



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

Boletín Epidemiolóxico de Galicia

SUMARIO

A MORTALIDADE POR CANCRO DE PULMÓN EN GALICIA, DE 1980 A 2001 1 e 3

DÉIXAO E GAÑA 2004 4

ANEXOS I e II: SITUACIÓN DAS EDO NAS CUADRISEMANAS 12 E 13/ 2003 **Anexos I e II**

A MORTALIDADE POR CANCRO DE PULMÓN EN GALICIA, DE 1980 A 2001

O CANCRO DE PULMÓN

O cancro de pulmón é a patoloxía oncolóxica que ocasiona as maiores cifras de mortalidade en Galicia, particularmente nos homes. Débese case exclusivamente a causas ambientais (factores de risco extrínsecos), pero existe tamén unha importante variación individual (factores de risco intrínsecos) na susceptibilidade ós axentes carcinógenos. Deste xeito, o risco de padecer cancro de pulmón pódese considerar como un reflexo da interrelación entre a exposición a carcinógenos ambientais e a susceptibilidade persoal a cada un destes axentes¹.

Sen dúbida, o principal factor de risco do cancro de pulmón é o tabaco. Hai estimacións que falan de que ata un 85-90% de tódalas neoplasias de pulmón derivan deste hábito. O tabaco contén máis de 3.500 substancias tóxicas, das que polo menos 20 son carcinógenos pulmonares coñecidos, e dos que cómpre salientar o benzopireno e a NKK (4-metilnitrosamina-1-3-piridil-1-butanona), que son ámbalas dúas substancias extremadamente carcinógenas. En conxunto, o seu efecto sobre o pulmón tarda anos en se manifestar; según Peto et al., os cambios nas taxas de incidencia e mortalidade no cancro de pulmón reflicten o efecto acumulativo do consumo de tabaco nos últimos 50 anos².

O risco de padecer cancro de pulmón relacionado co tabaco depende de varios factores; preferentemente, da idade de inicio do hábito, da cantidade de tabaco consumido ó día, da duración do hábito e do tipo de tabaco consumido: os que fuman puros teñen máis risco de padecer cancro de farinx e larinxe e cavidade oral, mentres os fumadores de "cigarros" padecen con máis frecuencia cancro de pulmón. O fume do tabaco ambiental tamén é un axente carcinógeno, e por iso os fumadores pasivos teñen maior risco de cancro de pulmón que a poboación non exposta ó fume do tabaco.

Ademais, o cancro de pulmón é un dos cancros que con máis frecuencia se asocia a exposicións ocupacionais. As estimacións sobre a porcentaxe de cancro de pulmón relacionado con exposicións ocupacionais, falan dun rango que varía entre un 9 e un 15%. Os traballadores de empre-

sas nas que se manexan compostos químicos e os que están en contacto con polvo ou partículas microscópicas (asbesto, polvo da madeira e sílice) son os que presentan maior risco de cancro de pulmón.

Hai outros factores de risco asociados ó cancro de pulmón, como as radiacións ionizantes³ (raios X, accidentes nucleares), a contaminación ambiental (combustión de gasóleos e gasolinas), e a contaminación do aire interior (gas radón, combustión do carbón, produtos de limpeza...), pero a dificultade para cuantificala exposición a estes factores non facilita a cuantificación do risco. Ademais, o consumo de cigarrillos potencia o efecto da maioría dos outros carcinógenos pulmonares coñecidos.

Fixéronse tamén abundantes estudos epidemiolóxicos sobre o efecto que podería te-lo consumo de froitas e vexetais no risco de cancro de pulmón, e neles non se observou unha asociación consistente, pero insinúase a posibilidade dunha asociación protectora. Ora ben, o consumo de micronutrientes, como as vitaminas A, C ou E, non demostrou un efecto protector^{4,5}.

Entre os chamados factores de risco intrínsecos, adoita considerarse o sexo, porque se observou que as mulleres teñen, controlando o efecto doutros factores, entre 1'5 e 2 veces máis risco de padecer cancro de pulmón cos homes; as *enfermidades respiratorias previas*, xa que o risco de cancro de pulmón é maior nas persoas que padeceron tuberculose, silicose, sarcoidose ou enfermidade pulmonar obstructiva crónica; e a *historia familiar*, xa que, antes dos 59 anos de idade, o risco de cancro de pulmón é maior nas persoas con historia familiar de cancro de pulmón entre os seus parentes de primeiro grao. Por outra banda, hai xenes asociados ó cancro de pulmón, entre os que destacan CYP1A1, CYP2D6 y GSTM1.

