



Cad Aten Primaria
Ano 2009
Volume 16
Páx. 93-97

O consumo de tabaco nos profesionais sanitarios de Galicia. Ano 2006

Mónica Pérez-Ríos

Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública.

María Isolina Santiago-Pérez

Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Begoña Alonso

Servizo de Estilos de Vida Saudables. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Recibido para publicación en abril 2009

INTRODUCCIÓN

A influencia que os profesionais sanitarios teñen no consumo de tabaco da poboación é importante, debido tanto á súa función de educadores coma de modelos sociais. Xa na década de 1970 afirmouse que os médicos podían potenciar o abandono do consumo do tabaco nos seus pacientes se eles non fumaban^{1,2}. Diferentes organismos internacionais como a Organización Mundial da Saúde³ ou o *Surgeon General*⁴ dos EEUU publicaron informes nos que sinalaban o difícil que resultaba reducir a prevalencia de tabaquismo nunha poboación sen a participación dos profesionais sanitarios.

A pesar de que un dos primeiros colectivos profesionais onde se estudaron os efectos do tabaco foran os médicos⁵ a evolución da epidemia de tabaquismo entre os profesionais da saúde segue a ser preocupante en moitos países. Nos países desenvolvidos, ao igual que sucede entre a poboación xeral, a prevalencia de consumo está, de xeito xeral, a diminuír entre os profesionais sanitarios mentres que nos países en vías de desenvolvemento a evolución do consumo é desigual⁶. Se ben cabe destacar que para a meirande parte dos países, independentemente do seu grao de desenvolvemento, as estatísticas son recentes, puntuais e con representatividade territorial limitada. Un dos primeiros estudos epidemiolóxicos realizados co obxectivo de estimar a prevalencia de tabaquismo entre os médicos levouse a cabo en Norteamérica e estimou ésta no 40% en 1959¹, prevalencia que diminuíu ata o 21% a mediados da década de 1970⁷ e por baixo do 10% a mediados da década de 1990⁸. Tendencias similares observáronse en lugares coma Escandinavia⁹. En países coma Italia a prevalencia de consumo tamén está a diminuír¹⁰ se ben no ano 2000 aínda presentaba valores próximos ao 30%¹¹. Pola contra en países coma Bosnia & Herzegovina no ano 2002 a prevalencia de consumo estimouse entre os médicos nun 40%¹².

En España non se dispón de estatísticas sobre o consumo de tabaco nos profesionais sanitarios en global. No ano 1998 estudouse o consumo tanto en médicos coma en enfermeiras, se ben o estudo centrábase só en profesionais do territorio Insalud¹³. Neste estudo, que é

o que máis aproximaría a prevalencia global, estimouse esta nun 38,9%. A parte disto hai diferentes estudos que analizan a prevalencia en localizacións xeográficas concretas e sobre colectivos específicos.

En Galicia realizouse no ano 1999 a primeira dunha serie de enquisas periódicas dirixidas a este colectivo.

O obxectivo de este traballo é presentar os resultados da segunda enquisa sobre consumo de tabaco nos profesionais sanitarios de Galicia levada a cabo en 2006.

MATERIAL E MÉTODOS

Características da enquisa. A enquisa estaba dirixida aos profesionais sanitarios de Galicia que traballan en Atención Primaria (AP) e Atención Especializada (AE). En cada un destes ámbitos consideráronse dúas categorías: persoal médico e persoal de enfermaría.

Os profesionais de cada ámbito (AP e AE) e categoría profesional estratificáronse por sexo e grupo de idade (<35 anos; 35 a 44 anos; 45 anos e máis). O tamaño de mostra determinouse de xeito independente para cada ámbito e, dentro destes, para cada categoría profesional. A enquisa foi telefónica e levouse a cabo entre maio e xuño do 2006. Información polo miúdo do deseño da enquisa pódese atopar no Boletín Epidemiolóxico de Galicia¹⁴.

Definición das variables relacionadas co consumo de tabaco.

