



# Boletín Epidemiolóxico de Galicia

## SUMARIO

<b>GRIPE A(H1N1)v EN GALICIA: DA CONTENCIÓN A DESPOIS DA PRIMEIRA ONDA EPIDÉMICA</b> .....	<b>1</b>
<b>CONCURSO DEIXAO E GAÑA. EDICIÓN DE 2010</b> .....	<b>23</b>

### GRIPE A(H1N1)v EN GALICIA: DA CONTENCIÓN A DESPOIS DA PRIMEIRA ONDA EPIDÉMICA

Como se comentou nun número anterior do BEG<sup>1</sup>, contención foi a resposta que inicialmente se lle deu á nova pandemia de gripe debida ao virus A(H1N1)v. Non entanto, pola súa clínica e epidemioloxía, conter a difusión do virus é imposible<sup>2</sup>, e o 3 de xuño, pouco despois de que se dese a alerta mundial sobre o novo virus pandémico (27/04/2009), en Galicia abandonouse a contención e adoptouse unha estratexia de mitigación<sup>3</sup>, que ten como obxectivo evitar as consecuencias máis graves da enfermidade mediante: a) o tratamento con inhibidores de neuraminidasa (IN) dos doentes cun cadro clínico grave no que se sospeita gripe; b) o tratamento con IN das persoas que teñen factores de risco que aumentan a probabilidade de ter uha gripe complicada (FRGC) e un cadro clínico compatible coa gripe, sexa cal sexa a súa gravidade; c) o control da transmisión do virus da gripe nos centros sanitarios e socio-sanitarios; e, cando estivo dispoñible, d) a vacinación cunha vacina especificamente deseñada para o novo virus pandémico.

Neste número do BEG móstranse os resultados da vixilancia da gripe en Galicia dende que se abandonou a contención ata marzo de 2010, cando xa había semanas que rematara a primeira onda epidémica debida ao novo virus A(H1N1)v. Durante todo este tempo, mantivéronse as recomendacións de uso de IN e de control de transmisión, e desenvolveuse a campaña de vacinación especificamente dirixida a mitigar o seu impacto.

O resultado desta campaña comentarase no vindeiro número do BEG, xunto a outros aspectos da vixilancia da gripe en Galicia: o impacto nos servizos de urxencias hospitalarios e nos centros escolares, e o uso de IN e do formulario de autodiagnóstico da gripe que a Consellería de Sanidade pendurou da súa páxina web.

Nota: xunto a este número do BEG pendura na páxina web ([www.galiciasaude.es/dxsp](http://www.galiciasaude.es/dxsp)) outro documento coas figuras que aquí se amosan e as datas das semanas que se empregan como referencia temporal. Atópanse na área de traballo "transmisibles → gripe → gripe A(H1N1)v", no apartado "Resumos" de "Información para profesionais".

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

- Aplicacións e datos [Datos] Enfermidades de declaración obrigatoria, actualización cos datos de 2009.
- Área de traballo: Transmisibles [Tuberculose] Infección tuberculosa e estudo de contactos.
- Área de traballo: Transmisibles [Vacinas - Viaxeiros]: Información profesionais: Recomendacións mundial de fútbol de Sudáfrica.
- Área de traballo: Cribados poboacionais [cancro de mama] Opinión das usuarias (varios documentos).

## EVOLUCIÓN DA ACTIVIDADE GRIPAL

Ata 2009, en Galicia a actividade gripal vixiabase coas chamadas que por gripe ou infección respiratoria aguda (IRA) recibía o 061, e estes datos avaliábanse despois cos da declaración obrigatoria de enfermidades (SXNOE) e completábanse cos da vixilancia microbiolóxica. Porén, en 2009 incorporáronse á vixilancia os casos de gripe rexistrados nas distintas aplicacións informáticas de que dispón o Sergas en atención primaria. Deseguido coméntanse os resultados de cada un destes catro sistemas de vixilancia.

### A vixilancia coas chamadas ao 061

A vixilancia da gripe coas chamadas que recibe o 061 comezou na tempada 2000/01 en resposta ás ondas epidémicas das tempadas do final da década de 1990, nas que a actividade gripal acadou tal nivel de intensidade que puxo en apretos ao sistema sanitario. Ata a tempada 2008/09 a vixilancia funcionaba só durante a tempada de gripe, que abrangue dende a semana 40 dun ano ata a 19 do ano seguinte; mais, como a alerta mundial polo A(H1N1)v ocorreu na semana 16/09, decidiuse manter a vixilancia indefinidamente.

Todos os días o 061 envíalle ao servizo de epidemioloxía datos das chamadas que recibe e codifica como gripe ou IRA, coas definicións de gripe e IRA do cadro 1. Para seguir a intensidade da actividade gripal empréganse as chamadas por gripe e máis IRA porque un estudo inicial amosou que eran máis válidas para detectar o inicio da onda e predicir o seu cumio<sup>4</sup>. De xeito independente chegaron á mesma conclusión no Reino Unido, onde empregan as chamadas ao teléfono do NHS codificadas como *flu* e máis *cold*, malia que o seu indicador non é o número absoluto de chamadas recibidas por eses diagnósticos, como se fai na vixilancia coas chamadas ao 061, é a proporción de chamadas que eses diagnósticos supoñen a respecto do total de chamadas recibidas<sup>5</sup>.

Cadro 1. Definicións de caso no 061

**Gripe:** aparición brusca de febre (>38°C), cunha fase prodrómica máxima de 4 días e, polo menos, un dos seguintes síntomas: tose, coriza, dor de gorxa, cefalea frontal, dor retroesternal ou mialxias.

**IRA (infección respiratoria aguda):** síndrome respiratoria aguda con, polo menos, un dos síntomas seguintes: febre, tose, coriza, dor de gorxa, cefalea frontal, dor retroesternal ou mialxias.

Cadro 2. Indicadores de actividade gripal

#### INTENSIDADE

**Baixa:** sen actividade gripal ou actividade a nivel basal.

**Media:** nivel normal de actividade gripal.

**Alta:** actividade gripal máis elevada que o nivel normal.

**Moi alta:** niveis particularmente elevados de actividade gripal.

#### DIFUSIÓN

**Nula:** non hai actividade gripal confirmada por laboratorio.

**Esporádica:** hai casos illados de infección gripal confirmados polo laboratorio, con intensidade baixa.

**Local:** a actividade gripal aumentou en áreas locais, con casos de infección gripal confirmados polo laboratorio.

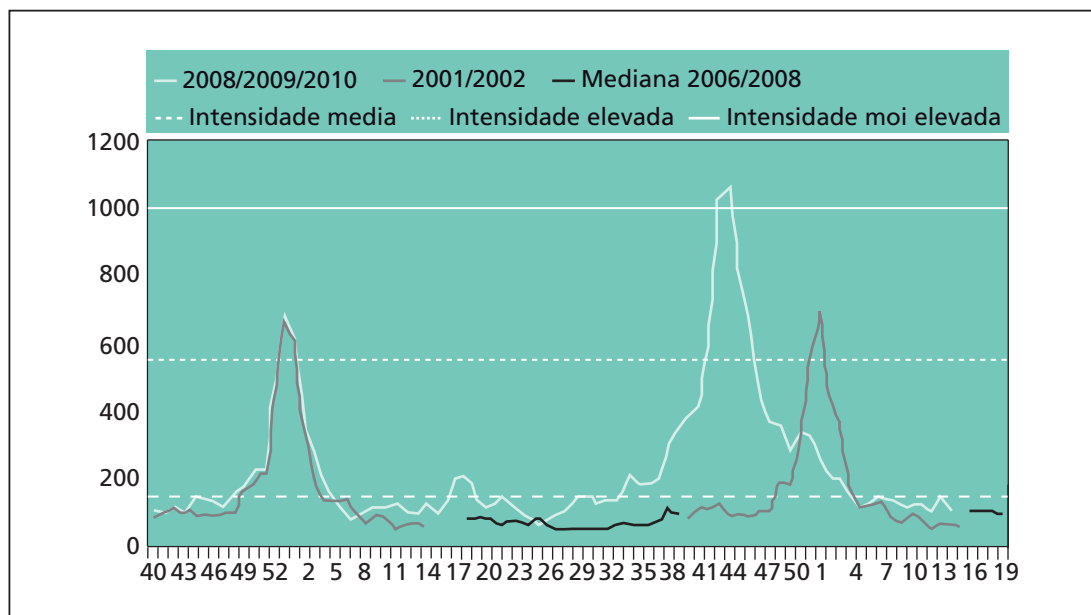
**Epidémica:** a incidencia de gripe aumenta por riba dos niveis basais nunha ou máis áreas cunha poboación que supera o 50% da total do territorio, con casos confirmados.

Dende a semana 35/2009, os datos da vixilancia da gripe coas chamadas ao 061 empréganse ademais para cualificar a actividade gripal en Galicia de acordo cos criterios da Rede española de vixilancia da gripe, polo que foi preciso definir tres niveis para cualificar a intensidade da actividade gripal e definir áreas xeográficas para cualificar o seu grao de difusión (ver o cadro 2). Estes niveis establecéronse de xeito empírico coa experiencia de anos anteriores, agás o nivel que separa as intensidades alta e moi alta, para o que se aplicou ao nivel basal a razón entre nivel epidémico e nivel basal do Reino Unido. O seu obxectivo é suxerir diferentes graos de presión asistencial.

Para estudar a difusión empréganse as provincias, porque unidades territoriais máis pequenas, como as áreas de referencia hospitalaria, contan con poucas chamadas. Os indicadores de difusión xeográfica veñen establecidos por niveis específicos para cada provincia galega, de xeito tal que cando se superan nas provincias de A Coruña e Pontevedra considérase que está afectado máis do 50% da poboación de Galicia e fálase de difusión epidémica. Antes de chegar a ela, a difusión pode ser local, esporádica ou nula (ver o cadro 2).

**Chamadas por gripe e máis IRA.** Como se observa na figura 1, coa alerta mundial (semana 17) produciuse unha pequena onda de curta duración no número de chamadas que o 061 recibiu e codificou como gripe ou IRA, un feito que se observou tamén no Reino Unido coas chamadas que recibiu o servizo telefónico do NHS<sup>6</sup>. Pasada esta onda inicial, a actividade gripal diminuíu, e a partir da semana 25, que rematou o 27 de xuño, comezou a medrar ata que se produciu a primeira onda epidémica debida a A(H1N1)v. Na figura 1 obsérvase tamén que dende xullo, cando se confirmou que en Galicia había transmisión comunitaria sostida do virus<sup>1</sup>, a intensidade da actividade gripal superou sempre a esperada para a época do ano, e non voltou aos niveis esperados ata marzo de 2010.

Figura 1. Número de chamadas por gripe e máis IRA que recibiu o 061 dende a semana 40/08 ata a semana 15/10 e na tempada 2001/02 (que se presenta dúas veces), xunto á mediana das tempadas 2006/08 para as semanas que caen fóra da tempada de gripe, cos niveis de intensidade da actividade gripal.



En termos de intensidade da actividade gripal, durante 2009 o nivel basal superouse na semana 34 e mantívose en intensidade media ata a semana 42, en que se pasou a intensidade elevada, na que se mantivo ata a semana 46, non sendo nas semanas 43 e 44 nas que se acadou unha intensidade moi elevada. O ano 2009 rematou con intensidade media e na semana 5/10 voltou á intensidade baixa.

A primeira onda epidémica de A(H1N1)v ocorreu moito antes do que é propio das ondas anuais de gripe en Galicia, que o fan no inverno. En concreto, a de A(H1N1)v acadou o cumio

na semana 44, que rematou o 7 de novembro, e se desenvolveu –de considerar unha onda de 11 semanas simétrica a respecto do cumio– entre as semanas 39, que principiou o 27 de setembro, e a 49, que rematou o 12 de decembro. Ademais, a onda acadou unha intensidade endexamáis observada dende que comezou a vixilancia polo 061.