Histoloxicamente, o cancro de pulmón divídese en catro tipos fundamentais: carcinoma de células grandes, adenocarcinoma, cancro de células escamosas, tamén chamado carcinoma epidermoide e cancro de células pequenas ou de células en avela (*oat cells*). Mais, a pesar de que hai certa asociación epidemiolóxica entre o tipo histolóxico e os diversos factores de risco (por exemplo; nos fumadores, a histoloxía máis frecuente é a de carcinoma de células escamosas, seguida do carcinoma de células pequenas; e nas mulleres e nos suxeitos que non fuman, a de adenocarcinoma), na descripción que segue non se toman en conta os diferentes tipos histolóxicos.

MORTALIDADE POR CANCRO DE PULMÓN EN GALICIA

Consideración previa. Ó ler este documento hai que ter presente que os datos fan referencia ó momento da morte e non ó momento no que o cancro foi diagnosticado (incidencia). En xeral, os datos de mortalidade pódense tomar como datos de incidencia só cando o lapso entre diagnóstico e morte, a supervivencia, é moi breve; e, ó compara-los datos de mortalidade ó longo dun período, hai que ter en conta tamén os cambios na supervivencia que, por adiantamento diagnóstico (por exemplo, unha nova proba de *screening*) ou por unha mellora no tratamento, se producen no período de interese. Neste senso, e atendendo ós datos tomados en varóns brancos nos EEUU, a supervivencia do cancro de pulmón ós 5 anos atópase no 13'6%, e mantivo-se estable de 1977 a 1990⁶.

Cadro 1. As taxas: definición e interpretación

<p>Taxa bruta. Calcúlase dividindo o número de persoas dunha poboación que morren nun período de tempo, polo total de persoas que forman a dita poboación nese período de tempo. En xeral, exprésanse multiplicadas por cen mil, por facilita-la comunicación do seu valor, e non serven para comparar unhas poboacións con outras, nin a mesma poboación en diferentes períodos de tempo, se, como adoita ocorrer, as poboacións teñen estruturas demográficas diferentes.</p> <p>Taxa específica por idade. Calcúlase como unha taxa bruta, pero referida a un grupo de idade específico. Permite compara-la mortalidade observada nun grupo de idade en distintas poboacións, e mesmo na mesma poboación en períodos diferentes.</p> <p>Taxa axustada por idade. Estima o número de mortes que habería na poboación estudiada se tivera a distribución por idade dunha poboación estándar. As taxas axustadas de distintas poboacións poden compararse, pero os seus valores, fóra dos propósitos da comparación, carecen de significado.</p>

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

- Área de traballo: Transmisibles [Enfermidades de orixe alimentaria]: Diagnóstico e manexo das EOA.
- Área de traballo: Transmisibles [Enfermidades de orixe alimentaria]: Cogomelos.
- Área de traballo: Transmisibles [Non transmisibles/cribado]: Cancro de pulmón: metodoloxía.
- Área de traballo: Transmisibles [Non transmisibles/cribado]: Cancro de pulmón: Documento anexo con datos ampliados, DADA.
- Área de traballo: Aplicacións e datos: Datos EDO Galicia. Incorporáronse xa os datos de 2003.

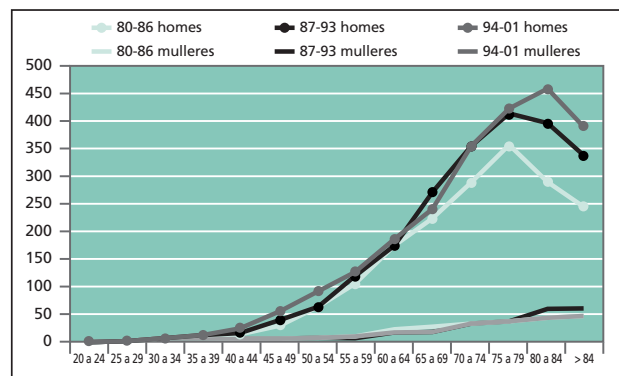
Material, métodos e outros resultados. A orixe dos datos cos que se elaborou este informe e as técnicas analíticas empregadas, describíense nun documento que se pode atopar no espazo dedicado ó cancro de pulmón na área de traballo "non transmisibles/cribado" da páxina web da DXSP (<http://dxsp.sergas.es>). Neste espazo da páxina web atópase tamén un documento anexo que contén un conxunto de datos que amplían os presentados neste informe. Este documento anexo con datos ampliados vai ser referido aquí como DADA.

