

BEG

Boletín Epidemiolóxico de Galicia

SUMARIO

ENQUISA SOBRE OS HÁBITOS ALIMENTARIOS DA POBOACIÓN ADULTA GALEGA, 2007	1
A EXPOSICIÓN AO FUME AMBIENTAL DE TABACO EN GALICIA DOUS ANOS DESPOIS DA LEI 28/2005	3
APÉNDICE I: ENFERMIDADE CELIACA: GUÍA DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	

ENQUISA SOBRE OS HÁBITOS ALIMENTARIOS DA POBOACIÓN ADULTA GALEGA, 2007

Introdución. A alimentación é un dos factores primordiais para alcanzar un estilo de vida saudable capaz de lle asegurar ao individuo o nivel óptimo de saúde física e mental. Os alimentos sostéñennos, poden ser unha fonte de pracer considerable, son un reflexo da nosa riquísima heranza cultural e engádenlles valor a moitos momentos da vida. Mais o que comemos ou o que deixamos de comer pode aumentar o risco de padecer varias das doenzas que son a primeira causa de morte en países desenvolvidos.

Na maioría dos países industrializados houbo, nos últimos anos, enormes cambios nos hábitos alimentarios coa inevitable influencia no estado nutritivo da poboación. Algúns aspectos desta evolución foron realmente positivos, como a maior dispoñibilidade de alimentos ou os mellores procesos de conservación. Ora ben, outros afectaron negativamente e contribuíron ao desenvolvemento das chamadas enfermidades dexenerativas ou da "abundancia" como a obesidade, a hipertensión, as enfermidades cardiovasculares, a diabete, determinados tipos de malnutrición etc.

Calcúlase que existen no mundo arredor de 30 millóns de persoas obesas e, independentemente dos factores xenéticos, sábese que a obesidade está potenciada polo consumo dunha dieta hipercalórica e dunha vida sedentaria¹. Mais, a obesidade, alén de ser un problema de saúde por si mesmo, é un factor de risco para outras enfermidades como a diabete, a hipertensión arterial, a enfermidade coronaria, a enfermidade cerebrovascular, enfermidades da vesícula biliar, a gota, a artrose e algúns tipos de cancro. De xeito xenérico, no mundo occidental a obesidade é un problema crecente na poboación ao que a sociedade terá que lle dar resposta para aliviar a carga futura de doenzas crónicas.

Nos últimos anos, información procedente de diversas fontes apunta a unha modificación do modelo de consumo alimentario da poboación galega que afasta o seu consumo de alimentos do patrón tradicional¹. Non obstante, non existen estudos recentes a nivel individual representativos da poboación galega adulta.

É por iso que a Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia asinou un convenio con expertos da Universidade da Coruña, para a realización dunha enquisa alimentaria en Galicia que proporcionase información fiable e precisa sobre os hábitos e os patróns de consumo alimentario da poboación galega, como instrumento clave para guiar as eventuais políticas sanitarias de promoción da saúde e prevención de enfermidades.

Neste BEG extráctase o informe que recolle unha versión resumida da metodoloxía e os principais achados deste estudo. En xeral só se mostran resultados poboacionais medios, polo que se se desexa coñecer máis polo miúdo datos das subpoboacións consideradas no estudo haberá que consultar o informe completo, que se atopa na páxina web da DXSP, no apartado "alimentación" da área de traballo "estilos de vida saudables".

Material e métodos. Para realizar a enquisa, que tiña por obxecto a poboación galega non institucionalizada de 18 ou máis anos de idade, empregouse unha mostraxe aleatoria por etapas estratificada segundo o hábitat (urbano, intermedio, rural costeiro e rural interior), grupos de idade (18-39, 40-59 e 60 anos e máis) e sexo. Tras establecer

unha submostra necesaria en cada estrato, proporcional ao tamaño poboacional, determináronse ao chou os concellos en que se realizaría a enquisa (29 en total) e o número de enquisas necesarias en cada un deles. Unha vez nos devanditos concellos establecíase un punto de partida determinado, de forma aleatoria, do que partían as rutas para seleccionar os domicilios, tamén ao chou.