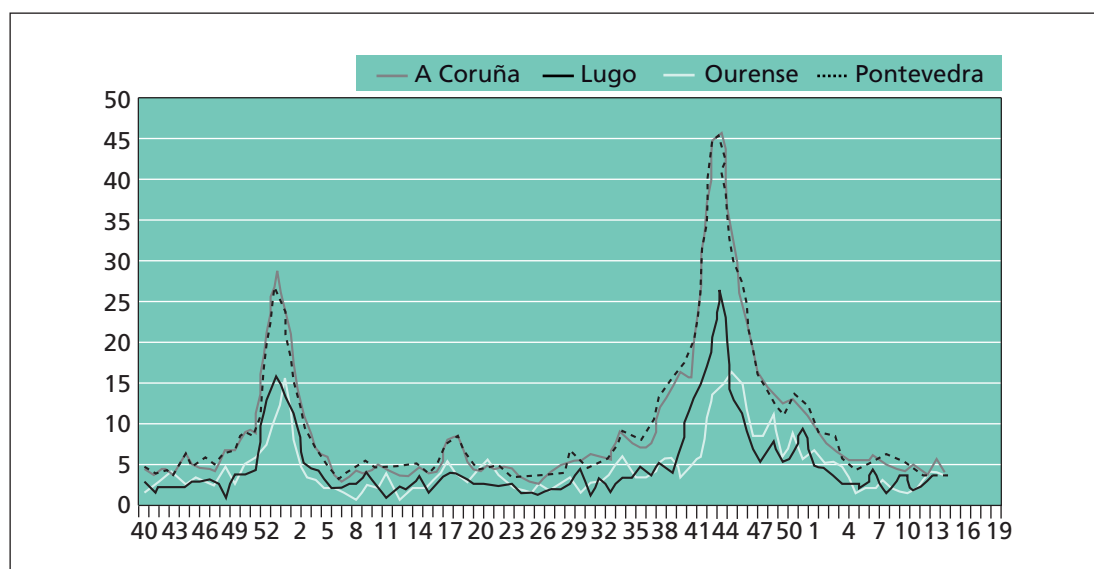
Ata este intre, a intensidade máis elevada observárase nas tempadas 2001/02 e 2008/09, que tamén aparecen na figura 1, na que se pode observar que teñen ondas moi semellantes, cunha intensidade acumulada na de 2008/09 de 122 chamadas por cen mil habitantes (10<sup>5</sup>h), que supón pouco máis da metade da acumulada na onda de A(H1N1)v, 231 (ver a táboa 1).

**Distribución xeográfica.** Como todos os anos, coa gripe A(H1N1)v houbo unha maior demanda nas provincias da Coruña e Pontevedra, tanto no período que vai da semana 26/09, en que se pasou á fase de mitigación, á semana 10/10, como na onda (ver a táboa 1).

Táboa 1. Frecuencia de chamadas ao 061 por gripe e máis IRA, por 10<sup>5</sup>h, dende a semana 26/09 á 10/10, durante a onda debida a A(H1N1)v (sem. 39-49/09) e a da tempada 2008/09 (cumio ± 5 semanas), por provincias.

Provincias	26/09-10/10	Onda 2009	Onda 2008/09
A Coruña	454	271	143
Lugo	222	130	78
Ourense	210	109	70
Pontevedra	447	263	130
Galicia	393	231	122

Figura 2. Número de chamadas por gripe e máis IRA por 10<sup>5</sup>h e provincia, dende a semana 40/2008 ata a 15/2010.



Ademais, a respecto da onda (cumio ± 5 semanas) da tempada 2008/09, o nivel de intensidade da actividade gripal acumulado na de 2009 tamén medrou máis nas provincias occidentais, nas que practicamente dobrou o nivel de intensidade, mentres en Ourense só o fixo 1'5 veces (ver a táboa 1).

Como se comentou antes, estes datos por provincias proporcionan, ademais, información sobre a difusión da enfermidade. Despois do inicio da transmisión de A(H1N1)v, en Galicia a difusión mantívose como local ata a semana 38/09, na que pasou a epidémica, onde se manti-

vo ata a semana 52/09, para, a partir de entón, retomar a difusión local na semana 1/10, pasar a esporádica na 2/10 e definitivamente a nula na 8/10.

Polo demais, o cumio da onda produciuse en Ourense na semana 45, unha mais tarde que no resto das provincias galegas, e ademais presentou unha onda máis suave.

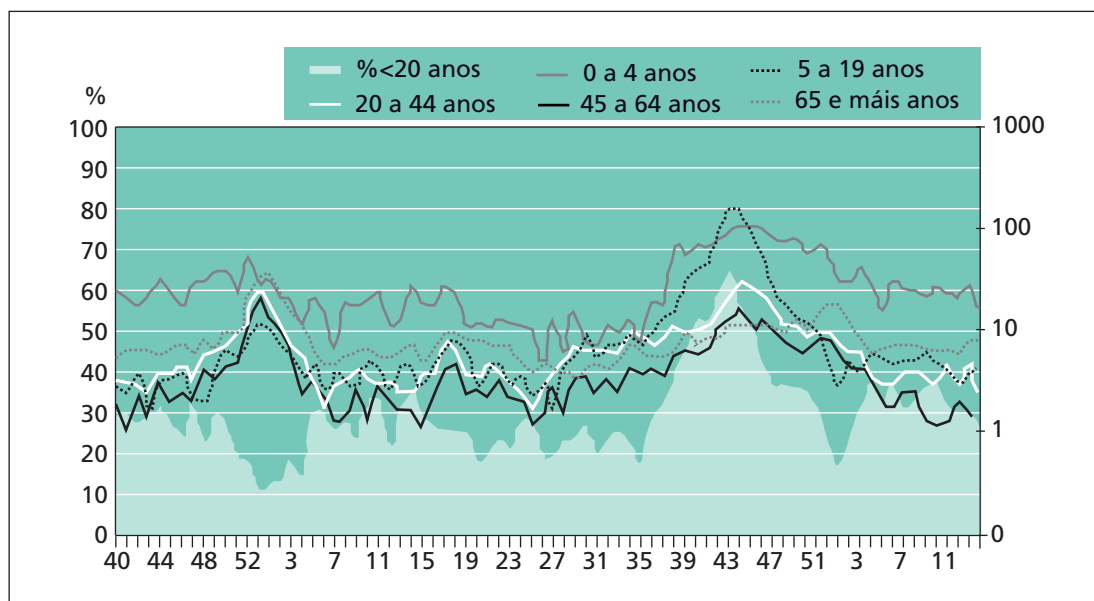
**A distribución por idade.** No que respecta á idade, as chamadas que recibe o 061 por gripe e máis IRA tiñan dúas características salientables: ao longo de todo o ano, a taxa de chamadas máis elevada era nos nenos de menos de 5 anos de idade, seguida pola das persoas de 65 ou máis; e, en relación ao que ocorría o resto do ano, durante as ondas de gripe diminuía por baixo do 20% a frecuencia relativa das chamadas por persoas de menos de 20 anos de idade. A gripe A(H1N1)v alternou estas dúas características.

Como se observa na táboa 2, tanto no período que vai entre a semana 26/09 e a 10/10 como na onda (sem. 39-49/09) a maior taxa acumulada de chamadas observouse nos de 0-4 anos; mais, no cumio, o valor máis elevado observouse nos de 5 a 19 anos de idade. Ademais, non coincidiron os cumios de chamadas dos distintos grupos de idade. Primeiro o acadaron os de 5-19 anos, na semana 43, despois os de 20-64, na 44, logo os de 0-4, na 45, e nos de 65 e máis anos observouse unha onda máis atrasada do que cabe esperar, co cumio na semana 52, como se pode ver na figura 3. Ademais, nesta figura obsérvase tamén que a porcentaxe de chamadas por menores de 20 anos no só non diminuíu coa onda, se non que medrou ata acadar un 60% que non ten precedentes.

Táboa 2. Frecuencia de chamadas ao 061 por gripe e máis IRA, por 10<sup>5</sup>h, dende a semana 26/09 á 10/10, durante a onda (sem. 39-49/09) debida a A(H1N1)v e no seu cumio, por grupos de idade.

Idade (anos)	26/09-10/10	Onda 2009	Cumio
0 a 4	1.491	857	104
5 a 19	858	690	113
20 a 44	330	177	30
45 a 64	194	104	16
65 e máis	292	108	12

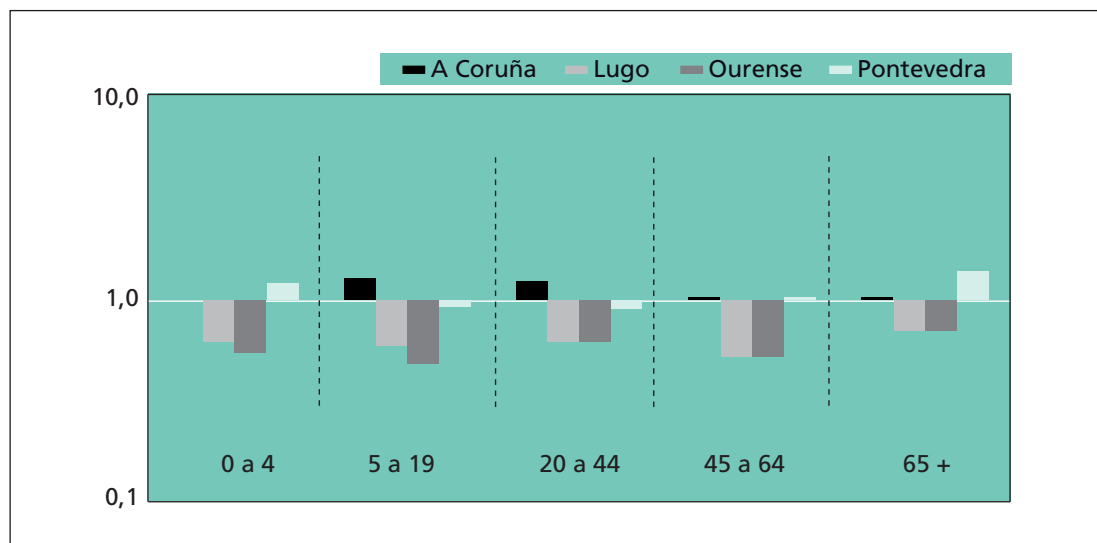
Figura 3. Porcentaxe de chamadas por gripe e máis IRA que recibiu o 061 de menores de 20 anos (eixo da esquerda) e chamadas por 10<sup>5</sup>h recibidas nos distintos grupos de idade (eixo da dereita, en escala logarítmica), dende a semana 40/08 á 15/10.



De feito, a respecto da onda de 2008/09, no grupo de 5-19 anos observouse na de 2009 unha frecuencia de chamadas 10'3 veces superior, mentres nos de 0-4 anos o aumento foi só de 2'8 veces, e nos de 20-44 e 45-64 de 1'6 e 1'2, respectivamente. No de 65 e máis, non só non medrou, senon que diminuíu un 40%. Ora ben, estes valores estan calculados coa onda para o conxunto das idades, que se adianta á onda observada nos de 65 ou máis. De todos os xeitos, ao construíla aoredor do cumio da súa propia onda obsérvase un descenso do 33%.

**Provincias e idade.** Acumuladas dende a semana 26/09 á 10/10, as taxas de chamadas máis elevadas observáronse, en todas as provincias, no grupo de 0-4 anos e as máis baixas no de 45-64; e, en todos os grupos de idade, nas provincias occidentais (ver a figura 4).

Figura 4. Chamadas por 10<sup>5</sup>h por provincias e grupos de idade a respecto dos valores de Galicia, en escala logarítmica. Chamadas acumuladas dende a semana 26/09 á 10/10.



Non obstante, en números absolutos, os de 20-44 anos de idade son os que máis chaman en todas as provincias, agás na de Ourense, onde o fan os de 65 anos en diante. Aparentemente, esta circunstancia podería explicar que o cumio da onda na provincia de Ourense ocorrese unha semana despois que no resto das provincias. Mais esta hipótese queda rexeitada ao comprobar que na semana 45/09 o cumio da onda en Ourense é a expensas do grupo de 5-19 anos, como no resto das provincias.

**Chamadas por gripe.** Ao empregar so as chamadas por gripe gáñase especificidade e pérdese sensibilidade. Durante o verán de 2009 a porcentaxe de chamadas por gripe –a respecto das chamadas por gripe e máis iRA– foi moito máis elevada do que cabería esperar para esa época do ano, de acordo cos datos de anos anteriores, e mantivo unha tendencia a medrar ata que se produciu a onda.

En xeral, a evolución do número de chamadas só por gripe tivo un comportamento moi semellante ao de chamadas por gripe e máis IRA, tanto no seu conxunto como na distribución por provinciais e idades, con só algunha diferenza.

O cumio acadouse na semana 44 en todas as provincias excepto na da Coruña (que ten practicamente o mesmo número de chamadas nas semanas 43 e 44, pero discretamente maior na 43) e na de Ourense, que o acadou unha semana máis tarde, na 45. Por grupos de idade, os cumios das ondas coinciden cos de gripe e máis IRA, agás nos maiores de 64 anos que só coa gripe acadárono na semana 46, e non na 52.

Para rematar, compre salientar que o empregar só os datos de gripe os valores acadados na onda epidémica de 2009 tamén son os máis elevados dende que principiou a vixilancia polo 061; en concreto, na onda de 2009 (sem. 39-49) recibíronse 3'94 veces máis chamadas por gripe das que se recibiran na da tempada 2001/02 (cumio ± 5 sem.), a de maior número de chamadas por gripe dende que principiou este sistema de vixilancia.