Datos básicos. No período estudado, de 1980 a 2001, morreron por cancro de pulmón en Galicia 22.957 persoas, das que 20.186 (o 86%) eran homes. Nestes, a taxa bruta de mortalidade (ve-lo cadro 1) medrou de forma progresiva no período, pasando dunha taxa de 43 mortos por 100.000 habitantes ($m/10^5h$) no ano 1980 a outra de 89 $m/10^5$ en 2001. Nas mulleres tamén se observou un aumento da mortalidade por esta causa, cunhas taxas brutas que medraron dos 7 $m/10^5$ no ano 1980 ós 11 $m/10^5$ en 2001. A evolución das taxas brutas anuais para homes e mulleres pódese atopar no DADA.

Distribución por idade. O cancro de pulmón é unha patoloxía que afecta sobre todo a persoas de idade avanzada. Durante o período estudado, a idade mediana da morte foi, nos homes, 69 anos, co percentil 25 en 61 e o 75 en 76 anos; e nas mulleres, respectivamente, en 73, 63 e 80 anos. Deste xeito, durante o período estudado, as taxas específicas por idade (ve-lo cadro 1) nos homes de 40-44 anos ($17'3 m/10^5h$) foron 20 veces inferiores ás dos homes de 75-79 anos ($403'5 m/10^5h$). Nas mulleres tamén se observan diferenzas deste tipo, pero non son tan importantes.

Ó dividi-lo período estudado en tres sub-períodos (1980-86, 1987-93 1994-01) e calcular en cada un deles as taxas anuais de mortalidade específicas por idade (ve-la figura 1), obsérvase que, nos homes e nos grupos de 70 a 74 anos en diante, as taxas medran período a período, de tal xeito que, a idades iguais, a mortalidade é maior canto máis recente é o período considerado. Estas diferenzas poden estar a reflectir un efecto cohorte/período, debido, quizais, a que as cohortes máis novas (as que acadan as idades con á maior mortalidade no último período) tiveron un acceso máis doado ó consumo de tabaco, acceso que tería favorecido unha maior prevalencia do hábito, que ademais sería máis intenso e de maior duración. Ora ben, hai que ter presente que este efecto cohorte/período podería estar artificialmente reforzado por unha mellora progresiva da certificación da causa da morte en idades avanzadas.

Figura 1.- Mortalidade por cancro de pulmón en Galicia por sexo e período. Taxas específicas por cen mil habitantes.



Distribución xeográfica. No período 1980-2001, a distribución xeográfica da mortalidade por cancro de pulmón en homes e mulleres foi notablemente diferente. En homes, as razóns de mortalidade estandarizada (RME)⁷ máis elevadas déronse nos concellos da costa de Galicia; e nas mulleres, os concellos con RME máis elevadas están distribuídos a modo dun eixo que percorre Galicia polo centro e remata ó sur da provincia de Pontevedra e no Oeste de Ourense (ve-la figura 3). Tanto en homes como en mulleres, as diferenzas entre concellos son estatisticamente significativas (ve-lo DADA).

Táboa 1: Taxas anuais de mortalidade brutas e axustadas á poboación europea, por cen mil habitantes, por cancro de pulmón en homes maiores de vinte anos no período 1980-2001.

Provincia	TAXA BRUTA	TAXA AXUSTADA E IC _{95%}	
	Taxa	Intervalo de confianza	
A Coruña	101	97	95 99
Lugo	89	65	63 68
Ourense	85	64	62 67
Pontevedra	93	98	95 100
Galicia	94	85	84 87

Esta distribución por concellos determina, nos homes, que nas provincias da Coruña e Pontevedra a mortalidade fose, durante o período estudado, moito máis elevada cá das provincias de Lugo e Ourense, como se pode constatar ó compara-las taxas axustadas (ve-lo cadro 1) da táboa 1, e mesmo tamén nas taxas brutas, a pesar de que estas últimas

provincias son demograficamente máis vellas. Pola contra, nas mulleres non se observan diferenzas na mortalidade ó agrupa-los datos en provincias (ve-lo DADA).