Definiuse fumador diario a aquela persoa que no momento da enquisa fumaba polo menos 1 cigarro ao día; como fumador ocasional a aquela que se ben no momento da enquisa fumaba non o facía a diario; como ex-fumador a aquela que fumou nalgún momento e agora non fuma; e como endexamais fumador a aquela que non fuma na actualidade nin nunca fumou.

Idade de experimentación é a idade á que probaron o primeiro cigarro e a de consolidación fai referencia á idade á que empezaron a

fumar de xeito regular. Para valorar a dependencia da nicotina empregouse o test de Fagerström¹⁵, considerando 3 categorías de dependencia: ningunha (0 puntos), moderada (de 1 a 6) e alta (de 7 a 10). Debido a que o abandono do consumo de tabaco é un proceso cíclico estudáronse as etapas onde se atopaban os profesionais seguindo o modelo proposto por Prochaska e DiClemente¹⁶.

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

RESULTADOS

Características xerais dos enquisados. Enquisáronse 3.321 profesionais sanitarios; 1.587 de AP (817 profesionais médicos, dos cales 442 eran varóns; e 770 de enfermaría, con 161 varóns) e 1.734 de AE (781 médicos entre os que 460 eran varóns; e 953 profesionais de enfermaría, con 107 varóns). O 6,1% dos seleccionados negáronse a participar.

O 69% (67-71%) dos enquisados estaban casados, o 82% (80-84%) tiñan contrato indefinido e o 66% (65-68%) declararon ter un bo estado de saúde, nestas variables non apareceron diferenzas en función do sexo, do ámbito asistencial nin da categoría profesional. O 9% (8-10%) dos profesionais enquisados atendían só a poboación de 0 a 14 anos, o 70% (68-71%) só a poboación maior de 14 anos e o 21% (20-23%) a calquera dos dous tipos.

Relación co tabaco. O 19% (17,6-20,4) dos profesionais sanitarios galegos son fumadores diarios e o 3,8% (3,1-4,5) ocasionais. A prevalencia é mais alta entre o persoal de enfermaría [25,1% (22,8-27,3)] que entre o persoal médico [20,2% (18,1-22,2)]. Non se observa diferenzas estatisticamente significativas en función do sexo, non obstante fuman máis os homes menores de 35 anos e as mulleres maiores de 45 (Figura 1). Polo demais, destaca a alta prevalencia de endexamais fumadores nos profesionais menores de 35 anos e a prevalencia de exfumadores nos de máis de 45. Información polo

miúdo sobre a prevalencia de consumo en función do sexo e da categoría profesional pódense atopar no Boletín Epidemiolóxico de Galicia¹⁴.

Descrición dos fumadores. A idade media de experimentación nos profesionais sanitarios galegos é de 17,2 anos (17,0-17,5 anos) e a de consolidación sitúase nos 20,2 anos (19,9-20,6), en ningún dos dous casos se observaron diferenzas estatisticamente significativas entre sexos, hábito tabáquico actual ou categoría profesional.

Os fumadores diarios consumen maioritariamente cigarros rubios [80% (77-83%)] igual que os ocasionais [81% (73-88%)]. O consumo medio de cigarros nos fumadores diarios é de 13,5 cigarros ao día (12,8-14,3) e nos ocasionais é de 5,1 cigarros á semana (3,9-6,2).

O 51% dos fumadores diarios (45-57%) teñen unha dependencia moderada, e o 11% (7-15%) alta, non observándose diferenzas estatisticamente significativas en función do sexo ou da categoría profesional. Pola contra, o 95% (90-100%) dos fumadores ocasionais teñen unha dependencia nula. Neste caso tampouco aparecen diferenzas en función do sexo ou categoría profesional.

O 58% (55-62%) dos profesionais sanitarios fumadores actuais tentaron deixar de fumar algunha vez. Por termo medio o número de intentos foi de 2, e conseguiron estar sen fumar por termo medio un tempo máximo de 2 anos. Non se observan diferenzas en función do sexo, da categoría profesional ou do ámbito asistencial no que traballan.