A mostra dividiuse en dúas partes idénticas en número de efectivos e distribución en dous momentos do ano distintos, para incorporar ás estimacións globais a variabilidade estacional da alimentación. O primeiro corte realizouse en maio-xullo do ano 2006 e o segundo entre xaneiro e febreiro do ano 2007. A información obtívose directamente dos participantes mediante entrevistas domiciliarias realizadas por enquisadores adestrados, coas que se realizaba unha "historia dietética" formada pola combinación dun recordo de 24 horas e un cuestionario de frecuencia de consumo alimentario con 156 alimentos. Esta presentouse cunha serie de fotografías para exemplificar o tamaño das porcións. Ademais, adminístrouse un cuestionario xeral que contiña, entre outras, preguntas sobre a actividade física no traballo e no tempo de lecer e máis o tempo da práctica de exercicio, para poder axustar polo nivel de actividade física cando é preciso.

Para saber se os alimentos que comemos conteñen e achegan suficiente cantidade de nutrientes úsanse como estándares de referencia as denominadas inxestas recomendadas (IR). Estas defínense como a cantidade de enerxía e nutrientes que debe conter a dieta diariamente para manter a saúde das persoas sans que pertencen a un grupo homoxéneo de idade e sexo. Existe un procedemento consensuado que consiste en tomar como IR unha cifra equivalente ao requirimento medio máis dúas veces a desviación estándar do requirimento (o 97,5% da poboación). A cifra inclúe unha cantidade suficiente de cada nutriente para que queden cubertas as necesidades, tras descontar as posibles perdas que se producen desde que o nutriente está no alimento ata que chega ao organismo e as perdas debidas á incompleta utilización como consecuencia da variabilidade individual nos procesos de dixestión, absorción e metabolismo.

Considera igualmente a calidade do nutriente no alimento consumido ou as modificacións que sofren os nutrientes cando os alimentos se someten a diferentes procesos culinarios, industriais, de conservación, etc. Para este estudo elixíronse as IR de enerxía e nutrientes para a poboación española publicadas nas táboas de composición de alimentos de Moreiras e colaboradores².

Para rematar, os participantes que así o solicitaron, recibiron no seu domicilio un informe detallado relativo á súa dieta.

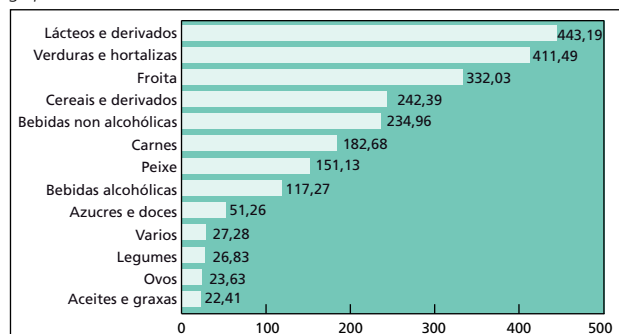
Resultados. Acudíuse a 4.199 domicilios, mais en 678 deles foi imposible contactar logo de tres intentos en diferentes momentos do día. Contactouse con 3.521 persoas, das cales 319 rexeitaron participar, e foron eliminados 54 dos cuestionarios recollidos por inconsistencias incorrixis. Deste xeito, a mostra final comprendeu 3.148 individuos, cun 52% de mulleres, que supón unha participación do 89%. No que atinxe aos domicilios, con respecto aos 4.199 aos que se acudiu, a participación foi do 75%.

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

- Área de traballo: Sanidade ambiental [Praias]: Resultados dos controis microbiolóxicos das zonas de baño en 2008.
- Área de traballo: Sanidade ambiental [Monóxido de carbono]: Non se ve pero habelo haino [folleto].
- Área de traballo: Seguridade alimentaria [Cogomelos]: Cogomelos, uns ao plato, outro nin velos [folleto].
- Área de traballo: Transmisibles [Sida-Información divulgativa]: Coñecemento, sexo seguro, solidariedade [folleto].

Consumo segundo os grupos de alimentos. A dieta media galega caracterízase por: (a) un elevado consumo de verduras e hortalizas, froitas, cereais, peixe, lácteos e carnes; e (b) un consumo moderado de ovos, azucre, aceites e leguminosas. Na figura 1 mostrase a media de consumo diario en gramos dos distintos tipos de alimentos.

Figura 1. Consumo medio (en gramos) da poboación adulta de Galicia en 2007, por grupos de alimentos.



