

BEG

Boletín Epidemiolóxico de Galicia

VIH/SIDA. INFORME DO REXISTRO GALEGO DA SIDA. 1984-2002

INTRODUCCIÓN

O Rexistro Galego da Sida recolle información sobre os casos de Sida que ocorren en Galicia, que son notificados polos médicos que fan o diagnóstico, tal como se indica na Orde do 4 de decembro de 1998 pola que se regula o sistema específico de vixilancia da Sida en Galicia. Para a análise epidemiolóxica a estes casos xúntanse os rexistrados fóra de Galicia pero que residiron habitualmente na nosa Comunidade. Despois de analizada, toda esta información reúnese nun documento como o que vén de ser publicado, "VIH/Sida. Informe do rexistro galego da Sida. 1984-2002 (DXSP. Documentos Técnicos de Saúde Pública. Serie B, nº 33), que se resume neste BEG e se atopa na páxina web da DXSP (<http://dxsp.sergas.es>).

Ademais, aínda que o rexistro de casos de Sida segue sendo unha fonte importante de información para a saúde pública e o sistema asistencial, resulta claramente insuficiente para a vixilancia epidemiolóxica da infección polo VIH, polo que se fan necesarias fontes complementarias de información. Por iso, no dito documento preséntanse tamén datos procedentes da vixilancia dalgúns poboacións sentinelas: neonatos, usuarios do programa de intercambio de xiringas e persoas doadoras de sangue.

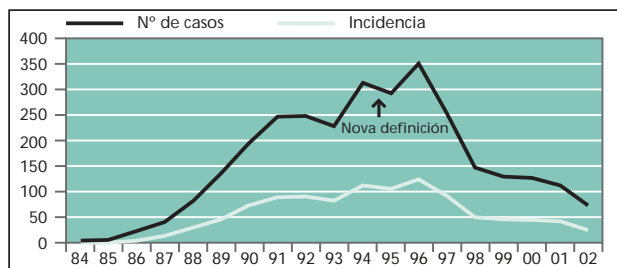
A SIDA EN GALICIA: DATOS DO REXISTRO

O primeiro caso de Sida diagnosticado en Galicia data do ano 1984; trátase dun home e correspondía á categoría de transmisión de consumo de drogas inxectables (CDI). En conxunto, dende 1981, ano en que comezou a pandemia a nivel mundial, ata o 31 de decembro de 2002 acumúlase un total de 3.026 casos de Sida en Galicia, dos que nun 55,3% temos constancia da súa morte (1.673 persoas mortas pola Sida).

Evolución

Ata o ano 1996 a incidencia da Sida mostra unha evolución ascendente (ve-la figura 1), e a partir dese momento diminúe de forma importante, cunha baixada do 60% entre 1996 (354 casos) e 1998 (140 casos), para estabilizarse logo cunha lixeira tendencia á baixa. Esta diminución atribúese ós logros na prevención da enfermidade e, fundamentalmente, á utilización dos tratamentos antirretrovirais nas persoas infectadas polo virus da inmunodeficiencia humana (VIH).

Fig. 1: Evolución do número de casos e da incidencia (casos por millón de habitantes) anual de Sida en Galicia: 1984-2002.



Mais, esta diminución dos novos casos da Sida non ten necesariamente que ir acompañada dun efecto parello nos casos de infección polo VIH. De feito, como consecuencia da diminución na mortalidade, a prevalencia da Sida aumenta. Polo tanto, na actualidade a prevención segue sendo a mellor estratexia contra a infección.

Distribución provincial

A provincia da Coruña é a que presenta maior número acumulado de casos de Sida, vivos e mortos, en Galicia (1.229 fronte ós 1.179 de Pontevedra). Sen embargo, ó calcula-las taxas acumuladas de 1984 ata 2002, por millón de habitantes, a provincia con maior taxa é Pontevedra (1.308 por millón de habitantes, polos 1.117 da Coruña), mentres que a provincia de Ourense, a pesar de ter un número moi inferior de casos (356), presenta unha taxa próxima á da Coruña (1.016 por millón de habitantes).

A incidencia anual por provincia de residencia é bastante irregular, aínda que queda clara a tendencia xeneralizada ó descenso nas catro provincias, sendo Lugo a provincia que case sempre está por debaixo das demais.