Segundo o modelo de Prochaska e DiClemente, o 8% (6-10%) dos fumadores atópanse en fase de preparación, o que significa que pensan en abandonar o consumo de tabaco no próximo mes, mais o 45% (41-49%) aínda se atopan en fase de precontemplación, o que supón que non teñen intención de cambiar a súa conduta nos vindeiros 6 meses. De todos os xeitos, o 53% (49-58%) dos enquisados afirman que lles gustaría deixar de fumar.

COMENTARIOS

Destaca o descenso da prevalencia de consumo diario nos profesionais sanitarios dende 1999 que se establece en 10 puntos porcentuais. Na primeira enquisa, a prevalencia de fumadores diarios era do 30% (28-32%) no conxunto, do 25% en homes e do 32% en mulleres. O descenso da prevalencia, que se debe principalmente á diminución no consumo das mulleres (Figura 2), é especialmente acusado naquelas con idades comprendidas entre 35 e 44 anos.

Na enquisa de 1999 empregouse unha estratexia de mostraxe diferente e as entrevistas foron principalmente presenciais. De todos os xeitos, isto non debería xustificar as importantes variacións nas prevalencias obtidas.

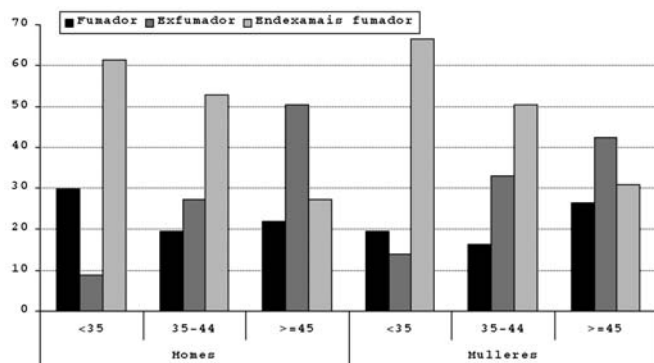


FIGURA 1

Prevalencia de consumo de tabaco nos profesionais sanitarios en función do sexo e o grupo de idade.

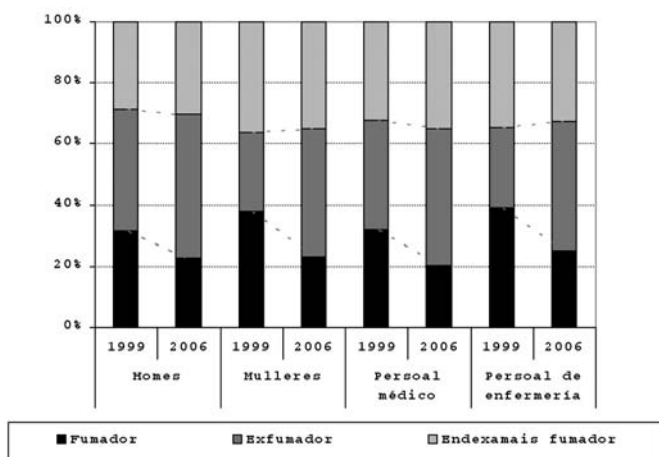


FIGURA 2

Comparación de prevalencias de consumo de tabaco, 1999-2006.

Ao comparar os datos de prevalencia de consumo de tabaco nos profesionais sanitarios cos obtidos na poboación xeral en 2005, despois de axustar por sexo e idade, obsérvase que a prevalencia de consumo diario e ocasional dos profesionais sanitarios é inferior (22'5 vs 30'7), cunha diferenza do 8% (5'6-10'4%).

CONCLUSIÓNS

Observouse un acusado descenso na prevalencia de consumo de tabaco dos profesionais sanitarios, mais a pesar deste descenso a prevalencia continua a ser demasiado alta, e débense manter as intervencións específicas orientadas a incrementar esta tendencia.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Garfinkel L. Cigarette smoking among physicians and other health professionals, 1959-1972. *CA Cancer J Clin.* 1976;26(6):373-75.
- 2- Russell MA, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effect of general practitioners' advice against smoking. *Br Med J.* 1979;2(6184):231-5.