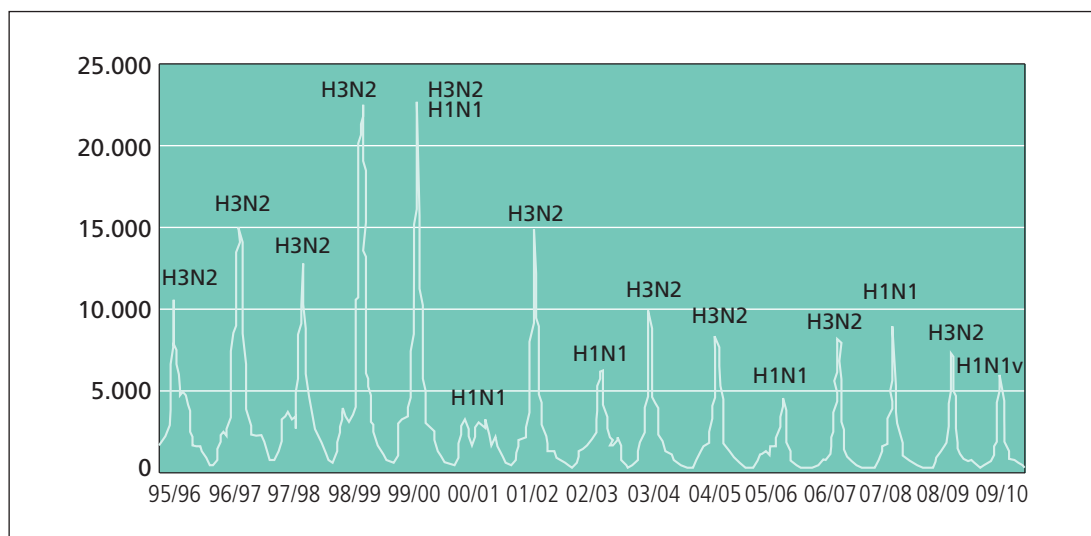
## O SXNOE

É o sistema de vixilancia da gripe máis antigo en España, onde a gripe é de declaración obrigatoria dende 1904. Presumiblemente para darlle especificidade á declaración de gripe, na reforma de 1982 engadíronse as IRAs á lista de enfermidades de declaración obrigatoria, que foron desbotadas na seguinte reforma, de 1996. Esta supresión semella que afectou á declaración de gripe en Galicia, xa que en 1997 declaráronse máis casos do que cabería esperar a respecto da tendencia observada nos anos anteriores<sup>7</sup>.

Polo seu atraso estrutural, os datos de gripe do SXNOE non se poden empregar nunha vixilancia en tempo real, como permiten os datos de chamadas ao 061. Non entanto, os datos do SXNOE veñen empregándose nas avaliacións anuais do comportamento do sistema de vixilancia polo 061 naqueles ámbitos nos que proporciona datos: a intensidade e a difusión da actividade gripal.

Ademais, son os únicos que proporcionan unha referencia do que foron as ondas de finais da década de 1990, que como se pode observar na figura 5 son as máis importantes dos últimos 15 anos. Pola contra, a de A(H1N1)v é, nesta serie, unha onda de intensidade media baixa. Pero, hai que considerar que a participación na declaración estivo a minguar durante os primeiros anos da década actual<sup>8</sup>, mais en relación coa onda de 2008/09, na de 2009 a participación só diminuíu un 0'08% e, a pesares diso, o número de casos declarados foi menor, o contrario do que amosan as chamadas ao 061.

Figura 5. Número semanal de casos de gripe declarados ao SXNOE en Galicia dende a semana 40 de 1995 ata a 15 de 2010, e os virus do tipo A que predominaron en cada unha das tempadas.



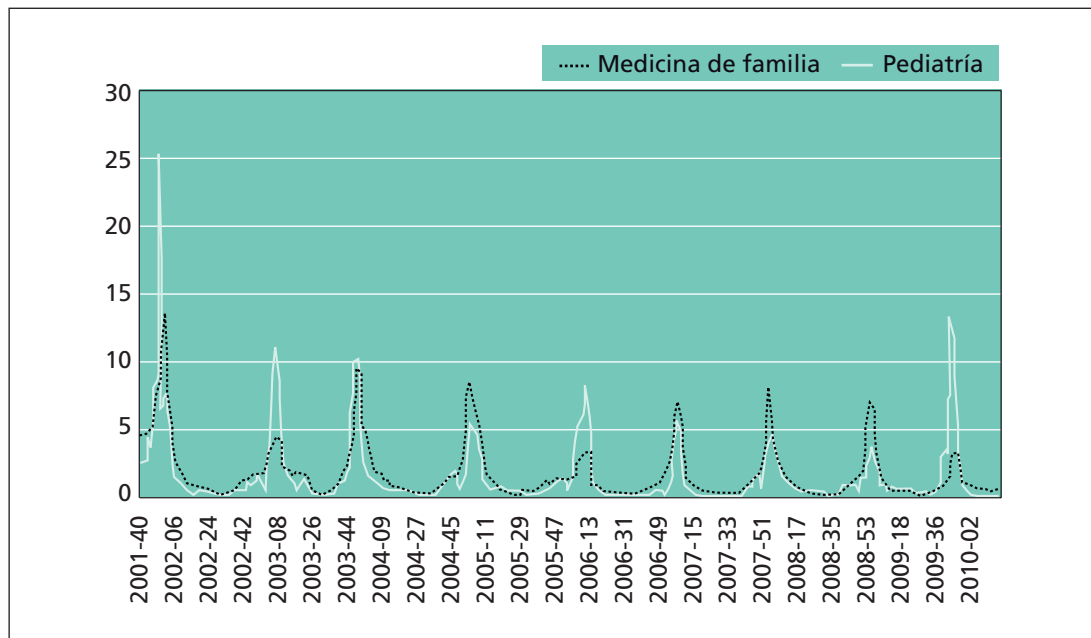
Un xeito de ter en conta a participación na declaración é empregar a ratio entre o número de casos declarados e o de médicos que participaron na declaración cada semana, declaren ou non casos de gripe. Con este indicador, semella que a onda de 2009 [sem, 39-49] foi menos intensa que a de 2008/09 [ $c \pm 5s$ ], xa que nesta declaráronse de media 3'0 casos á semana e naquela 2'4; e, no cumio, 6'2 e 5'2, respectivamente.

De todos xeitos, este indicador agacha un problema cunha enfermidade como a gripe, que ten unha marcada distribución etárea, debido á diferente presenza de pediatras e médicos de familia entre os declarantes. Na figura 6 vese que, de feito, o número semanal de casos/declarante entre os pediatras foi, durante a onda de 2009, moi superior ó dos médicos de familia; en concreto, unha media 5'8 versus 2'1 (co cumio en 13'2 e 3'5), respectivamente, mentres na de 2008/09 fora de 2'2 (co cumio en 3'9) nos pediatras e de de 3'7 (co cumio en 7'1) nos médicos de familia.

A respecto da onda de 2008/09, durante a de 2009 a declaración pediátrica multiplicouse por 2'6 e a de médicos de familia diminuíu un 43%. Como se mira na figura 6, non é a primeira onda desta década na que predominou a declaración pediátrica. Ocorreu o mesmo nas tem-

padas 2005/06 e 2002/03, as únicas nas que dos virus A da gripe o subtipo predominante foi H1H1, e na de 2001/02, debida a H3N2, que foi a de maior incidencia no período. Ademais, o cumio da declaración pediátrica acadouse na semana 43, mentres o da declaración de médicos de familia e a conxunta fíxoo na 44.

Figura 6. Número semanal de casos de gripe declarados ao SXNOE por declarante en Galicia, dende a semana 40/01 ata a 15/10, por tipo de declarante: médico de familia ou pediatra.



Por provincias, o comportamento xeral é moi semellante ao descrito para o conxunto de Galicia, mais hai algunha diferenza. Empregando como indicador a ratio do número de casos declarados por médicos que declararon, a onda acadou o cumio antes nas provincias do norte (semana 43) que nas do sur: Pontevedra na 44 e Ourense na 45. Se ben, coas declaracións pediátricas todas as provincias acadan o cumio na semana 43, e coas declaracións de médicos de familia na 44, agás a provincia de Ourense, na que o cumio se acadou nos dous casos na semana 45.

En canto á intensidade, como se pode ver na táboa 3, a pesar de que as provincias occidentais teñen unha participación no SXNOE moito peor<sup>8</sup>, nelas foi maior a intensidade da actividade gripal durante a onda (sem. 39-49/09), tanto en declaracións de médicos de familia como de pediatras. Unha excepción é a declaración pediátrica en Lugo, que acadou os 7'3 casos/declarante.

Táboa 3. Número medio de casos semanais declarados ao SXNOE por declarante durante a onda de 2009 (sem. 39 a 49), por provincia e tipo de declarante: médico de familia ou pediatra.

Idade (anos)	Todos	Familia	Pediatría
A Coruña	4'4	2'9	6'0
Lugo	2'0	1'3	7'3
Ourense	1'5	1'3	2'4
Pontevedra	4'4	3'3	7'4

### Rexistros do Sergas en Atención primaria

A informatización dos centros de saúde leva anos progresando, e dende os seus inicios as distintas aplicacións deseñadas para rexistrar a actividade clínica (OMI, SIG@P, IANUS) permiten rexistrar a gripe de xeito específico co código R80 da CIAP. Posteriormente, na semana 39/09,



o Sergas implantou nas súas aplicacións clínicas un formulario ao que se accede ao premer un “botón” específico para rexistrar os casos de gripe que, ademais, é o mesmo botón que necesariamente hai que empregar para prescribir IN. Ao engadir o novo sistema de rexistro, o Sergas deuno como obrigado, quedando á vontade do médico rexistrar tamén o episodio de gripe do xeito habitual. Por outra banda, todos os luns, informática do Sergas mándalle ao Servizo de Epidemioloxía un arquivo con datos dos episodios rexistrados como R80 ou empregando o novo formulario.

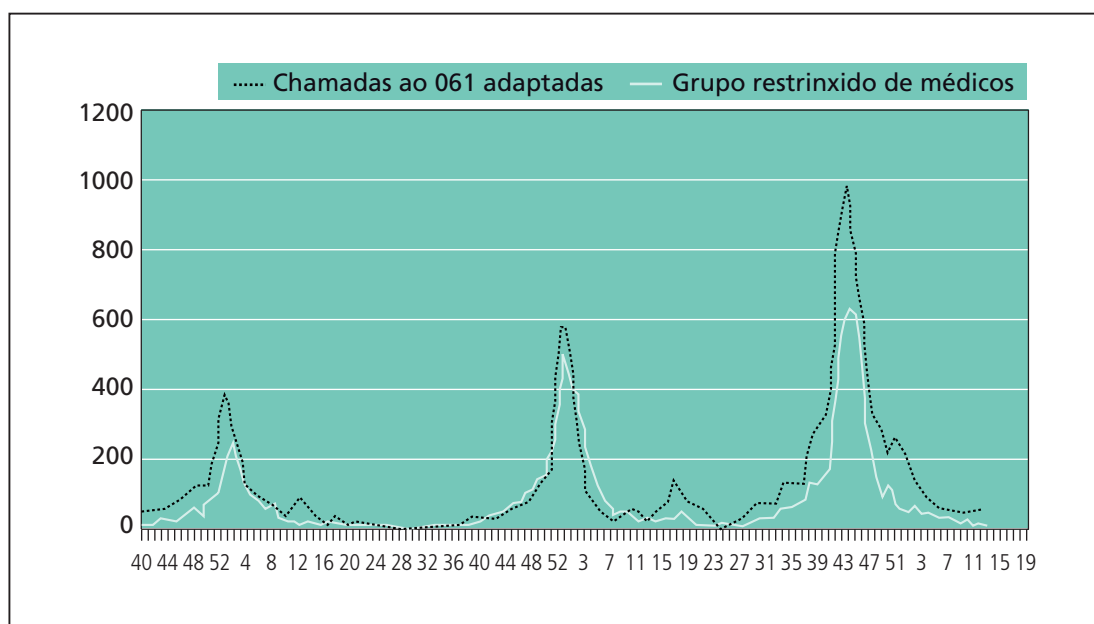
Táboa 4. Número semanal medio de médicos que rexistraron algún episodio de gripe en tres ondas epidémicas [ $c \pm 5s$ ] e o número de médicos que rexistraron algún episodio na semana de cadansúa onda na que máis médicos rexistraron.

Idade (anos)	2007/08	2008/09	2009
Media	73	146	707
Máximo	110	223	1.090

A análise do número de episodios de gripe rexistrados e de médicos declarantes nas tempadas 2007/08 e 2008/09 parece indicar que dunha tempada a outra expandiuse o número de médicos que rexistran sen que mudase moito a práctica de rexistro, mais a implantación do formulario supuxo un cambio de gran magnitude que lle da unha inestabilidade que o fai inmanexable (ver a táboa 4). Por iso, para o seguimento da gripe pandémica decidiuse empregar un número restrinxido de médicos que daban conta dos requisitos seguintes: son os que máis casos rexistraron entre as semanas 45/08 e 15/09, pondo o corte no 73% dos rexistros acumulados, e declararon algún episodio entre as semanas 28 e 41 de 2009.

Este sistema de vixilancia é novo e a experiencia con el é polo tanto nula, pero os datos retrospectivos dos rexistros reproducen en forma e momento a onda estacional da tempada 2008/09 que ofrecen a vixilancia da gripe coas chamadas ao 061 e o SXNOE, tanto en episodios de gripe rexistrados (ver a figura 7) como na media semanal de episodios rexistrados por médico que rexistrou algún (ver a figura 8).