Distribución por áreas de saúde

Para estudar esta evolución, dividiuse o período 1987-2002 en catro subperíodos de catro anos cada un. Con esta partición, e aínda que hai algunha variación, en xeral tódalas áreas sanitarias amosan un comportamento semellante ó do conxunto de Galicia, polo que o período 1995-98 foi o de máxima incidencia en todas elas, agás nas de Monforte e o Salnés, nas que o foron, respectivamente, o de 1987-90 e 1991-94. A táboa 1 expón as áreas que tiveron a maior incidencia en cada período.

Táboa 1: Áreas de saúde coa máxima incidencia de Sida

Período	1987-90	1991-94	1995-98	1999-02
Área	Salnés	Salnés	Pontevedra	Ferrol
Incidencia *	378	856	501	305

(*) Casos por millón de habitantes no período

Sexo

O 78,5% dos casos acumulados pertencen ó sexo masculino. A razón de sexos (homes:mulleres) descendeu dende finais dos 80 ata mediados dos 90, e dende 1996 voltouse máis irregular, e a razón rolda o 3-4:1.

Idade

A Sida afecta fundamentalmente a adultos novos. O 55% de tódolos casos tiñan no momento do diagnóstico entre 25 e 34 anos, e o 89% entre o 20 e 44. Ademais, a idade no momento do diagnóstico presenta unha evolución crecente sostida, que pasou dunha idade mediana de 28 anos (cos percentís 25 e 75 en, respectivamente, 25 e 30 anos) no ano 1988 a a outra de 38 anos (cos percentís 25 e 75 en, respectivamente, 33 e 43 anos) en 2002.

Xeracións

As persoas nadas entre os anos 1960 e 1964 son sobre as que a Sida tivo un maior impacto en número de casos, aínda que nos casos declarados a partir do ano 1998 se observa que os nados no quinquenio seguinte son moi semellantes ós anteriores (ve-la figura 2). De forma

SUMARIO

VIH/SIDA. INFORME DO REXISTRO GALEGO DA SIDA. 1984-2002.

EN BREVE...: DIFERENCIAS XEOGRÁFICAS DA INCIDENCIA DE PNEUMONÍA POR LEXIONELA EN GALICIA NO ANO 2002.

ANEXOS I a II: SITUACIÓN DAS EDO NAS CUADRISEMANAS 6 E 7/ 2003.

ANEXO III: PROTOCOLO DE VIXILANCIA DA PNEUMONÍA POR LEXIONELA.

ANEXO IV: RECOMENDACIÓNS PARA A INVESTIGACIÓN E O CONTROL DUN ABROCHO COMUNITARIO DE LEXIONELLOSE.

ANEXO V: GLOSARIO DE TERMOS EMPREGADOS NA SECCIÓN LEXIONELLOSE DA SERIE I DAS GUÍAS DE SAÚDE PÚBLICA.

que en conxunto os nacidos na década dos 60 do século XX son os máis afectados entre as distintas cohortes de nacemento (58% do total de casos rexistrados ata o 31 de decembro de 2002).

Categorías de transmisión

A categoría de transmisión máis frecuente ó longo dos anos é a asociada ó consumo de drogas inxectadas, seguida da transmisión heterossexual. Mais, a evolución dambalas dúas categorías foi diferente, e se nos casos novos de Sida en usuarios de drogas inxectables observamos un descenso claro a partir de mediados dos anos 90, e na categoría de transmisión heterossexual nos homes observamos unha evolución semellante, no caso das mulleres houbo un pequeno aumento dos casos por transmisión heterossexual durante o período de 1999 a 2001.

Na táboa 2 pódense observar estes cambios e os da transmisión homosexual en homes que, aínda que diminuíu en valores absolutos, mantén estable a súa aportación ó conxunto da Sida.

Enfermidades diagnósticas

A enfermidade indicativa de Sida máis frecuente no momento do diagnóstico nos casos acumulados de Sida en Galicia é a tuberculose diseminada ou extrapulmonar, seguida da pneumonía por *Pneumocystis carinii*.

Mortalidade

Do total de casos notificados ó rexistro, temos constancia do falecemento do 55,3%, ocorrido case sempre en persoas que tiñan entre 25 e 44 anos. De feito, no grupo etario de 25 a 34 anos, a Sida representou a primeira causa de morte entre os anos 1993 a 1996, para posteriormente compartilo segundo lugar en igualdade cos suicidios e lesións autoinflinxidas, por detrás dos accidentes de tráfico.

