisi postinfecciosa	Descartat (PFA-No polio)	Microbiologia H Son Dureta
9	maig-04	5 anys	dona	4	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatria P. Miramar
10	feb-05	22 mesos	home	3	Incompleta	Paràlisi postinfecciosa	Descartat (PFA-No polio)	Pediatria C. Rotger
11	nov-2004	14 mesos	home	2	Incompleta	Poliomielitis	Poliomielitis associada a VOP (virus Sabin 2)	Pediatria H Son Dureta
12	oct-2006	3 anys	dona	3 ^a	Correcta	Mielitis difusa	Descartat (PFA-No polio)	Pediatria H Son Dureta
13	des-2006	16 mesos	dona	0 ^b	Correcta	Sd. Guillain Barré	Descartat (PFA-No polio)	Pediatria H Son Dureta

(a) 4a dosis: vacuna inactivada
(b) Sèrie primària completa: vacuna inactivada

Respecte dels dos casos detectats durant l'any 2006, el primer era una nina de 3 anys que després d'un període prodròmic amb febre, irritabilitat, símptomes respiratoris, miàlgies i prostració va desenvolupar una tetraparèsia ascendent d'evolució ràpida (menys de 24 hores). La nina estava correctament vacunada per l'edat, li havien administrat la darrera dosi al 2004 (aquesta ja inactivada), no tenia antecedents de contactes recents amb vacunats amb VOP ni de viatges a zones amb circulació del virus salvatge. Tot i que el cas no es va notificar fins als 7 dies després de l'ingrés al Servei de Pediatria de l'Hospital Son Dureta, es varen poder recollir mostres clíniques dins el període de 14 dies establert pel Pla (dues mostres de femta, una d'exsudat faringi i una de LCR), totes negatives a Poliovirus. La serologia era positiva a adenovirus i a Coxsackie. Als 60 dies la paràlisi seguia una evolució favorable, tot i que no s'havia resolt completament. El diagnòstic definitiu va ser de mielitis difusa.

El segon cas era una nina de 16 mesos. Havia estat ingressada a una clínica privada a l'inici de símptomes, i el cas no va ser comunicat fins que, un mes després, va acudir al Servei de Pediatria de l'Hospital Son Dureta, per la qual cosa la investigació no es va poder dur a terme dins les dues setmanes posteriors a l'inici de la paràlisi. La nina havia rebut les tres dosis de VIP que li corresponien per l'edat, no tenia antecedents de contactes amb vacunats recentment amb VOP ni havia viatjat. La simptomatologia va començar amb un quadre de febre, irritabilitat, símptomes respiratoris i dolor abdominal. La paràlisi afectava de forma simètrica a les extremitats superiors, i es va instaurar per complet en 12 dies. Les mostres de femta, LCR i exsudat faringi per la investigació de poliovirus es varen recollir 5 setmanes després de l'inici de la paràlisi, i varen resultar negatives. Durant el primer ingrés s'havia fet una PCR de LCR, amb resultat positiu a enterovirus. Als 60 dies no hi havia paràlisi residual, i el diagnòstic definitiu va ser una síndrome de Guillain-Barré.

Conclusions

Tot i que al nostre medi la probabilitat d'importació de poliovirus salvatge sigui remota, possiblement no ho sigui tant la de virus procedent de la vacuna, situació que podria ser greu si es donàs dins subpoblacions amb baixes cobertures de vacunació o amb contactes immunodeprimits. Aquesta darrera va ser la situació amb el cas de polio associada a vacuna que es va detectar al 2005 a Mallorca. Per això, tot i la desaparició de la malaltia al nostre medi, s'han de mantenir els dos pilars bàsics del Pla d'eradicació: mantenir una elevada cobertura de vacunació i mantenir la vigilància sobre la PFA amb rigorositat. No fer-ho suposa una investigació deficient i, en el supòsit d'haver d'intervenir, les actuacions podrien ser tardanes o incompletes.

A les Illes Balears, el punt que continua fallant en el compliment del Pla és la puntualitat en la declaració dels casos. En aquest sentit, cal remarcar que els dos casos detectats a les Illes Balears durant el 2006 s'han comunicat amb retràs.

Referències bibliogràfiques

1. Vigilancia de la Parálisis Fláccida Aguda. España 2006. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III
2. Global Polio Eradication Initiative. <http://www.polioeradication.org/>
3. Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Rapport annuel 2005. OMS. http://www.polioeradication.org/content/publications/AnnualReport2005_FR01.pdf
4. Global Immunization Coverage. 2005. http://www.who.int/immunization/newsroom/Global_imm_data_October2006.pdf
5. Global and Regional immunization profile http://www.who.int/vaccines/globalsummary/immunization/GS_GLOProfile.pdf

