D.L.: C-1767-1995 / ISSN: 1695-419-X

BEG

Vol. XXI / 2008 Número 2

Data de impresión: outubro de 2008

Boletín Epidemiolóxico de Galicia

SUMARIO

18 DE NOVEMBRO: DÍA EUROPEO DE CONCIENCIACIÓN SOBRE O USO DE ANTIBIÓTICOS 1

SEXTA REUNIÓN DA COMISIÓN ASESORA DO PLAN GALEGO DE PREPARACIÓN E RESPOSTA Á PANDEMIA DE GRIPE 1

AVALIACIÓN DO PLAN PILOTO DE CONTROL DA TRANSMISIÓN DA GRIPE NA ASISTENCIA AMBULATORIA 2

IMPACTO DO CONSUMO DE TABACO NA MORTALIDADE EN GALICIA NO PERIODO 2001-2006 3

18 DE NOVEMBRO: DÍA EUROPEO DE CONCIENCIACIÓN SOBRE O USO DE ANTIBIÓTICOS

A resistencia aos antibióticos e a atención sanitaria asociada ás infeccións, sexa combinadas ou por separado, constitúen un importante problema ... na UE, e mesmo mostran signos de que irán a peor no futuro. (Consello Europeo)[1]

Nunha poboación, a prevalencia de microorganismos resistentes aos antibióticos é o resultado da frecuencia e do patrón de uso destes, que seleccionan aos microorganismos que portan xenes de resistencia, nesa poboación e mesmo tamén noutras poboacións relacionadas con ela, en termos da transmisión do microorganismo. Por iso, despois dun intenso e prolongado uso de múltiples antibióticos, non estrana que a prevalencia e variedade de microorganismos resistentes viñese medrando nas últimas décadas ata acadar valores certamente preocupantes, polas graves consecuencias clínicas observadas xa en numerosas instancias[2].

Non entanto, nin os antibióticos son recurso renovabel[3], nin está nada claro que se podan reducir substancialmente os valores de resistencia acadados só mediante o control do consumo de antibióticos e modificando o seu patrón de uso, xa que isto só sera posibel cando a resistencia lle supoña ao microorganismo unha desventaxe selectiva en ambientes libres do antibiótico[4].

O das resistencias aos antibióticos constitúe, pois, un problema acumulativo de difícil arranxo, en relación ao cal a única alternativa posibel é tentar de evitar que sega a medrar en frecuencia e complexidade, e facelo canto antes, principiando polo seu uso axeitado xa que se sabe que boa parte dos antibióticos prescritos non son necesarios (por exemplo, para as infeccións respiratorias leves que adoitan ser de orixe vírica)[5]. Ora ben, segundo a *Infectious Disease Society of America* o uso axeitado dos antibióticos é un primeiro paso imprescindible, mais non por seren a solución á resistencia, se non porque dá tempo para obter a solución verdadeira[6].

Desta importancia e urxencia dan conta as conclusións da reunión do Consello Europeo celebrada o pasado 10 de xuño de 2008[1]. Nelas, despois de lembrar, entre outras, a recomendación sobre o uso prudente de antibióticos na práctica clínica que fixera en 2002, e salientar que en Europa as resistencias a antibióticos están a medrar, e que isto incrementa a morbilidade e a mortalidade por enfermidades transmisibles e diminúe a calidade de vida, así como os custos adicionais en saúde e medicamentos, chama aos estados membros a que implementen as recomendacións do Concello sobre uso prudente de antibióticos en medicina e continúen a desenvolver estratexias específicas dirixidas a conter as resistencias a antibióticos e, en particular, a que elaboren un plan de acción que conte con sistemas axeitados de vixilancia e implante guías de boas prácticas no que atinxe ás infeccións resistentes que teñan maior impacto na saúde pública.

Neste contexto, o vindeiro 18 de novembro de 2008 celébrase por primeira vez o "Día europeo de concienciación sobre o uso de antibióticos"[7], que atenderá específicamente á necesidade de que todos, porfesionais e doentes, non recorramos aos antibióticos cando non son necesarios.