Ó estudialo como anos potenciais de vida perdidos (APVP), durante os anos 1995 e 1996 a Sida foi a segunda causa de APVP por detrás dos accidentes de tráfico, na poboación xeral. Dende o ano 1997 descende con respecto ás primeiras causas (accidentes de tráfico, tumor maligno de traquea/pulmón, infarto agudo de miocardio, ...).

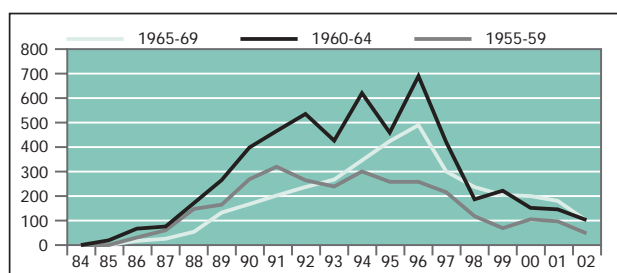
Intervalo de tempo transcorrido dende a confirmación da infección por VIH e o diagnóstico de Sida

Nos primeiros anos da epidemia na nosa comunidade, este intervalo de tempo adoitaba ser pequeno, e mesmo era frecuente que as persoas soberanas que estaban infectadas polo VIH cando eran diagnosticadas de Sida, porque xa aparecera algunha das enfermidades características.

Ata mediados dos anos 90 foi aumentando a proporción de persoas que cando eran diagnosticadas da Sida xa coñecían dende anos atrás que estaban infectadas polo VIH. Sen embargo, hai que resaltar que nos últimos anos unha proporción importante, aproximadamente a terceira parte, das persoas que son diagnosticadas da Sida non sabían que estaban infectadas polo VIH ou o coñecían, como moito, con 6 meses de antelación.

Isto indícanos que, a pesar dos grandes avances na abordaxe da infección polo VIH/Sida, hoxe en día unha proporción importante das persoas afectadas non se benefician das vantaxes do diagnóstico precoz en termos de ganancia en cantidade e calidade de vida, ademais da prevención da transmisión a outras persoas. Así pois, a promoción do diagnóstico precoz entre as persoas con prácticas de risco debe ser unha actividade prioritaria para a prevención e control da infección no noso contorno.

Fig. 2: Evolución da incidencia (casos por millón) anual de Sida nas tres xeneracións máis afectadas en Galicia: 1984-2002.



A INFECCIÓN POLO VIH EN GALICIA

Epidemioloxía molecular

O axente etiolóxico da Sida está representado por un conxunto de virus (VIH), con elevada taxa de variabilidade xenética debido á elevada taxa de mutación durante a replicación do RNA viral, que se agrupan en dous tipos: VIH-1 e VIH-2 (as secuencias nucleotídicas do VIH-1 só teñen un 50% de homoloxía coas do VIH-2).

O VIH-1, que é o tipo responsable da maior parte dos casos de infección por VIH no mundo, divídese en 3 grandes grupos tendo en conta as análises filoxenéticas baseadas nas secuencias xénicas (principalmente nos xenes *gag* e *env*). Estes son: grupo M (*main* ou principal), grupo O (*outlier*), e grupo N (non M, non O). O grupo M subdivídese, ata o momento, en 11 subtipos (A, B —o máis frecuente en Europa e EEUU—, C, D, E, F1, F2, G, H, J e K).

É importante sinalar que a presenza nun individuo de varios subtipos de VIH dá lugar á recombinación do VIH. Isto require a infección simultánea (coinfeción) na mesma célula de dúas cepas diferentes dando lugar a formas recombinantes, tamén chamadas CRF (*Circulating Recombinant Forms*).

O subtipo circulante en Galicia e no estado español é o B. Un estudio realizado cunha mostra representativa das persoas afectadas por esta infección en Galicia atopou unha prevalencia do 5,1% dos subtipos non B.

Recentemente, gracias ó Sistema de Vixilancia Microbiolóxica e Molecular do VIH en Galicia, atopouse e describiuse, en colaboración cos hospitais do Servizo Galego de Saúde e co Instituto Carlos III de Madrid, unha forma recombinante nova BG (20 casos en Galicia), que foi a última aceptada dentro das descritas na literatura científica. Esta forma recombinante BG non representa, ata agora, novos problemas na transmisibilidade e tampouco se pode afirmar que leve consigo implicacións engadidas sobre o éxito ou o fracaso terapéutico do tratamento dos afectados por este virus.

