

BEG

Boletín Epidemiológico de Galicia

SUMARIO

| | |
|--|----------|
| DECLARACIÓN DE GALICIA SOBRE A NECESIDADE DA SUPLEMENTACIÓN CON IODO DURANTE O EMBARAZO E A LACTACIÓN | 1 |
| MORTALIDADE POR CANCRO DE ESTÓMAGO EN GALICIA NO PERIODO 1980-2004 | 2 |
| A RUBEOLA XA É UNHA ENFERMIDADE DE DECLARACIÓN URXENTE EN GALICIA | 4 |
| ANEXO I: GUÍA DE PREVENCIÓN DOS TRANSTORNOS CAUSADOS POLO DÉFICIT DE IODO EN GALICIA | |
| ANEXO II: RESULTADOS DO PROGRAMA GALEGO DE DETECCIÓN PRECOZ DO CANCRO DE MAMA 1992-2005 | |

DECLARACIÓN DE GALICIA SOBRE A NECESIDADE DA SUPLEMENTACIÓN CON IODO DURANTE O EMBARAZO E A LACTACIÓN

Limiar. O iodo é un micronutriente esencial para a saúde humana e é un substrato indispensable para a síntese de hormonas tiroideas iodadas (T3 e T4), que teñen efectos sobre, practicamente, todos os tecidos do organismo e, fundamentalmente, sobre o desenvolvemento do sistema nervioso central.

Durante a xestación, as necesidades de iodo son maiores e unha deficiencia leve ou moderada, ademais de asociarse a un maior risco de resultados obstétricos adversos, pode levar a concentracións circulantes de T4 materna insuficientes para un desenvolvemento harmónico do cerebro do feto e do neonato, causa de lesións e defectos neurolóxicos, psicomotores e neuropsicolóxicos permanentes e irreversibles. Ademais, existe unha clara asociación entre iodurias baixas e escotomas auditivos.

A Organización Mundial da Saúde declara a carencia de iodo como a causa mundial máis frecuente de atraso mental e parálise cerebral que se poden previr e é a consecuencia máis importante e grave por déficit nutricional de iodo, polo que a súa erradicación se converte nunha prioridade mundial en materia de saúde pública.

A Consellería de Sanidade e as sociedades científicas relacionadas, conscientes da necesidade de erradicar a deficiencia de iodo durante o embarazo e a lactación, adhírense e asinan a presente Declaración para Galicia.

A DECLARACIÓN

por unha achegada de iodo adecuada durante o embarazo e a lactación

As necesidades de iodo están moi aumentadas durante o embarazo e a lactación.

A correcta achega de iodo durante a xestación e a lactación é esencial para o correcto desenvolvemento do feto e para a saúde da nai e do neonato.

O iodo é necesario para a formación das hormonas tiroideas. As hormonas tiroideas (tiroxina e triiodotironina) son necesarias durante toda a vida para unha función normal do sistema nervioso central e especialmente esenciais durante a vida fetal e a primeira infancia. As neuronas teñen receptores para as hormonas tiroideas, e estas participan na formación da mielina e na migración neuronal ata a codia cerebral, que finaliza aos tres anos de vida.

Estímase que a maioría das mulleres embarazadas reciben unha contribución insuficiente de iodo durante a xestación e a lactación.

A recomendación de incrementar a contribución de iodo aumentando a contribución de alimentos con maior riqueza natural en iodo, como o peixe mariño ou o leite, e a achega de sal iodado son insuficientes para cubrir as necesidades maternofetais.

Estímase que é necesaria a suplementación de iodo mediante a administración de 200 microgramos diarios de iodo en forma de ioduro potásico (IK) durante todo o embarazo e a lactación. Débese comezar a contribución canto antes e, se fose posible, dende un mes antes do embarazo. Os 200 microgramos cobren as necesidades da nai, do feto, e do neonato mentres a muller está aleitando.

No suposto de que a xestante estivese realizando unha contribución adecuada de iodo cos alimentos e con sal iodado, o cal non é fácil de precisar na práctica, a contribución de 200 microgramos diarios non supón nunca unha contribución que puidera ser prexudicial para a muller nin para o feto.