O "Día europeo de concienciación sobre o uso de antibióticos" é unha iniciativa do Centro Europeo para o Control e prevención de Enfermidades (ECDC) en colaboración coa OMS e con outros grupos interesados, de profesionais da saúde e científicos. O propósito da celebración deste día europeo –que se celebrará todos os anos– é reforzar o éxito das campañas nacionais sobre o uso de antibióticos e sensibilizar aos países que aínda non as puxeron en práctica. En España, o MSC promoveu unha campaña para o uso responsable dos antibióticos no ano 2007 co lema "Usados ben hoxe, mañá protexeranos". Dita campaña ía dirixida á poboación xeral.

1. Council Conclusions on Antimicrobial Resistance (AMR) 2876th Employment, social policy, health and consumer affairs. Council Meeting. Luxembourg, 10 June 2008. [http://www.eu2008.si/en/News_and_Documents/Council_Conclusions/June/0609_EPSCO-AMR.pdf]
2. ECDC. Microbes without borders: key facts on infectious diseases in europe. [http://ecdc.europa.eu/pdf/ECDC_2007_06_7_Epi_report_brochure.pdf]
3. Harbarth S, Samore MH. Antimicrobial resistence determinants and future control. *Emerg Infect Dis* 2005; 11: 794-801.
4. Levin BR. Minimizing potential resistence: A population dynamics view. *Clin Infect Dis* 2001; 33 (Suppl 3): S161-9.
5. McNulty CAM, Johnson AP. The European Antibiotic Awareness Day. *J Antimicrob Chemother* 2008; 62: 853–854.
6. Soellberg B et al. The Epidemic of antibiotic-resistant infections: A call to action for the medical community from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2008:46: 155-64.
7. Vid: http://antibiotic.ecdc.europa.eu/default.asp

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

O pasado 7 de maio de 2008 celebrouse, nas dependencias da Consellería de Sanidade en Santiago de Compostela, a sexta reunión da Comisión Asesora do Plan Galego de Preparación e Resposta á Pandemia de Gripe (PGPRPG), presidida pola Conselleira de Sanidade. A reunión comezou cun breve comentario da situación actual da gripe A(H5N1), tanto en aves como en humanos, e do traballo realizado polos diferentes grupos integrados no PGPRPG (ver a súa versión de agosto de 2008, que se atopa xa na páxina web da DXSP[1]).

Tratouse despois sobre a situación actual das vacinas "pandémicas" e "prepandémicas", e do resultado dos exercicios de simulacro de pandemia realizados nos complexos hospitalarios de Ourense e Pontevedra, que remataron por producir cadanseu plan de preparación fronte á pandemia de gripe. As memorias destes traballos, e a do impacto dunha pandemia simulada no 061, tamén se poden consultar na páxina web da DXSP[1].

Comentouse tamén o resultado doutro exercicio que, neste caso, trataba de avaliar a resposta que a DXSP, por unha banda, e o Centro Rexional de Saúde Pública do norte de Portugal, pola outra, lle daban á unha situación ficticia, que principiaba coa detección nun humidal de Galicia dun ave infectada con gripe aviar A(H5N1) e remataba, de non seren axeitadas as medidas de control propostas, na aparición de casos humanos de gripe A(H5N1) orixinados por transmisión persoa a persoa. O informe cos detalles e os resultados pódense consultar noutro lugar da páxina web da DXSP[2].

A reunión rematou coa presentación do resultado da avaliación do "Plan piloto de control da transmisión da gripe na asistencia ambulatoria", que se resume neste número do BEG, e cun breve comentario encol da colaboración coa Comisión Europea e o Centro Europeo para o Control e prevención de Enfermidades (ECDC) nun taller sobre preparación dos hospitais fronte á pandemia.

1. Area de traballo: transmisibles ⇨ gripe ⇨ Preparación fronte a pandemia ⇨ Plan galego de preparación.
2. Area de traballo: transmisibles ⇨ gripe ⇨ Gripe aviar.

