

BEG

Boletín Epidemiolóxico de Galicia

SUMARIO

CUARTA REUNIÓN DA COMISIÓN ASESORA DO PLAN GALEGO DE PREPARACIÓN E RESPOSTA Á PANDEMIA DE GRIPE	1
COMENTARIO EPIDEMIOLÓXICO DAS ENFERMIIDADES DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA: GALICIA, 2005	2
A EXPOSICIÓN AO FUME AMBIENTAL DE TABACO EN GALICIA: 1 XANEIRO 2005	4
ANEXO I: A TUBERCULOSE EN GALICIA: ANO 2004	anexo I
ANEXO II: A SIDA EN GALICIA. ANO 1984 A 2005	anexo II

CUARTA REUNIÓN DA COMISIÓN ASESORA DO PLAN GALEGO DE PREPARACIÓN E RESPOSTA Á PANDEMIA DE GRIPE

O pasado 29 de maio de 2006 celebrouse nas dependencias da Consellería de Sanidade en Santiago de Compostela a cuarta reunión da Comisión Asesora do Plan Galego de Preparación e Resposta á Pandemia de Gripe (PGPRPG), presidida pola Conselleira de Sanidade. A reunión principiou cun resumo da situación mundial dese momento, adicando unha atención especial ao abrocho de gripe A(H5N1) en humanos ocorrido en Indonesia (ver despois), ao que lle seguiu un resumo das actividades desenvolvidas dende a reunión anterior polos distintos grupos de traballo; en concreto, os de vixilancia, de avaliación das necesidades sanitarias, de avaliación das necesidades sociosanitarias, de avaliación das necesidades noutros servizos esenciais, de antivirais e vacinas e de comunicación. As actividades destes grupos veñen detalladas na edición de agosto de 2006 do PGPRPG, que se atopa na páxina web da DXSP.

Ademais, presentouse á Comisión o Plan de comunicación para a fase actual, a fase 3, na que a ameaza para a saúde humana segue a estar limitada á transmisión da infección A(H5N1) dende as aves; e se designaron os membros do Comité de asesoramento para asuntos legais, laborais e éticos, que fora creado na reunión anterior e estará formado por un representante de cada un dos órganos seguintes: Comité Ético de Galicia, División de Recursos Humanos dos Sergas, e as asesorías xurídicas da Consellería de Sanidade e do Sergas. A reunión rematou coa elaboración dun plan de traballo para os seguintes meses.

O abrocho de Indonesia ao que antes se facía referencia foi, sen dúbida, o acontecemento máis rechamante dos ocorridos dende a reunión anterior, porque hai indicios, mesmo virolóxicos, de que na súa formación interviu a transmisión persoal a persoa do virus. Ocorreu na vila de Kuba Simbelang, no distrito de

Karo, ao norte de Sumatra, e o formaban o caso índice, que quedou sen confirmar porque morreu sen que lle tomasen mostras, e 7 casos máis confirmados microbioloxicamente. O caso índice, unha muller de 37 anos, había pouco que mercara uns poucos polos nun mercado sen antecedentes de mortalidade aviar, polos que recollía na casa pola noite e dos cales 3 morreron antes de que principiase cos síntomas o 24 de abril de 2006. Os casos secundarios, que enfermaron todos entre o 3 e o 5 de maio, non sendo o derradeiro do abrocho que o fixo o 15 dese mes, eran dous fillos da muller, a súa irmán e unha sobriña que vivían na casa veciña e se encargaban de coidala, dous familiares que vivían noutra vila pero que pasaron a noite do 29 de abril coa muller, que estaba moi grave, postrada e túsia intensamente, e outro sobriño e máis o seu pai, que é o derradeiro caso do abrocho e coidaba do seu fillo enfermo.