Para explicar estas diferenzas xeográficas habería que coñece-los antecedentes de exposición das distintas poboacións ós diferentes factores de risco. Co coñecemento actual, estes antecedentes serían, preferente pero non unicamente, os de consumo de tabaco, pero non se dispón de información suficiente nin sobre este nin sobre outros factores de risco.

Tendencia da mortalidade Como quera que a morte por cancro de pulmón ocorre despois dos 20 anos de idade, para estudia-la súa tendencia empregáronse as taxas de mortalidade axustadas á poboación europea en maiores de 20 anos. Nos homes, esta taxa axustada sufriu un importante incremento durante o período 1980-2001 (ve-la figura 2), pasando de 64 $m/10^5h$ no ano 1980 a 91'32 en 2001, cun máximo que ocorreu en 1994 (96 $m/10^5h$). Como se indica na táboa 2, o incremento das taxas foi máis acusado no período 1980-1989 (incremento anual do 3'6%) que no período 1989-2001, no que se observou unha tendencia á estabilización (incremento anual do 0'5%). Ó analiza-lo comportamento nos distintos grupos de idade neste último período, 1992-2001, obsérvase unha tendencia á redución nos homes de 20-44 e maiores de 55 anos, mentres nos de 45-54 anos obsérvase unha tendencia ó alza, cun incremento anual do 3'5% (ve-lo DADA).

Táboa 2. Mortalidade por cancro de pulmón en Galicia: ano de inflexión no modelo de regresión Jointpoint e porcentaxes de cambio anual da tendencia, por períodos.

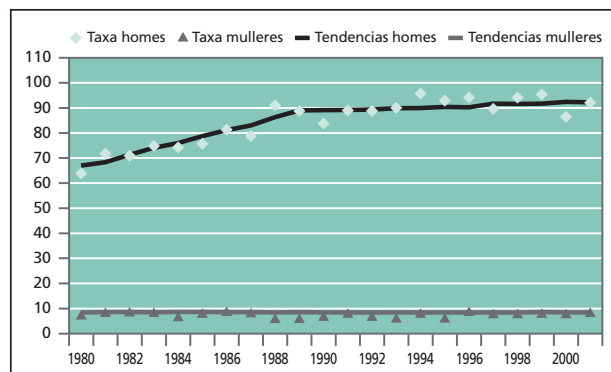
SEXO	INFLEXIÓN	PORCENTAXE DE CAMBIO ANUAL	
	Ano (IC95%)	Período	PCA (IC95%) Tendencia*
Homes	1989 (1986-1996)	1980-89	3'3 (2'2; 4'4) Crecente
		1990-01	0'4 (-0'3; 1'1) Estable
Mulleres	non hai	1980-01	0'1 (-0'7; 0'9) Estable

(*) Ve-lo documento coa metodoloxía na web da DXSP.

Nas mulleres, as taxas de mortalidade axustadas por idade en maiores de 20 anos mostran un comportamento estable no conxunto do período 1980-2001, cun incremento anual do 0'1% (ve-la figura 2). A taxa máis alta correspondeu ó ano 1981, con 10 $m/10^5h$, e a máis baixa ó ano 1989, con 7 $m/10^5h$. Ó face-la análise por idades obsérvase, nas mulleres de 20 a 44 anos, un incremento anual do 2'5%, e nas mulleres de 45-54 do 1'7%. Nas de 55 ou máis anos de idade, obsérvase unha tendencia á redución das taxas do -0'5% anual (ve-lo DADA).

A evolución das taxas en homes en Galicia é semellante á observada noutros lugares como Cataluña, pero alí as taxas observadas son menores que en Galicia. En EEUU tamén se observou unha tendencia ó aumento entre os anos 1975 e 1991, e posteriormente a tendencia virou cara ó descenso. No resto de Europa obsérvase tamén esta tendencia á baixa que comezou despois dos anos 70 na Europa do Norte e Oeste, e despois dos 80 na Europa do Mediterráneo. Nos países do Leste de Europa a tendencia todavía era ó aumento no ano 2000, como consecuencia do grande aumento da prevalencia de fumadores, polo que hoxe en día teñen as taxas máis elevadas de Europa.

Figura 2.- Tendencia da mortalidade por cancro de pulmón en Galicia (1980-2001). Taxas anuais, axustadas á poboación europea, por cen mil habitantes.



Pola súa banda, nas mulleres, a tendencia ó aumento na mortalidade por cancro de pulmón observado en Galicia nas máis novas, semella que está a reflecti-la súa recente incorporación masiva ó consumo de tabaco.