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

- Área de traballo: Transmisibles [Vacinas]: Virus do papiloma humano: VPH.
- Área de traballo: Transmisibles [Vacinas]: Vacinación infantil: Calendario oficial 2008.

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

Antecedentes. Na quinta reunión da Comisión Asesora do Plan Galego de preparación e resposta á pandemia de gripe (PGPRPG), aprobouse a realización dun estudo piloto para avaliar a posibilidade de implantar na asistencia ambulatoria as medidas de protección persoal que poderían servir de barreira á transmisión durante unha pandemia, co fin de integralas paulatinamente na asistencia rutineira, de tal xeito que ante unha situación de pandemia sexan de aplicación automática[1].

Estas medidas que inclúen hixiene respiratoria, hixiene de mans e uso de máscaras, implantáronse en 5 centros de atención primaria de Ourense e máis no servizo de urxencias do CHOU dende o 19 de novembro de 2007 ao 15 de marzo de 2008. Para poder levalas a cabo dotouse cada centro do material necesario: carteis e folletos informativos, toalliñas de papel e papeleiras, dispensadores de locións para as mans a base de alcohol e máscaras cirúrxicas. Procurouse asimesmo que en lugares onde houbese lavamans se dispuxese sempre de produtos para lavarse as mans (v.gr. xabón e toallas desbotables)[2].

Metodoloxía e resultados. A avaliación do piloto abordouse dende tres perspectivas diferentes:

1. Tratouse de establecer o grado de percepción dos profesionais implicados no estudo piloto acerca da utilidade destas medidas e da factibilidade da súa aplicación nos centros asistenciais mediante a realización de dúas enquisas, unha ao inicio do estudo e a outra ao final de mesmo, que se focalizaron en cada un dos métodos propostos de barreiras á transmisión de virus respiratorios: a) hixiene de mans, b) hixiene respiratoria e c) uso de máscaras por parte dos pacientes.

2. Recolleuse información sobre as condicións da infraestrutura e instalacións mediante unha guía de observación directa en tres momentos puntuais: ao inicio do piloto, no cumio da epidemia de gripe, e ao final do piloto. Tamén mediante observación directa avaliouse o grao de seguimento das medidas por parte dos usuarios dos centros.

3. Recolleronse as incidencias detectadas mediante dúas enquisas aos coordinadores dos centros, que se fixeron unha ao inicio e outra ao final do estudo piloto.

Percepción da utilidade e factibilidade das medidas por parte dos profesionais. Os resultados da primeira enquisa amosaron que máis do 82% dos profesionais que traballan nos centros onde se levou a cabo o piloto consideraron que calquera das tres medidas propostas eran útiles ou moi útiles e máis dun 57% que estas serían aceptadas por algúns ou pola maioría dos usuarios.

Na segunda enquisa máis dun 72% dos profesionais opinaron que case ningún ou ningún dos usuarios dos centros seguiron as medidas propostas. Máis dun 77% dos profesionais enquisados consideraron que sería útil ou moi útil a súa implantación nos centros de saúde e nos servizos de urxencias dos hospitais.

Avaliación das condicións da infraestrutura e instalacións. Para a avaliación da colocación e dispoñibilidade do material valorouse a existencia do mesmo, necesaria para poder cumprir as medidas de barreira á transmisión. O material que máis se notou a faltar foron as máscaras cirúrxicas que despois das tres observacións so estiveron presentes no 48% dos centros. Producíronse grandes discrepancias entre centros dende un abastecemento do 89% no conxunto de materiais a un 25%.

Seguimento das medidas por parte dos usuarios. Para a análise do seguimento das medidas por parte dos usuarios tivéronse en conta o número de ocasións nas que se cumpriron as medidas de barreira correctamente, e o número delas nas que non se cumpriron, desglosadas polos diferentes motivos que levarían a ese incumprimento. Cumpríronse as medidas correctamente só no 17% das ocasións que se presentaron durante a observación. No 12% o paciente NON se cubriu con máscara/pano desbotable pero si realizou unha axeitada hixiene de mans, no 4% NON se desbotaron correctamente os panos pero si realizou unha axeitada hixiene de mans, no 64% NON se cubriu adecuadamente e non realizou hixiene de mans e no 19% NON se desbotan correctamente os panos e non realizou hixiene de mans.