- 3- OMS. Consecuencias del tabaco para la salud. Serie de informes técnicos, nº 568. Ginebra: OMS; 1974.
- 4- The Surgeon General's 1989 Report on Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1989;38 Suppl 2:1-32.
- 5- Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits; a preliminary report. *Br Med J.* 1954;4877:1451-5.
- 6- Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004. *BMC Public Health.* 2007;7:115.
- 7- Sterling TD, Weinkam JJ. Smoking characteristics by type of employment. *J Occup Med.* 1976;18(11):743-54.
- 8] Nelson DE, Giovino GA, Emont SL, Brackbill R, Cameron LL, Peddicord J, et al. Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. *JAMA.* 1994;271(16):1273-5.
- 9- van Reek J, Adriaanse H. Smoking by physicians in Scandinavia: 1952-1989. *Scand J Soc Med.* 1991;19(4):256-9.
- 10- Zanetti F, Gambi A, Bergamaschi A, Gentilini F, De Luca G, Monti C, et al. Smoking habits, exposure to passive smoking and attitudes to a non-smoking policy among hospital staff. *Public Health.* 1998;112(1):57-62.
- 11- Pizzo AM, Chellini E, Grazzini G, Cardone A, Badellino F. Italian general practitioners and smoking cessation strategies. *Tumori.* 2003;89(3):250-4.
- 12- Hodgetts G, Broers T, Godwin M. Smoking behaviour, knowledge and attitudes among Family Medicine physicians and nurses in Bosnia and Herzegovina. *BMC family practice.* 2004;5:12.
- 13- Gil E, Robledo de Dios T, Rubio J, Bris M, Espiga I, Saiz I. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales sanitarios del INSALUD 1998, España. *Prev Tab.* 2000;2:22-31.
- 14- Boletín Epidemiolóxico de Galicia. O consumo de tabaco nos profesionais sanitarios de Galicia, ano 2006. 2006;19(3):1-2. Disponible en: <http://dxsp.sergas.es>, en Publicacións/BEG
- 15- Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.* 1989;12(2):159-82.
- 16- Prochaska J, Velicer W, DiClemente C, Fava J. Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. *J Consult Clin Psicol.* 1988;56:520-28.

A PREPARACIÓN FRONTE A VINDEIRA PANDEMIA DE GRIPE (IV): CONTENCIÓN: EVITAR A INFECCIÓN INTERHUMANA

María Jesús Purriños Hermida; Isabel Losada Castillo; Alberto Malvar Pintos

Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública

Na entrega anterior desta serie comentouse por riba o abano de actividades que comprende a primeira etapa da contención dunha pandemia de gripe, que é a que ten como obxectivo evitar a transmisión zoonótica dun virus aviar. Aquí coméntanse as da segunda etapa de contención, que ten como obxectivo evitar que as persoas infectadas lles transmitan o virus a outras persoas. Deste xeito impídese que se establezan sucesivas xeracións de casos de transmisión interhumana (TIH), co que diminúen as oportunidades de adaptación dun virus extremadamente mutable¹. Como na entrega anterior, emprégase como referencia o virus da gripe aviar A(H5N1), aínda que, como alí se dixo, hai outros virus aviáres candidatos a virus pandémico.

Nesta segunda etapa, a contención conta con catro elementos fundamentais: 1) a sospeita de infección H5N1 nunha persoa; 2) o illamento do caso sospeitoso, mellor nunha habitación con presión negativa, xa dende que xorde a sospeita e mentres non se descarta ou recibe a alta; 3) limpeza dos obxectos e espazos que puido contaminar o caso coas súas secrecións; e 4) o manexo dos contactos estritos do caso, mediante: vixilancia clínica por ver se mostran signos ou síntomas suxestivos de infección H5N1, quimioprofilaxe con inhibidores da neuraminidasa, restrición dos contactos sociais -que pode implicar corentena- e ademais, cando se trata de sanitarios, equipo de protección individual ao estaren en contacto co caso sospeitoso ou confirmado.

