



Boletín Epidemiolóxico de Galicia

SUMARIO

VIXILANCIA E RESPOSTA FRONTE AO VIRUS DA GRIPE A(H1N1)v MENTRES EN GALICIA NON HOUBO TRANSMISIÓN COMUNITARIA SOSTIDA 1

PREVALENCIA DE SEDENTARISMO DURANTE O TEMPO DE LECER EN GALICIA NO ANO 2007 5

VIXILANCIA E RESPOSTA FRONTE AO VIRUS DA GRIPE A(H1N1)v MENTRES EN GALICIA NON HOUBO TRANSMISIÓN COMUNITARIA SOSTIDA

Introdución. O 24 de abril de 2009 a OMS declarou a alerta mundial polo abrocho de enfermidade respiratoria aguda debida a un novo virus da gripe, o A(H1N1)v, detectado en México e nos EE UU. Poucos días despois, a mesma OMS xa tiña pasado da fase 3 de alerta de pandemia á fase 5, que indicaba que a pandemia era inminente¹; e, o 11 de xuño, a directora da OMS declarou que comezara unha nova pandemia de gripe².

Dende entón, alí onde neses intreos aínda non había transmisión autóctona do novo virus, como sucedía en Galicia, só cabía prepararse para a súa chegada. Neste número do BEG resúmense as actividades de vixilancia e resposta desenvolvidas en Galicia dende que se deu a alerta mundial ata que se confirmou a transmisión autóctona do A(H1N1)v. Todas estas actividades desenvolvéronse en coordinación coas outras CCAA e co Ministerio de Sanidade e Política Social (PSPS).

A detección de casos de A(H1N1)v. Contención¹ foi a resposta que ao principio se lle deu á alerta mundial declarada pola OMS, e esta estratexia definiu o obxectivo inicial da vixilancia: detectar todos os casos para impedir que se iniciase e, quizais, se instalase a transmisión autóctona do virus. Isto último deberíase conseguir tratando a todos os casos detectados con inhibidores da neuraminidasa (IN) e manténdoo en illamento hospitalario nunha habitación con presión negativa, feito que implicaba que os casos só ingresarían en hospitais que contasen con este tipo de habitacións. Ademais, identificábanse todas as persoas que tiveran un contacto estreito co caso (ver o apéndice) durante o seu período de transmisibilidade³, recomendábaselles a todos quimioprofilaxe con IN e mantíñanse en vixilancia activa para saber se desenvolvían síntomas.

A busca de casos artellouse mediante a distribución a todos os médicos de atención primaria dunha definición de caso xunto a unhas instrucións de "actuación inmediata". A definición tiña unha compoñente clínica e outra epidemiolóxica, que foron variando ao longo do tempo. A primeira que se difundiu, o 27 de abril, na súa compoñente clínica evocaba a gravidade que suxerían as novas que chegaban de México e a mesma declaración da OMS⁴, e a epidemiolóxica contiña xa os dous elementos centrais que mantería ata que desapareceu: a) antecedente de estancia nunha "área afectada", e b) contacto cun caso de gripe A(H1N1)v durante o período de incubación. Na primeira definición de caso a única área afectada era "todo México", o contacto tiña que ser cun caso de A(H1N1)v confirmado e o período de incubación era de 10 días.

A definición enviouse tamén ás direccións dos hospitais públicos e privados, coa instrución de achegarlla a todos os médicos que puidesen atender a un enfermo que cumprise a definición de caso, pero as recomendacións de "actuación inmediata" eran diferentes segundo o hospital tivese ou non habitacións de illamento con presión negativa. Os hospitais que non tiñan este tipo de habitacións repondían como atención primaria, e cando detectaban un caso "posible" tiñan que avisar ao 061 para que o trasladase en ambulancia a outro hospital que si as tivese. No hospital de illamento se lle tomaban mostras ao caso que se enviaban ao Hospital do Meixoeiro, e este ao CNM.

Daquela, un caso podía ser "posible", cando cumpría a definición de caso; "probable", cando daba positivo o estudo RT-PCR feito no Hospital do Meixoeiro; "confirmado", cando daba positivo o estudo RT-PCR feito no CNM; e "descartado", cando este estudo daba negativo⁵.