En resposta ao abrocho, identificáronse 54 familiares e contactos estreitos máis, que non tiñan síntomas e voluntariamente seguiron corentena no seu domicilio. Ademais, quen non a tiña contraindicada recibiu quimioprofilaxa con oseltamivir, e na vila se estableceu un sistema de vixilancia casa a casa, na procura de persoas con síntomas semellantes aos da gripe. O 31 de maio, pasados dous períodos de incubación, a OMS deu por pechado o abrocho e non modificou o nivel de alerta, que segue na fase 3, que permite que ocorran transmisións ocasionais de persoa a persoa. De feito, non é esta a primeira vez que se sospeita a transmisión interhumana do virus A(H5N1); xa se informara desa posibilidade encol de certos clústeres familiares ocorridos en Viet Nam (Hien. *N Eng J Med* 2004; 350: 1.179-88) e Thailandia (Ungchusak. *N Eng J Med* 2005; 352: 333-40).

COMENTARIO EPIDEMIOLÓXICO DAS ENFERMIIDADES DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA: GALICIA, 2005

Limiar. Como en 2004, no conxunto do mundo o feito máis salientable ocorrido durante 2005 no eido da vixilancia epidemiolóxica está relacionado coa gripe aviar A(H5N1), que durante ese ano espallou dende o sueste de Asia cara Asia central, Europa e África, producindo casos humanos en países como Turquía, Exipto ou Iraq. Deste xeito, a persistencia da gripe aviar obrigou a que en todo o mundo se mantivese a vixilancia dos casos humanos importados de gripe aviar A/H5 que se establecera en 2004, e a súa difusión a que se preparan sistemas de vixilancia de casos humanos adaptados á posibilidade de que haxa casos aviáres autóctonos. Das características destes sistemas de vixilancia en Galicia dase conta no Plan Galego de Preparación e Resposta á Pandemia de Gripe, que foi editado por vez primeira en novembro de 2005 e se pode consultar na páxina web da DXSP¹.

No que atinxe a Galicia, quizais o máis suliñable fose o novo aumento da incidencia de enfermidade meningocócica do serogrupo C, que afectou, cunha letalidade moi elevada, a mozos e adultos que polo seu ano de nacemento non tiñan recomendada a vacina conxugada na campaña de 2000², e deu orixe a unha nova campaña de vacinación que se desenvolveu de febreiro a xuño de 2006. Por outra banda, compre salientarmos tamén que en 2005 produciuse un novo abrocho de botulismo, o segundo dende 1990 (ver máis adiante)³, e que en agosto principiou na comarca de Pontevedra un novo ciclo de abrochos de parotidite que no que restaba de ano e durante 2006 espallou pola provincia e o resto de Galicia.

Polo demais, as táboas 1 e 2 mostran a incidencia notificada durante 2005 das diferentes enfermidades de declaración obrigatoria, no conxunto de Galicia e nas distintas áreas sanitarias, respectivamente. Estes datos déronse por consolidados o 1 de abril de 2005, e se se desexan máis desagregados en espazo e tempo, pódense obter na páxina web da DXSP⁴. De seguido comentase o máis salientable do comportamento das enfermidades vixiadas durante 2005, mais antes analizase a participación na declaración durante ese ano.

Participación na declaración. A calidade da notificación efectuada polos declarantes (2.124 en 2005), 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 2005, 2.124 por 52 semanas, 110.448), e a *adequación da participación*, que divide aos declarantes en catro categorías: quen non declarou nunca, quen só declarou de 1 a 10 semanas, quen o fixo entre 11 e 41 semanas e quen declarou máis de 41.

No ano 2005, a participación global foi dun 49%; é dicir, un 1% menor que en 2004, cando baixara aos niveis de 1996⁵. De feito, na figura 1 pódese ver como os valores semanais da participación global en Galicia mantéñense, durante todo 2005, ao carón dos valores mínimos do decenio anterior. Con respecto a 2004, observouse unha diminución en todas as áreas de saúde, non sendo as de Vigo e Ourense. A diminución foi máis acusada nas áreas de Ferrol (6%) e O Salnés (5%), área esta na que a participación rexistrou un mínimo histórico (13%).