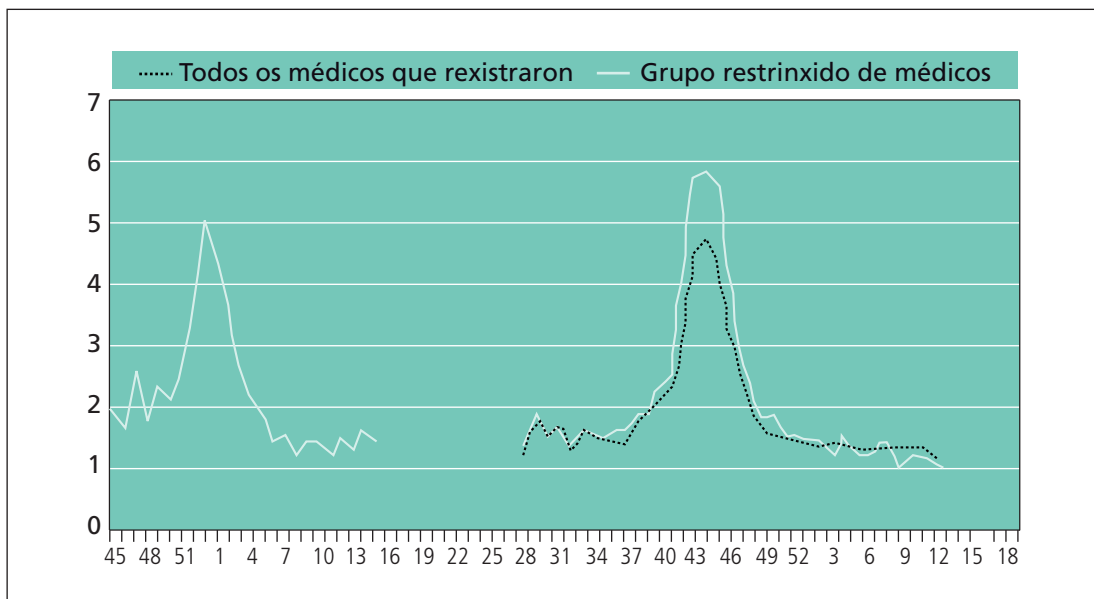
Figura 7. Número de episodios de gripe rexistrados nas aplicacións do Sergas en atención primaria polo grupo restrinxido de médicos dende a semana 40/07 á 13/10.



Segundo os datos do grupo restrinxido de médicos que se mostran na figura 7, a intensidade da actividade gripal durante a onda de 2009, que acadou o cumio na semana 44, foi só lixeiramente superior á da onda precedente, a de 2008/09. Coa de 2007/08 non se pode comparar

a intensidade, porque o grupo restrinxido non foi seleccionado pensando niso. A mesma impresión xurde ao comparar non o número semanal de episodios de gripe rexistrados, se non a ratio entre estes e o número de médicos do grupo restrinxido que rexistrou algún episodio en cadansúa semana, como se pode ver na figura 8. Con este indicador, o cumio da onda 2009 producíuse tamén na semana 44 (5'8 episodios por médico). A figura amosa tamén o comportamento do indicador cando se teñen en conta todos os médicos e non só os do grupo restrinxido. Neles os valores son por sistema menores, especialmente durante a onda, que tamén acadou o cumio na semana 44 con 4'7 episodios por médico que rexistrou algún caso.

Figura 8. Número de episodios de gripe rexistrados nas aplicacións do Sergas en atención primaria dividido polo número de médicos que rexistraron algún en cadansúa semana ata a semana 13/10, no grupo restrinxido de médicos dende a semana 40/08 e na totalidade deles dende a 26/09.



Como ao grupo restrinxido de médicos pódeseles asignar unha poboación, a dos seus cupos, pódese obter unha incidencia de episodios de gripe rexistrados. Na táboa 5 móstranse as "incidencias" por grupos de idade durante a onda e na semana na que acadou o cumio. Nela vese unha vez máis que os máis novos teñen os valores máis elevados, e como nos de 5 a 19 anos o cumio precedeu nunha semana ao do resto de grupos de idade, agás o de 65 e máis anos que o acadou na semana 46.

Táboa 5. Episodios de gripe rexistrados por 10<sup>5</sup>h (ver o texto) polo grupo restrinxido de médicos acumulados durante a onda 2009 (sem. 39-49), no seu cumio e a semana na que este ocorreu, por grupos de idade.

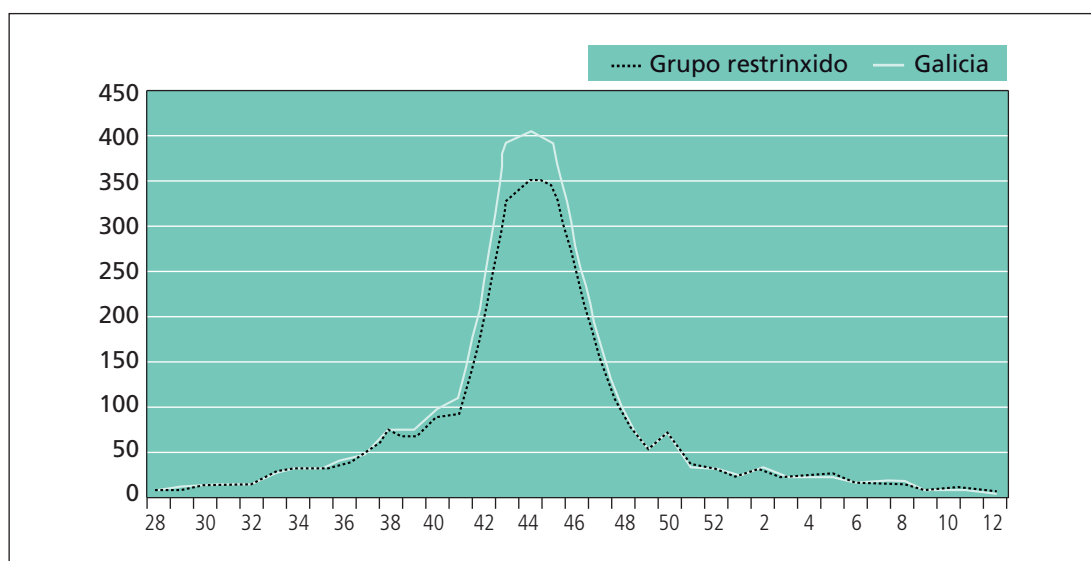
Idade (anos)	Onda 2009	No cumio	Semana
0 a 4	6.561	1.384	44
5 a 19	7.359	1.523	43
20 a 44	2.079	375	44
45 a 64	1.204	187	44
65 e máis	333	67	46
<b>Todos</b>	<b>2.005</b>	<b>353</b>	<b>44</b>

Estas "incidencias" só son orientativas, e non se poden tomar coma as que, por exemplo, proporcionan as redes de médicos sentinela. Estas, diferéncianse sobre todo por dúas cousas: teñen o compromiso de rexistrar todos os casos e empregan unha definición común de caso

de gripe. No noso caso, nin hai esta definición (polo que pode haber casos rexistrados que non terían esa consideración nunha rede de médicos sentinela) e non hai compromiso de rexistro, polo que pode haber casos que non sexan rexistrados.

Ademais, a selección dos médicos que forma o grupo restrinxido foi por conveniencia, por ter declarado na onda da tempada anterior, como quedou dito. Isto tradúcese, por exemplo, en que a distribución por idade da poboación dos seus cupos é diferente da do conxunto da poboación de Galicia, como se pode deducir da figura 9, que mostra a incidencia bruta nos cupos do grupo restrinxido e a de Galicia de ter a incidencia por idade observados neses cupos en cada unha das semanas consideradas.

Figura 9. Incidencia de episodios rexistrados por 10<sup>5</sup>h (ver o texto) polo grupo restrinxido de médicos e incidencia en Galicia estimada coa incidencia específica por idade do grupo restrinxido, dende a semana 28/09 á 13/10.



Polo demais, o grupo restrinxido non é tampouco representativo xeográficamente, e o número de médicos que o forman é moi pequeno para axustar os datos. (De feito, esta deficiente representatividade xeográfica case que de seguro nesga nalgunha medida os valores de Galicia na figura 9, mais decidiuse deixala para ilustrar o efecto da diferente distribución etárea entre os cupos e o conxunto de Galicia.)

### A vixilancia microbiolóxica

Como quedou dito noutro BEG<sup>1</sup>, ao se declarar a alerta mundial por A(H1N1)v só se tomaban mostras dos chamados “casos en investigación”, dos que se sospeitaba que poderían estar infectados por A(H1N1)v pola súa clínica e polos seus antecedentes epidemiolóxicos. Despois, entre as semanas 25 e 29/09 eliminouse o requisito epidemiolóxico, no contexto da mostraxe nos hospitais de Galicia para confirmar a transmisión comunitaria de A(H1N1)v. As definicións de caso variaron, pois, co tempo, e xa se comentaron no devandito BEG<sup>1</sup>.

Confirmada a transmisión comunitaria do A(H1N1)V, a mostraxe restrinxíuse aos que tiñan recomendado o tratamento con IN, ben por estaren ingresados ou ben por teren FRGC e ser atendidos nos servizos de urxencias dos hospitais públicos. Despois, na semana 44/2009, a mostraxe restrinxíuse aínda máis, e dende entón só se toman mostras nos doentes ingresados.

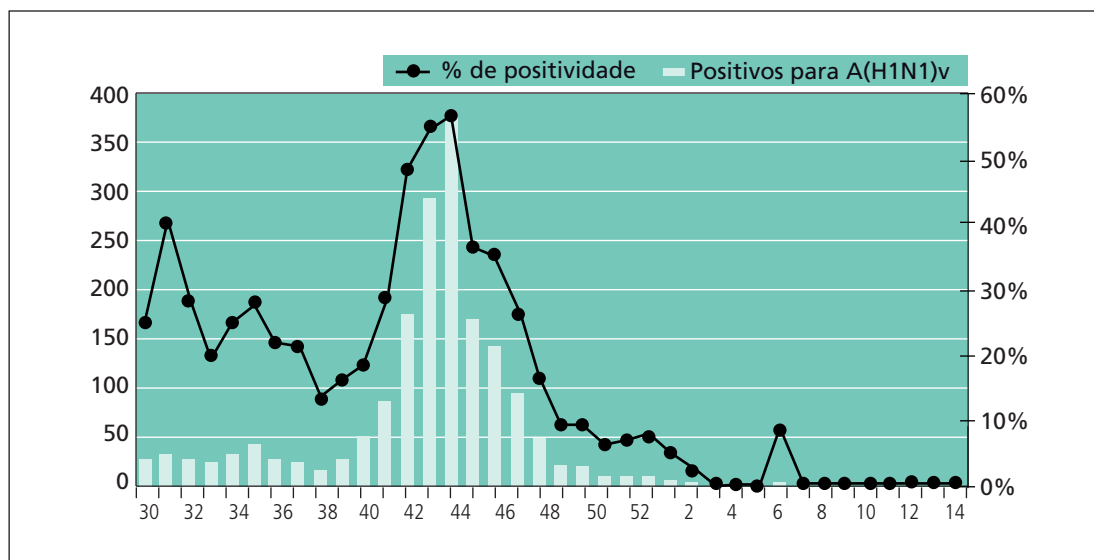
Coa estratexia de mostraxe que se emprega dende a semana 44/09, restrinxida aos doentes ingresados, a prevalencia estimada de A(H1N1)v podería ser unha sobreestimación da prevalencia verdadeira se os virus da gripe producen sistemáticamente unha taxa de ingreso máis elevada que os outros virus responsables da enfermidade semellante á gripe, e viceversa. Para estudar esta posibilidade comparáronse os resultados das mostras estudadas no Hospital do

Meixoeiro entre as semanas 35/09 e 46/09, que se tomaran a) en doentes ingresados, e b) en doentes que acodiron ao servizo de urxencias e nel foron dados de alta, e non se observan diferenzas na positividade das mostras dos doentes ingresados e dos ambulatorios nos diferentes grupos de idade, mais si no conxunto de mostras estudadas.

Porén, unha parte importante desta diferenza desaparece ao axustar a positividade total por idade, xa que os grupos etáreos máis novo e máis vello están sobrerrepresentados nos ingresados e teñen unha positividade conxunta menor que a dos outros tres grupos. A positividade total en doentes ambulatorios era do 43% (IC<sub>95%</sub>: 39-49%), e a axustada por idade nos doentes ingresados do 36% (IC<sub>95%</sub>: 33-39%), cando a bruta era do 29% (IC<sub>95%</sub>: 26-32%). Polo tanto, provisionalmente, pódese considerar que a toma de mostras restrinxida aos doentes ingresados non nesga a positividade de se ter en conta a distribución por idade, xa que de non facelo a subestima.