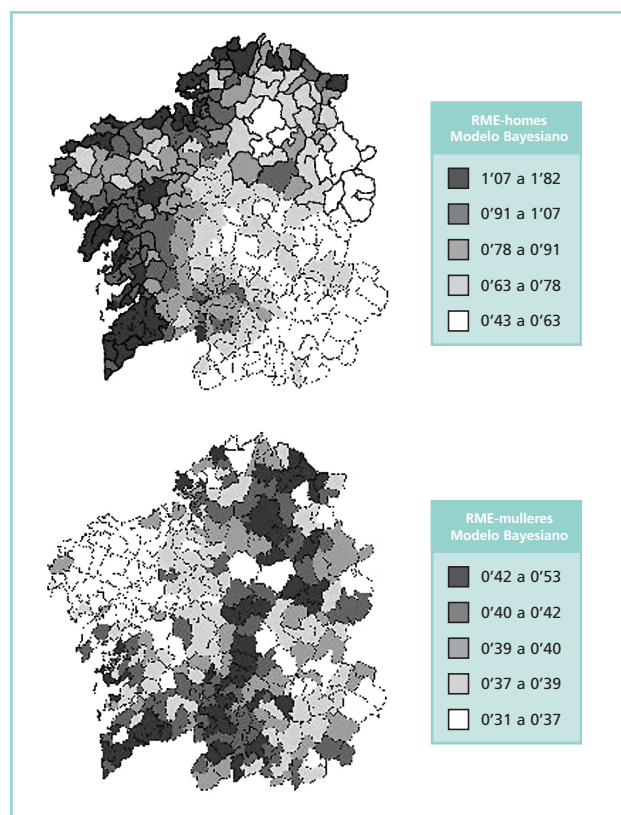
Distribución xeográfica da tendencia. Na análise da tendencia da mortalidade por cancro de pulmón nos diferentes concellos de Galicia obsérvanse certas diferenzas, pero en ningún caso foron estatisticamente significativas, nin para homes nin para mulleres (ve-los mapas no DADA).

Impacto da mortalidade por cancro de pulmón: anos de esperanza de vida perdidos (AEVP). Se non se morrese antes dos 85 anos de idade, serían 65 os anos que se vivirían dende os 20, que é a idade a partir da cal se empezan a producir mortes por cancro de pulmón. Pero non ocorre deste xeito. A esperanza de vida efectiva entre 20 e 85 anos é menor,

e a diferenza entre este valor e o máximo que supoñen, neste caso, os 65 anos, coñécese como AEVP.

Para coñecer a evolución deste indicador en Galicia no período de estudo, calculouse o seu valor nos tres trienios que figuran na táboa 3, na que constan tamén, para homes e mulleres, a esperanza de vida entre 20 e 85 anos, os AEVP globais (por tódalas causas de morte) e os debidos á morte por cancro de pulmón, e a porcentaxe que estes supoñen naqueles.

Figura 3. Distribución xeográfica da razón de mortalidade estandarizada (RME) por cancro de pulmón en cada sexo. Galicia, 1980-2001.



No período estudado, nos homes o número de AEVP pasou de 12 no primeiro trienio a 10'2 no último, o que supón un descenso do 15%, mentres nas mulleres o descenso relativo dos AEVP foi moito máis acusado, dun 30%, entre os mesmos trienios (ve-la táboa 3). Estes cambios reflicten unha diminución do nivel global de mortalidade entre 20 e 85 anos en ámbolos dous sexos.

Táboa 3.- Esperanza de vida (EV) entre 20 e 85 anos e AEVP en Galicia.

SEXO	TRIENIO	EV 20 - 85	CANCRO DE PULMÓN		
			global	AEVP	% de global
Homes	80-82	53'01	12'00	0'75	6'23
	90-92	53'43	11'57	0'95	8'24
	99-01	54'81	10'20	1'04	10'24
Mulleres	80-82	57'93	7'07	0'12	1'64
	90-92	59'04	5'96	0'10	1'70
	99-01	60'09	4'92	0'12	2'39