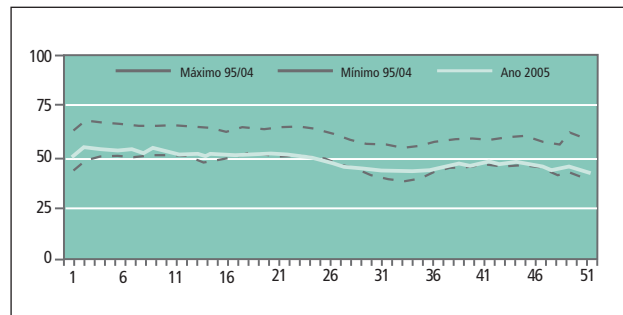
NOVIDADES NA WEB DA DXSP (<http://dxsp.sergas.es>)

- Área de traballo: Ambiental [Praias] Informe técnico do programa de control sanitario das zonas de baño de Galicia. Ano 2005.
- Área de traballo: Transmisibles [Enfermidade pneumocócica]: Enfermidade pneumocócica invasiva en Galicia 2005.
- Área de traballo: Transmisibles [Gripe]: Plan Galego de Preparación e Resposta á Pandemia de Gripe, edición de agosto 2006.
- Área de traballo: Non transmisibles/cribado: [Tabaco]: Regulamento da lei para Galicia.
- Área de traballo: Non transmisibles/cribado [Escola e saúde]: Revista Saudíña nº 12.

Dende o punto de vista da adecuación da participación, a nova máis negativa segue a ser a elevada porcentaxe de declarantes que non declararon ningunha semana (o 33%, como en 2004⁹). Pola contra, a porcentaxe dos que declaran máis semanas ao ano mantense no 42%.

Como se sabe, un problema engadido á baixa notificación é a súa desigual distribución territorial, xa que bos e malos declarantes concéntranse en zonas distintas, e con iso dáse pé a unha percepción distorsionada da incidencia de certas enfermidades. Pola contra, o comportamento temporal da participación é bastante estable, como se percibe na figura 1.

Fig 1. Participación glocal na declaración, por semanas, no conxunto de Galicia: valores de 2005, e máximos e mínimos da década 1995-2004.



COMENTARIO EPIDEMIOLÓXICO

Como quedou dito, aquí só se tratará o máis salientable do ocorrido durante 2005, non sendo a enfermidade meningocócica, da que xa se informou nun número anterior do BEG², da parotidite, que está previsto tratar nun dos números vindeiros, e da tuberculose, da que se editan informes específicos como guías de saúde pública⁷.

Varicela. En xuño de 2005 engadiuse ao calendario de vacinacións infantís de Galicia a vacina da varicela para os maiores de 10 anos que, segundo recordan os seus pais, non tiveran pasado a enfermidade⁵. De todos os xeitos, os efectos desta vacina tardarán algúns anos en mostrarse, porque consistirán –de se acadar unha cobertura elevada abondo entre os que a teñen indicada– nunha diminución das complicacións que antes da introdución da vacinación se viñan producindo nos adultos⁶.

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 tradicionais⁹. Dos 12 casos detectados en 2005, un mínimo histórico, 2 eran importados e os 10 restantes autóctonos. Destes últimos, só 1 caso carecía dos antecedentes de interés, mentres dous terzos tiñano de consumo de auga ou vexetais de cultivo particular. Neste ano só o 30% tiña antecedentes de consumo de moluscos crus.

Hepatite B perinatal. A transmisión perinatal do virus da hepatite B era relativamente frecuente en Galicia nos primeiros anos da década de 1990. Estímase que se producían entón uns 40 casos de infección perinatal ao ano¹⁰, que darían lugar a uns 4 casos de hepatite aguda e a máis de 30 infeccións crónicas. Isto levou e incluír no Programa galego de prevención e control da hepatite B un subprograma de prevención da transmisión perinatal¹¹, que estivo seguido dunha importante diminución do número de casos de hepatite aguda de orixe perinatal xa aos poucos anos da súa introdución en 1994; de tal xeito que entre 1997 e 2002 só se detectaron 4 casos de hepatite aguda de presumible orixe perinatal. Ora ben, en 2003 ampliouse o sistema de vixilancia, que ata entón limitábase aos casos notificados ao SXNOE, para engadir o Sistema de Información Microbiolóxica de Galicia (SIMG) e o CMBD de altas hospitalarias do Sergas, e incluír os casos de infección crónica sempre que a súa orixe máis verosímil fose a transmisión perinatal¹². Con este sistema ampliado de vixilancia, detectáronse 7 casos de posible transmisión perinatal no trienio 2003-2005, 5 deles en 2005, mais todos eles teñen a consideración de inevitables a efectos do programa de control, porque ningún dos partos ocorreu en Galicia. De feito, 5 dos casos de 2005 non residen en Galicia (4 son nenos saharauís en programa de vacacións)¹³.