**Evolución da positividade.** Dende a semana 26/2009 á 15/2010 estudáronse 6.181 mostras para determinar con RT-PCR a presenza de A(H1N1)v, das que un 31% foron positivas. Na figura 10 móstrase a evolución semanal do número de mostras estudadas e a proporción delas que deron resultado positivo, e nela vese que a positividade mantense máis ou menos estable entre as semanas 30 e 38/09, agás polo pico observado na semana 31. Xa que dito pico non se relacionou con que houbo nesa semana maior número de ingresos (ver despois) nin de chamadas ao 061 nin se rexistraron máis casos de gripe nas aplicacións do Sergas nin se declararon máis ao SXNOE, a explicación parece estar en que se trata dun achado casual.

Figura 10. Número de mostras estudadas para A(H1N1)v en Galicia e porcentaxe de mostras positivas, dende a semana 30/09 ata a 12/10.



Despois, a positividade amosa un ascenso dende a semana 38/09, acada o cumio na semana 44/09 e descende progresivamente ata a semana 48/09. É de salientar o marcado descenso entre as semanas 44 e a 45/09 e os valores tan semellantes da 43 e a 44/09.

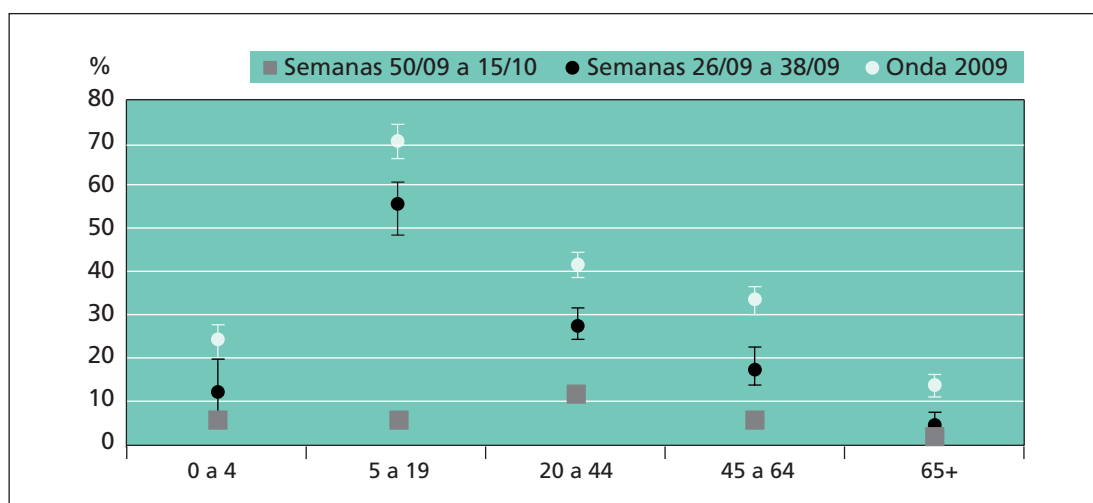
Ao agrupar as semanas en tres períodos obsérvase que o 22% dos estudos realizáronse antes da onda, o 64% durante a onda, e o 13% que resta despois da onda (ver a táboa 5). En cada un destes períodos a positividade foi de, respectivamente, o 27%, o 37% e o 5%.

**Distribución por idade.** Como se pode ver na táboa 5, en todos os períodos a quen máis mostras se lle tomaron (visto como mostras por 10<sup>5</sup>h) foi aos de 0 a 4 anos de idade. A táboa amosa tamén como o de onda é o período no que máis mostras se pediron, e que se pediron máis no anterior á ela que no que lle seguíu; e como no período anterior á onda a taxa de mostras disminuía a medida que o facía a idade, que na onda xa non pasou isto e que o grupo de 20-44 anos supón un punto de inflexión, que despois da onda adiántase ao grupo de 5-19 anos.

Táboa 5. Número de determinacións de A(H1N1)v por 10<sup>5</sup>h en tres períodos: semana 27 a 38/09, semana 39 a 49/09 (onda), e 50/09-15/10, en Galicia por grupos de idade.

Idade (anos)	27 a 38	Onda	50 a 15
0 a 4	85	419	86
5 a 19	67	201	10
20 a 44	52	113	19
45 a 64	40	120	27
65 e máis	33	139	49
<b>Todos</b>	<b>50</b>	<b>143</b>	<b>29</b>

Figura 11. Porcentaxe de determinacións positivas (IC<sub>95%</sub>) para A(H1N1)v en Galicia durante tres períodos por grupos de idade. Nota: os IC<sub>95%</sub> engádense só coa intención de reflectir dalgún xeito o número variable de mostras estudadas, e xa non se considerou necesario facelo para os valores do período máis recente.



A respecto da idade, a positividade das determinacións amosa dúas características, como se pode ver na figura 11: a) en todos os grupos de idade, as maiores taxas de positividade obsérvanse durante a onda e no período que a precede; e b) en todos os períodos, agás o que sigue á onda, a taxa de positividade é maior no grupo de 5-19 anos de idade (que na onda acadou o 70%), seguido polo de 20 a 44 anos, e a menor nos de 65 e máis.

**Outros virus da gripe.** Dende a semana 16/2009 ata a actualidade, en Galicia só se detectou unha mostra cun virus do tipo A que non fose A(H1N1)v. Tratábase dun A(H3N2) que foi detectado na semana 35/2009.

## INGRESOS HOSPITALARIOS E MORTALIDADE

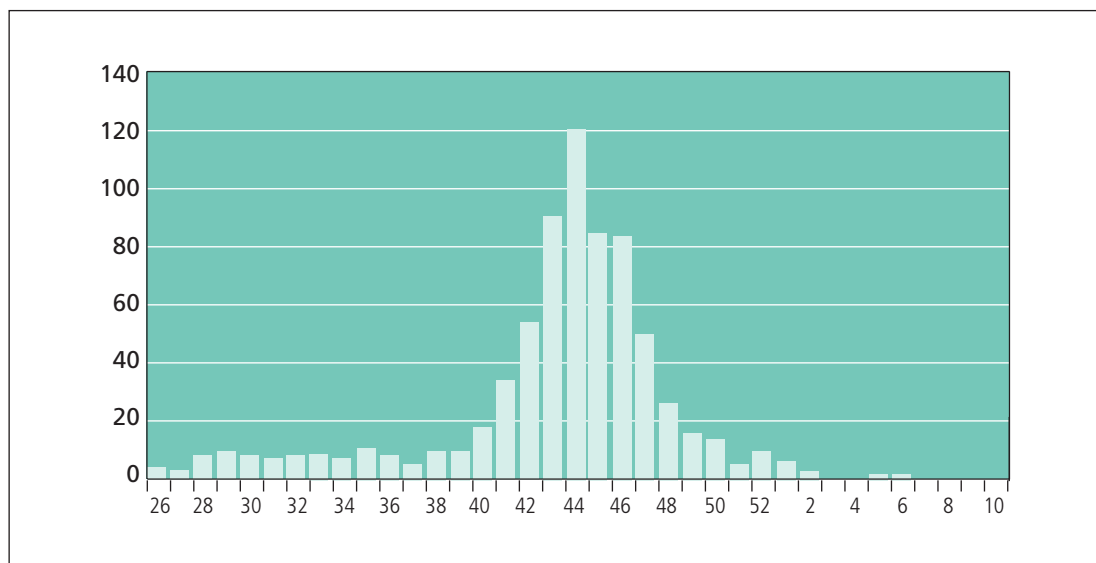
Os ingresos por ou con gripe A(H1N1)v confirmada por laboratorio con RT-PCR supoñen a información máis específica de que se dispón, tanto sobre a evolución da enfermidade como sobre a súa gravidade. As primeiras recomendacións establecidas, orientadas a ingresar a todo paciente con gripe A(H1N1)v<sup>1</sup>, cambiaron o 29/05/2009, cando se pasou a ingresar só aqueles casos nos que o cadro clínico o recomendaba. Na semana 26/09, implantouse o sistema de vixilancia de ingresos hospitalarios e foi o elemento de referencia para seguir a gravidade da enfermidade en Galicia.

Neste sistema, os hospitais de Galicia enviaban un informe diario con un conxunto de datos dos doentes que tiñan ingresados cun resultado positivo para A(H1N1)v, e de cada un destes

recollíase despois máis información cunha ficha *ad hoc*. O informe diario pasou a semanal en xaneiro de 2010, e continúa en activo grazas á colaboración de todos os hospitais galegos. Os informes envíanse aínda que non haxa casos ingresados.

Cando se escribe este informe (semana 17/10), o último ingreso con gripe A(H1N1)v confirmada en Galicia aconteceu na semana 7/10. Da semana 26/09 ata á 7/10 detectáronse 698 ingresos con A(N1N1)v, que supoñen unha taxa bruta de 25 ingresos por cen mil habitantes (i/10<sup>5</sup>h). Un 83% (21 i/10<sup>5</sup>h) ocorreron durante a onda (sem. 39 a 49/09), un 12% antes e un 5% despois e, como se observa na figura 12, a 44 é a semana con máis ingresos, 120, que supoñen unha taxa bruta de 4'3 i/10<sup>5</sup>h.

Figura 12. Número semanal de ingresos en Galicia con gripe A(H1N1)v confirmada, da semana 26/09 á 10/10.



**Distribución por idade.** A idade media dos doentes ingresados foi de 38 anos (desvío típico [dt] 23 anos). Na táboa 6 amósanse as taxas de ingreso hospitalario por grupo de idade en tres períodos de duración semellante, polo que se poden facer comparacións directas entre eles. Só no primeiro, o anterior á onda, non predominan os ingresos no grupo 0-4 anos, que son os que acumulan unha taxa maior durante todo o seguimento. Pola contra, os de 65 e mais anos son os que teñen as menores taxas de ingreso en todos os períodos, malia que en onda é moi pouca a diferenza co de 20-44 anos.

Táboa 6. Ingresos por 10<sup>5</sup>h en tres períodos: semana 27 a 38/09, 39 a 49/09 (onda), e 50/09-8/10, en Galicia por grupos de idade.

Idade (anos)	sem. 27 a 38	Onda	Sem. 50 a 8
0 a 4	3'8	59'2	4'7
5 a 19	4'2	29'3	0'3
20 a 44	3'2	15'7	1'5
45 a 64	3'4	22'8	1'2
65 e máis	1'3	14'2	0'8
Todos	3'0	20'8	1'3

Como non podía ser doutro xeito, as taxas de ingreso son, en todos os grupos, moi superiores durante a onda, máis varía a proporción de ingresos de cada grupo de idade que ocorreron en cada período. O máis rechamante desta variación atópase no grupo de 5-19 anos, no

que ocorreron poucos ingresos despois da onda (1%), e no de 20-44 anos que nela só ten o 78% de ingresos. De todos xeitos, as diferenzas na distribución etárea dos ingresos nos tres períodos non son estatisticamente significativas ( $\chi^2$ ,  $p=0'086$ ); mais si o son ( $\chi^2$ ,  $p=0'033$ ), ao comparar os patróns dos de 5-19 e 20-44 co dos outros grupos de idade tomados en conxunto.

**Distribución provincial.** Observouse unha importante variación da taxa de ingresos acumulados por provincia, dende os 19 i/10<sup>5</sup>h de Pontevedra (durante todo o período de seguimento) aos 33 de Lugo, dos que o 84 e o 91%, respectivamente, ocorreron na onda (semanas 39 a 49). As taxas da Coruña e Ourense son moi semellantes: 27 e 25 i/10<sup>5</sup>h, respectivamente, durante o seguimento, co 85 e 80% dos ingresos durante a onda.

Táboa 7. Ingresos por 10<sup>5</sup>h por grupos de idade e provincia, durante todo o período de seguimento...

Idade (anos)	AC	LU	OU	PO
0 a 4	70	151	99	36
5 a 19	36	91	48	11
20 a 44	23	16	27	17
45 a 64	29	29	22	27
65 +	17	23	9	16
Todos	27	33	25	19

... e durante a onda (sem. 39 a 49/09)

Idade (anos)	AC	LU	OU	PO
0 a 4	66	141	89	24
5 a 19	32	88	31	9
20 a 44	19	12	21	11
45 a 64	22	25	19	24
65 +	15	20	7	13
Todos	23	30	20	16

Ao considerar as taxas específicas por idade en cada unha das provincias, a maior variabilidade observouse no grupo de 5-19 anos, tanto na onda como durante todo o seguimento (empregouse como criterio o coeficiente de variación), seguido do de 0-4 anos. En concreto, como se observa na táboa 7, durante a onda houbo 117 i/10<sup>5</sup>h de diferenza entre Lugo e Pontevedra no grupo de 0-4 anos, e 79 no de 5-19. Estas diferenzas mantéñense (115 e 80 i/10<sup>5</sup>h) no conxunto do período de seguimento.

En xeral, na provincia de Lugo observáronse as maiores taxas de ingresos en todos os grupos de idade, agás no de 20-44, no que tivo as menores. Na de Pontevedra observáronse as menores taxas de ingreso en menores de 20 anos, e na de Ourense nos maiores de 44, tanto na onda como durante o período de seguimento.