Aínda que existen escasos datos baseados en ensaios clínicos de intervención, a literatura científica actual, baseada fundamentalmente en exhaustivos estudos epidemiolóxicos, clínicos e fisiopatolóxicos, fixo que múltiples sociedades científicas (sociedades españolas de endocrinoloxía, pediatría, obstetricia e xinecoloxía, medicina familiar e comunitaria) e outras institucións, entre elas a OMS e UNICEF, recomendasen a suplementación arriba indicada.

Dende hai algo máis dun ano, comercialízase un preparado de 200 microgramos de iodo en forma de ioduro potásico, financiable pola Seguridade Social, segundo autorización do Ministerio de Sanidade e Consumo.

Sociedades que se adhíren e asinan esta declaración:

Asociación Galega de Matronas
Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria
Sociedade Galega de Endocrinoloxía, Nutrición e Metabolismo
Sociedade Galega de Medicina Interna
Sociedade Galega de Medicina Rural e Xeneralista
Sociedade Galega de Medicina Xeral
Sociedade Galega de Obstetricia e Xinecoloxía
Sociedade de Pediatría de Galicia
UNICEF Galicia

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

- En portada: Información sobre polen [acceso directo á páxina da Rede Galega de Aerobioloxía]
- Área de traballo: Transmisibles [gripe-preparación fronte á pandemia]: Plan Galego de Preparación e Resposta. Edición: Febreiro 2007.
- Área de traballo: Non transmisibles/cribado [escola e saúde]: Revista Saudiña, nº 13.
- Área de traballo: Aplicacións e datos [interrupcións voluntarias do embarazo]: Actualización cos datos de 2005.

O cancro de estómago. O cancro de estómago é unha das patoloxías oncolóxicas máis relevantes, en termos de incidencia e mortalidade. Aínda que a incidencia sufriu unha caída importante, no ano 2002 situábase no cuarto lugar como cancro máis diagnosticado no mundo, e no segundo lugar como causa de defunción máis frecuente¹. En Europa, no ano 2004, o cancro de estómago foi o quinto cancro máis diagnosticado, e ocupou o terceiro lugar como causa de defunción².

As dúas localizacións principais do cancro de estómago son proximal, que está localizado no cardias, e distal, cando non está localizado no cardias. Aproximadamente o 90% dos cancros de estómago son adenocarcinomas, e os dous tipos histolóxicos máis frecuentes son o intestinal ou ben diferenciado, e indiferenciado ou difuso. O tipo difuso normalmente orixínase nunha pangastrite sen atrofia, mentres o tipo intestinal relacionase cunha gastrite predominante no corpo gástrico con atrofia e metaplasia intestinal³.

O cancro de estómago é una patoloxía que afecta sobre todo a persoas de idade avanzada, e os homes teñen máis probabilidade que as mulleres de desenvolvemento. A razón home:muller é 2:1 no cancro de estómago distal, que tamén é máis frecuente entre a raza negra e nos grupos socioeconómicos e países pobres. Pola contra, o cancro de estómago localizado no cardias ten una razón home:muller de aproximadamente 5:1, e é máis frecuente na raza branca que na raza negra. Os datos suxiren que as dúas localizacións corresponden a entidades biolóxicamente distintas^{3,4}.

As áreas de alta incidencia do adenocarcinoma non localizado no cardias son Asia do Leste, Europa do Leste, e América Central e do Sur. Son zonas de baixa incidencia Asia do Sur, África do Norte e do Leste, América do Norte, Australia e Nova Zelandia. En contraste co incremento da incidencia dos tumores proximais no Oeste, os tumores de localización distal continúan predominando en Xapón. Non obstante, mesmo en Xapón a proporción de cancro de estómago de localización proximal medrou entre os homes.

De todos os xeitos, as poboacións que migran dende áreas de alto risco, como Xapón, mostran una marcada redución do seu risco cando se trasladan a rexións de baixa incidencia como os Estados Unidos de América, e as xeracións seguintes adquiren niveles de risco semellantes aos do país de destino³.