Incidencias. O 100% dos coordinadores responderon que houbo problemas co subministro do material tanto ao inicio como o final do piloto, sobre todo co subministro de máscaras cirúrxicas. Só un centro notificou problemas co subministro de folletos e carteis. Todos os centros agás un informaron que tiveron problemas coa substración de material por parte dos usuarios, sobre todo panos de papel e máscaras cirúrxicas. E, en xeral, todos valoraron moi positivamente a labor informativa levada a cabo ao inicio do piloto nos centros por parte do persoal da Cruz Vermella.

Discusión. A observación directa amosou que houbo pouco seguimento por parte dos usuarios. Isto pódese achacar a diferentes factores, un deles é a falta de casos de gripe entre a poboación nesta tempada, xa que a onda epidémica se caracterizou por ser de baixa incidencia, e isto reflíctese na falta de novas acerca da gripe nos medios de comunicación, xa que cando a onda é intensa dabondo para provocar a saturación dos servizos sanitarios, fai que a atención mediática se centre máis nesta problemática.

Independentemente do seguimento que destas medidas se fixo por parte da poboación, a maioría dos profesionais consideraron que a súa implantación nos centros de saúde e nos servizos de urxencias dos hospitais sería útil ou moi útil. Por outra banda, todas estas medidas de barreiras aplicadas están fundamentadas nos datos aportados pola literatura científica e nas recomendacións de distintas axencias internacionais de saúde pública[3].

Conclusións. A valoración final do piloto pon en dúbida que a metodoloxía empregada serva para educar á poboación no uso das medidas propostas, que por outra banda son consideradas de utilidade polos profesionais participantes no piloto, e ademais están recomendadas polas principais axencias de saúde internacionais. Segundo isto, o que queda claro é que se deben implantar, pero habería que cambiar o xeito de facelo, quizais incrementando e modificando os esforzos para instruír e informar aos usuarios, e motivar ao persoal sanitario para que se implique nesa instrución.

A pesar da importancia deste tipo de intervencións, e do seu baixo custo, foron moi pouco seguidas polos doentes, problema que adoita ir engadido normalmente aos programas de intervención educativos, que como neste caso se fundamentan na aplicación rutineira de certas medidas durante un longo período de tempo e sen que exista previamente unha ameaza, como sería unha pandemia, polo que probablemente só son viables en contornos altamente motivados.

Estas simples medidas de saúde pública parecen ser altamente eficaces na redución da transmisión respiratoria dos virus[3], especialmente cando son parte dun programa estruturado que inclúa instrución e educación. Na abordaxe que se fixo neste proxecto a instrución e educación deixouse só ao albur dos carteis e folletos informativos e, no comezo do mesmo sumouse o apoio subministrado por persoal da Cruz Vermella. Semella que segundo comentarios feitos polo persoal dos centros, o seguimento foi máis axeitado nas primeiras semanas cando a instrución era recente e había persoal informando e educando aos usuarios.

Premisas a ter en conta cara a unha nova intervención:

- Estas medidas protexen aos demais e non a un mesmo, polo que a persoa afectada non se ve en perigo.
- Este tipo de intervención require o apoio non só de material informativo senón tamén de persoal motivado que instrúa as persoas.
- O material debe de ser axeitado: fácil de interpretar e atraente para os usuarios.

Recomendacións:

- Centrar a intervención nun único obxectivo de fácil aplicación e facilmente asumible, v. gr. cubrirse cun pano ao tusir e desbotar o pano axeitadamente.
- Requirir a colaboración do persoal de enfermería.
- Entregar folletos informativos sinxelos ao inicio da tempada nas salas de vacinación fronte a gripe.

1. DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. XIX, nº 5.
2. DXSP. Boletín Epidemiolóxico de Galicia; vol. XX, nº 2.
3. *Vid.* Fundamentos das medidas de barreiras á transmisión, no epígrafe "Barreiras á transmisión" do apartado adicado á gripe na área de traballo "Transmisibles" da páxina web da DXSP.