Brucelose. A meirande parte dos casos de brucelose detectados en Galicia durante 2005 teñen a súa orixe na exposición a gando infectado (10 illados e 2 relacionados), que é case o único mecanismo de transmisión presente hoxe en día en Galicia. De todos os xeitos, 3 dos casos de 2005 forman un abrocho que se debeu á exposición laboral a aerosois contaminados con *B. mellitensis* nunha factoría da provincia de Pontevedra, que a empregaba para fabricar vacinas animais.

Disenteria bacilar. Coa fin de constatar a eliminación da transmisión endémica da shigelose en Galicia, e de evitar o establecemento de novas cadeas de transmisión a partir dos casos importados, en setembro de 2005 editouse un novo protocolo de vixilancia da shigelose¹⁴, para conseguir, en primeiro lugar, determinar se os casos detectados eran importados ou autóctonos. Pola súa data de implantación, o vixente protocolo só afectou a 1 dos 4 casos detectados en 2005, que resultou ser importado.

Sífilis conxénita. A sífilis conxénita declárase de xeito específico, separado da sífilis en xeral, só a partir de 1997. Dende ese ano ata 2001 só se detectara 1 caso en Galicia, pero de 2002 a 2005 detectáronse 3, todos eles fillos de nais inmigrantes. Semella pois, como se apuntou nun número anterior do BEG⁵, que se está a producir o rexurdimento dunha patoloxía que ía cara a súa eliminación en Galicia.

Rubéola conxénita. En 2005 detectouse o primeiro caso de rubéola conxénita en Galicia dende 1997, ano no que esta síndrome ten unha rúbrica propia separada da rubéola, na que ata entón, estaba integrada. Este caso detectado en Galicia está asociado ao abrocho de rubéola que se desenvolveu na Comunidade de Madrid e afectou, principalmente, a inmigrantes de América do Sur e a varóns madrileños que, polo seu ano de nacemento, non recibiran a vacina da rubéola aos 11 anos porque –a diferenza das mulleres– entón non a tiñan recomendada¹⁵.

Táboa 1: E.D.O. en Galicia, 2005

EDO	CASOS	TAXA (1)	IEAC (2)
Gripe	96.096	3.478,97	0'85
Tuberculose respiratoria	404	14,63	0'39
Meninxite tuberculosa	14	0,51	1'17
Meninxites víricas	256	9,27	0'82
Enf. Meningocócica	115	4,16	1'29
Enf. Invasiva por Hib	6	0,22	0'86
Varicela	5.157	186,70	0'42
Sarampelo	0	0,00	(nc)
Rubéola	13	0,47	0'87
Parotidite	475	17,20	3'32
Tose ferina	4	0,14	0'50
Toxi-infeccións alimentarias	749	27,12	0'73
Febre tifoidea e febre paratifoidea	12	0,43	0'57
Hepatite A	12	0,43	0'67
Hepatite B	41	1,48	0'66
Outras hepatites víricas	106	3,84	0'36
Brucelose	15	0,54	1'25
Sífilis	68	2,46	1'33
Gonococia	93	3,37	0'73
Lexionelose	65	2,35	1'03
Disenteria bacilar	3	0,11	0'60
Tétano	5	0,18	1'25
F. botonosa (ou, FEM)	7	0,25	0'58
Paludismo (3)	18	0,65	1'80
Lepra	2	0,07	2'00
Sífilis conxénita	1	0,04	(nc)
Rubéola conxénita (3)	1	0,04	(nc)
Botulismo	6	0,22	(nc)

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

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

Botulismo. Como quedou dito, dende 1990 non ocorrera en Galicia máis que un abrocho de botulismo antes de 2005. O deste ano debeuse ao consumo dunha cecina comercial que contía *Clostridium butyricum*, que produce unha toxina semellante á botulínica tipo E do *C. botulinum*. O lote do produto, que estaba repartido en diferentes establecementos de venda, retirouse do mercado e foi destruído. A investigación do alimento puxo de manifesto que a cecina se troceaba no establecemento de orixe e se envasaba ao baleiro, feito que favoreceu a xerminación das esporas pola anaerobiose. No etiquetado figuraba que non contiña nitritos nin outro aditivo que impidese o crecemento bacteriano. Ademais, é posible que se rachase a cadea de frío, feito que favorecería a produción da toxina botulínica.