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

- Aplicacións e datos: [Datos]: Interrupcións voluntarias do embarazo. Actualización cos datos de 2007.
- Área de traballo: Transmisibles [Gripe]: Gripe A(H1N1)v: Información para a cidadanía [varios documentos].
- Área de traballo: Transmisibles [Gripe]: Gripe A(H1N1)v: Información para os profesionais [varios documentos].
- Área de traballo: Transmisibles [Gripe]: Gripe A(H1N1)v: Información para colectivos [varios documentos].
- Área de traballo: Estilos de vida saudables [tabaco]: Clases sen fume 2009-2010.

Nesta primeira difusión, as “actuacións inmediatas” eran, en atención primaria: a) poñerlle unha máscara cirúrxica ao doente; b) notificación urxente ao SAEG; c) traslado inmediato a un hospital axeitado (ie, aquel que conta con habitacións de illamento con presión negativa); e d) coller nome e teléfono dos contactos do caso no centro de saúde (contactos do caso eran “as persoas que compartían o mesmo espazo co caso”). Nos hospitais que carecían de habitacións de illamento con presión negativa as “actuacións inmediatas” eran as mesmas, coa diferenza de que a notificación urxente podía ser ao servizo de medicina preventiva ou ao SAEG. Nos que tiñan habitacións de illamento axeitadas eran iguais ás dos que non as tiñan, agás no que atinxe ao traslado (innecesario agora) que foi substituído pola recomendación de manter ao doente en illamento respiratorio.

O 30 de abril produciuse xa a primeira modificación do sistema de vixilancia e resposta, que afectou á compoñente clínica da definición de caso e a que xa non se consideraba preciso o illamento nunha habitación con presión negativa, mais seguían recomendadas se as houbera. De todos os xeitos, os casos seguían a estar en illamento hospitalario. Con este cambio abandonouse a diferenciación entre hospitais con e sen habitacións de illamento con presión negativa. Ademais, entre as recomendacións de actuación inmediata no hospital, substituíuse a de manter o caso en illamento respiratorio, desafortunada e malamente aplicable, por “afastalo doutras persoas, agás das que lle prestan asistencia sanitaria”. Nesta segunda definición de caso o período de incubación seguía a ser de 10 días, e as persoas que cumprían coa definición de caso deixaron de ser “caso posible” e pasaron a chamarse “caso en investigación”, por cuestións que teñen que ver coa comunicación.

A compoñente clínica da definición de caso modificouse para dar detalles das manifestacións clínicas (ver o cadro 1), entre as que se atopaba como condición necesaria unha temperatura corporal $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$. Por estas datas, ata que o Hospital do Meixoeiro pasou a confirmar os casos, de todo “caso en investigación” cubríase unha ficha proposta polo MSPS que era imperativo ter cuberta para que no CNM se estudasen as mostras. Depois, esta ficha foi substituída por unha “ficha de caso confirmado”, e despois, para os casos dun abrocho, unha ficha resumo “de abrocho”, que só recollía datos agregados e que admitía dous tipos de casos confirmados, por laboratorio e por vencello epidemiolóxico.

Cadro 1: Definición clínica e caso do 30 de abril

No momento da exploración, a temperatura corporal é $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ **OU** no momento da exploración, non presenta esta temperatura corporal pero relata que tivo febre nalgún momento dende a aparición dos síntomas; **E** presenta algún dos signos ou síntomas de enfermidade respiratoria aguda: tose, dificultade respiratoria, cefalea, rinorrea, dor de gorxa, mialxia, malestar xeral, acompañado ou non de diarrea e vómitos **OU** síntomas de pneumonía (infección respiratoria grave).

Antes disto, cando se difundiu por segunda vez a definición de caso, a experiencia dos EEUU mudara xa a percepción que se tiña do problema suscitado polo novo virus A(H1N1)v, que

tanto distorsionaran as primeiras novas de México, onde o problema coñeceuse tarde e mal¹. En concreto, sabíase xa que a nova gripe debida a A(H1N1)v tiña unha clínica e unha epidemoloxía semellantes á da gripe estacional, polo que xa entón podía presumirse que a contención era imposible e, por iso, a vixilancia que incorporaba esta estratexia non podería dar conta do seu obxectivo¹.