INTRODUCIÓN

Un informe recente da Organización Mundial da Saúde[1] identifica ao tabaco como o factor de risco susceptible de ser evitado que mais mortes causa no mundo, máisis de cinco millóns de persoas ao ano.

Dispóñense de distintos indicadores que permiten describir a evolución da epidemia de tabaquismo nunha poboación coma por exemplo a prevalencia de consumo. Pero para medir o impacto deste factor de risco nunha poboación concreta, a estimación ou cálculo de indicadores relacionados ca mortalidade é unha estratexia de interese para a Saúde Pública.

Os obxectivos deste traballo foron o de medir, no período comprendido entre 2001 e 2006, o impacto do consumo de tabaco nas cifras de mortalidade en Galicia e calcular os anos de esperanza de vida perdidos atribuídos ao consumo de tabaco.

MATERIAL E MÉTODO

Mortalidade atribuída ao consumo de tabaco. Na estimación da mortalidade atribuída (MA) ao consumo de tabaco empregouse un método dependente de prevalencia[2] baseado no cálculo da fracción atribuída poboacional (FAP).

$$MA = MO*FAP \text{ e } FAP = \frac{(P_0 + P_1RR_1 + P_2RR_2)-1}{P_0 + P_1RR_1 + P_2RR_2}$$

Onde MO fai referencia á mortalidade observada, P á prevalencia de consumo de tabaco e RR ao exceso de risco que teñen os fumadores (1) e os exfumadores (2) de morrer por aquelas enfermidades relacionadas co consumo de tabaco, tomando como grupo de referencia aos endexamais fumadores (0).

As estimacións fixéronse por sexo e grupos de idade quinquenais na poboación galega de 35 anos e mais para cada ano do período 2001-2006. Estimouse a mortalidade atribuída para as causas de morte asociadas ao consumo de tabaco[3]:

- Tumores: Cancro de labio-cavidade oral-farinxe, esófago, páncreas, larinxe, tráquea-pulmón-bronquios, colo de útero, vexiga urinaria, ril-pelvis renal, estómago e leucemia mieloide aguda. Enfermidades cardiovasculares: Cardiopatía isquémica, outras enfermidades cardíacas, enfermidade cerebrovascular, ateroesclerosis, aneurisma aórtico, outra enfermidade arterial.
- Enfermidades respiratorias: Neumonía-gripe, bronquitis-enfisema, outras enfermidades pulmonares obstrutivas crónicas.
- Calculáronse taxas brutas de mortalidade para cada ano en función do sexo e do grupo de idade (35-64, e 65 e mais anos).

Os cálculos fixéronse con Stata 10.

Anos de esperanza de vida perdidos. Calculáronse os anos de esperanza de vida perdidos (AEVP) atribuídos ao consumo de tabaco entre os 35 e os 65 anos para homes e mulleres en dous trienios: 2001-03 e 2004-06. Este indicador mide o impacto da mortalidade por unha causa de morte sobre o promedio de anos que vive a poboación entre dúas idades, neste caso os 35 e os 65 anos. Para cada grupo de idade (x, x+n), o número de AEVP calcúlase coma o produto da proporción de persoas que morren entre x e x+n pola diferenza entre o número de anos que poderían vivir dende x se non morresen antes de cumplir b anos (b-x) e o número de anos realmente vividos entre x e x+n, que se obteñen a partir deas funcións da táboa de mortalidade.

Os cálculos fixéronse con Epidat 3.1.