O principal factor de risco do cancro de estómago é a infección por *Helicobacter pylori*, que se relaciona tamén coa úlcera péptica e o linfoma tipo MALT. Cun risco relativo de 5⁹, e aceptando que o cancro de estómago é improbable que se desenvolva en persoas que non foron infectadas durante polo menos 10 anos, a fracción que se lle atribúe dos cancros distais é do 74% en países desenvolvidos e do 78% nos países en vías de desenvolvemento⁵.

O home é o seu único reservatorio coñecido, mais o mecanismo de transmisión interpersoal non está claramente identificado, aínda que se ten por certo que a infección implica inxerir o *H. pylori*, sexa a partir dunha transmisión oral-oral ou dunha fecal-oral. Sexa como fose, as malas condicións hixiénicas no ámbito individual e familiar, sobre todo a idades temperás; o estatus socioeconómico pobre; a institucionalización; o amoreamento familiar, etc, son condicións que favorecen a transmisión⁶⁻⁸.

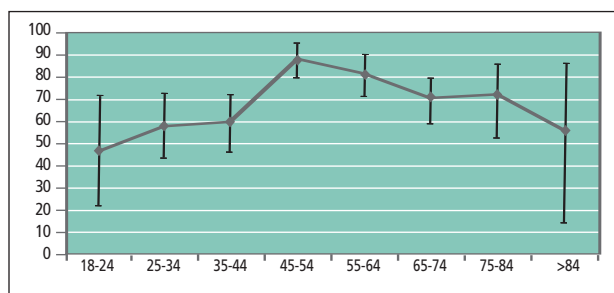
Trátase dunha infección silente cun longo período de latencia. Produce unha gastrite superficial no 100% dos casos⁹, mais só o 10-20% das persoas infectadas cronicamente desenvolven clínica. descoñécese por que algunhas persoas o fan e outras non, aínda que existen diversos factores implicados que dependen tanto da bacteria (cepas agresivas CagA+) como do hospede (maior susceptibilidade en nenos, susceptibilidade xenética: grupo sanguíneo de Lewis,...)¹⁰.

Demostrose que a gastrite crónica tipo B producida pola infección pode, xunto con outros factores, e tras pasar por distintas fases en varios anos, evolucionar a cancro de estómago non localizado no cardias, e que a posibilidade de desenvolvemento é maior canto antes se adquira a infección. En concreto, estímase que debido á infección desenvolverase úlcera no 10-15% dos infectados, cancro de estómago en menos do 1%, e linfoma tipo MALT nunha proporción aínda moito menor.

A mediados da década de 1990 xeneralizouse o tratamento para erradicar a infección en adultos, e xa se están a detectar resistencias, que son maiores no sur (máis do 20%) que no norte de Europa (5%)¹¹. Polo demais, as taxas de reinfección tras o tratamento erradicador, que son maiores en nenos que en adultos¹²⁻¹³, adoitan ser baixas en países desenvolvidos¹⁴⁻¹⁶.

Nas últimas décadas, as melloras xerais de hixiene que viviron os países desenvolvidos traducíronse nun descenso da infección infantil, e na conseguinte diminución da prevalencia de infección na poboación. Isto concorda co observado en España¹⁷⁻²⁰, onde a prevalencia de infección por esta bacteria é maior que en Europa, sobre todo nos grupos de maior idade, pero menor que en países en vías de desenvolvemento. Isto percíbese tamén nos únicos datos de prevalencia de infección en Galicia de que se dispón. Son os da figura 1, e fan referencia a persoas maiores de idade seleccionadas por mostraxe aleatoria simple na provincia de Ourense²¹, que foron estudadas no primeiro semestre de 2000. Nela obsérvase, malia grande variabilidade debida ao pequeno tamaño mostral, que a prevalencia de infección é menor nas persoas máis novas.