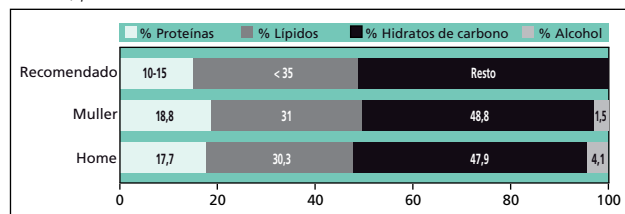
En xeral, o consumo de verduras e hortalizas está dentro do valor desexable e o consumo de froitas é moi satisfactorio. O consumo de peixes e mariscos atópase tamén dentro dos valores recomendados, mentres o consumo de carnes é superior ao recomendado. Non entanto, compre salientar que un 5% da poboación galega endexamais consome legumes, que un 25% toma menos dunha peza de froita ao día e que outro 25% toma menos dun vaso de leite ao día.

Inxesta enerxética. Cos datos de frecuencia de consumo alimentario calculouse, utilizando as táboas de composición de alimentos antes citadas, a enerxía consumida polas persoas en quilocalorías diarias (kcal/día). A inxesta enerxética media diaria para o conxunto de galegos foi de 2.474 kcal/día, aínda que o 25% da mostra está por debaixo das 1.875 kcal, polo que non cubrirían as inxestas recomendadas.

O maior valor calórico na dieta dos galegos corresponde ao grupo de "Cereais e derivados" (30%), seguido do de "Carnes" (14%), "Lácteos e derivados" (12%), "Aceites e graxas" (8%), "Azucres e doces" (7%), e "Froitas", "Verduras e hortalizas" (ambos os dous nun 6%). O resto de grupos (Peixe, Bebidas alcohólicas, Bebidas non alcohólicas, Legumes, Varios e Ovos) achegan, cada un deles, menos do 5% da enerxía total consumida.

Perfil calórico. No conxunto da poboación galega, a aportación enerxética dos macronutrientes é a seguinte: un 18% de proteínas, un 31% de lípidos e un 48% de hidratos de carbono; é dicir, o perfil calórico global mostra unha contribución de proteínas superior á recomendada, unha de lípidos que se axusta ás recomendacións e unha de hidratos de carbono que está por debaixo do recomendado. Na figura 2 móstranse, xunto ao perfil calórico recomendado, os valores obtidos en homes e mulleres, que como se pode ver non son moi diferentes.

Figura 2. Perfil calórico recomendado e perfil calórico da poboación adulta de Galicia en 2007, por sexo.



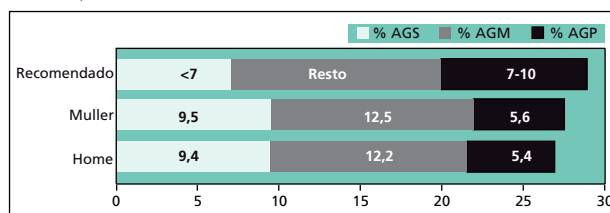
Compre salientar que, a respecto da proteína, máis do 95% da poboación está por riba do 12% de achega deste macronutriente ao total da enerxía; e que, pola contra, no caso dos hidratos de carbono, máis do 50% da mostra non chega á metade da achega destes últimos ao total da enerxía. Un 27% de alcohol na distribución do perfil calórico para a media da poboación considérase bastante axeitada.

Perfil lipídico. Mostra a aportación proporcional das distintas familias de ácidos graxos (ácidos graxos saturados, AGS; ácidos graxos poliinsaturados, AGP; e ácidos graxos monoinsaturados, AGM) á enerxía total. Atópáronse os valores globais seguintes: un 9'5% de AGS, un 12'4% de AGM e o resto (5'5%) de AGP. Neste caso, o perfil mostra unha contribución de AGS superior á recomendada, unha de AGM que se axusta ás recomendacións e unha de AGP que está por debaixo do recomendado. Na figura 3 móstranse, xunto ao perfil lipídico recomendado, os valores obtidos en homes e mulleres, que como se pode ver tampouco son moi diferentes.

Por outra banda, a inxesta de colesterol é superior aos valores recomendados (380 mg/día fronte a 300 mg/día). Sábese que os niveis de colesterol en sangue son un importante factor de risco de enfermidades cardiovasculares. Non obstante, é importante resaltar que, aínda que están relacionados en certo xeito, non se debe confundir o colesterol da dieta cos niveis de colesterol en sangue. Cabe recordar que o principal determinante alimentario dos niveis de colesterol en sangue é o tipo de graxa consumida. As graxas saturadas, (presentes, por exemplo na carne

vermella, na manteiga, etc.) aumentan o colesterol sérico, mentres que a substitución destas por graxas poliinsaturadas (ex. peixe azul) ou monoinsaturadas (ex. aceite de oliva) o reducen. O papel do colesterol dietético nos niveis de colesterol total en sangue, aínda que non se pode desprezar, é moi inferior ao indicado para o tipo de graxa. Neste sentido, convén recordar que determinados alimentos, moi ricos en colesterol, non teñen un elevado contido de graxas saturadas. Nesta situación atópanse algúns alimentos moi consumidos en Galicia como o polbo e as luras.