Galicia no conxunto do estado

No conxunto do estado, Galicia ocupa no ano 2002 o décimo cuarto lugar no conxunto das 17 CC.AA. españolas, cunha taxa de incidencia de 21,1 casos por millón de habitantes, situada por debaixo da do total do Estado de 37,3 casos por millón, e moi distanciada das comunidades máis afectadas.

Datos de poboacións sentinelas

Unha das estratexias máis importantes da vixilancia epidemiolóxica da infección polo VIH baséase nos estudos de seroprevalencia en poboacións sentinela. As enquisas serolóxicas de VIH anónimas non relacionadas, realizadas en mostras de soro sobrantas recollidas con fins diagnósticos rutineiros, son consideradas a metodoloxía de elección para coñecer a prevalencia da infección polo VIH. Este método foi recomendado pola Organización Mundial da Saúde, porque achega estimacións non negadas, non afectando á intimidade dos pacientes ó non ser posible asociar resultado-paciente.

Táboa 2: Evolución do número de casos e aportación relativa das tres categorías de transmisión máis importantes, por sexo.

CATEGORÍA	CDI		HETEROSSEXUAL		HOMOSSEXUAL	
	casos	%	casos	%	casos	%
HOMES						
1987-90	288	76	20	5	41	11
1991-94	599	73	96	12	79	10
1995-95	527	67	145	18	78	10
1999-02	209	59	69	19	34	10
MULLERES						
1987-90	63	73	16	19	(-)	(-)
1991-94	157	71	50	23	(-)	(-)
1995-95	129	52	96	39	(-)	(-)
1999-02	46	51	35	39	(-)	(-)

Prevalencia de anticorpos anti-VIH en neonatos

Tódolos neonatos de nais infectadas polo VIH presentan anticorpos anti-VIH recibidos delas, pero moitos destes nenos non están infectados, desaparecendo os ditos anticorpos antes do primeiro ano de vida. Os programas de detección precoz de metabolopatías teñen unha cobertura dun 99% no estado español, xunto cun gran nivel de implantación entre a poboación xeral, polo que as enquisas serolóxicas de VIH anónimas non relacionadas cuantifican a prevalencia de anticorpos anti-VIH en neonatos, informándonos do nivel de infección nas súas nais. Por todo isto, son unha boa poboación sentinela para estimar e monitorizar a taxa de infección polo VIH na poboación feminina sexualmente activa. As taxas de infección nesta subpoboación, ademais de constituir un bo indicador da penetración da epidemia de VIH na poboación xeral, son unha información valiosa para avaliar a efectividade das medidas de prevención destinadas a reducir a transmisión sexual, e para estimar a evolución dos casos de transmisión vertical.

Na nosa comunidade realizouse un primeiro estudo, en colaboración co Hospital Universitario La Fe de Valencia, no marco dun proxecto do US National Institute of Child Health and Human Development e o Theobald Smith Research Institute. O período de recollida de mos-

tras dos nados vivos abarcou dende decembro de 1991 a febreiro de 1994, analizándose un total de 36.066 mostras. A prevalencia de VIH(+) por cada 1.000 nados vivos oscilou entre 1,610 para o ano 1992 e 0,961 para o ano 1994, sendo o valor medio deste período de 1,442.

Posteriormente, a Secretaría do Plan Nacional sobre a Sida comezou, no ano 1994, a impulsa-la realización dos estudos anónimos e non relacionados en poboacións sentinela en España. O primeiro en implantarse, e do que se ten unha maior referencia temporal, foi o de neonatos. Dende 1996 vense realizando este estudo, que produciu os resultados da táboa 3, que reflicten unha situación endémica no caso do VIH-1, mentres que o VIH-2 presenta un patrón de casos esporádicos.

En Galicia non se observan casos de Sida por transmisión vertical dende o ano 1998, o que remarca un balance global favorable ata o momento, nesta vía de transmisión do VIH.