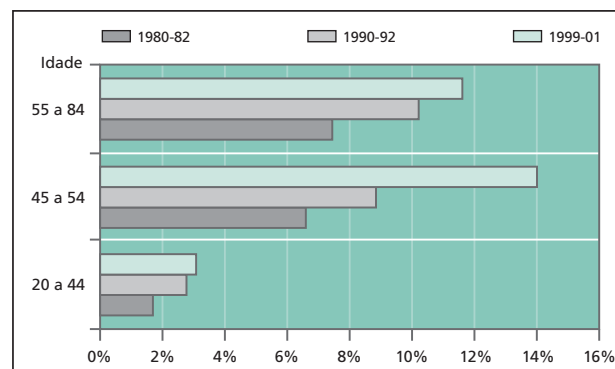
Pola contra, os AEVP debido á mortalidade por cancro de pulmón nos homes medraron trienio a trienio, e no último xa supuñan un 10% dos AEVP por tódalas causas (ve-la táboa 3), debido fundamentalmente á elevada mortalidade nos maiores de 45 anos (ve-la figura 4).

Nas mulleres, o impacto do cancro de pulmón sobre os AEVP en cada trienio é cuantitativamente menor que nos homes (ve-la táboa 3), pero tamén medrou co paso do tempo, sobre todo no grupo de 45 a 54 anos (ve-lo DADA).

Impacto da mortalidade na esperanza de vida (EV). Nas dúas últimas décadas, a esperanza de vida ó nacemento aumentou en Galicia 3'7 anos nos homes (de 70'2 a 75'9); e 4'8 anos nas mulleres (de 78'5 a 83'3). Estes cambios producíronse porque ó longo deses anos a mortalidade global diminuíu, pero este resultado global pódese descompoñer no efecto que cada causa específica ocorrida nos distintos grupos de idade tivo sobre el, sobre o cambio na EV. Este efecto pode ser posi-

tivo, e contribuír ó aumento da EV global, cando a mortalidade específica ó principio do período é maior que cando remata; ou ser negativo, cando a mortalidade específica ó principio do período é menor que cando remata.

Figura 4.- Porcentaxe de AEVP por cancro de pulmón nos homes en Galicia, por grupo de idade e período



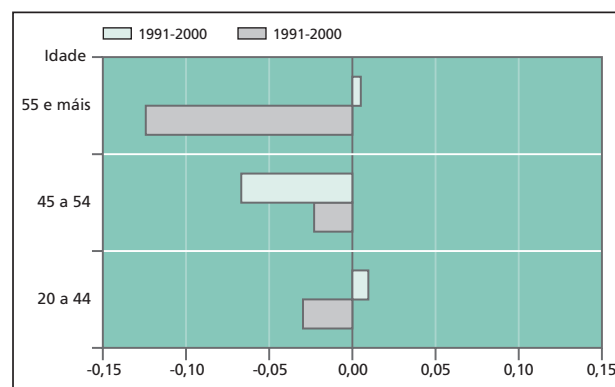
Como se mira na táboa 5, nos homes o cambio na esperanza de vida foi máis importante na década dos noventa (2'43 anos) que na dos oitenta (1'30 anos); e o efecto da mortalidade por cancro de pulmón sobre os ditos cambios foi, nambolos dous períodos negativo, pero foi moito menor na última década, feito que indica que se freou un pouco o rápido incremento dos anos 80, como se observou na tendencia das taxas axustadas da figura 2, e debido ó descenso da mortalidade nos homes de 20 a 44 anos e nos maiores de 55 (ve-la figura 5).

Táboa 5. Efecto da mortalidade por cancro de pulmón na EV en Galicia.

PERÍODO	CAMBIO NA ESPERANZA DE VIDA (EN ANOS)			
	GLOBAL		EFECTO DO CANCRO DE PULMÓN	
	HOMES	MULLERES	HOMES	MULLERES
1980-82 a 1990-92	1'30	2'22	-0'1691	0'0144
1990-92 a 1999-01	2'43	2'53	-0'0466	-0'0104

Pola súa banda, nas mulleres, o aumento da esperanza de vida foi semellante nas dúas décadas, e o mesmo ocorre co efecto da mortalidade por cancro de pulmón, aínda que neste caso o efecto é contrario: positivo na primeira década e negativo na segunda. (ve-la táboa 5). Ora ben, a magnitude do efecto, tanto nun sentido coma no outro é tan pequena que non contradí a tendencia estable observada nas taxas axustadas da figura 2. O comportamento por grupos de idade pódese atopar no DADA.

Figura 5.- Efecto da mortalidade por cancro de pulmón sobre a EV en Galicia por grupo de idade en homes.



¹ Alberg AJ, Samet JM. Epidemiology of lung cancer. *Chest*. 2003; 123 (Suppl 1): 215-495.