Figura 3. Perfil lipídico recomendado e perfil lipídico da poboación adulta de Galicia en 2007, por sexo.



Calidade da graxa. Entre os índices resumo que habitualmente se utilizan para analizar a calidade da graxa dunha dieta atópase a relación AGP/AGS; e nos países cun alto consumo de aceite de oliva, o cociente (AGP x AGM)/AGS. Neste estudo, o primeiro índice é 0'6, cifra que supera o 0'5 que se asocia con boa calidade da graxa; e o segundo, é de 1'9, valor lixeiramente inferior aos 2 que se consideran boa calidade da graxa.

Inxesta de vitaminas e minerais. En termos xerais pódese dicir que a inxesta media de ferro, calcio, vitamina B6 e vitamina A atópase en valores próximos aos recomendados, mentres que a de ácido fólico (vitamina B9) é inferior. De feito, cos alimentos só se cubriría o 68% da inxesta recomendada.

Porén, para poder interpretar de xeito correcto estes datos é necesario facer unha serie de consideracións previas. En primeiro lugar, é preciso aclarar que cando a inxesta media dun nutriente, nun determinado grupo de poboación, cobre ou excede as recomendacións, non significa necesariamente que todas as persoas do grupo teñan unha inxesta axeitada. Con todo, xa que as IR se estiman tendo en conta unha ampla marxe de seguridade (como xa se dixo, cobren ao 97'5% da poboación), a probabilidade de que existan deficiencias é xeralmente baixa. Pola contra, cando a inxesta media dun grupo é inferior á recomendación, a situación é máis difícil de avaliar. En xeral, considérase que é deficitaria cando non alcanza o 80% das IR.

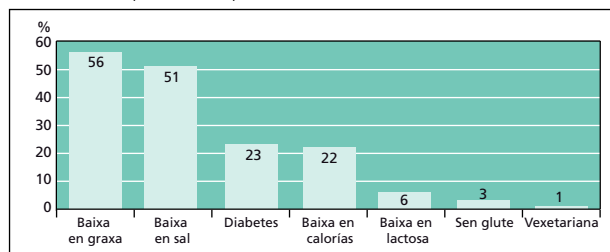
Tipo de aceite utilizado. O aceite máis utilizado para fritir é o aceite de oliva, e obsérvanse diferenzas segundo o tipo de hábitat. Mentres que no medio urbano máis da metade afirma utilizar este tipo de aceite para fritir, no medio rural de interior non chega ao 50% a porcentaxe de poboación que o utiliza.

Tipo de sal utilizado. Menos do 30% afirma utilizar sal iodado e máis da metade utiliza sal normal. Alén disto, o consumo de sal iodado é menor nos homes, nas persoas maiores de 60 anos e nas persoas que residen no rural interior, que é onde se observa un maior risco de bocio³.

Consumo de fibra. Observouse tamén que o consumo medio de fibra alimentaria por persoa e día é inferior ao recomendado.

Diets especiais. O 18% dos suxeitos afirma seguir algún tipo de dieta e, destes, a maioría afirma seguir unha dieta baixa en graxa e baixa en sal (ver a figura 4). A maioría das persoas que segue algún tipo de dieta afirma que a segue por prescrición médica.

Figura 4. Distribución (%) do tipo de dieta especial nos que seguen algunha (o 18% dos enquisados) na poboación adulta de Galicia en 2007.



Recomendacións. Do estudo despréndense as seguintes recomendacións xéricas sobre alimentación: (1) Manter o consumo de froitas, verduras, pan, con preferencia integral, e patacas; (2) aumentar o consumo dalgúns legumes ou que levaría consigo un aumento de hidratos de carbono, fibra e ácido fólico (coma por exemplo os garavanzos); e (3) afondar na substitución das graxas ricas en AGS por aceite de oliva, rico en AGM, na liña do comentado antes ao falar do colesterol dietético.