Malia que xa se soubese o que se sabía, mantívose unha vixilancia propia de contención, e o 7 de maio se lle fixeron dous cambios á definición de caso que afectaron á súa sensibilidade de xeito indeterminabel: por unha banda diminuíuse, porque a temperatura corporal que se esixía medrou a $\geq 38^{\circ}\text{C}$, e o período de incubación baixou a 7 días; por outra, a sensibilidade medrou, porque os EEUU engadíronse á lista de áreas afectadas e porque se ampliou como antecedente de contacto cun caso que este fose “caso en investigación ou probable”. Neste cambio de definición engadiuse como antecedente “traballar nun laboratorio e manipular mostras potencialmente contaminadas”.

O 26 de maio fíxose un pequeno cambio na definición de caso, para incorporar como “área afectada” o cuartel de Hoyo de Manzanares (Madrid), onde se estaba a desenvolver un abrocho que de ningún xeito foi posible vencellar a ningunha área afectada. Daquela sabíase de abrochos en colexios da Comunidade de Madrid (fundamentalmente en Leganés), e na de Valencia, pero neles sempre se atopou un vencello do caso índice con algunha área afectada.

Un cambio importante ocorreu o 29 de maio. Engadiuse como antecedente o contacto “cunha persoa con síntomas de gripe que estivese nunha área afectada aínda que non fose detectada como caso en investigación, probable ou confirmado”; e, como área afectada, engadiuse tamén o Canadá.

Ora ben, o máis relevante do cambio tivo que ver coa resposta, porque se abandoaron o illamento hospitalario, o tratamento de todos os caso (que quedou restrinxido aos que estaban graves ou tiñan factores de risco para unha gripe complicada) e a quimioprofilaxe post-exposición de todos os contactos estreitos (que quedou restrinxida aos que tiñan factores de risco para unha gripe complicada).

A partir de agora, os casos detectados en atención primaria trasladaríanse ao hospital de referencia polo 061 para que se lle tomasen as mostras para determinar a presenza de A(H1N1)v, pero só ingresarían nel se o seu cadro clínico o recomendaba. Os que non ingresaban regresaban ao seu domicilio coa instrución de que permanecesen nel 7 días ou, se o cadro clínico durase máis, ata que pasasen 24 horas do remate dos síntomas⁶. Ademais, aos casos se lle entregaban máscaras cirúrxicas (± 50 unidades), se lle daban follas con información e instrucións para el e os seus cuidadores, que se tiñan que baixar do espazo sobre gripe A(H1N1) da páxina web da Consellería de Sanidade, e se lle daría tratamento con IN se tivese factores de risco para unha gripe complicada.

Daquela seguíanse a buscar contactos estreitos para recomendarlles quimioprofilaxe post-exposición aos que tiñan factores de risco para unha gripe complicada, e na folla na que se distribuíran as instrucións de vixilancia advertíase xa que este sistema de vixilancia íase completar con outro “mediante recollida de mostras específico para descartar transmisión autóctona de base hospitalaria”.

A pesares de que o cambio é unha clara renuncia á contención, este sistema de vixilancia mantívose ata o 3 de xullo, cando se pasou a un enfoque exclusivo de mitigación⁷, e antes de ser definitivamente abandonado sufriría un último cambio o 26 de xuño, que afectou só á relación de áreas afectadas, das que se quitou calquer referencia a España e engadíronse Arxentina, Australia e Chile.

Con este sistema detectáronse 14 casos confirmados, dos cales 11 tiñan antecedente de viaxe a unha área afectada, un era un caso secundario a outro que procedía dos EE UU e dous máis eran casos terciarios desta mesma cadea de transmisión⁸. Estes casos principiaron cos síntomas entre as semanas 16 e 24 (ver a figura 1).

A detección da transmisión. Antes, o 4 de xuño, enviárase aos directores dos centros escolares de Galicia unha carta coa instrución de que avisasen se detectaban un clúster de absentismo escolar por motivos de saúde, que se definiu do xeito seguinte:

cando, en 1 aula: (a) as ausencias que se supoñen por motivos de saúde superen o 25% dos alumnos habituais; ou (b) o profesor ou profesora considera que, aínda sen superar a dita porcentaxe, as ausencias por motivos de saúde son unha situación excepcional.

Con este sistema identificouse un clúster antes de que rematase o curso escolar. Era de infección respiratoria aguda, pero debíase a un virus *Parainfluenzae* tipo 3. (Antes, investigárase outro clúster de infección respiratoria aguda nun instituto, que foi notificado de xeito espontáneo e se debeu a un *Parainfluenzae* tipo 1).