De todos estes elementos o máis crítico é o primeiro, a sospeita da infección, que tería que xurdir despois de combinar as manifestacións clínicas e os antecedentes epidemiolóxicos que se mostran no cadro 1. Non entanto, trátase dunha definición de sospeita un tanto feble, porque a compoñente clínica é inespecífica e frecuente, e non chama a atención de seu. Deste xeito, a sospeita queda a expensas da compoñente epidemiolóxica, de que o doente se decate dos seus antecedentes de exposición e llos comente ao médico ou que este lle pregunte por eles.

TÁBOA

Definición de sospeita de gripe A(H5N1).
European Centre for Disease Control, 2008

Paciente con febre e con signos ou síntomas de infección respiratoria aguda (tose, disnea), ou persoa que morreu por unha enfermidade respiratoria aguda inexplicada, **que nos últimos 7 días**. Tivo contacto estreito (<1 metro) con aves domésticas ou silvestres, vivas ou mortas, nunha área afectada, ou ... tivo contacto estreito (<1 metro, a unha distancia de tocarse ou falar) cun caso de enfermidade respiratoria aguda grave nunha área afectada, ou ... é traballador dun laboratorio con potencial exposición ao virus da gripe A(H5N1) ou ... estivo nunha granxa nunha área afectada que no mes previo notificou enfermidade ou morte das súas aves ou ... tivo contacto estreito (<1 metro) con outros animais diferentes ás aves domésticas ou silvestres cunha infección confirmada por gripe A/H5N1 (exemplo, gato ou porco).

Nota: A relación de países con áreas afectadas actualízase cada mes na web da DXSP

Que a sospeita é o punto máis feble desta etapa de contención queda ben ilustrado polos diferentes episodios nos que se sospeita que ocorreu TIH do H5N1. Nestes episodios, que se resumen noutro lugar², unha vez que se sospeitou que o doente era un caso humano de gripe aviaria H5N1 implantáronse con eficacia as diferentes medidas de contención, e non se produciron máis casos nos que podería ter intervido a TIH.

De todos os xeitos, non se sabe con exactitude cantos dos 413 casos humanos de gripe aviar H5N1 detectados dende 2003 debéronse a TIH. Suponse que serán poucos, como veremos, porque a inmensa maioría dos casos detectados non tiñan antecedentes de contacto con ningunha persoa que tivese síntomas compatibles coa infección H5N1, e son moi poucas as persoas infectadas que só desenvolveron síntomas leves ou que se mantiveron asintomáticas, segundo

se desprende dos numerosísimos contactos desprotegidos que foron seguidos clínica e seroloxicamente³.

Non se sabe de certo o número de casos de TIH porque non é doado de establecelo, xa que para facelo hai que (a) confirmar que existiu a exposición a un caso; e (b) rexeitar outros mecanismos de transmisión alternativos, como o contacto con aves infectadas, ou coas súas excrecións, secrecións e produtos, ou estar nun ambiente contaminado por elas.

Semella que é doado confirmar (a), polo que antes se comentou, mais non é tan doado rexeitar (b). De feito, dos casos humanos de H5N1 detectados ata agora, unha proporción elevada non tiveran contacto directo con aves nin cos seus produtos, e se presume que adquiriron a infección do medio ambiente contaminado.

Non obstante, hai 4 episodios nos que se considera probable a TIH2. En conxunto deron lugar a 14 casos secundarios, dos cales 4 poderían ser de 2ª xeración, e un destes mesmo de 3ª. Hai outros episodios nos que non se pode rexeitar a TIH, que elevarían o número de casos secundarios a preto de 30, mais estes episodios son moi difíciles de clasificar². Polo demais, de ter intervido nestes episodios, a TIH tería ocorrido despois dun contacto estreito, prolongado e desprotegido co doente cando este se atopaba xa nun estadio avanzado da enfermidade².