1. Aranceta J et al. Grupo Colaborativo para el Estudio de la Obesidad en España. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. Congreso Nacional de la SEEDO; 2000. Disponible en: <http://www.seedo.es/prevalencia2000.htm>.
2. Moreiras O et al. Tablas de composición de alimentos. 10ª Edición. Editorial Pirámide, 2006.
3. DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. XVI, nº 5.

Introdución. A inhalación do fume ambiental do tabaco (FAT), independentemente da súa concentración no ambiente, é un factor de risco para a saúde dos nenos e dos non fumadores¹. Esta é unha das razóns que fixeron que varios países promulgasen leis que tentan protexer, en maior ou menor medida, á poboación fronte este carcinóxeno. En xaneiro do ano 2006 entra en vigor en España a *Lei 28/2005, de 26 de decembro, de medidas sanitarias fronte ao tabaquismo e reguladora da venda, a subministración o consumo e a publicidade dos produtos do tabaco* que recolle, entre outras medidas orientadas á diminución da exposición ao FAT, a prohibición de fumar nos lugares de traballo ou a limitación parcial nos lugares de hostalería.

Dende o ano 2005 véñense incluíndo nas enquisas do Sistema de Información sobre Conduas de Risco (SICRI) preguntas que permiten estimar a prevalencia poboacional de exposición ao FAT en Galicia. De seguido, móstranse os resultados obtidos no 2007 e a evolución da prevalencia de exposición poboacional autodeclarada entre os anos 2005 (pre-Lei) e 2007 (post-Lei).

Exposición da poboación galega ao FAT. Como nas enquisas anteriores, consideráronse tres ambientes de exposición: domicilio, traballo e lugares de lecer; e dúas categorías de exposición: *exposto*: aquel individuo que di estar, ben a diario ou de xeito ocasional, en lugares onde hai FAT; e *non exposto*: aquel outro que di non estar en lugares onde hai FAT.

Tamén preguntouse polo tempo de exposición, tanto diario (horas/día) coma ocasional (horas/semana).

Débase destacar neste informe que na enquisa do ano 2005², cando se preguntou pola exposición ao FAT, a poboación podía clasificarse nunha categoría que non foi considerada nas seguintes enquisas: "esporadicamente-case nunca". Na explotación dos resultados do 2005 só se consideraron expostos ao FAT os que dicían estar expostos a diario ou de xeito ocasional, se ben neste documento tamén se considerarán nesta categoría os que dixeran nese momento estar expostos esporadicamente ou case nunca. Isto fará que a prevalencia de exposición ao FAT presentada no BEG² do ano 2006 non se corresponda coa empregada na evolución de prevalencias de exposición que se amosa deseguido. Ademais compre destacar que a definición de exposto no traballo homoxeneizouse nas 3 enquisas, e así as persoas que non traballan, non estudan ou están de baixa ou vacacións non se consideran cando se analiza a exposición no traballo, mentres que se consideran non expostos cando se estiman as prevalencias globais de exposición. Isto fai que os datos publicados no BEG³ fosen modificados e corrixidos no documento publicado na Web da DXSP.

Do deseño da enquisa dáse conta nun número anterior do BEG⁴, e o cuestionario empregado pódese consultar na páxina web da DXSP na área de traballo de "Estilos de Vida Saudables" no apartado "Tabaco". En diante, móstranse as estimacións puntuais cos seus intervalos de confianza ao 95% entre parénteses. As prevalencias obtidas en distintos anos comparáronse aplicando a proba de Wald.

Prevalencia de exposición da poboación galega ao FAT en 2007. O 71% (70-72%) da poboación galega con idades comprendidas entre os 16 e os 74 anos di estar exposta de xeito diario ou ocasional ao FAT ben no traballo, na casa ou nos lugares de lecer. Tendo en conta o sexo, a prevalencia de exposición é máis alta nos homes ca nas mulleres