A partir de mediados dos anos 90 é posible o tratamento das mulleres embarazadas con fármacos antirretrovirais, o que diminúe substancialmente a probabilidade de transmisión vertical. Por isto comezouse a recomendar-la oferta sistemática da proba de detección de VIH, coa finalidade de realizar un diagnóstico temperán e proporcionar consello. En Galicia, no ano 1997 elaboráronse, co consenso da Sociedade Galega de Obstetricia e Xinecología e da Sociedade Galega de Pediatría, unhas normas de actuación correcta ante a muller embarazada ou con intención de procrear, sendo remitidas estas a tódolos centros sanitarios de Galicia. Esta actuación completouse coa edición dun folleto informativo dirixido ás mulleres en idade fértil e, concretamente, ás embarazadas. A finais do ano 1998 comunicáronse, mediante unha circular, as normas xerais de actuación ante a muller embarazada en relación coa infección polo VIH. Os destinatarios foron os centros de atención primaria e os hospitais do Sergas, hospitais e centros médicos privados, e os centros de orientación e planificación familiar.

Por último, cómpre lembrar que no estado español o risco de transmisión vertical do VIH é alto en relación a outros países europeos, feito polo que o diagnóstico prenatal do VIH debe constituir unha prioridade nos programas de control de xestantes, de persoas afectadas polo VIH e de saúde materno-infantil en xeral.

Prevalencia de VIH en usuarios de drogas que participaron no programa de intercambio de xiringas

No mes de novembro do ano 1998, realizouse un estudo para coñecer a prevalencia de infección polo VIH en usuarios de drogas inxectables que acoden ós puntos de intercambio de xiringas (non farmacias), e para coñecer tamén as características demográficas, de consumo, e as prácticas de risco dos participantes no programa.

Solicitouse e recolleuse unha mostra de saliva e un cuestionario no momento do intercambio, e as probas analíticas realizáronse no laboratorio de microbioloxía do Hospital Clínico de Santiago de Compostela. Nelas obtívose unha prevalencia de anticorpos anti-VIH de 27,5% (IC_{95%}: 21,4% – 34,4%), que permite concluir que a prevalencia de infección neste colectivo é elevada.

Trátase de persoas con anos de consumo, grandes consumidores, e entre os que aínda persisten prácticas de risco, polo que cremos preciso non só mante-lo programa, senón seguir traballando para que o acceso ó material mellore e a inxección mesma se realice co menor risco posible.

Seropositividade ó VIH en persoas doadoras de sangue en Galicia

Dende 1993 ven diminuindo a prevalencia de mostras seropositivas tomadas en doadores de sangue, dende unha prevalencia mediana de 11'8 unidades confirmadas por cen mil mostras anuais no período 1993-97, ata as 4'5 do período 1998-02. Sen embargo, o considerar estes datos é importante ter en conta que as persoas doadoras de sangue son consideradas como un grupo de poboación con baixo risco de infección polo VIH (para ser doador de sangue débense cumprir unha serie de requisitos moi estritos).

APÉNDICE: A SIDA EN EUROPA E NO MUNDO

Na rexión europea da OMS notificáronse ata o trinta de xuño de 2002 un total de 261.440 casos, dos cales se sabe que polo menos faleceron un 57%. Mais do seu conxunto destaca a área oeste cunha incidencia de 22,8 casos por millón en 2001, aproximadamente 8 veces máis alta que na área centro e 3 que no leste de Europa (centro 2,8 e leste 7,9).

Deste xeito, a área oeste determina o comportamento do conxunto da rexión, que amosa unha tendencia decrecente moi marcada a partir de 1996 e que continúa na actualidade con diminucións cada vez máis suaves. Pero a importancia numérica da rexión oeste agacha os diferentes comportamentos de cada zona, que adoitan resumirse do xeito seguinte.

Área oeste: concentrada¹, madura, endémica. A introducción a gran escala da terapia antirretroviral de grande actividade (TARGA) en 1996, produciu un marcado descenso da incidencia e das mortes por Sida, que na actualidade tenden ó estancamento, co conseguinte aumento da prevalencia do VIH. Asemade, a transmisión heterosexual representa unha porcentaxe en aumento en tódolos novos diagnósticos de VIH, e as persoas que proceden de países con epidemia xeralizada constitúen unha parte importante dos novos diagnósticos de VIH. Nos homes séguense producindo infeccións na categoría de transmisión homosexual, e os datos doutras infeccións de transmisión sexual (ITS) e de comportamentos suxiren a reincidencia nas conductas de risco.