² Peto et al. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford University Press, NY, 1994.

³ Boice, JD, Jr Studies of atomic bomb survivors: understanding radiation effects. *JAMA* 1990; 264, 622-623

⁴ Miller et al. Fruits and vegetables and lung cancer: findings from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. *Int J Cancer* 2004; 108 (2): 269-276.

⁵ Ruano-Ravina A, Figueiras A, Barros-Dios JM. Lung cancer and related risk factors: an update of the literature. *Public Health* 2003; 117: 149-156.

⁶ National Institutes of Health. National Cancer Institute. En: <http://seer.cancer.gov/publications/raterisk/index.html>.

⁷ Ve-lo documento coa metodoloxía na web da DXSP.

DÉIXAO E GAÑA 2004

INTERNATIONAL "QUIT and WIN"

INTERNATIONAL "QUIT and WIN" (Q&W) é unha campaña de ámbito internacional que se organiza, cada dous anos, desde 1994. Está coordinada polo *National Public Health Institute in Finland (KTL)* e conta co apoio da Comisión Europea e da Organización Mundial da Saúde (<http://www.quitandwin.org>).

O Q&W é un concurso para deixar de fumar dirixido a maiores de 18 anos. Os participantes comprométese a non fumar durante un período de 4 semanas, ó tempo que se lles ofrece a posibilidade de gañar diferentes premios: viaxes, estancias en hoteis de luxo, premios económicos, etc., pero o máis importante e que todos gañan: saúde e calidade de vida.

Este tipo de programa permite chegar a moita xente cun esforzo e custo relativamente baixo e conseguilo abandono do tabaco, de xeito mantido ó ano, nun 15-25% dos participantes.

Dende o seu inicio en 1994, non deixou de medra-la participación, tanto no número de países como de persoas, pasando dos 13 países e 60.000 persoas de entón ós 90 países e máis de 700.000 persoas no ano 2002.

No Q&W 2002, preto de 10.000 persoas eran de cinco CCAA de España: Canarias, Cataluña, Castela-León, A Rioxa e Galicia. Nesta edición esperamos alcanzar unha maior participación ó ter confirmada a organización ademais en Ceuta e Melilla e as CCAA de Murcia e Cantabria.

QUIT AND WIN EN GALICIA 2004

Baixo o lema "DÉIXAO E GAÑA" (D&G), esta actividade enmárcase dentro do Programa Galego de Promoción da Vida sen Tabaco da Dirección Xeral de Saúde Pública (<http://dxsp.sergas.es>).

O concurso, celebrarase do **9 de maio ó 6 de xuño**, e está dirixido ós máis de 750.000 fumadores diarios, de 18 ou máis anos. Nesta edición preténdese conseguir unha participación >2.500 fumadores e acadar unha taxa de abstinentes ó ano >25%. A campaña D&G, tamén pretende reforza-lo hábito positivo dos non-fumadores e o seu labor de apoio ás persoas fumadoras que intentan deixar de fumar, e facer que persoas fumadoras que aínda non se propuxeron deixa-lo tabaco pasen a fases máis activas de cara ó abandono.

Os gañadores, que serán seleccionados por sorteo, terán que pasar por unha entrevista persoal e polas comprobacións e probas diagnósticas oportunas para comproba-la súa abstinencia.

As persoas interesadas en participar no concurso poden inscribirse por tfno.: **981 555 830**, na **páxina web** (<http://dxsp.sergas.es>), ou enviar por correo a tarxeta de solicitude que atopará nas farmacias, hospitais e centros de saúde.

Premios para os fumadores (e patrocinadores): (1) cruceiro polo Caribe (Caixa Galicia); (2) un ordenador portátil (PSA Peugeot Citroën); (3) viaxe a Canarias (Iberia e Hoteis Riu); (4) fin de semana e servizo de balneario (Gran Hotel La Toja); (5) televisión Sony 29" (Carrefour SA); e (6) tarxeta regalo virtual de 300 €. (Cuatro Caminos CC). **Premios especiais:** (1) Socios Sanitas: fin de semana en Baiona e (2) fin de semana e servizo de balneario (Colexio Oficial de Farmacéuticos da Coruña).

Premios internacionais: seis premios de \$ 2.500 (un por cada rexión da OMS) e un superpremio de \$ 10.000.