[77 (76-78) vs 65 (63-66)], se ben estas diferenzas veñen condicionadas pola idade. Entre os mozos de 16 a 24 anos a prevalencia autodeclarada de exposición é do 93% (92-94) e non aparecen diferenzas por sexo. A medida que a poboación ten mais anos diminúe a prevalencia de exposición e acentúanse as diferenzas por sexos. Así no grupo de idade de 25 a 44 anos, o 82% da poboación declara estar exposta ao FAT [87% (85-89) nos homes e 78% (75-81) nas mulleres] e o 55% (53-56) dos de 45 a 74 anos [64% (61-66) en homes vs 46% (44-49) en mulleres]. Na táboa 1 móstranse, por sexo e grupo de idade, as prevalencias de exposición diaria e ocasional ao FAT en función do consumo de tabaco. Destaca neste punto o descenso na prevalencia de exposición, tanto nos fumadores coma nos non fumadores, a medida que avanza os grupos de idade, sendo este descenso máis acusado nos non fumadores. Ademais segue a ser moi elevada a prevalencia de exposición dos non fumadores, en especial na mocidade dos que o 91% afirma estar exposto ao FAT ben de xeito diario ou ocasional. Chegados a este punto débese reflexionar no que significan os datos de exposición diaria e ocasional en comparación ca exposición diaria. A prevalencia de exposición presentada na táboa 1 está influída pola elevada exposición ocasional principalmente nos lugares de lecer, onde o 45% da poboación entre 16 e 74 anos din estar expostos de xeito ocasional, elevándose esta porcentaxe ata o 65% entre os que teñen de 16 a 24 anos.

Prevalencia de exposición da poboación galega segundo o ámbito en 2007. A táboa 2 amosa a porcentaxe de poboación que declara estar exposta ao FAT a diario en función do sexo, consumo de tabaco e ámbito de exposición. En todos os ámbitos considerados a prevalencia de exposición é máis alta entre os fumadores. Ademais en todos os casos, excepto na exposición no traballo dos non fumadores, aparecen diferenzas significativas en función do sexo: as mulleres, tanto fumadoras coma non fumadoras, só declaran unha exposición máis alta na casa, no resto dos ambientes a prevalencia de exposición é máis alta nos homes.

Destaca en fumadores a alta exposición que declaran nos lugares de lecer, onde 1 de cada 4 di estar exposto a diario ao FAT. As horas de exposición que tanto os fumadores como os non fumadores din estar expostos ao día (Táboa 3) varían en función do ámbito de exposición.

Tanto fumadores coma non fumadores din estar expostos no traballo mais horas ao día que na casa e no lecer en global. As horas declaradas de exposición ocasional varían en función do ámbito. O 50% da poboación galega exposta de xeito ocasional está en contacto co FAT 2 horas ou menos á semana na casa e no traballo, e 3 horas no lecer. Se ben un 10% declara estar exposto mais de 10 horas á semana no traballo, mais de 7 horas no lecer e mais de 6 na casa.

Comparación cos anos 2005 e 2006. No 2007, en comparación coa prevalencia de exposición obtida na enquisa levada a cabo no ano 2006³, que é a primeira enquisa realizada despois da implantación da Lei 28/2005, non aparecen cambios importantes na prevalencia de exposición diaria e ocasional ao FAT cando se analizan as exposicións globais (casa, traballo e lecer) en función do sexo (Figura 1) ou do hábito tabáquico (Figura 2). Os datos mostran unha certa estabilización das prevalencias de exposición, se ben os non fumadores declaran unha exposición significativamente menor que no ano 2006.

Táboa 1. Prevalencia (intervalo de confianza ao 95%) de exposición diaria ou ocasional ao FAT dos non fumadores e fumadores en Galicia no ano 2007 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	90'3 (88-92,6)	91'6 (89'5-93'7)	91 (89'4-92'5)	96'5 (94'5-98'4)	97'3 (95'5-99'2)	96'9 (95'5-98'2)
25-44 anos	82'3 (79-85'5)	72'5 (69-76)	77'1 (74'7-79'5)	92'8 (90'3-95'3)	87'7 (84'3-91'1)	90'4 (88'4-92'5)
45-74 anos	59'8 (57-62'6)	41'5 (38'8-44'2)	49'7 (47'8-51'7)	77 (72'4-81'6)	79 (73'2-84'8)	77'8 (74'2-81'3)
Total	71'4 (69'5-73'3)	57'3 (55'4-59'2)	63'8 (62'5-65'2)	88'3 (86'3-90'4)	86'9 (84'3-89'4)	87'7 (86'1-89'3)