Fig. 1. Prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* na provincia de Ourense en 2000. Tomado de Mancelle García et al (Rev Esp Enferm Dig -Madrid- 2006; 98: 241-8)²¹. Os intervalos de confianza son de elaboración propia.



O cancro de estómago relacionase tamén cunha dieta rica en alimentos afumados, salgados ou en saladura, encurtidos ou con compostos nitroxenados. Tamén se relaciona co baixo consumo de froitas e vexetais frescos. Por outra banda, a obesidade é un dos factores de risco relacionados co adenocarcinoma de estómago localizado no cardias, e o consumo de tabaco tamén aumenta o risco de cancro de estómago, cun efecto máis pronunciado no cancro de estómago distal. Outros factores de risco relacionados co cancro de estómago son: a radiación, a anemia perniciosas, a cirurxía previa do estómago, e o virus de Epstein-Barr³.

Aínda que infúen os antecedentes familiares, e hai síndrome de cancro familiar e pólipos de estómago, as marcadas variacións xeográficas, as tendencias temporais e o efecto das migracións na súa incidencia suxiren que o ambiente, ou os elementos que forman parte do estilo de vida, son os principais factores relacionados coa etiología da enfermidade³.

CADRO 1. AS TAXAS: DEFINIÇÃO E INTERPRETACIÓN

Taxa bruta. Cálculase 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 facilitar a 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.

Taxa específica por idade. Cálculase como unha taxa bruta, pero referida a un grupo de idade específico. Permite comparar a mortalidade observada nun grupo de idade en distintas poboacións, e mesmo na mesma poboación en períodos diferentes.

Taxa axustada por idade. Estima o número de mortes que habería na poboación estudada se tivera a distribución por idade dunha poboación estándar. As taxas axustadas de distintas poboacións pódense comparar, pero os seus valores, fóra dos propósitos da comparación, carecen de significado.

MORTALIDADE POR CANCRO DE ESTÓMAGO EN GALICIA

Consideración previa. Ao ler este documento hai que ter presente que os datos fan referencia ao momento da morte e non ao 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, ao comparar os datos de mortalidade ao longo dun período, hai que ter en conta tamén os cambios na supervivencia que, por adianto diagnóstico (por exemplo, unha nova proba de cribado) ou por unha mellora no tratamento, se produciron no período de interese. No caso do cancro de estómago, en España a supervivencia relativa aos 5 anos sitúase en homes no 27% (cun intervalo de confianza ao 95% (IC_{95%}) de 25 a 29) e en mulleres no 30% (IC_{95%}: 28 a 33)²². Ademais, a supervivencia variou pouco no período estudado. Tomando como referencia aos EEUU, a supervivencia relativa aos 5 anos pasou de ser do 17% nas persoas diag-

nosticadas nos primeiros anos da década de 1980, a ser do 23% en 2000; e a mesma supervivencia aos 10 anos, do 15 ao 16%, entre principios daquela década e 1995²³.

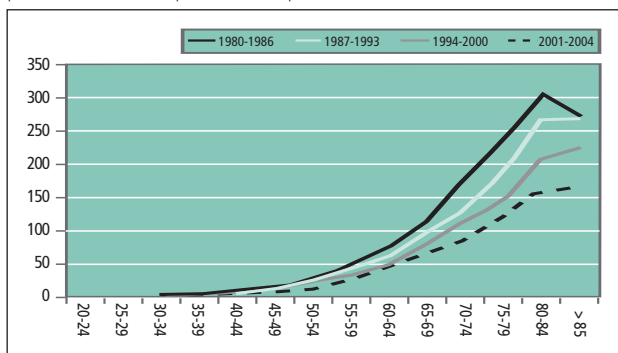
Por outra banda, no cadro 1 mostranse as definicións e usos das diferentes taxas empregadas neste informe.