Este sistema de indentificación e notificación de clústers extendíuse aos campamentos de verán cando rematou o curso escolar. Aos responsables dos campamentos envioulles esta definición de situación que tiñan que notificar:

cando, nun lapso de 5 días, aparezan 5 ou máis persoas con síntomas de gripe, é dicir persoas que presenten temperatura corporal maior de 37,5°C e, polo menos, dous dos síntomas seguintes: tose, dor de gorxa, moqueo ou secrecións nasais, dor de cabeza, malestar xeral, dor muscular ou articular (algúns casos poden amosar, tamén diarrea e vómitos).

Ata o día 31 de agosto de 2009, con este sistema identificáronse 7 abrochos en campamentos debidos a A(H1N1)v.

Tanto nos clústers de absentismo escolar como nos abrochos en campamentos que se notificaron, a investigación limitouse á toma de mostras nun número reducido dos afectados para determinar A(H1N1)v, e, en caso de que o evento se debese a A(H1N1)v, a seguir a súa evolución e resumila na ficha de abrocho do MSPS.

Estes dous sistemas de vixilancia, a detección de casos vencellados a áreas afectadas e a detección de clústers de absentismo escolar, primeiro, e de abrochos en campamentos de verán, despois, eran as compoñentes A e D, respectivamente, do "Sistema de vixilancia da gripe A(H1N1)v en Galicia –mentres en Galicia non está confirmada a transmisión comunitaria sostida"⁹. As outras compoñentes eran: "B: mostraxe nos hospitais de Galicia para detectar transmisión comunitaria"; "C: subtipado dos virus da gripe A detectados pola práctica clínica rutineira"; "E: vixilancia reactiva

local da gripe en atención primaria" e "F: mantemento da vixilancia da gripe polas chamadas ao 061".

Non se incluía ao SXNOE porque polos seus problemas de atraso non era útil para ningún dos 3 obxectivos do sistema de vixilancia; a saber:

- Detectar casos de A(H1N1)v en Galicia (A);
- Detectar transmisión comunitaria da gripe A(H1N1)v en Galicia (B, C e D); e
- Coñecer a difusión da transmisión comunitaria da gripe A(H1N1)v en Galicia (E e F).

Deste sistema proposto o 3 de xuño non chegaron a aplicarse nin a compoñente B, de subtipado, nin a E, de vixilancia reactiva local, aínda que o 3 de xullo pendurouse da web da Consellería de Sanidade un documento que dicía:

todos os médicos de atención primaria que observen un repentino aumento do número de casos con clínica semellante á da gripe entre os seus pacientes, téñeno que notificar á sección de epidemioloxía do seu departamento territorial.

Antes do 14 de agosto, cando se quitou da web o aviso, non se notificara ningún.

As outras compoñentes do sistema de vixilancia si se aplicaron. Dúas xa foron comentadas, a F comentase polo miúdo noutro lugar¹⁰, e a B descríbese deseguido.

A mostraxe para detectar transmisión autóctona implantouse nos hospitais públicos durante a semana do 21 ao 27 de xuño, aínda que non foi simultáneo o seu inicio en todos eles. Recollíanse mostras a todos os doentes que cumpran a definición de caso de gripe (ver despois) e, pola gravidade do seu estado clínico, teñen recomendao o ingreso no hospital; e, a diario, a dous doentes de menos de 60 anos de idade que chegan de xeito espontáneo ao servizo de urxencias, que cumpren a definición de caso de gripe (ver despois) e, pola levidade do seu estado clínico, non teñen recomendao o ingreso no hospital.

Como definición de caso de gripe empregouse a do ECDC modificada: enfermidade de menos de 7 días de evolución, que ten polo menos 1 síntoma sistémico (febre ou febrícula, malestar xeral, cefalea ou mialxia) e polo menos 1 síntoma respiratorio (tose, dor de gorxa ou disnea) e non hai ningunha outra sospeita diagnóstica.

As mostras as recollía unha empresa cada dous días (non recollía o domingo) nos hospitais maiores e no HC de Monforte, que agrupaba en 2 rutas. Os outros hospitais comarcais enviaban as mostras ao seu hospital de referencia. Todas as mostras ían a laboratorio de microbioloxía do hospital do Meixoeiro, agás as do CHUS, que facía o estudo microbiolóxico das súas mostras e das do HC do Barbanza. Os positivos do CHUS consideráronse casos confirmados.