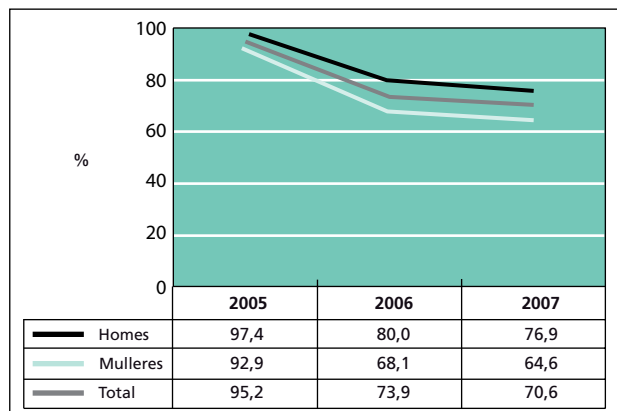
Táboa 2. Prevalencia (intervalo de confianza ao 95%) de exposición diaria ao FAT dos non fumadores e fumadores en Galicia no ano 2007 en función do sexo e o lugar de exposición. A prevalencia móstrase en porcentaxe.

	NON FUMADORES			FUMADORES		
	Homes	Mulleres	Total	Homes	Mulleres	Total
Na casa	9'8 (8'5-11)	14'9 (13'5-16'4)	12'5 (11'6-13'5)	23 (20'3-25'7)	29'1 (25'8-32'4)	25'7 (23'6-27'8)
No traballo	13 (11'1-14'9)	11'3 (9'4-13'2)	12'2 (10'9-13'5)	20'1 (17'1-23'1)	12 (9'3-14'7)	16'6 (14'6-18'7)
No lecer	17'8 (16'1-19'5)	7'3 (6'2-8'3)	12'1 (11'2-13'1)	33'5 (30'4-36'6)	22'8 (19'8-25'8)	28'8 (26'6-31)

Táboa 3. Horas (intervalo de confianza ao 95%) de exposición diaria ao FAT dos non fumadores e fumadores en Galicia 2007, en función do sexo e o lugar de exposición.

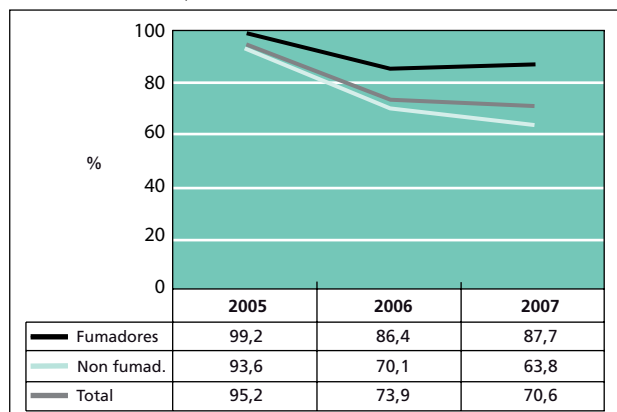
	NON FUMADORES			FUMADORES		
	Homes	Mulleres	Total	Homes	Mulleres	Total
Na casa	2'2 (2-2'5)	2'7 (2'4-3)	2'5 (2'3-2'8)	2'5 (2'2-2'8)	2'8 (2'4-3'2)	2'6 (2'4-2'9)
No traballo	5'1 (4'5-5'7)	5'9 (5'1-6'7)	5'4 (4'9-5'9)	6 (5'3-6'6)	6'3 (5'3-7'4)	6'1 (5'5-6'6)
No lecer	2'2 (1'9-2'4)	2'3 (1'8-2'7)	2'2 (2-2'4)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

Figura 1. Prevalencia de exposición diaria e ocasional autodeclarada ao FAT en función do sexo, anos 2005, 2006 e 2007.



Se comparamos o ano 2005 e o 2007, a diminución na prevalencia autodeclarada de exposición ao FAT é de case 25 puntos porcentuais. Así no 2005 case toda a poboación galega con idades comprendidas entre os 16 e os 74 anos declaraba estar exposta a diario ou de xeito ocasional ao FAT. No ano 2007, 3 de cada 10 galegos din que non están expostos ao FAT nunca en ningún ambiente dos aquí considerados: casa, traballo ou lecer.

Figura 2. Prevalencia de exposición diaria e ocasional autodeclarada ao FAT en función do hábito tabáquico, anos 2005, 2006 e 2007.



O descenso da prevalencia autodeclarada de exposición aconteceu no ano 2006 en todos os grupos de idade, se ben foi menos importante no grupo con idades comprendidas entre os 16 e os 24 anos. No ano 2007 a tendencia de exposición segue a diminuír no grupo con idades comprendidas entre os 45 e 74 anos, e no grupo de 16 a 24 a prevalencia de exposición diaria e ocasional continúa a ser moi importante e mantense en cifras moi elevadas (Táboa 4).