¹ Atópase no apartado adicado á preparación fronte á pandemia, do epígrafe "gripe", na área de traballo "transmisibles".

² DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVIII, nº 3.

³ O anterior ocorrera en 1998, en Vedra, polo consumo dun xamón caseiro (vid. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XI, nº 5).

⁴ "Datos EDO Galicia" no apartado "Aplicacións e datos".

⁵ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVIII, nº 1.

⁶ Nota: Por un erro, no texto do BEG da referencia anterior figura "43%" e non "34%", que é o valor correcto.

⁷ Estes informes atópanse na páxina web da DXSP.

⁸ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVIII, nº 4.

⁹ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVI, nº 5.

¹⁰ DXSP. *Documentos técnicos de saúde pública*; serie A, nº 8.

¹¹ Ademais da referencia anterior, DXSP. *Guías de Saúde Pública* 1999; Serie I: Hepatite: informe 3.

¹² DXSP. *Guías de Saúde Pública* 2002; Serie I: Hepatite: informe 4.

¹³ Aquí emprégase o termo "inevitables" nun senso máis amplo do que autoriza a definición que deles fai o protocolo de vixilancia da referencia anterior; a saber, aqueles que se produciron "a pesares de que se realizaron axeitadamente todas as actividades de prevención recomendadas polo Programa". O caso é que o programa de vixilancia non contempla os casos detectados que non tiveron ningunha oportunidade de ter contacto co programa de prevención, mais como os casos inevitables non son o obxectivo prioritario da avaliación do programa, como serían se chega a haber indicios que fagan dúbida da efectividade das actividades preventivas recomendadas, aquí optouse por estender o cualificativo de inevitables tamén aos casos que de ningún modo poderían ter sido evitados polo programa porque o parto non se produciu en Galicia.

¹⁴ DXSP. *Guías de Saúde Pública* 2005; Serie I: E.O.A.: informe 7.

¹⁵ DGSP. *Boletín Epidemiolóxico de la Comunidad de Madrid* 2005; vol. 11, nº 11.