Estudáronse os casos confirmados para poder cualificar a súa infección como autóctona (casos que non tiñan antecedente de viaxe a un área de risco nin de contacto con outro caso que si o tiña) ou importada, empregando a ficha de caso confirmado do MPSP. Ademais, o resultado deste sistema de vixilancia plasmábase nun informe semanal que se lle achegaba, entre outros, ao responsable da mostraxe en cadanseu hospital.

O sistema deixou de funcionar o 24 de xullo, cando xa cumprira o seu obxectivo, demostrar que en Galicia había transmisión comunitaria sostida (TCS) do A(H1N1)v. Na figura 1 móstrase o número de casos confirmados de gripe A(H1N1)v en Galicia, pola semana na que principiaron os síntomas e pola súa orixe.

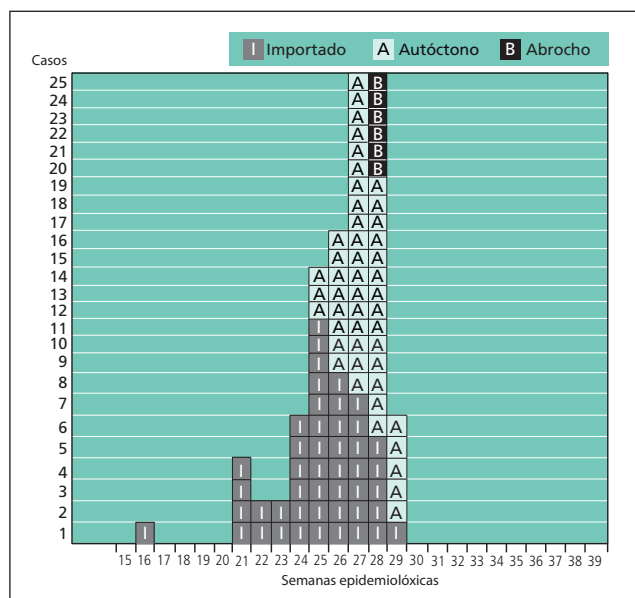
Ora ben, para confirmar que existía TCS non se aplicou o criterio que estaba previsto no documento orixinal: *"Esta compoñente desactivarase hospital por hospital, a medida que se vaia confirmando que nas distintas áreas sanitarias de Galicia hai TCS, sempre que estea disposto un sistema de vixilancia que poda informar axeitadamente da súa intensidade"*

Non se aplicou por varios motivos. Non había ningunha definición de TCS cando se redactou o documento de vixilancia⁸, e a única que se publicou despois é a do ECDC, que é a que ao final se empregou para afirmar que había TCS en Galicia:

Cinco ou máis casos confirmados nun período de 7 días, sen antecedentes de viaxe nos 7 días previos a países onde haxa casos confirmados e sen un vencello detectable a un caso confirmado. As áreas onde está a haber TCS son áreas afectadas, e ao declarar unha área afectada non se considerarán as menores do terceiro nivel administrativo¹¹.

Esta definición permite que o nivel xeográfico que se cualifica como "área afectada" sexa, como mínimo, o terceiro nivel administrativo dun estado; e, ao principio, pensouse que, para Galicia, este nivel correspondía coas áreas de saúde⁸, como suxería tamén o devandito documento de vixilancia. Non entanto, xa dende os primeiros resultados da mostraxe achouse que ía ser moi difícil empregar este criterio –había xa indicios de TCS no centro e sur de Galicia– e decidíuse empregar toda Galicia como un único nivel.

Figura 1. Casos de gripe A(H1N1)v confirmados en Galicia ata a semana 29 de 2009, pola súa orixe e a semana na que principiaron os síntomas.



Ademais, cando se decidiu abandonar a mostraxe para detectar transmisión comunitaria sabíase xa que o equivalente

británico do sistema de vixilancia da gripe polas chamadas ao 061, que mide a intensidade e difusión da actividade gripal en Galicia, detectara axeitadamente o aumento de actividade debida a A(H1N1)v¹².