**Ingreso na UCI.** Durante o período de seguimento ingresaron en UCI 89 persoas, que supoñen unha taxa de ingresos en UCI de 3'2 uci/10<sup>5</sup>h. O 73% dos ingresos ocorreron na onda (semana 39 a 49/09), que supoñen 2'3 uci/10<sup>5</sup>h. Polo tanto, precisaron de UCI o 12% das persoas ingresadas con A(H1N1)v durante todo o período de seguimento. De todos xeitos, esta porcentaxe varía coa idade e a provincia: é do 12% nos menores de 19 anos, do 14% nos de 20 a 64 anos e só do 6% nos de 65 ou máis anos de idade; do 15% na Coruña e Pontevedra, e do 8% en Lugo e Ourense. A idade media dos que estiveron na UCI é de 35'6 anos, cun dt de 19.

Dete xeito, as taxas de ingreso en UCI por provincias amosan unha distribución moi diferente á de ingresos no hospital. A maior observouse na Coruña, tanto en onda como durante o período de seguimento, e a menor en Lugo durante a onda e en Ourense durante o período de seguimento (ver a taboa 8).

Táboa 8. Ingresos en UCI por 10<sup>5</sup>h por grupos de idade e provincia, durante todo o período de seguimento...

Idade (anos)	AC	LU	OU	PO	GA
0 a 4	4'5	9'4	0'0	7'2	5'6
5 a 19	6'7	5'4	5'7	2'4	4'8
20 a 44	3'8	2'6	1'9	3'0	3'2
45 a 64	4'6	2'2	3'4	2'9	3'6
65 +	1'3	1'0	0'0	1'2	1'0
Todos	3'9	2'5	2'1	2'7	3'2

... e durante a onda (sem. 39 a 49/09)

Idade (anos)	AC	LU	OU	PO	GA
0 a 4	4'5	9'4	0'0	4'8	4'7
5 a 19	5'9	2'7	2'8	1'6	3'6
20 a 44	2'8	0'9	0'9	1'4	1'9
45 a 64	3'3	1'1	3'4	2'5	2'8
65 +	0'9	1'0	0'0	0'6	0'7
Todos	3'1	1'4	1'5	1'9	2'3

**Factores de risco para unha gripe complicada (FRGC).** Dos 698 doentes ingresados, o 62% (431) tiñan algún FRGC. A proporción é menor nos que ingresaron na UCI, un 55%, que nos que non o fixeron, un 64%, unha diferenza que non é estatisticamente significativa ( $\chi^2$ ,  $p=0'07$ ). Como era de esperar, observáronse diferenzas estatisticamente significativas (t student,  $p<0'001$ ) entre as idades medias dos doentes con e sen FRGC; a dos que non os tiñan era de 27 anos (dt 22), e a dos que si os tiñan de 45 (dt 22). Por exemplo, nos de menos de 16 anos de idade só tiñan FRGC o 31% (o 30% dos que non precisaron UCI e o 47% dos que si), e nos de 16 ou máis, o 70% (o 74% dos que non precisaron UCI e o 56% dos que si).

Destes 431 casos, en 22 non está especificado cal é o FRGC que presentan (2 deles son de UCI). Co obxecto de poder estimar a frecuencia de cada un dos FRGC, estes casos retíranse da análise. Algo máis do 50% dos doentes con FRGC só teñen un, e preto do 30% dous. A distribución móstrase na táboa 9, separada en casos menos e máis graves (UCI ou éxitus), na que tamén consta a prevalencia estimada de cadanséu FRGC na poboación.

Un 10% das mulleres ingresadas ( $n=35$ ) tiñan o embarazo como factor de risco, e tan só unha delas precisou de UCI. Isto supón unha taxa aproximada de ingresos de 24 i/10<sup>5</sup> embarazadas-mes, durante todo o seguimento, dez veces máis que as mulleres en idade fértil (15 a 44 anos) que non estaban embarazadas: 2'5 i/10<sup>5</sup> mulleres-mes. A taxa de ingreso medrou co avance do embarazo; en trimestres: 7, 15 e 50 i/10<sup>5</sup> embarazadas-mes.

**Exitus.** Dende a declaración de pandemia ata agora faleceron en Galicia 17 persoas con gripe A(H1N1)v confirmada, aínda que non en todas se pode considerar á gripe como causa fundamental da morte. Supoñen unha taxa bruta de 0'6 mortos por 10<sup>5</sup>h, que supón unha letalidade do 2'4% dos doentes ingresados, e do 13'5% dos ingresados en UCI. En doentes ingresados



a letalidade foi maior nos de 65 ou máis anos de idade (que supoñen o 24% dos falecidos), o 4'0%, e a menor nos de menos de 20, o 0'1%. Compre lembrar que estes datos non poden compararse cos de anos anteriores, porque o sistema de vixilancia é moi diferente.

O primeiro éxito rexistrouse o 18/08/2009, case catro meses despois de que se confirmase por microbioloxía o primeiro caso de gripe A(H1N1)v en Galicia. A media de idade dos éxitos sitúase en 51 anos (valor mínimo 17 e máximo 88).

Táboa 9. Prevalencia (%) de FRGC nos de 16 ou máis anos de idade a) en Galicia, b) nos que ingresaron sen precisar UCI e c) nos que precisaron UCI ou faleceron, durante todo o seguimento.

FRGC	Poboación	Non UCI	UCI+Éxitus
Asma	8%	19%	8%
Epoc. crónica	7 %	14%	12%
Obesidade mórbida	3%	13%	11%
Diabete	7%	10%	8%
Insuficiencia renal	1'5%	6%	4%
Inmunodeficiencia	sen datos	datos non avaiables	
Cancro	2%	7%	9%
Enf. cardiovascular	10%	14%	13%
Enf. hepática crónica	1%	5%	4%
Hemoglobinopatía-anemia	5-10%	8%	15%
Enf. neuromuscular	Sen datos	6%	4%
Embarazo	ver o texto		

Nota: os datos poboacionais proveñen da Encuesta Nacional de Salud e a Enquisa Galega de Saúde, as dúas de 2005, e da Enquisa de Nutrición de Galicia, de 2007.

O 82% dos casos tiñan factores FRGC e ata un 71% remataron por presentar un cadro de neumonía. O 29% non chegaron a ingresar na UCI, e ningún dos 17 tiveron ocasión de verse beneficiados pola vacina, xa que ou ben faleceron antes do inicio da campaña de vacinación ou non pasaran os 14 días necesarios para que, aínda que se vacinasen, esta fixese efecto.

Por outra banda, no que se refire á mediana do tempo transcorrido entre o inicio dos síntomas e o ingreso é de 4 días; entre o ingreso e o traslado á UCI de 2; e dende que se iniciaron os síntomas ata que comezou o tratamento con antivirais de 6'5 días. Os días transcorridos entre o ingreso e o inicio do tratamento ten unha mediana de 1 día, con dúas modas de 0 e 1 día.

## COMENTARIO

Dende o punto de vista epidemiolóxico, o comportamento da gripe pódese resumir como o resultado da interacción dinámica entre a inmunidade que vai adquirindo a poboación pola infección co virus da gripe (e, en certa medida, pola vacinación) e a evolución do virus, que lle permite eludir a dita inmunidade en graos diferentes. Isto tradúcese en ondas epidémicas anuais que varían en intensidade e, nos climas temperados como o de Galicia, ocorren no inverno.

Mais, periódicamente introdúcese un virus novo da gripe A, diferente dabondo dos virus que viñan circulando como para esperar que a totalidade ou unha grande parte da poboación non teña inmunidade fronte a el, feito que favorece a transmisibilidade do novo virus e, a respecto do que ocorría cos virus estacionais previos, produce un maior número de casos de

enfermidade. Cando isto ocorre, dúas son as preguntas fundamentais: cal é o grao de protección da poboación fronte ao novo virus, se é que hai algún, e cal vai ser o espectro clínico da enfermidade. Da resposta a estas dúas preguntas depende o grao de presión á que estará sometido o sistema sanitario.

A respecto da primeira pregunta, A(H1N1)v, que se detectou en marzo de 2009<sup>9</sup>, malia que probablemente levaba meses circulando entre humanos<sup>10</sup> e aínda máis tempo entre porcos<sup>11</sup>, dos que provén, é un virus xenética e inmunoloxicamente diferente dos virus A(H1N1) que circulaban entre humanos durante as últimas décadas<sup>12</sup>.

Porén, os primeiros datos epidemiolóxicos suxerían que unha parte da poboación, a de maior idade, podería ter un menor risco de enfermarse que a poboación máis nova<sup>10</sup>. Estas primeiras observacións foron confirmadas axiña, ao se comprobar que preto dun terzo da poboación dos EEUU de máis de 60 anos de idade tiñan anticorpos que reaccionaban fronte A(H1N1)v, presumiblemente por ter tido contacto con virus derivados do A(H1N1) que se introduciu en 1918 dando lugar á pandemia de gripe máis grave das do século XX<sup>13-14</sup>. Este virus foi evolucionando ata que desapareceu en 1957, cando foi substituído polo novo virus pandémico A(H2N2), nun proceso que fixo que as hemaglutininas dos virus das décadas de 1940 e 1950 fosen xa moi diferentes da do virus orixinal, o de 1918<sup>15</sup>. En 1977, reintrodúcese de novo un virus A(H1N1), moi semellante ao que circulaba en 1950, que é o que viña circulando entre humanos como virus estacional ata 2009.

En favor da hipótese de que a protección observada nas persoas maiores depende do contacto anterior co virus de 1918 e os seus derivados máis inmediatos están os resultados dun estudo realizado en Pittsburgh<sup>16</sup> (Pensilvania) que achou nesas persoas unha elevada prevalencia de anticorpos fronte o virus de 1918, e que, a nivel individual, obsevou correlación entre os títulos de anticorpos fronte os virus de 1918 e A(H1N1)v.

Ademais, vense de comprobar que na súa parte máis relevante dende o punto de vista inmune, a hemaglutinina do virus A(H1N1)v, que procede, a través do virus porcino clásico, directamente do virus de 1918, é moi semellante á deste virus, tanto funcional<sup>17</sup> como estruturalmente<sup>18</sup>. Isto pódese deber a que, polo breve da súa vida, especialmente cando estan en granxas, os porcos como poboación lle impoñen ao virus unha moi feble presión inmune, polo que os virus porcinos da gripe evolución moito máis a modo que os humanos<sup>19</sup>.

A protección cruzada atopada na poboación dos EEUU foi corroborada en Xapón<sup>20</sup> e Filandia<sup>21</sup>, aínda que nestes dous lugares quedaba practicamente limitada aos nados antes de 1930 (os que en 2009 tiñan máis de 79 anos). Esta aparente diferenza cos datos dos EEUU podería deberse en parte á campaña de vacinación que seguiu ao episodio de Fort Dix (Nova Jersey), exclusiva dos EEUU e que acadou unha cobertura do 20% da poboación<sup>14</sup>. A campaña desenvolveuse porque a principios de 1976 dous reclutas de Fort Dix enfermaron cun virus A(H1N1) de orixe porcina, co obxectivo de conter unha transmisión interhumana que, polo demais, non se produciu<sup>22</sup>. (Este virus de orixe porcina é diferente do que se reintroduciu ao ano seguinte, que era un virus humano.) Datos experimentais<sup>23</sup> e serolóxicos<sup>24</sup>, suxiren que a infección inducida co virus de Fort Dix e o antecedente de vacinación fronte a el protexen do virus A(H1N1)v.

Un estudo italiano<sup>25</sup> achou tamén protección nos maiores de 65 anos, máis non proporciona datos desagregados dentro deste grupo de idade, e outros dous estudos non atoparon a dita protección; quizais porque, un deles<sup>26</sup>, que non especifica o número nin detalla a idade das persoas de máis de 65 anos, realizouse con poboación rural dunha provincia chinesa, mentres o outro, realizado en Singapur, contaba só con seis persoas de 70 ou máis anos de idade<sup>27</sup>.

Por outra banda, os primeiros estudos serolóxicos<sup>13-14</sup> suxerían tamén que a vacina estacional da tempada previa, a 2008/09, non protexía fronte A(H1N1)v, e o mesmo indican estudos epidemiolóxicos realizados en Australia<sup>28</sup>, EEUU<sup>29-30</sup> e Canadá<sup>31</sup>. Pola contra, dous estudos realizados en México suxiren protección<sup>32-33</sup>, mais os dous teñen importantes problemas metodolóxicos<sup>34-35</sup>.

Esta protección relativa das persoas maiores é, quizais, a característica epidemiolóxica máis salientable destes primeiros meses de gripe debida a A(H1N1)v, e a ela débese en grande medida que as consecuencias máis negativas da infección acadasen só os niveis que acadaron, xa que a idade avanzada, que xa de seu é un FRGC, está asociada a unha prevalencia moi elevada dos outros FRGC.