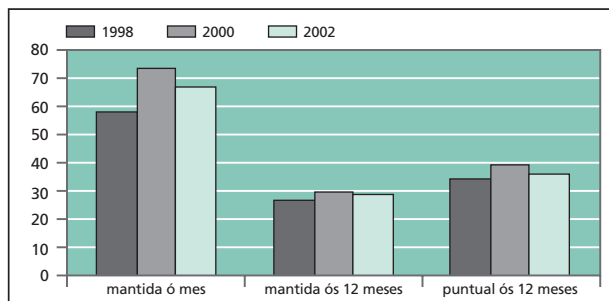
Premios para as testemuñas non fumadoras: (1) cruceiro polo Mediterráneo (Spanair/Pulmantur); (2) viaxe a Palma de Mallorca (Halcón Viajes); (3) fin de semana e servizo de balneario (Hotel Melia Balneario de Mondariz); (4) fin de semana en Baiona (Sanitas) (5) telecombo DVD Philips e (6) minicadea musical LG (GADIS).

RESULTADOS DOS CONCURSOS "DÉIXAO E GAÑA"

Para coñece-la efectividade das diferentes edicións de "Déixao e gaña", pasado un ano da celebración do concurso e mediante unha

mostraxe aleatoria simple, quitouse unha mostra dos participantes e se lles preguntou pola súa relación co consumo de tabaco. En concreto, quería saberse cal era a "abstinencia mantida" (é dicir, a porcentaxe de persoas que non fumaron dende o inicio do concurso) ó mes e ós 12 meses, e cal a "abstinencia puntual" ós 12 meses (é dicir, a porcentaxe de persoas que non fuman no momento da entrevista pero que o fixeron nalgún momento do período de tempo avaliado).

Fig. 1.- Porcentaxe de persoas con abstinencia mantida ó mes e ós 12 meses, e con abstinencia puntual, despois dos concursos Déixao e gaña de 1998, 2000 e 2002.



Os resultados que se obtiveron son moi semellantes en tódolos anos (ve-la figura 1), e na táboa 1 móstranse agregados como se se tratase dunha soa mostra. Deles cómpre salienta-lo elevado nivel de abstinencia mantida ó cabo dun ano (entre un tercio e un cuarto dos participantes), que lle confiren a estas intervencións, polo seu baixo custo, unha grande eficiencia.

Táboa 1.- Efectividade dos concursos Déixao e gaña: 1998, 2000 e 2002

Nº DE FUMADORES PARTICIPANTES		8.952
Efectividade	%	Intervalo de confianza ó 95%
Abstinencia mantida ó mes	66	64 – 69
Abstinencia mantida ós 12 meses	29	26 – 31
Abstinencia puntual ós 12 meses	37	34 – 39

Intervención en persoal sanitario. No ano 2002 fixose unha intervención específica sobre profesionais sanitarios, na que se acadou unha participación de 242 fumadores, dos que 119 (49%) eran persoal de enfermería, 45 (18'5%) médicos e 35 farmacéuticos (14'5%), que supuxeron, respectivamente, unha taxa de participación do 30, 17 e 31%, respectivamente.

Os participantes nesta intervención tiñan, en conxunto, características semellantes ás dos participantes do concurso dirixido á poboación xeral (ve-la táboa 2), e as taxas de abstinencia ó mes e ó ano da campaña son tamén moi semellantes: a abstinencia mantida ó mes foi do 73%, e ós 12 meses do 26%.

Táboa 2.- Perfil dos participantes en "Déixao e gaña"

VARIABLE	CATEGORÍA	POBOACIÓN XERAL	PERSOAL SANITARIO
Xénero	Muller	47%	68%
Idade	25 – 44 anos	70%	62%
Estado civil	Casado	55%	47%
Nivel educación	≥ 13 anos	86%	79%
Consumo tabaco	≥ 15 cig/día	80%	74%
Anos de fumador	≥ 10 anos	75%	72%
Intentos previos	≥ 1 intento	80%	82%

SISTEMA DE ALERTA EPIDEMIOLÓXICA DE GALICIA

TELÉFONOS DIRECTOS EPIDEMIOLÓXICA
Horario de oficina (8 a 15 h.)

A CORUÑA 981 185 834	SAEG
LUGO 982 294 114	
OURENSE 988 386 339	
PONTEVEDRA 986 805 872	

EPIDEMIÓLOGO 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

Servicio de Información sobre Saúde Pública

Telf.: 981 542 929 / Fax: 981 542 970

E-mail: dxsp.vixepi@sergas.es

XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Saúde Pública