Como xa quedou dito, entre que principiou e rematou esta mostraxe para confirmar TCS, o 3 de xullo pasouse en Galicia a un enfoque exclusivo de mitigación, que supuxo o abandono da vixilancia dos casos vencellados con áreas afectadas e a quimioprofilaxe de contactos estreitos dos casos (de feito, deixouse de buscar contactos dos casos). A partir de entón só se lles toman mostras ás persoas ás que se lle recomenda tratamento con IN nos hospitais. Aos doentes ingresados tómaselle mostra tanto nos hospitais públicos como nos privados, pero aos ambulatorios (non están graves pero teñen factores de risco para unha gripe complicada) só nos hospitais públicos. O obxectivo desta mostraxe é coñecer a eficiencia da recomendación do tratamento, que na maioría dos casos só pode ser empírica, porque non se ten acceso a unha RT-PCR en tempo axeitado.

En atención primaria, non se lle toma mostra a ninguén, malia que nela se lle recomenda tratamento con IN aos doentes con factores de risco para gripe complicada.

Con transmisión comunitaria. Cando se escribía este resumo, a finais do mes de agosto, a difusión do novo virus da gripe fixera que o número de chamadas que o 061 recibira e codificara como gripe ou infección respiratoria aguda (IRA) estivese sempre por riba do que cabería esperar polo número de chamadas dese tipo que recibira nos tres veráns anteriores, de 2006 a 2008.

Ademais, ao rematar agosto a intensidade da actividade gripal acadou o nivel basal, despois de medrar durante as semanas anteriores. Superar o nivel basal indica a intensidade gripal por enriba da cal pode acontecer unha onda epidémica, pero non necesariamente ten que ser dese xeito. De feito, a día de hoxe non se pode predicir cando ocorrerá a onda epidémica da vindeira tempada de gripe, nin que intensidade acadará.

Para rematar, compre lembrar que a Consellería de Sanidade pendura cada mércores o informe da actividade gripal durante a semana anterior.

APÉNDICE: OS CONTACTOS DOS CASOS

Ao inicio empregouse a seguinte definición de contacto: son as persoas que tiveron contacto estreito co caso (posible ou probable) durante o seu período de transmisibilidade, que se asume que vai dende o día anterior ao comezo dos síntomas, ata que estes teñan rematado, sempre que pasasen 7 días. Pódense dividir nos seguintes tipos:

- **Tipo 1:** as persoas que conviven estreitamente co caso (membro da mesma familia, compañeiro de cuarto do hospital, compañeiro de dormitorio, etc.)
- **Tipo 2:** as persoas que tiveron contacto directo, a distancia inferior de 1 metro, con un caso cando este túsia, esburraba ou falaba; e os individuos que comparten viaxe de avión na mesma fila ou nas dúas anteriores ou posteriores ao do caso.

- *Tipo 3:* o "persoal sanitario" que atendese ao caso, estando a menos de 1 metro da súa boca, sen as medidas de protección persoais axeitadas.
- *Tipo 4:* o "persoal sanitario" que atende aos casos e mantén as medidas de protección axeitadas.

Esta definición sufriu algúns cambios, o primeiro o 4 de maio, cando se cambiou a definición de contacto tipo 1, que pasaron a ser: *as persoas que conviven co caso, ou que teñen unha relación con el que, polo estreito e continuado, pódese assimilar á de convivencia.* Tres días despois, o 7 de maio, correxiuse a tipoloxía dos casos para engadir tamén aos casos confirmados.

Para rematar, o 29 de maio modificouse a definición de contacto tipo 2 para especificar que o contacto directo tiña que durar máis de 1 hora.

1. C.S. Informe para os profesionais sanitarios de Galicia, nº 1.
2. C.S. Informe para os profesionais sanitarios de Galicia, nº 3.
3. De 1 día antes a 7 días despois do inicio dos síntomas.
4. Febre e signos ou síntomas dunha infección respiratoria aguda, ou falecemento por unha enfermidade respiratoria aguda de causa descoñecida.