Táboa 3: Anticorpos anti-VIH en neonatos. Galicia: 1996-2001

Año	Nº VIH (+)	Prevalencia (*)	IC _{95%}
1996	21	1'18	0'75 – 1'84
1997	31 (**)	1'75	1'21 – 2'51
1998	23	1'30	0'84 – 1'98
1999	32	1'79	1'25 – 2'56
2000	31	1'68	1'16 – 2'42
2001	22	1'23	0'79 – 1'90

(*) Por mil neonatos.

(**) Dous VIH-2 positivos.

Área centro: epidemia incipiente. En conxunto amosa un nivel de epidemia baixo², a excepción de Romanía, na que gran número de adolescentes infectados a finais da década de 1980 comezan a ter conductas de risco; e en Polonia, onde ocorreu unha epidemia en consumidores de drogas inxectables tamén a finais da década do 1980. Pola contra, os factores de risco de propagación do VIH están presentes en tódolos países.

Área leste: epidemia recente e concentrada. A epidemia afecta maioritariamente ós consumidores de drogas inxectables, e está en rápida expansión en tódolos países, pero hai perigo de transmisión sexual a grande escala xa que aumentou o número de casos na categoría de transmisión heterosexual e é moi elevada a prevalencia doutras ITS. Como resultado disto, espérase que inevitablemente ocorra unha grave epidemia da Sida nun futuro inmediato.

A Sida no mundo

A decembro de 2002, e tendo en conta os datos de ONUSIDA e a OMS, a situación é de 42 millóns de persoas afectadas polo VIH/Sida no mundo. En moitas partes do mundo en desenvolvemento, a maioría das novas infeccións prodúcense en adultos novos, sendo particularmente vulnerables as mulleres novas. Na súa maior parte non saben que son portadoras do virus. Moitos outros millóns de persoas non saben nada ou saben moi pouco sobre o VIH para protexerse.

África é o continente máis afectado polo problema, pois nel viven o 71% dos adultos e máis do 90% dos nenos afectados polo VIH no mundo, e soterrou as tres cuartas partes dos máis de 3,1 millóns de persoas que morreron en todo o mundo a causa da Sida no ano 2002.

En tódalas partes do mundo, agás na África subsahariana, hai máis homes ca mulleres infectados polo VIH e que morren a causa da Sida. En total, estímase que durante o ano 2002 se infectaron 4,2 millóns de adultos, o que eleva a 38,6 millóns o número de adultos que, a finais de ano, vivirán co VIH/Sida. A mortalidade entre as persoas infectadas seguirá aumentando nos próximos anos, incluso aínda que os programas de prevención consigan evitar novas infeccións. Aproximadamente, a metade das persoas que se infectan polo VIH teñen menos de 25 anos, e morren antes de cumprí-los 35.

Para rematar, na táboa 4 preséntase un resumo das principais estatísticas e características rexionais do VIH/Sida.

Táboa 4. Características rexionais do VIH/Sida. Decembro de 2002

Rexión	VIH (*)	Mulleres	Transmisión
África Subsahariana	8,8 %	58 %	HT
Norte de África e Oriente Medio	0,3 %	55 %	HT, DI
Sur e Surlleste asiático	0,6 %	36 %	HT, DI
Asia do leste e Pacífico	0,1 %	24 %	DI, HT, HH
América Latina	0,6 %	30 %	HH, DI, HT
Caribe	2,4 %	50 %	HT, HH
Europa do leste e Asia Central	0,6 %	27 %	DI
Europa Occidental	0,3 %	25 %	HH, DI
América do Norte	0,6 %	20 %	HH, DI, HT
Oceania	0,1 %	7 %	HH

(*) % de adultos (15 a 49 anos) que viven con VIH/Sida.

HT: heterosexual; DI: drogas inxectables; HH: homosexual en homes.

¹ Concentrada. Prevalencia de VIH sistematicamente >5% en polo menos unha poboación con prácticas de alto risco e <1% en embarazadas.

² Prevalencia de VIH <5% en poboacións con prácticas de alto risco.

En breve...