TABOA 2. ENFERMIDADES DE DECLARACIÓN OBRIGATORIA. INFORMACIÓN DEFINITIVA DO ANO 2005, POR ÁREAS SANITARIAS

ÁREAS SANITARIAS	FERROL	CONRUA (A)	SANTIGO	PONTEVEDRA	VIGO	OURENSE	MONFORTE	LUGO	GENRO	BARCO (O)	SAINÉS (O)	TOTAL GALICIA														
Poboación:	217.641	498.604	464.024	217.381	520.611	310.277	62.360	244.865	74.449	40.150	67.432	2.718.264														
EDO	ACUM. CASOS	IE. A.C.	ACUM. CASOS	IE. A.C.	ACUM. CASOS	IE. A.C.	ACUM. CASOS	IE. A.C.	ACUM. CASOS	IE. A.C.	ACUM. CASOS	IE. A.C.	ACUM. CASOS	IE. A.C.												
GRUPE	4.113	0,64	12.438	0,68	14.381	0,83	10.803	0,79	8.932	0,54	22.922	1,06	2.396	0,80	11.885	0,86	4.488	1,07	3.226	0,87	1.032	0,66	96.096	0,85		
TUBERCULOSE RESPIRATORIA	36	0,44	1	0,00	3	0,02	65	0,88	183	0,88	37	0,32	7	0,41	43	0,65	10	0,45	10	0,77	9	0,38	404	0,39		
MENINGITE TUBERCULOUSA	0	—	1	0,50	0	0,00	1	—	6	2,00	2	1,00	0	—	4	2,00	0	—	0	—	0	—	14	1,17		
MENINGITES VIRICAS	13	1,44	43	0,80	26	0,67	5	0,56	144	0,82	13	0,59	2	1,00	3	0,75	9	1,29	5	0,38	0	—	2	1,00	296	0,82
ENE. MENINGOCÓCCICA	7	1,75	30	1,25	32	1,52	6	0,75	18	0,95	5	1,25	3	1,00	2	0,67	2	0,67	2	0,67	1	—	2	0,67	115	1,29
ENE. INVASIVA POR Hib	0	—	1	—	0	0,00	3	—	0	0,00	0	0,00	0	—	2	0,67	0	0,00	0	—	0	—	0	—	6	0,88
VARIOLA	158	0,25	948	0,38	990	0,60	363	0,25	607	0,36	961	0,75	89	0,37	410	0,36	513	1,81	14	0,09	104	1,07	5.157	0,42		
SARAMELO	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
RUBEOLA	0	—	1	0,17	0	0,00	7	2,33	0	0,00	0	0,00	0	—	0	—	0	—	0	—	4	—	1	—	13	0,87
PAOTIDITE	6	0,25	92	1,64	47	1,96	199	33,2	60	3,00	42	3,00	1	0,50	9	1,13	5	1,25	3	1,50	11	—	475	3,32		
TOSE FERINA	0	0,00	2	2,00	0	—	1	—	1	0,17	0	0,00	0	0,00	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	4	0,50
TOMINECÓCOS ALIMENTARIAS	23	0,88	12	0,21	139	2,14	69	0,38	180	0,77	74	0,58	23	0,85	79	0,59	95	1,20	1	0,25	54	5,40	749	0,73		
F. TIFÓIDA, F. PARATIFÓIDA	0	0,00	1	—	1	0,33	2	2,00	3	0,50	0	0,00	0	—	0	—	0	—	0	0,00	0	—	5	1,00	12	0,57
HEPATITE A	0	0,00	3	1,50	0	0,00	0	0,00	6	1,20	1	0,50	0	—	0	0,00	2	—	2	—	0	—	0	—	12	0,67
HEPATITE B	0	0,00	11	1,57	6	0,50	2	0,40	16	1,23	0	0,00	1	—	1	1,00	2	2,00	2	0,50	2	0,50	0	0,00	41	0,66
HEPATITES VIRICAS, OUTRAS	2	0,67	37	0,47	14	0,40	2	0,05	35	0,71	10	0,33	3	—	2	2,00	1	—	0	0,00	0	0,00	0	0,00	106	0,36
BRUCELOSE	0	—	3	3,00	1	0,33	0	—	4	—	4	0,80	0	—	2	1,00	0	—	0	—	0	—	1	—	15	1,25
SÍFILIS	1	0,25	12	1,50	3	0,50	6	1,00	26	1,73	16	0,89	0	—	1	—	2	2,00	2	—	0	—	1	—	68	1,33
INFECC. GONOCÓCCICA	12	0,30	18	1,00	13	0,33	2	0,15	16	0,73	19	0,76	1	1,00	9	1,80	2	2,00	1	0,33	0	0,00	0	0,00	93	0,73
LEONORINOSE	3	0,60	25	1,56	12	4,00	4	4,00	10	0,56	6	1,20	1	1,00	2	0,67	2	2,00	0	—	0	—	0	—	65	1,03
DISENTERIA BAQILAR	1	—	0	0,00	0	0,00	1	—	1	1,00	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	3	0,60
BOTULISMO	0	—	0	—	2	—	0	—	4	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	6	—
TETANO	1	—	0	—	1	1,00	0	—	0	—	2	2,00	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	1	—	5	1,25
RUBEOLA CONJUNCTIVA	0	—	0	—	0	—	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	1	—
TETANO HERMATAL	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
SÍFILIS CONJUNCTIVA	0	—	0	—	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	1	—
F. EXANTEMÁTICA	1	—	0	0,00	0	—	0	—	4	2,00	2	0,33	0	—	0	—	0	—	0	—	0	0,00	0	—	7	0,58
TRIQUINÓSE	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
PAUDISMO	1	—	2	1,00	3	—	2	1,00	8	1,33	1	—	0	—	1	1,00	0	—	0	—	0	—	0	—	18	1,80
COLERA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
FEBRE AMARELA	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	—
TIFO EXANTEMÁTICO	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	—
LEPRA	0	—	0	—	0	—	0	—	1	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	1	—	2	2,00
POLIOMELITE	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
RAABA	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
Participación:	34%	34%	32%	43%	21%	92%	93%	92%	94%	88%	13%	49%														