5. Cando se declarou a alerta mundial a confirmación só podíase facer nuns poucos laboratorios do mundo, ningún deles ubicado en México. Días despois da alerta, certos laboratorios xa dispuñan de probas moleculares capaces de determinar a presenza de A(H1N1)v, entre os que se atopaba o CNM, que elaborou unha proba propia, que difundiu entre os laboratorios da rede española de vixilancia da gripe. Despois, os CDC distribuíron a súa propia proba e pouco a pouco o mundo foise dotando de RT-PCR. En Galicia, ao principio había que enviar todas as mostras ao Meixoeiro, que durante un tempo emitíu resultados que foron considerados "probables" namentras o CNM non os confirmaba. A partir do 19 de xuño os positivos de hospital do Meixoeiro pasaron a ser considerados "confirmados", e pouco despois o CHUS xa dispuña dunha proba comercial.
6. Este criterio de alta mantívose ata o 12 de agosto, cando se mudou por "24 horas despois de que remate a febre" para as persoas que non tiñan relación con institucións sanitarias, sociosanitarias ou semellantes, para as que se mantivo o criterio anterior.
7. C.S. Informe para os profesionais sanitarios de Galicia, nº 6.
8. C.S. Informe para os profesionais sanitarios de Galicia, nº 5.
9. C.S. Documento interno.
10. C.S. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol. XV, nº 2.
11. http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Documents/0907_Influenza_AH1N1v_Terminology_for_Affected_Areas.pdf
12. C.S. Informe para os profesionais sanitarios de Galicia, nº 7.
13. C.S. Actividade gripal en Galicia. Informe da semana 34.

PREVALENCIA DE SEDENTARISMO DURANTE O TEMPO DE LECER EN GALICIA NO ANO 2007

Introdución. No ano 1994 a Organización Mundial da Saúde recoñeceu o sedentarismo como factor de risco independente para a enfermidade isquémica cardíaca¹. Co paso dos anos aumentou o número de patoloxías coas que se asocian os hábitos de vida sedentarios, entre elas destacan a diabetes tipo 2, a osteoporose e algúns tipos de cancro. No ano 1996 o informe do Surgeon General² destacou a importancia que tiña sobre a saúde a realización de actividade física moderada ou intensa, de xeito especial se esta se realizaba todos os días da semana. Dende entón diferentes organismos apoiaron recomendacións sobre a práctica de actividade física.

Hoxe en día a recomendación mais estendida é aquela que afirma que para mellorar ou manter a saúde, os adultos sans necesitan facer actividade física aeróbica de intensidade moderada un mínimo de 30 minutos ao día polo menos 5 días á semana ou de 20 minutos ao día de actividade física intensa como mínimo 3 días á semana, ou a combinación de ambas nun rango de gasto calórico determinado³. Estas recomendacións, que varían lixeiramente nos adultos de 65 anos en diante, deben complementar a todas aquelas actividades cotiás da vida diaria.

O obxectivo deste traballo é coñecer a prevalencia de sedentarismo na poboación adulta galega.

A enquisa. O sistema de información sobre condutas de risco (SICRI) empezou a funcionar en Galicia no ano 2006 e dende entón realiza enquisas telefónicas anuais aos adultos galegos. O seu principal obxectivo é coñecer a prevalencia de factores de risco para a saúde ligados á conduta e a realización de prácticas preventivas a nivel poboacional.

A enquisa levada a cabo no ano 2007 deseñouse para garantir a representatividade en 8 estratos de poboación definidos

en función do sexo e o grupo de idade: 16 a 24, 25 a 44 e 45 a 64 e 65 anos en diante. A mostraxe foi aleatoria estratificada empregando como marco mostral a base de datos de Tarxeta Sanitaria. O traballo de campo realizouse en dúas etapas, a primeira entre xullo e setembro de 2007 e a segunda entre outubro e novembro do mesmo ano. Incluíronse 7.819 persoas residentes en Galicia de 16 anos e máis.

Entre os obxectivos específicos da enquisa de 2007 estaba recoller información relacionada coa realización de actividade física na poboación adulta galega.

Información sobre actividade física: a actividade física realizada por un individuo no seu tempo de lecer recolleuse polo miúdo empregando o cuestionario Minnesota sobre actividade física⁴. Preguntouse pola realización de diferentes actividades (identificadas previamente como as que realiza de xeito mais frecuente a poboación adulta galega), polo tempo de realización ao día e os días de práctica na última semana. A cada unha das actividades declaradas asocióuselles un número de equivalentes metabólicos (MET) asignados no Compendio de Actividades Físicas de Ainsworth⁵.

A partires da información obtida defínese coma sedentario a aquel individuo que gasta menos de 1.000 Kcal á semana nas actividades realizadas no tempo de lecer.

Para o cálculo dos resultados que se van mostrar deseguido empregouse a información aportada por 6.244 individuos aos que se lles preguntou pola realización de actividade física e deportiva, actividades na horta ou xardín, ademais de por canto camiñaban. Os individuos non incluídos nesta análise son aqueles que declararon ter limitacións moi graves de saúde ou problemas que lles impedían camiñar (1.254) e aqueles que realizan actividade física de xeito profesional (321).