DIFERENCIAS XEOGRÁFICAS DA INCIDENCIA DE PNEUMONÍA POR LEXIONELA EN GALICIA NO ANO 2002

Acompañando a este número do BEG distribúense tres Guías de Saúde Pública, todas elas relacionadas coa vixilancia e o control da pneumonía por lexionela (PL). A primeira¹ contén o protocolo de vixilancia da enfermidade, a segunda² desenvolve un aspecto concreto da vixilancia e o control: a reposta cando hai un abrocho, e a terceira³ é un glosario de termos empregados nas outras dúas guías. Aínda que non é habitual, decidíuse edita-lo glosario á parte, para facilita-la comprensión dun plantexamento que de seu é complexo, debido ás características da epidemioloxía e do control da PL: sinaladamente, polo complicado que é poder afirmar con garantías que unha determinada instalación de risco foi a fonte de infección dun caso¹—algo practicamente imposible—ou dun conxunto deles, dun abrocho—que é máis doado.

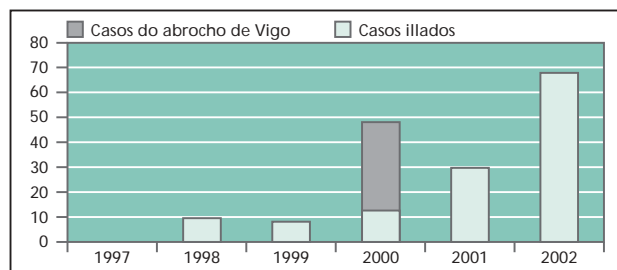
Polo demais, estas guías editáanse no momento no que está a culminar a implantación definitiva, como instrumento diagnóstico, da proba que permite detectar en ouriños o antixeno da *L. Pneumophila* do serogrupo 1 (PAO), que é a responsable da meirande parte das PL¹, unha proba que mudou a percepción que se tiña da epidemioloxía da enfermidade.

De feito, antes de que se xeralizase o uso diagnóstico da PAO, ó ser difícil o diagnóstico etiolóxico da PL porque non é doado o crecemento da lexionela nos medios de cultivo convencionais e pola pouca relevancia clínica que, polo tardía, ten a seroconversión, a PL considerábase que era, en palabras de Salleras⁴, “unha causa infrecuente de pneumonía, vencellada case en exclusiva a abrochos comunitarios ou nosocomiais”. Mais, cando a relativa saxeza da PAO fixo máis doado o diagnóstico etiolóxico da PL, “os casos illados pasaron a ser moito máis frecuentes que os abrochos e a lexionela convertiuse na segunda ou terceira causa de pneumonía de etiología bacteriana. Ó mesmo tempo, alertouse da importancia que este microorganismo pode ter como causa de pneumonías esporádicas dentro dos hospitais”⁴.

AS DIFERENCIAS XEOGRÁFICAS DA INCIDENCIA DE PL

Deste xeito, pódese afirmar que o uso diagnóstico da PAO, ó desvela-la importancia dos casos illados, atópase na orixe do proceso de redefinición da epidemioloxía da PL que se vén de producir. En Galicia este proceso desenvolveuse ó longo da segunda metade da década de 1990, como se pode observar na figura 1, que recolle os casos notificados ó Sistema Xeral de Notificación Obrigatoria de Enfermidades (SXNOE): nos primeiros anos notificáronse moi poucos casos illados, de tal xeito que eran superados polos casos asociados ó abrocho ocorrido en Vigo en outubro de 2000. Pero esta situación mudou xa en 2001 e en 2002 consolidouse unha nova realidade, os casos illados quitáronlle ó asociados ó abrocho de Vigo a importancia cuantitativa que ata entón tiveran.

Fig. 1. Casos de lexionelose notificados en Galicia: 1997-2002.

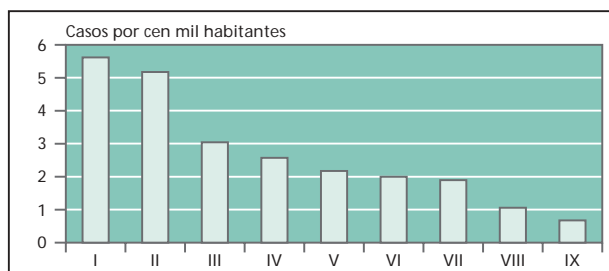


Polo tanto, do mesmo xeito que a incidencia de PL depende do número de persoas susceptibles expostas a unha fonte de infección¹, a percepción que dela se ten depende en grande medida do uso que se faga da PAO. Esta cuestión da percepción é especialmente relevante cando se atopan, como ocorreu en Galicia no ano 2002, importantes diferenzas xeográficas na incidencia de PL. Na figura 2, que expón a incidencia de PL en nove áreas sanitarias de Galicia, pódese comprobar, por exemplo, como a área nomeada “II” ten unha incidencia de PL 2,7 e 6,2 veces superior, respectivamente, que a das áreas V e IX.