No que atinxe ao espectro clínico da enfermidade, tamén moi cedo houbo datos que suxerían que era semellante ao da gripe estacional; é dicir, na meirande parte dos enfermos as manifestacións clínicas son leves ou moi leves, e unha importante fracción das infeccións son asintomáticas<sup>36</sup>. Estudos serolóxicos realizados pasada a primeira onda epidémica debida a A(H1N1)v suxiren que a dita fracción é máis importante do que se pensaba. Un deles, realizado en Inglaterra<sup>37</sup>, conclúe que a súa estimación serolóxica da taxa de infección é moi superior non só aos datos proporcionados polos distintos sistemas de vixilancia da enfermidade de que dispuñan (médicos sentinela do *RCGP*, *Q-susveillance*, *National Flu Service*)<sup>5</sup>, se non que é moi superior tamén ás estimacións feitas de casos sintomáticos que toman en conta a frecuentación do sistema sanitario<sup>5</sup>; en concreto, son 10 veces superiores ao empregar os resultados das rexións de Londres e West Midlands.

A unha conclusión semellante levan os resultados dun estudo serolóxico, realizado con persoas de 29-39 anos de idade en Francia<sup>38</sup>: é moi elevada a proporción de infeccións debidas a A(N1N1)v que son subclínicas.

O estudo realizado en Inglaterra confirma que as maiores taxas de infección ocorreron en escolares de 5-14 anos (42% nas áreas de incidencia elevada), uns achados semellantes aos do estudo realizado en Pittsburgh despois da onda de outono<sup>16</sup>. Esta maior taxa de infección nos máis novos atribúese á súa maior susceptibilidade e á maior transmisibilidade que favorecen os colexios.

Conforme, estudos de transmisión de A(H1N1)v en fogares (que supoñen un contorno que homoxeiniza o risco de exposición ao longo das diferentes idades) atopan tamén unha maior taxa de ataque secundario nos de menos de 19 anos<sup>39-40-41</sup> e menores nos de 55 ou máis<sup>39-40</sup>. De todos os xeitos, aínda que os fogares homoxenizan a exposición, compre salientar que a susceptibilidade que miden estas análises capturan tanto factores sociais e hixiénicos como biolóxicos.

Outro achado relevante do estudo realizado en Inglaterra, é a marcada heteroxeniedade xeográfica da taxa de infección, que confirma o suxerido polos sistemas de vixilancia, que indicaban que dúas rexións, Londres e West Midlands, tiñan unha incidencia moi superior ao resto de rexións inglesas. O estudo averiguou que en menores de 15 anos a taxa de infección, que no conxunto de Inglaterra foi do 18'2 (IC<sub>95%</sub>: 15'0-21'5%), variou do 31'6% (20'7- 44'2%) nas de incidencia máis elevada ao 6'3 (1'2-12'5%) no resto de rexións.

Pola outra beira do espectro clínico, o de gravidade, os datos das primeiras ondas debidas a A(H1N1)v no hemisferio norte e as do hemisferio sur suxerían que, en atención primaria, habería máis consultas das que houbera en anos anteriores, máis sen acadar os valores das tempadas finais da década de 1990<sup>42-43</sup>.

Pola súa banda, nas ditas ondas, a taxa bruta de ingresos hospitalarios non superaba, en poboacións grandes, os 25i/105h, malia que en poboacións máis pequenas se superasen os 50i/10<sup>5</sup>h-onda (Hutt, Nova Zelandia) e mesmo os 167 (Territorio do Norte, Australia). As maiores taxas de ingresos ocorrían nos nenos de 4 anos e as menores nos maiores de 65, e as taxas de ingreso en UCI, en poboacións grandes, non superaban as 3 uci/10<sup>5</sup>h-onda, mentres que a mortalidade era inferior a 1 morto por 10<sup>5</sup>h-onda<sup>42-43</sup>.

En xeral, dos doentes ingresados, entre o 10 e o 20% precisaron ingresar na UCI<sup>44-45</sup> e entre 2/3<sup>46</sup> e 3/4<sup>45</sup> tiñan FRGC. A prevalencia de FRGC era maior nos que precisaban de UCI, e aínda máis nos que falecían e, do mesmo xeito, a idade media era maior nos que falecían que nos que precisaban UCI e, a destes, maior que a do conxunto de persoas ingresadas<sup>45-47</sup>. De todos os xeitos, máis do 90% dos falecidos tiñan menos de 65 anos<sup>42-43</sup>. En persoas ingresadas a letalidade era de preto do 5%<sup>44-45</sup>, superaba o 15% nos ingresados na UCI<sup>46-48</sup>, e era máis elevada nos de maior idade<sup>42</sup>.

A respecto da gripe estacional, a debida a A(H1N1)v ten unha mortalidade global menor, que agacha un aumento da mortalidade nas persoas máis novas. Esta diminución da idade media de defunción supón un maior impacto na saúde cando este se avalía con anos potenciais de vida perdidos (APVP), e, de feito, un estudo preliminar achou que durante os primeiros meses de A(H1N1)v nos EEUU os APVP pola súa causa acadan un valor semellante, na estimación máis baixa, o propio dunha tempada por A(H3N2), e na máis elevada, o da pandemia de 1968<sup>49</sup>.

Para unha revisión máis polo miúdo dos aspectos clínicos da infección polo virus A(H1N1)v, pódese consultar unha revisión recente de libre acceso<sup>50</sup>.

En resumo, as dúas características principais desta nova pandemia de gripe son, dende un punto de vista epidemiolóxico: a) unha importante protección relativa das persoas de maior idade, mesmo sen ter en conta os posibles efectos da inmunidade celular<sup>51</sup>; e b) unha grande proporción de casos subclínicos e, en relación coa gripe estacional debida A(H3N2), unha frecuencia relativa global menor de casos graves, malia que sexa maior nos máis novos.

A primeira destas características da gripe A(H1N1)v é moi relevante en poboacións demográficamente envellecidas, como a galega. A dúas sono porque diminúe o impacto sobre o sistema sanitario, o cal, agás en poboacións concretas, foi, en lugares como Galicia, como moito “moderado”. É dicir, aínda que a demanda asistencial estivo por riba do que viña a ser habitual –especialmente nos máis novos– non chegou a superar a capacidade máxima do sistema<sup>52</sup>.

Unha característica máis, a importante heteroxeneidade xeográfica tanto en termos de enfermidade como de infección, dificulta se non impide o transporte dos resultados dun lugar a outro. Polo demais, está resolta xa outra das incógnitas iniciais da epidemioloxía deste novo A(H1N1)v, que é cando ía ocorrer a primeira onda epidémica debida a él. De novo houbo variedade. No hemisferio sur ocorreu durante á época típica das ondas epidémicas anuais, durante o seu inverno<sup>42-43</sup>; mais, no norte, observáronse ondas epidémicas de maior intensidade que as de invernos anteriores na primavera (rexión II dos EEUU, que comprende os estados de Nova Iorque e Nova Jersey), no verán (Inglaterra) e no outono no resto de lugares.

Os datos da vixilancia da gripe A(H1N1)v en Galicia, resumidos neste BEG, son coherentes con esta caracterización.

A onda epidémica ocorreu moito antes do que é habitual na gripe, e, no que atinxe á intensidade da actividade gripal, só o 061 rexistra unha intensidade superior á dos últimos anos, xa que nin o SXNOE (detecta unha lixeiramente menor) nin os rexistros de episodios de gripe polo grupo restrinxido de médicos (detecta unha intensidade lixeiramente superior á da tempada 2008/09) o fan. Máis isto pódese deber a que a distribución etárea das consultas está moi escorada cara as idades máis novas, e, de feito, o número de casos declarados ao SXNOE polos pediatras que participaron na declaración en cadansúa semana de onda é o máis elevado dende a tempada de 2001/02, e as taxas de consultas calculadas cos rexistros da aplicación do Sergas son moito máis elevadas na idade pediátrica.

Polo demais, a información que proporcionan todos os sistemas que fan referencia a atención primaria é coincidente: maior infección na idade pediátrica, especialmente nos de 5-19 anos, nos que o cumio da onda ocorreu unha semana antes (43/2009) que no conxunto da poboación (44/2009), en coherencia co papel primordial que se lle atribúe á escolarización na difusión do virus. Esta distribución etárea alterou radicalmente o patrón que viña a ser habitual nas chamadas ao 061 por gripe e máis IRA, alteración á que contribuíu tamén a baixa incidencia nos de 65 e máis anos de idade. De feito, cando se empregan as chamadas por gripe e máis IRA, nos de 65 e máis anos de idade non se forma unha onda característica e o cumio do período vai ata a semana 52, un efecto que desaparece cando só se teñen en conta as chamadas por gripe. Ao facelo deste xeito, o cumio acádano na semana 46, como nos rexistros de episodios de gripe nas aplicacións do Sergas.

Ademais, medida como asincronía no cumio da onda epidémica, hai certa heteroxeneidade xeográfica, que suxire unha transmisibilidade non moi elevada e é máis rechamante na provincia de Ourense, para a cal todos os sistemas indican un atraso de unha semana.

Con estes achados é coherente a evolución da proporción de mostras positivas para A(H1N1)v das estudadas, malia que no período anterior á onda houbo unhas porcentaxes lixeiramente máis elevadas do esperado polos datos que proporcionan os outros sistemas da vixilancia, aínda que estes estaban a amosar unha incidencia maior da esperada. Ademais, o sistema de vixilancia microbiolóxica amosa unha grande variación nas proporcións de positividade nos distintos grupos de idade, con valores máis baixos nos grupos extremos da vida, debido qui-

záis á menor especificidade do cadro clínico nesas idades e á maior preocupación que neles espertan as complicacións, que poden inducir unha sobre-mostraxe a respecto do que ocorre noutros grupos de idade.

A taxa bruta de ingresos hospitalarios observada en Galicia durante a primeira onda de A(H1N1)v, e a distribución etárea dos ingresados atópase dentro dos valores esperados en función do observado nas ondas do hemisferio sur. Tamén estiveron dentro do esperado a taxa bruta de ingresos en UCI e a proporción que supoñen sobre o total de persoas ingresadas, agás no grupo de 65 e máis anos de idade, na que a proporción de ingresados en UCI é menor do esperado ( $p=0,033$ , co límite inferior do IC95% dos valores de referencia<sup>42</sup>).

En concordancia con isto, a idade media de todos os ingresados é superior á dos ingresados en UCI, a diferenza do que ocorreu noutros lugares. Ora ben, isto pode depender en parte de que na ficha de 89 doentes ingresados non consta explícitamente se precisaron ou non de UCI, e estes doentes foron tratados como non ingresados na UCI porque non se sinalou tampouco ningunha das variables relacionadas co dito ingreso (ventilación mecánica, data de ingreso e alta na UCI), e a aúa idade media era semellante, coa mesta dt, á dos que non precisaron de UCI.

Temporalmente os ingresos hospitalarios coinciden co observado en atención primaria, co cumio da onda na semana 44 e un adianto relativo nos de 5-19 anos. Observouse ademais unha importante heteroxeneidade xeográfica que contrasta un pouco co que cabería esperar, especialmente en Lugo e Pontevedra nas idades máis novas. Pola cantidade e densidade de xente nova, cómpre esperar que a transmisibilidade neta da infección fose maior na provincia de Pontevedra<sup>53</sup>, como ocorreu en Inglaterra nas rexións de Londres e West Midlands. Como consecuencia desta maior taxa de infección, habería unha maior probabilidade de ingreso en Pontevedra, ao contrario do que se observou. Ademais, no único sistema de vixilancia en atención primaria que pode aproximar este dato, o SXNOE, na provincia de Lugo a declaración pediátrica (en casos/declarante) é semellante, mesmo lixeiramente menor, que na de Pontevedra.

Estas diferenzas territoriais nos ingresos hospitalarios non se mantiveron nos ingresos en UCI, porque maiores taxas de ingresos acompañábanse de proporcións máis baixas de ingreso en UCI. A frecuencia de éxitos e a letalidade en doentes ingresados en planta o na UCI é a esperada, e a idade media destas persoas superior á dos ingresados.

Por outra banda, a prevalencia dos FRGC en ingresados é maior que a estimada para o conxunto da poboación, e como no conxunto de España, hai mais casos de pacientes asmáticos en planta que en UCI. Ora ben, a porcentaxe de persoas con obseidade é igual entre os que precisaron e non precisaron UCI, mentres que no conxunto de España observouse unha diferenza estatisticamente significativa entre os dous, como tamén ocorre coa diabetes e a enfermidade cardíaca, que en Galicia apenas presentan diferenzas<sup>54</sup>.

Rechama a maior prevalencia de FRGC nos doentes adultos (de 16 ou máis anos de idade) ingresados que non precisan de UCI, mais isto pódese deber á xa comentada ausencia de información explícita sobre o ingreso en UCI en parte dos ingresados, aínda que nestes doentes adultos a prevalencia de FRGC (61%) tamén é inferior á dos ingresados adultos que non precisaron de UCI. Mais, a diferenza pódese deber tamén á relativamente menor frecuencia de ingreso en UCI dos doentes de 65 ou máis anos de idade, que é unha poboación cunha prevalencia de FRGC moi superior á do resto de idades: en Galicia teñen FRGC o 42%, mentres nos de 19 a 64 anos só os teñen o 17% e nos de menos de 19 o 6%<sup>55</sup>.