Fontes de datos. As cifras de mortalidade observada por aquelas enfermidades asociadas causalmente co consumo de tabaco obtivéronse do Rexistro de Mortalidade de Galicia (CIE-10). As prevalencias de consumo de tabaco en Galicia (fumador, exfumador e endexamais fumador) por sexo e grupo de idade (35 a 64 anos e 65 anos e mais) proceden de diferentes enquisas realizadas no período a estudo que estaban orientadas a coñecer o número de fumadores, exfumadores e endexamais fumadores en Galicia. Estas enquisas foron: *Encuesta Nacional de Salud* (ENS) de 2001[4] e 2003[5], e as enquisas do Sistema de Información sobre Condutas de Risco de Galicia (SICRI)[6] de 2005, 2006 e 2007. A partir destes datos estimáronse as series anuais de prevalencias de fumadores e endexamais fumadores, no período 2001-2006 e para cada sexo e grupo de idade, mediante modelos de regresión lineal ou cuadrática. A prevalencia de endexamais fumadores calculouse a partir da prevalencia de fumadores e exfumadores, de xeito que a suma das 3 fose 100.

Os riscos relativos, que se asumen constantes ao longo do período, proceden do seguimento aos 6 anos da cohorte do Cancer Prevention Study fase II (CPS-II)[7].

RESULTADOS

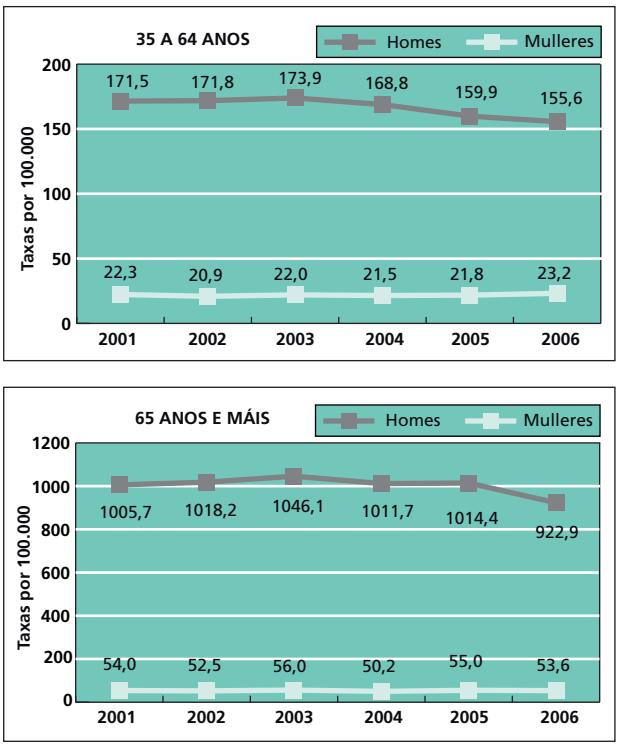
Mortalidade atribuída. No período comprendido entre 2001 e 2006 sucederon en Galicia un total de 173.234 mortes. O 98% foron en individuos de 35 anos ou mais (169.550 mortes) e o 51% destas mortes sucederon en homes.

No período analizado atribúense en Galicia ao consumo de tabaco 21.588 mortes en poboación de 35 anos e mais, sen aparecer diferenzas importantes entre os anos a estudo. Así foi o ano 2003 o momento no que máis mortalidade ao tabaco se atribuíu: 3.749 mortos e o 2006 no que menos 3.442.

Ao longo do período a estudo (2001-2006) o 12,7% das mortes sucedidas en maiores de 35 anos atribúense ao consumo de tabaco. O 67% destas mortes sucederon en homes de máis de 65 años.

Cando se analizan os resultados en función do sexo e do grupo de idade destaca o lixeiro descenso nas taxas de mortalidade dos homes, tanto nos de 35 a 64 anos como nos de 65 ou máis (Figura 1).

Figura 1. Taxas anuais de mortalidade atribuida ao tabaco en Galicia, por sexo e grupo de idade. Período 2001-06.



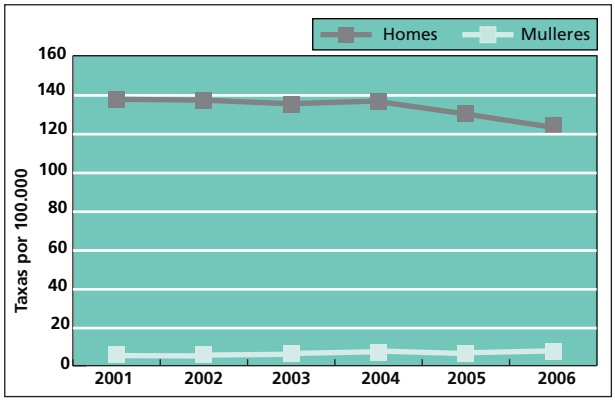
Aproximadamente o 50% das mortes atribuídas ao consumo de tabaco entre 2001 e 2006 estiveron causadas por tumores (10.532 mortes atribuidas).