Os datos que se presentan a continuación están axustados ao deseño da mostra coas estimacións puntuais seguidas polo intervalo de confianza ao 95% entre parénteses.

O sedentarismo. O 48% (46'6-49'3) dos galegos de 16 anos ou mais son sedentarios. Aparecen diferenzas estatisticamente significativas na prevalencia de sedentarismo ($p < 0'005$) en función do sexo (os homes son menos sedentarios que as mulleres), do consumo de tabaco (os ex-fumadores son menos sedentarios), do grupo de idade (a poboación de 65 anos e mais é a menos sedentaria), da situación laboral (a prevalencia é menor entre os que non traballan) e da adherencia á dieta mediterránea (os que teñen unha dieta mediterránea son os menos sedentarios). Cando se ten en conta o lugar de residencia, clasificando este como urbano ou rural, non aparecen diferenzas estatisticamente significativas.

Táboa 1. Prevalencia de sedentarismo na poboación galega.

		%	IC(95%)
Sexo	Homes	42'2	40'2-44'1
	Mulleres	53'3	51'4-55'2
Grupo de idade	16-24	49'6	47'3-52'0
	25-64	49'7	48'0-51'5
	65 e mais	40'1	37'3-43'0
Ámbito	Urbano	48'9	47'2-50'6
	Rural	46'5	44'3-48'6
Situación laboral	Traballa	52'8	51'0-54'6
	Labores do fogar	43'2	38'7-47'7
	Non traballa	40'0	37'8-42'1
Tabaco	Fumador	54'2	51'6-56'8
	Ex-fumador	43'2	40'4-46'1
	Nunca fumador	46'6	44'7-48'5
Dieta mediterránea	Non	53'1	51'1-55'1
	Si	43'7	41'9-45'5

Conclusións. Esta caracterización do sedentarismo en Galicia permite identificar dous grupos poboacionais que deberían ser obxectivo dos programas de educación para a saúde: as mulleres e a poboación activa.

Ademais destaca o feito de que a prevalencia de sedentarismo é mais alta entre os fumadores e entre aqueles individuos con baixa calidade da dieta.

Comentario. A caracterización do sedentarismo, ou pola contra da actividade física, é un proceso complicado xa que coñecer polo miúdo os patróns de actividade física dun individuo ao longo dun período temporal aínda que este sexa breve non é doado. Polo tanto, estudar só aquelas actividades levadas a cabo no tempo de lecer é unha boa aproximación, aínda que se debe ter en conta que na poboación activa estarase a sobreestimar a prevalencia de sedentarismo.

Neste estudo tívose en conta a estacionalidade ligada a realización da actividade física, e por iso a enquisa realizouse en dous momentos temporais.

A pesares de ser as mulleres un dos grupos de risco identificados, a situación cambia cando se teñen en conta as actividades levadas a cabo no fogar, e así a prevalencia de sedentarismo diminúe ata o 12'8% (11'6-14'0); se ben o estudo do sedentarismo no tempo de lecer non debe incluír as actividades levadas a cabo de feito cotián no traballo, e neste caso as labores do fogar non se deben incluír.

Ao non existir unha definición universal de sedentarismo a comparabilidade entre estudos ou entre poboacións é imposible.

Neste caso os resultados obtidos permiten coñecer, aínda que de xeito aproximado, a proporción de individuos que realizan actividade física moderada ou intensa (tal e como din as recomendacións), xa que os gastos enerxéticos por riba do punto de corte establecido para definir sedentarismo (1.000 Kcal/semana) identifican aos individuos activos.

Bibliografía

1. Bijnen FC et al. *Bull World Health Organ.* 1994; 72: 1-4.
2. Physical Activity and Health. A Report of the Surgeon General. 1996.
3. Haskell et al. *Med Sci Sports Exerc.* 2007; 39 (8): 1423-1434.
4. Taylor et al. *J Chronic Dis.* 1978; 31: 741-55.
5. Ainsworth, BE et al. *Med Sci Sports Exerc.* 2000; 32: 498-504.

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

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

SAEG

EPIDEMIOLOGO DE GARDA
Fóra do horario de oficina
649 82 90 90

A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

DIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE PÚBLICA 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