Para rematar, compre salientar que non é posible estimar o número de persoas infectadas con A(H1N1)v en Galicia durante o período considerado, porque non se fixo un estudo de seroprevalencia e porque, como xa se dixo, os datos obtidos noutros lugares non se poden xeralizar pola intensa heteroxeneidade xeográfica observada.

Por outra banda, tampouco se pode estimar o número de casos de enfermidade que houbo, porque non se dispón de incidencias de consultas (que despois se axustan por frecuentación e positividade microbiolóxica). Poderíase, non obstante, estimar o número de casos clínicos a partir das taxas de ingreso, ingreso en UCI e letalidade por caso clínico, estimadas nos EEUU<sup>56</sup>, mais habería que asumir que a súa práctica de diagnóstico microbiolóxico e ingreso é semellante á de Galicia, algo que non é doado mesmo porque non se pode garantir que en Galicia sexan homoxeneas en todos os territorios.

## Bibliografía

1. C.S. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol XII, nº 2.
2. Fraser C et al. *PNAS USA* 2004; 101: 6146-6151.
3. C.S. Informe para profesionais sanitarios, nº 6.
4. C.S. *Documento interno*. Predición da onda.
5. HPA. Surveillance Systems: <http://www.hpa.org.uk>.
6. HPA. Weekly National Influenza Report, week 27.
7. C.S. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol IX, nº 5.
8. C.S. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol XII, nº 1.
9. CDC. *MMWR* 2009; vol. 58, nº 15.
10. Fraser C et al. *Science* 2009; 324: 1557-61.
11. Smith et al. *Nature* 2009; 459: 1122-5.
12. Garten RJ et al. *Science*; 325: 197-201.
13. CDC. *MMWR* 2009; vol. 58, nº 19.
14. Hancock K et al. *N Engl J Med* 2009; 361: 1945-52.
15. Zimmer SM et al. *N Engl J Med* 2009; 361: 279-85.
16. Ross T et al. *PLoS Curr Influenza*. 2010 Feb 24: RRN1148.
17. WE. Ch et al. *Sci Transl Med* 1010; 2 (4): 24ra21
18. Xu R et al. *Science* 2010; 328: 357-60.
19. Cohen J. *Science* 2010; 327: 1563-4.
20. Itoh Y et al. *Nature* 2009; 460: 1021-5.
21. Ikonen N et al. *Euro Surveill* 2010; 15 (5): pii=19478
22. Gaydos JC et al. *Emerg Infect Dis* 2006; 12: 23-8.
23. Kash JC et al. *Influenza Other Respi Viruses*. 2010; 4: 121-7.
24. McCullers JA et al. *Clin Infect Dis* 2010; 50: 1487-92.
25. Rizzo C et al. *Vaccine* 2010; 28: 3558-62.
26. Chen H et al. *Emerg Infect Dis* 2009; 15: 1849-50.
27. Tang JW et al. *Emerg Infect Dis* 2010; 16: 874-6.
28. Kelly H et al. *Euro Surveill* 2009; 14 (31): pii=19288.
29. CDC. *MMWR* 2009; vol. 58, nº 44.
30. Iuliano AD et al. *Clin Infect Dis* 2009; 49: 1811-20.
31. Skowronski DM et al. *PLoS Med* 7(4): e 1000258
32. Echevarria-Zuno S et al. *Lancet* 2009; 374: 2072-9.
33. Garcia-Garcia L et al. *BMJ* 2009; 339: b3928
34. Janjua NZ. *BMJ* 2010; 375: 801-2.
35. Janjua NZ et al. *BMJ* 2009; 339: b4972.
36. Carrat F et al. *Am. J. Epidemiol.* 2008; 167: 775-785
37. Miller E et al. *Lancet* 2010; 375: 1100-8.
38. Flahault A et al. *PLoS Curr Influenza* 2009 Dec 24: RRN1140.
39. Cauchemez S. *N Engl J Med* 2009; 361: 2619-27.
40. France AM et al. *J Infect Dis* 2010; 201: 984-92.
41. Ghani AC et al. *PLoS Curr Influenza*. 2009 Nov 16: RRN1130.
42. C.S. *Documento interno*. Transporte.
43. CDC: <http://www.flu.gov/professional/global/annex1.pdf>
44. Van't Klooster et al. *Euro Surveill* 2010; 15(2): pii=19461.
45. Jain S et al. *N Engl J Med* 2009; 361: 1935-44.
46. ANZIC. *N Engl J Med* 2009; 361: 1925-34.
47. Kumar A et al. *JAMA* 2009; 302: 1872-9.
48. Furhrman et al. *Euro Surveill* 2010;15(2):pii=19463.
49. Voboud C et al. *PLoS Curr Influenza*. 2010 Mar 20: RRN1153
50. W.C. of the WHO on clinical. *N Engl J Med* 2010; 362: 1708-19.
51. Greenbaum JA et al. *PNAS USA* 2009; 106: 20365-70.
52. WHO. Interim WHO guidance on global surveillance. July 2009.
53. Dietz K. *Stat Methods Med Res* 1993; 2: 23-41.
54. MSPS. *Documento interno*. FRGC en hospitalizados.
55. Purriños MJ et al. *Gac Sanit* 2008; 22(Espec Congr): 170.
56. Presanis AM et al. *PLoS Med* 2009; 6 (12 ): e 1000207.

## CONCURSO DEIXAO E GAÑA. EDICIÓN DE 2010

A idea da competición "Quit and Win", precursora do concurso "Deixao e Gaña", foi desenvolvida nos Estados Unidos na década de 1980. Finlandia foi o primeiro país europeo en adaptar este programa-concurso para deixar de fumar, primeiro en Karelia do Norte, como parte do *North Karelia Project*, e despois en todo o país. O primeiro concurso a nivel internacional organizouse en 1994 baixo o auspicio da Organización Mundial da Saúde.

O Q&W está dirixido a fumadores maiores de idade que se comprometen, a partir dunha data fixa, a deixar de fumar durante 30 días podendo acadar a cambio diferentes premios, aínda que todos conseguen o mais importante: gañar saúde e calidade de vida.

O concurso Quit and Win é un programa poboacional coste-efectivo que consegue porcentaxes de abstinencia mantidas ao ano que varían entre o 15 e o 30%, non sendo estes resultados dependentes da prevalencia poboacional previa de consumo de tabaco.

En España no ano 2008 participaron 5 Comunidades Autónomas: Canarias, Ceuta, Galicia, Madrid, e Murcia. Na edición de 2010 Galicia organizará o concurso xa por 7ª vez.

**DEIXAO E GAÑA 2010.** Baixo o lema "DÉIXAO E GAÑA 2010" (D&G), esta actividade enmárcase dentro do Programa Galego de Promoción da Vida sen Tabaco da Dirección Xeral de Saúde Pública e Planificación.

O concurso, celebrarase **do 19 de maio ao 16 de xuño**, e está dirixido aos aproximadamente 535.000 fumadores diarios que se estiman que hai en Galicia, de 18 ou máis anos. Nesta edición preténdese conseguir unha participación como mínimo de 2.000 fumadores e acadar unha taxa de abstinentes ao ano superior ao 25%. A campaña D&G non está so dirixida aos fumadores, senón que os non fumadores tamén teñen unha participación activa como apoio aos fumadores que queren deixar de fumar, podendo obter diferentes premios.

Por medio dun sorteo seleccionaranse os gañadores, que terán que pasar por unha entrevista persoal e polas comprobacións e probas diagnósticas oportunas para comprobar a súa abstinencia.

As persoas interesadas en participar no concurso poden inscribirse na páxina web ([www.deixaoegaña.com](http://www.deixaoegaña.com)), a través do teléfono 900 101 164 ou enviar por correo á Dirección Xeral de Saúde Pública e Planificación a tarxeta de solicitude que atopará nas farmacias, hospitais e centros de saúde.

**Premios para os fumadores:** (1) Cheque regalo de 3.000 €, (2) Viaxe cultural cardiosaudable, (3) Ordenador portátil, (4) Cheque regalo 600 €, (5) TV 32", (6) Fin de semana e servizo de balneario (7) Cheque regalo 300 €, (8) Videocámara (9)cheque regalo 150 € (10) Ipod 8gb (11) 2 días no Hotel Balneario Mondariz.

**Premios especiais:** (1) Un ordenador, colectivo de docentes de Galicia. (2) Fin de semana e servizo de balneario para: Médicos colexiados en Galicia; Farmacéuticos colexiados na Coruña; Farmacéuticos colexiados en Pontevedra, (3) Fin de semana de turismo rural para: colectivo de Enfermaría de Lugo (4) Premio sorpresa para as testemuñas "Clases sen Fume", este último patrocinado pola Dirección Xeral de Saúde Pública e Planificación.

**Premios para as testemuñas non fumadoras:** (1) Una semana en Canarias; (2) 4 fins de semana e servizo de balneario, (3) Fin de semana de turismo rural, (8) Cámara de fotos + bolsa trailler (4) Vale de compra de 150 €. (5) 2 Ipod de 8gb

**Patrocinadores:** *Vid.* páxina web.

### Resultados dos concursos "deixao e gaña"

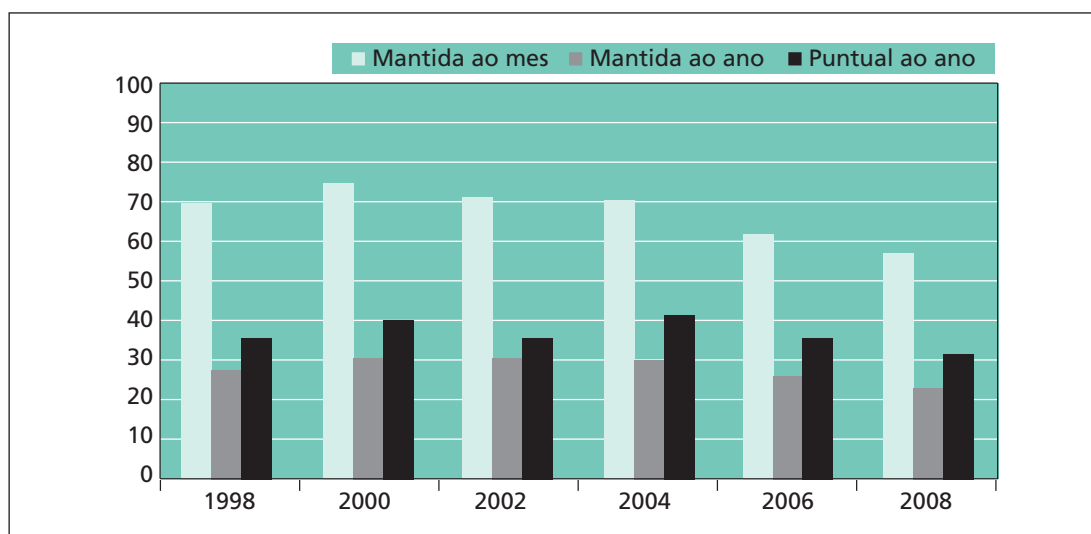
As principais características sociodemográficas e de relación co tabaco dos participantes da edición do "Déixao e Gaña 2008" están recollidas na táboa 1. Destaca que mais do 60% dos participantes fumaban, no momento de entrar no concurso, mais de 15 cigarrillos ao día e tamén o feito de que 3 de cada 4 xa fixeran algún intento para deixar de fumar.

Para coñecer a efectividade das diferentes edicións de “Déixao e Gaña”, pasado un ano da celebración do concurso selecciónase unha mostra aleatoria dos participantes fumadores e preguntáselles pola súa relación nese momento co consumo de tabaco. En concreto, quérese saber cal é a “abstinencia mantida” (é dicir, a porcentaxe de persoas que non fumaron dende o inicio do concurso), ao mes e aos 12 meses, e cal a “abstinencia puntual” aos 12 meses (é dicir, a porcentaxe de persoas que non fuman no momento da entrevista, independentemente de que fumaran ou non, nalgún momento do período de tempo avaliado).

Táboa 1. Perfil dos participantes en D&G 2008

Variable	Categoría	Porcentaxe
Xénero	Muller	52,8
Idade	25 – 44 anos	54,5
Estado civil	Casado	50,9
Nivel educación	≥ 13 anos	36,9
Consumo tabaco	≥ 15 cig/día	64,6
Anos de fumador	≥ 5 anos	88,2
Intentos previos	≥ 1 intento	77,3

Figura 1. Porcentaxe de persoas con abstinencia mantida ao mes e aos 12 meses, e con abstinencia puntual, despois das edicións dos concursos Déixao e Gaña de 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 e 2008.



Os resultados que se obtiveron en todos os anos nos que se realizou o estudo aparecen reflexados na figura 1, onde se observa que calquera das 3 abstinencias analizadas veñen diminuíndo nos participantes dende a edición de 2004.

O apoio dos profesionais sanitarios aos fumadores antes, durante e despois da campaña “Déixao e Gaña” é fundamental para que estes reciban a información, asesoramento de tratamento cando así se considere oportuno e os reforzos oportunos para mellorar a autoeficacia e evitar as recaídas.

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

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

**SAEG**

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 E PLANIFICACIÓN**  
 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 e Planificación