Introdución. No ano 2002 a IARC clasificou o fume ambiental de tabaco (FAT) como carcinóxeno¹. A pesares disto, descoñécese a prevalencia de exposición a este factor de risco na meirande parte do mundo, e só hai datos de lugares xeográficos concretos ou de exposicións en localizacións específicas. Nos últimos anos realizáronse en España dous estudos que mediron a exposición percibida pola poboación en diferentes cidades españolas²⁻⁴.

A medición da exposición a un contaminante ambiental, como o FAT, é un proceso complexo. Esta exposición pode determinarse de xeitos diferentes: por medio de enquisas, coa medición da nicotina ambiental ou da cotinina en fluídos biolóxicos, mais cando o obxectivo da medición é coñecer a exposición da poboación ao FAT a recollida de información por medio de cuestionario queda xustificada⁵. Por iso, para coñecer cal é a prevalencia de exposición percibida pola poboación galega ao FAT, engadíronse na "Enquisa galega sobre consumo de tabaco, 2004" varias preguntas que permitiron estimar este dato⁶.

Exposición da poboación galega ao FAT. Preguntouse pola exposición ao FAT en 3 ambientes diferentes: domicilio, traballo e lugares de lecer; e para describir a exposición da poboación galega ao FAT establecéronse dúas categorías de exposición: *Exposto*: aquela persoa que di estar, ben de xeito diario ou ocasional en lugares onde hai FAT; e *non exposto*: Aquela persoa que di non estar exposta ao fume ambiental de tabaco nos ambientes contemplados.

Quixose tamén cuantificar o tempo de exposición e, para facelo, ás persoas que declaraban estar expostas nalgún dos ámbitos contemplados, preguntáuselles polo tempo que estaban expostos nel ou neles ao día ou durante a semana, que dan lugar, respectivamente aos "expostos a diario" e os "expostos ocasionais".

Prevalencia de exposición da poboación galega ao FAT. Na táboa 1 móstranse, por sexo e grupo de idade, as prevalencias de exposición ao FAT en función do hábito tabáquico. Nelas pódese comprobar que os fumadores (diarios e ocasionais) declaran nunha maior porcentaxe estar expostos ao FAT, podendo estar ocasionado isto pola dificultade de diferenciar a exposición ao seu propio fume da dos demais fumadores. A prevalencia de exposición dos non fumadores actuais, nunca fumadores e exfumadores, é máis baixa, se ben case 7 de cada 10 non fumadores declaran estar expostos ao FAT.

Tamén se observa que no grupo con idades comprendidas entre 16-24 anos a exposición é a máis alta, e vai descendendo a medida que a poboación envellece. Este descenso é máis acusado no caso dos non fumadores. Isto posiblemente virá explicado polas diferentes relacións sociais duns e doutros,

especialmente no caso das mulleres de 45 a 74 anos onde a exposición non chega ó 50%. Diferenciando por sexo só aparecen diferenzas significativas nos non fumadores, onde os homes din estar máis expostos cas mulleres.

Exposición por ámbito. Preguntar pola exposición diferenciando en ámbitos obedece a diferentes razóns, como poder discriminar as exposicións modificables (na casa) das non modificables (no momento da enquisa case a totalidade dos lugares de traballo), e poder diferenciar, aínda que sexa de xeito aproximado, a exposición en función da concentración ambiental de nicotina.

A táboa 2 amosa a porcentaxe de poboación que declara estar exposta a diario en función do sexo, hábito tabáquico e lugar onde se produce a exposición. A exposición ao FAT varía en función do hábito en calquera dos 3 ámbitos considerados, observándose nos fumadores unha prevalencia de exposición superior ás dos non fumadores. No único ambiente onde non aparecen diferenzas significativas entre sexos é na exposición no traballo.