Segundo mostran estes datos, a día de hoxe a probabilidade de TIH do H5N1 -igual que a zoonótica- é moi baixa, e a TIH prodúcese só cando o doente desenvolveu xa un cadro clínico florido.

Esta información é moi relevante para a contención, porque a transmisibilidade intrínseca da infección (R_0) e a proporción de casos de TIH que se producen a partir de infeccións subclínicas ou antes de que os doentes comezan cos síntomas (θ) son os dous factores que determinan que se poda conter, mediante illamento e manexo dos contactos dos casos, a TIH dunha infección que se transmite por vía respiratoria, como tería que ser H5N1 para que dese comezo á pandemia⁴.

Esta distinción é relevante, porque pequenos aumentos de R_0 , sexan por mutación do H5N1 ou polo seu reagrupamento cun virus humano da gripe, mentres non se acompañen dunha elevación de θ serán doados de controlar. Os aumentos combinados dambos os dous factores farán cada vez máis difícil a contención da pandemia, malia que aínda hai certa maxxe para a resposta, como mostran distintos estudos de simulación^{5,6}.

Ora ben, superada esta maxxe, principiará unha pandemia e xa non hai lugar para a contención. Como se dixo na primeira entrega desta serie, fronte unha pandemia de gripe declarada só cabe a mitigación, é dicir, só cabe tratar de reducir o seu impacto.

Bibliografía

- [1] McCullers JA. Preparing for the Next Influenza Pandemic. *Pediatr Infect Dis J* 2008; 27: S57-S59.
- [2] DXSP. Episodios de transmisión interhumana da gripe aviaria A(H5N1) no mundo: 2003-2008. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia* 2009; vol. XXI, nº 6.
- [3] Li FCK, Choi BCK, Sly T, Pak AWP. Finding the real case-fatality rate of H5N1 avian Influenza. *J. Epidemiol. Community Health* 2008; 62: 555-559.
- [4] Fraser C, Riley S, Anderson RM, Ferguson NM. Factors that make an infectious disease outbreak controllable. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 2004; 101: 6146-6151.
- [5] Ferguson NM, Cummings D, Cauchemez S, Fraser C, Riley S, Meeyai A, Iamsrithaworn S, Burke D. Strategies for containing an emerging influenza pandemic in SE Asia. *Nature* 2005; 437: 209-214.
- [6] Longini IM, Nizam A, Xu S, Ungchusak K, Hanshaoworakul W, Cummings D, Halloran ME. Containing Pandemic Influenza at the Source. *Science* 2005; 309: 1083-1087.

GRIPE humana de orixe porcina

Rodríguez Muíños, Miguel Ángel; Hervada Vidal, Xurxo
Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia

Á hora de escribir estas liñas, a OMS (Organización Mundial da Saúde) acaba de declarar o pase á Fase 4 (de 6) de alerta por risco de pandemia por transmisión do virus A/H1N1, comunmente coñecido como gripe porcina (gripe humana de orixe porcina).

A Dirección Xeral de Saúde Pública e Planificación da Consellería de Sanidade, dentro do protocolo de actuación de preparación fronte á pandemia, habilitou un espazo Web informativo onde comezou a publicar información de interese, tanto para os profesionais da saúde como para o público en xeral, sobre a situación actual (a nivel mundial) da mencionada enfermidade.

A dirección de referencia é <http://www.galiciasaude.es/gripeporcina> aínda que tamén se pode acceder dende a páxina web da DXSP <http://dxsp.sergas.es> (ou <http://www.galiciasaude.es/dxsp>) dentro do seu apartado INFORMACIÓN DESTACADA, no epígrafe "Gripe humana de orixe porcina".

No primeiro apartado MANEXO DOS CASOS, podemos encontrar un documento no que se realizan indicacións de como se manexarán os casos (posibles, probables e confirmados) de gripe humana de orixe porcina no ámbito hospitalario; dende a definición de caso ata as recomendacións de manexo de mostras.

No segundo apartado, chamado GUÍA DE TOMA E ENVÍO DE MOSTRAS, indícase como se realizarán a toma e envío das mostras para o diagnóstico específico da infección polo virus da gripe humana de orixe porcina A/H1N1.