	PAR	GRIP	GON	DIA	VAR	TBR	IM	HEPA	HEPALT
A. Bennassar	0	4	0	7	3	0	0	0	0
Alcúdia	0	2	0	10	0	0	0	0	0
Andratx	0	1	0	5	0	0	0	0	0
Binissalem	0	4	0	4	0	0	0	0	0
C.Mar Ponent	0	1	0	4	0	0	0	0	0
Calvià	0	6	0	10	4	0	1	1	0
Camp Rodó	0	2	0	12	2	0	0	0	0
Capdepera	0	0	0	4	0	0	0	0	0
Coll d'en Rabassa	0	2	1	18	2	0	0	0	0
Emili Darder	0	2	0	11	1	0	0	0	0
Es Pla Sineu	0	3	0	1	0	0	0	0	0
Es Trencadors	0	0	0	7	2	0	0	0	0
Escola Graduada	0	5	0	6	4	0	0	0	0
Felanitx	0	1	0	2	0	0	0	0	0
Inca	0	1	0	3	0	0	0	0	0
Llevant	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Llucmajor	0	0	0	14	0	0	0	0	0
Manacor	0	2	0	17	0	0	0	0	0
Marines Muro	0	1	0	10	0	0	0	0	0
Martí Serra	0	1	0	11	0	0	0	0	0
Muntanya	0	2	0	14	0	0	0	0	0
Nuredunna Artà	1	1	0	1	0	0	0	0	0
Pere Garau	0	2	0	13	1	0	0	0	0
Pollença	0	1	0	14	0	0	0	0	0
Rafal Nou	0	5	0	23	0	0	0	0	0
S'Arenal	0	1	0	1	0	0	0	0	0
S'Escorxador	0	0	0	20	2	0	0	0	0
Sant Agustí	0	1	0	4	0	0	0	0	0
Santanyií	0	1	0	8	2	0	0	0	0
Serra Nord	0	0	0	18	0	0	0	0	0
Son Cladera	0	0	0	8	1	0	0	0	0
Son Ferriol	0	1	0	27	4	0	0	0	0
Son Gotleu	0	4	2	13	3	0	0	0	0
Son Pisà	0	0	0	21	1	0	0	0	0
Son Serra	0	1	0	17	3	0	0	0	1
Sta. Catalina	0	2	0	10	1	0	0	0	0
Sta. Maria	0	2	0	4	0	0	0	0	0
T. S. Miquel	0	2	0	2	3	0	0	0	0
Tramuntana	0	0	0	5	0	0	0	0	0
Valldargent	0	7	0	11	3	0	0	0	0
Vilafranca	0	1	0	4	0	0	0	0	0
Xaloc Campos	0	0	0	4	1	0	0	0	0
Ciutadella	0	1	0	31	6	0	0	0	0
D.S.Joan. Maó	0	2	0	24	5	0	0	0	0
Es Banyer Alaior	0	1	0	6	0	0	0	0	0
Ferrerries	0	3	0	12	0	0	0	0	0
Can Misses	0	1	0	24	18	0	0	0	0
Es Viver	0	25	0	24	18	1	0	0	0
Formentera	0	0	0	10	0	0	0	0	0
Sant Antoni	0	4	0	12	2	0	0	0	0
Sta. Eulària	0	10	0	14	5	0	0	0	0
Total	1	119	3	558	97	1	1	1	1

	PAR	GRIP	RUB	DIA	VAR	TBR	TBALT
A. Bennàssar	0	0	0	0	0	0	0
Alcúdia	0	2	0	13	2	0	0
Andratx	0	0	0	0	0	0	0
Binissalem	0	0	0	0	0	0	0
C.Mar Ponent	0	0	0	7	0	0	0
Calvià	0	0	0	0	1	0	0
Camp Rodó	0	0	0	4	0	0	0
Capdepera	0	0	0	0	0	0	0
Coll d'en Rabassa	0	0	0	2	1	0	2
Emili Darder	0	1	0	4	0	0	0
Es Pla Sineu	0	0	0	1	0	0	0
Es Trencadors	0	0	0	7	7	0	0
Escola Graduada	0	0	0	0	0	0	0
Felanitx	0	3	0	3	3	0	0
Inca	0	0	1	4	0	0	0
Llevant	0	1	0	1	0	0	0
Llucmajor	0	0	0	2	0	0	0
Manacor	0	0	0	7	0	0	0
Marines Muro	0	0	0	0	0	0	0
Marratxí	0	1	0	1	0	0	0
Nuredunna Artà	0	1	0	0	0	0	0
Pere Garau	0	6	0	6	2	0	0
Pollença	0	2	0	6	4	0	0
Rafal Nou	0	0	0	0	0	0	0
S'Arenal	0	0	0	0	0	0	0
S'Escorxador	0	1	0	3	0	0	0
Santanyí	0	1	0	4	0	0	0
Serra Nord	0	0	0	8	7	0	0
Son Cladera	0	1	0	4	6	0	0
Son Ferriol	0	0	0	8	0	0	0
Son Gotleu	0	0	0	0	1	0	0
Son Pisà	0	1	0	18	2	0	0
Son Serra	0	2	0	3	0	1	0
Sta. Catalina	0	0	0	1	0	0	0
Sta. Maria	0	4	0	4	0	0	0
T. S. Miquel	0	0	0	0	0	0	0
Tramuntana	0	0	0	2	0	0	0
Valldargent	0	2	0	8	2	0	0
Vilafranca	0	0	0	0	0	0	0
Xaloc Campos	0	0	0	0	0	0	0
Ciutadella	0	0	0	13	1	0	0
D.S.Joan. Maó	0	11	0	8	1	0	0
Es Banyer Alaior	0	0	0	0	0	0	0
Ferreries	0	4	0	18	0	0	0
Can Misses	0	3	0	3	0	0	0
Es Viver	1	14	0	30	0	0	0
Formentera	0	0	0	0	0	0	0
Sant Antoni	1	2	0	7	1	1	0
Sta. Eulària	0	0	0	0	0	0	0
Total	2	63	1	210	41	2	2