Destaca, tanto en fumadores como en non fumadores, a alta exposición que declaran nos lugares de lecer, se ben nestes lugares as horas de exposición son menos que en calquera dos outros ambientes (táboa 3); pero moi probablemente o grao de concentración de FAT sexa máis elevado que na casa ou no traballo, como se demostrou noutros estudos. Se ben débese ter en conta que, en certos lugares, a exposición no traballo coincide co que para outros é exposición no lecer, xa que na enquisa non se diferenzan as exposicións por profesións.

Na táboa 3 amósanse as horas ao día de exposición en función do hábito e do ámbito. Destaca que onde se declara estar un maior número de horas exposto é no traballo. Ademais nos non fumadores non se atopan diferenzas de tempo de exposición entre sexos; e, no caso dos fumadores só se presentan diferenzas significativas na exposición no traballo, onde os varóns din estar expostos durante máis horas.

Bibliografía

1. IARC monographs (vol 83). Lyon, 2002.
2. Nebot M et al. *Tob Control* 2004; 13(1): 95.
3. Janson C et al. *Lancet* 2001; 358(9299): 2103-9.
4. Janson C et al. *Eur Respir J* 2006; 27(3):517-24.
5. Jaakkola M et al. *Eur Respir J*. 1997;10:2384-97.
6. Do deseño da enquisa dase conta nun número anterior do BEG (Vol. XVIII, nº 5), que xunto ao cuestionario atópase no epígrafe "consumo de tabaco en Galicia, 2005" do apartado adicado ao tabaco na área de traballo "crónicas/on transmisibles" da páxina web da DXSP.

Táboa 1. Prevalencia (intervalo de confianza ao 95%) de exposición (diaria + ocasional) ao FAT dos non fumadores e fumadores en Galicia: 1 de xaneiro 2005, 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	96'7 (95'3-98'1)	94'9 (93'4-96'5)	95'8 (94'7-96'8)	97'8 (96'4-99'1)	97'2 (95'6-98'8)	97'5 (96'4-98'5)
25-44 anos	87'1 (84'6-89'7)	77'4 (74'4-80'4)	82'1 (80'1-84'1)	92'8 (90'4-95'2)	88'0 (84'8-91'2)	90'7 (88'7-92'6)
45-74 anos	63'5 (59'9-67'1)	45'3 (40'9-49'6)	53'8 (50'9-56'7)	80'4 (75'7-85'1)	73'4 (61'0-85'7)	78'8 (74'2-83'4)
TOTAL	76'1 (74'0-78'2)	62'4 (59'8-65'0)	68'9 (67'2-70'6)	89'1 (87'0-91'1)	87'6 (84'6-90'5)	88'5 (86'7-90'2)

Táboa 2. Prevalencia (intervalo de confianza ao 95%) de exposición (diaria) ao FAT dos non fumadores e fumadores en Galicia: 1 de xaneiro 2005, 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	15'1 (13'6-16'7)	21'4 (19'4-23'5)	18'4 (17'1-19'8)	32'0 (29'1-34'8)	46'5 (42'7-50'4)	37'6 (35'3-40'0)
No traballo	35'8 (33'2-38'4)	40'9 (37'6-44'2)	38'0 (35'9-40'0)	46'9 (43'5-50'4)	49'4 (44'9-54'0)	47'8 (45'1-50'6)
No lecer	27'0 (24'9-29'1)	14'0 (12'5-15'6)	20'2 (18'9-21'4)	42'7 (39'6-45'7)	33'7 (30'1-37'3)	39'2 (36'8-41'5)

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	2'9 (2'6-3'3)	3'1 (2'8-3'4)	3'0 (2'8-3'3)	3'6 (3'2-3'9)	4'1 (3'6-4'5)	3'8 (3'5-4'1)
No traballo	4'2 (3'9-4'5)	4'2 (3'9-4'6)	4'2 (4'0-4'5)	5'8 (5'5-6'2)	4'8 (4'3-5'2)	5'4 (5'2-5'7)
No lecer	2'1 (1'9-2'2)	2'2 (1'9-2'5)	2'1 (2'0-2'3)	2'3 (2'0-2'5)	2'2 (1'9-2'4)	2'2 (2'1-2'4)

PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DO SARAMEPELO: son de declaración obrigatoria urxente ó SAEg todos os casos de enfermidade con febre >38º, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA

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

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



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

E-mail: dxsp.vixepi@sergas.es



XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Saúde Pública