Seguidamente, atopamos un VOLANTE DE PETICIÓN para o estudo microbiolóxico.

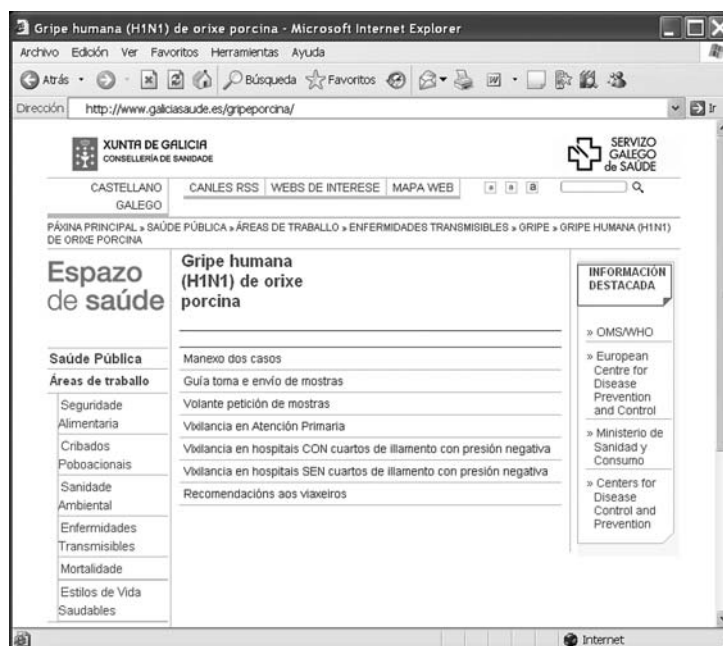
Tamén encontramos tres documentos técnicos de VIXILANCIA en Atención Primaria e en Hospitais (con e sen cuartos de illamento con presión negativa). Estes documentos indican as actuacións inmediatas a realizar en caso de detección dun caso.

Para finalizar, e á espera de introducir nova información, podemos consultar as RECOMENDACIÓNS PARA VIAXEIROS, nas que se indican consellos para as persoas, que van viaxar tanto a México coma a Estados Unidos de América. Dun xeito xenérico, o Ministerio de Asuntos Exteriores e de Cooperación recomenda pospoñer as viaxes a estes dous países.

Nunha área situada á dereita da páxina web, podemos encontrar unha serie de enlaces de interese (baixo o nome de INFORMACIÓN

DESTACADA) que nos dirixen ás páxinas que, especificamente sobre este tema, habilitaron organismos nacionais e internacionais como a OMS/WHO (Organización Mundial da Saúde), o ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), o Ministerio de Sanidade e Consumo do Goberno de España e o CDC (Centers for Disease Control and Prevention).

Nestes momentos, os técnicos da Dirección Xeral de Saúde Pública e Planificación, ademais da reestruturación constante e permanente do espazo web e dos seus contidos, están a traballar nun novo apartado chamado MANEXO DOS CONTACTOS, onde se incluírá informa-



ción sobre as recomendacións técnicas para o manexo dos devanditos contactos, a habilitación dun Rexistro de Contactos, información xenérica para informalos especificamente, indicacións para os cuidadores a domicilio deses contactos,... ademais de información sobre a aparición de posibles casos adversos dos antivirais, as especificacións técnicas para a monitorización das posibles reaccións adversas e a monitorización dos síntomas gripais.

Dependendo de cómo evolucione a situación actual, o website se reorganizará para adaptalo á nova circunstancia; como por exemplo no hipotético caso de que esta situación avanzara hacia unha pandemia. Pola contra, se a situación remite e se solventa a crise sen maiores consecuencias, todos estes contidos deixarán de aparecer no apartado de portada de "Información Destacada" para ocupar o seu lugar dentro da área de Traballo de Enfermidades Transmisibles dentro do item de Gripe (onde se atopa, tamén, agora mesmo).