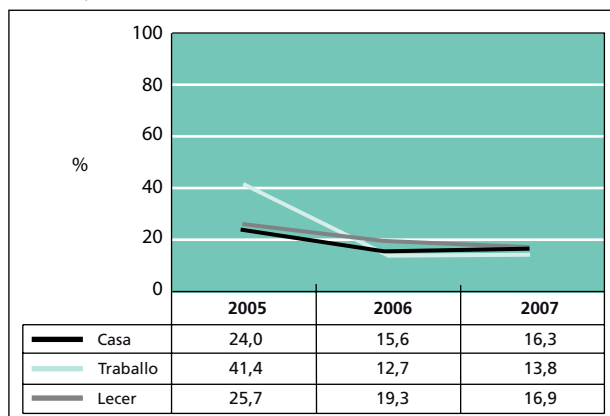
Táboa 4. Prevalencia de exposición diaria e ocasional en función do grupo de idade, anos 2005, 2006 e 2007

	2005	2006	2007
16-24	99'7 (99'5-99'9)	91 (89'8-92'3)	92'9 (91'8-94)
25-44	98'9 (98'5-99'3)	82'7 (81-84'3)	82'4 (80'7-84'1)
45-74	90'6 (89-92'2)	62'2 (60'5-63'9)	54'6 (52'9-56'4)

Cando se analiza a prevalencia de exposición tendo en conta os ámbitos onde os galegos declaran estar expostos ou non ao FAT (Figura 3) con respecto a 2006 aparece un descenso significativo da exposición no lecer

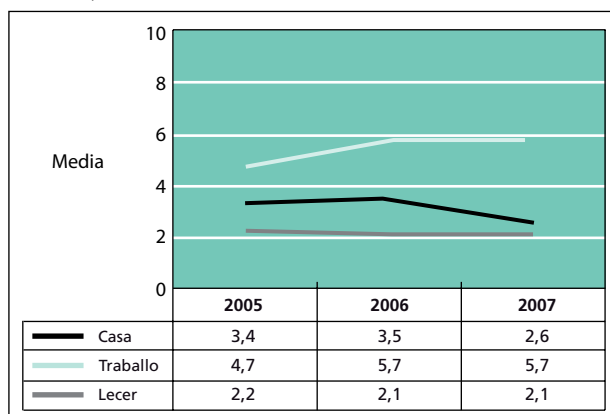
($p < 0'001$). Os datos obtidos parecen indicar aumentos na exposición ao FAT na casa e no traballo no ano 2007 respecto a 2006, se ben ningún dos dous é significativo [casa ($p = 0'27$) e traballo ($p = 0'21$)].

Figura 3. Prevalencia de exposición diaria en función do ámbito de exposición, anos 2005, 2006 e 2007.



Cando se analiza a evolución do tempo diario de exposición ao FAT destaca o descenso que se produce do número de horas de exposición declaradas na casa (Figura 4). Tanto no lecer coma no traballo as horas diarias de exposición declaradas mantéñense estables con respecto ao ano anterior.

Figura 4. Horas diarias de exposición en función do ámbito de exposición, anos 2005, 2006 e 2007.



Conclusións. A prevalencia de exposición autodeclarada ao FAT dous anos despois da implantación dunha Lei reguladora do consumo segue a ser alta. Así 7 de cada 10 galegos de 16 a 74 anos declaran estar expostos a este carcinóxeno ambiental ben de xeito diario ou ocasional. A prevalencia de exposición nos mais mozos segue a ser moi elevada, estando isto provocado pola exposición ocasional no lecer. Ora ben, as horas de exposición ocasional son poucas. Como conclusión global pódese afirmar que o impacto inicial da Lei 28/2005 mantense estable en Galicia con respecto a 2006.

Referencias

1. US Department of Health and Human Services: The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. 2006.
2. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XIX, nº 1.
3. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XX, nº 4.
4. DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XVIII, nº 5.

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA
 TELÉFONOS DIRECTOS EPIDEMIOLOGÍA
 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

EPIDEMIOLOGO 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

Tel.: 881 542 929 / Fax: 881 542 970
 E-mail: dxsp.vixepi@sergas.es

XUNTA DE GALICIA
 CONSELLERÍA DE SANIDADE
 Dirección Xeral de Saúde Pública