O 62% das mortes por tumores foron por cancro de pulmón (6.559 mortes). Destaca que a taxa de mortalidade por cancro de pulmón tivo distinta evolución en función do sexo. Nos homes produciuse un descenso, pasando de 138,3 mortes por cen mil habitantes ($m/10^5h$) en 2001 a 124,2 en 2006. Nas mulleres, pola contra, apreciase un lixeiro aumento, pasando de 6,3 $m/10^5h$ en 2001 a 8,7 en 2006 (Figura 2).

Cando se analizan polo miúdo as causas principais de mortalidade atribuída en función do sexo destacan 5 causas que son o cancro de pulmón, as enfermidades pulmonares obstrutivas crónicas, a cardiopatía isquémica, outras enfermidades cardíacas e a enfermidade cerebrovascular tanto en homes coma en mulleres. Nos homes a principal causa de mortalidade atribuída é o cancro de pulmón e nas mulleres a enfermidade pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (Figura 3).

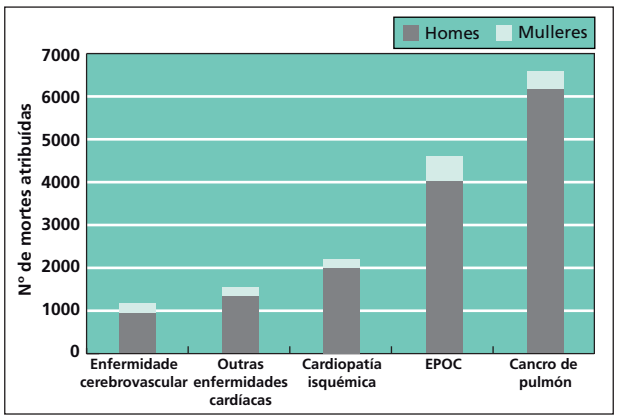
PROGRAMA DE ELIMINACIÓN DO SARAMPELO: son de declaración obrigatoria urxente ó SAEG todos os casos de enfermidade con febre >38º, exantema máculo-papular e: tose ou rinite ou conxuntivite

Figura 2. Taxas anuais de mortalidade atribuída ao tabaco por cancro de pulmón en Galicia, por sexo. Período 2001-06.



A mortalidade evitable, entendida coma aquela que sucede entre os 35 e os 64 anos, supón o 27,9% da mortalidade atribuída total: 6.015 mortes. Neste grupo de idade a causa máis importante de mortalidade é o cancro de pulmón que supón 2.373 mortes, o 40% da mortalidade prematura atribuída. Nos maiores de 65 anos a causa á que se atribuíu máis mortalidade é a EPOC (4.406 mortes) e o cancro de pulmón é a segunda causa en orde de número de mortes atribuídas (4.186). So a estas dúas causas de morte atribúese o 55% da mortalidade relacionada co consumo de tabaco na poboación de 65 e mais anos.

Figura 3. Principais causas de mortalidade atribuída ao consumo de tabaco en función do sexo. Período 2001-06.



Anos de esperanza de vida perdidos. O promedio de anos vividos polos homes galegos entre 35 e 65 anos foi de 28,4 no trienio 2001-03 e de 28,5 en 2004-06. Nas mulleres, estes valores foron 29,3 e 29,4, respectivamente. A diferenza ata os 30 anos que poderían vivir se a mortalidade a esas idades fose nula é o número de AEVP entre 35 e 65 anos: 1,6 e 1,5 nos homes e 0,7 e 0,6 nas mulleres.