Estas diferenzas xeográficas—descartada a posibilidade de que se deban á notificación xa que os datos do SXNOE avalíanse e complétanse cos que pro-

porcionan o Sistema de Información Microbiolóxica de Galicia e o CMDB de altas hospitalarias—pódense atribuír a diferenzas xeográficas na distribución de susceptibles expostos a fontes de infección—circunstancia esta que permitiría afirmar que hai variación xeográfica na incidencia de PL—, pero tamén a que os distintos hospitais seguen protocolos de petición da PAO diferentes que producen sensibilidades (é dicir, capacidades de detección e, polo tanto, de notificación) tamén diferentes. Situacións como esta producen, se non as houbese, diferenzas xeográficas da incidencia—diferenzas que, obviamente, son só aparentes.

Fig. 2. Incidencia axustada por idade e sexo de pneumonía por lexionela notificada en nove áreas de Galicia.



Para descartar esta última posibilidade, a DXSP e os Laboratorios de Microbioloxía do Sergas realizaron un estudo que permitiu comparar, en cada área e para todo o ano 2002, a incidencia de PL co número de PAO realizadas no seu hospital, tendo presente a data da proba e o xénero e a idade do doente ó que se lle tomaba a mostra.

O estudo permitiu constatar unha grande variabilidade no número de PAO que os hospitais realizaron por caso de PL diagnosticado (PCD), que oscilou entre 6,3 da máis baixa e 30,9 da máis elevada. E tamén se puido observar unha certa correlación positiva entre o número de PAO realizadas en cada hospital e a incidencia de PL notificada por el, correlación que é clara nos extremos (incidencia e peticións elevadas, e incidencia e peticións baixas), pero se perde no tramo de incidencias intermedias.

Con estes resultados, non se pode rexeita-la posibilidade de que as diferenzas xeográficas da incidencia de PL observadas en Galicia durante 2002, non estean influenciadas por diferenzas na práctica de peticións da PAO. Máis concretamente, semella que as incidencias observadas pódense tomar como certas alomenos naquelas áreas que as teñen altas e intermedias e valores elevados de PCD (áreas I a V do gráfico). Pola contra, nas outras áreas, que teñen incidencias intermedias ou baixas e valores de PCD baixos, as incidencias menores poderíanse atribuír en parte a unha práctica de petición da PAO diferente, polo que as incidencias observadas nelas serían unha subestimación da incidencia real. (Esta última afirmación hai que tomala con cautela, xa que menores valores da PCD poden deberse, por exemplo, a unha selección de candidatos máis axustada.)

Comentario. Semella que unha parte importante da incidencia de PL observada en Galicia durante 2002, pódese considerar verdadeira, xa que non depende do uso da PAO que se faga no hospital, mentres que nalgúns áreas podería haber—de se descartar a maior especificidade na petición de PAO— unha subdetección de casos de PL. Por outra banda, cómpre lembrar que a esta posible subdetección local, haille que engadir outras dúas de carácter xeral, debida unha a imperfecta sensibilidade da PAO e a outra á PL causada por lexionelas que non son diagnosticadas por ela¹.

Para rematar, cómpre salientar que, polo de agora e a pesar das ditas fontes de subdetección de casos de PL, os datos que está a proporcionar a vixilancia abondan para cumprilo seu obxectivo principal, dar conta dos progresos acadados polas distintas estratexias de control da PL.

¹ DSXP. Guías de Saúde Pública: Lexionelose:1.² DSXP. Guías de Saúde Pública: Lexionelose:1.³ DSXP. Guías de Saúde Pública: Lexionelose:1.⁴ Salleras LI. La legionelosis: un problema de salud pública emergente. *Med Clin (Barc)* 2002, 119 (S2):1-3.

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA
TELÉFONOS DIRECTOS EPIDEMIOLÓXICA
Horario de oficina (8 a 15 h.)

A CORUÑA
981 185 834

LUGO
982 294 114

OURENSE
988 386 339

PONTEVEDRA
986 805 872

SAEG

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
Servicio de Información sobre Saúde Pública
BEG

Tel.: 981 542 929 / Fax: 981 542 970
E-mail: dxsp.vixepi@sergas.es

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Saúde Pública