A porcentaxe de AEVP a causa da mortalidade atribuída ao tabaco descendeu nos homes e aumentou nas mulleres: pasou de 28,1% a 26,8% e de 9,9% a 10,9%, respectivamente, do primeiro ao segundo trienio. En todos os casos, os tumores foron a causa que máis impacto tivo sobre os AEVP (Táboa 1), fundamentalmente debido ao cancro de pulmón. Nos homes, o 20% dos AEVP pola mortalidade atribuída ao tabaco en 2001-03 debéronse ás defuncións ocorridas no grupo de 35-44 anos; en 2004-06 esta porcentaxe diminuíu ata o 15%; nas mulleres, a porcentaxe foi do 26% nos dous trienios (Figura 4).

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
OURENSE 988 066 339
PONTEVEDRA 986 885 872
SAEG
EPIDEMIÓLOGO DE GARDA
Fóra do horario de oficina
649 82 90 90
A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG

CONCLUSIÓNS

A mortalidade atribuída ao consumo de tabaco mantense estable en Galicia no período 2001-2006. Se ben, débese destacar o importante impacto que o consumo de tabaco ten nas cifras de mortalidade, xa que se lle atribuíu o 13% da mortalidade total que se produxo neste período na poboación de 35 anos e mais.

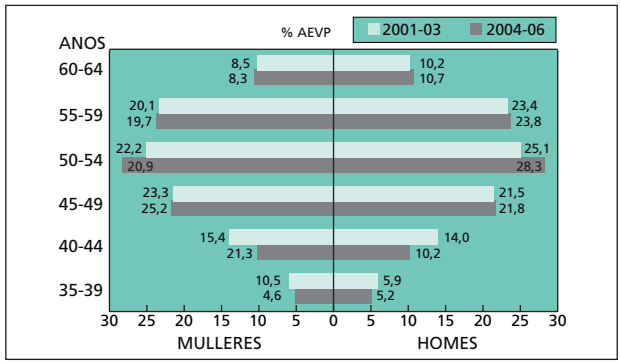
O impacto do consumo de tabaco nos AEVP queda posto de manifesto, resultando preocupante o aumento que se está a producir nas mulleres.

Táboa 1. AEVP entre 35 e os 65 anos, por sexo, causa e trienio.

		2001-03		2004-06	
Sexo	**Causa**	**AEVP**	**% AEVP**	**AEVP**	**% AEVP**
Homes	Tumores	0,31	18,9	0,29	18,4
	Cardiovasculares	0,13	7,9	0,12	7,5
	Respiratorias	0,02	1,2	0,01	0,9
	Todas	0,46	28,1	0,42	26,8
	Total	**1,65**	**100**	**1,55**	**100**
Mulleres	Tumores	0,04	5,3	0,04	6,9
	Cardiovasculares	0,03	4,0	0,02	3,5
	Respiratorias	0,00	0,6	0,00	0,5
	Todas	0,07	9,9	0,07	10,9
	Total	**0,66**	**100**	**0,62**	**100**

A descrición polo miúdo da distribución da mortalidade atribuída por sexo e grupo de idade é un indicador de valía para o deseño das estratexias orientadas a protexer a saúde da poboación galega. As estimacións obtidas poñen de relevancia a importancia de seguir a traballar na implantación de actividades de control do tabaquismo a nivel poboacional, aínda que se debería poñer un énfase especial na prevención do consumo entre as mulleres máis novas.

Figura 4. Porcentaxe de AEVP entre os 35 e os 65 anos por grupo de idade, para cada sexo e trienio.



1. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. CDC. Methodology. Smoking-attributable mortality, morbidity, and economic cost (SAMMEC). Dispoñible en: http://apps.nccd.cdc.gov/sammec/
3. CDC. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004:1-910.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001. Dispoñible en: http://www.ine.es/inebase
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de salud, 2003. Dispoñible en: http://www.ine.es/inebase
6. Pérez-Ríos M, Santiago-Perez MI, Alonso B, Malvar A, Hervada X. Prevalencia de consumo de tabaco en Galicia, 2004. Descripción de los fumadores diarios. Prev Tab. 2007; 9(4):133-40.

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA
DIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE PÚBLICA
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