Datos básicos. No período estudado, de 1980 a 2004, morreron por cancro de estómago en Galicia 16.996 persoas, das que 9.675 (o 57%) eran homes. Nestes, a taxa bruta de mortalidade descendeu durante o período, pasando dunha taxa de 35 defuncións por 100.000 habitantes (d/10⁵h) no ano 1980 a outra de 25 d/10⁵ en 2004. Nas mulleres tamén se observou un descenso da mortalidade por esta causa, cunhas taxas brutas que descendieron das 25 d/10⁵ no ano 1980 a 16 d/10⁵ en 2004. A evolución das taxas brutas anuais para homes e mulleres pódese consultar na páxina web da DXSP, no SIMCA, que se atopa na área de traballo "aplicacións e datos".

No período estudado, as taxas anuais axustadas á poboación europea, pasaron de 37 d/10⁵ en 1980 a 17 d/10⁵ en 2004, nos homes, e de 19 d/10⁵ e 8 d/10⁵ nas mulleres. Isto supón uns descensos do 50 e o 60%, respectivamente, que son superiores aos observados nas taxas brutas (28% en homes e 47% en mulleres), porque as axustadas teñen en conta o envellecemento que experimentou a poboación de Galicia neste período. A evolución das taxas específicas tamén se pode consultar no SIMCA.

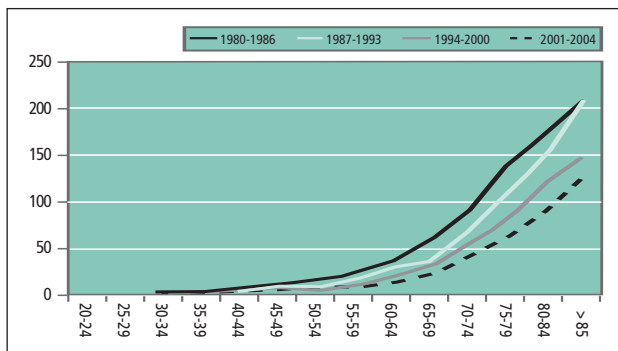
Distribución por idade. Durante o período estudado, a idade mediana da morte foi, nos homes, 71 anos, co percentil 25 (P₂₅) en 63 e o P₇₅ en 78 anos; e nas mulleres, respectivamente, en 76, 68 e 82 anos.

Fig 2. Mortalidade por cancro de estómago en Galicia. Taxas anuais medias específicas por idade durante catro períodos de tempo. Homes



Ao dividir o período estudado en catro subperíodos (1980-86, 1987-93, 1994-00, 2001-04) e calcular en cada un deles as taxas de mortalidade específicas por idade, obsérvase que en homes (ver a figura 2) e mulleres (ver a figura 3), e nos grupos de 55 a 59 anos en diante, as taxas decrecen período a período, de tal xeito que, a idades iguais, a mortalidade é menor canto máis recente é o período considerado.

Fig 3. Mortalidade por cancro de estómago en Galicia. Taxas anuais medias específicas por idade durante catro períodos de tempo. Mulleres.



Para calquera dos subperíodos estudados as taxas específicas de mortalidade nos homes de 40 aos 70 anos dobran a das mulleres. Despois dos 70 anos, a diferenza diminúe, mais non se chega a igualar.

Distribución xeográfica. No período 1980-2004, a distribución xeográfica da mortalidade por cancro de estómago presenta un comportamento semellante en homes e mulleres. Agregada en provin-

cias, a taxa bruta de mortalidade é superior nas provincias de Lugo e Ourense, mais ao axustar pola idade, a situación invertece, e son máis elevadas as taxas nas provincias de Pontevedra e, especialmente, A Coruña (ver a táboa 1). Isto débese, por unha banda, á distinta estrutura de idade nas diferentes provincias; e, por outra banda, a que son os concellos da costa onde se observan as maiores razóns de mortalidade estandarizada (SMR) no conxunto do período (ver o SIMCA), tanto en homes como en mulleres. De feito, obsérvase un exceso de mortalidade estatisticamente significativo, aínda que de moi puca intensidade (SMRs entre 1'07 e 1'93, ver o SIMCA) en concellos das comarcas do Barbanza, Muros e o Deza.

Este patrón xeográfico podería estar a reflectir unha diferente distribución na exposición aos factores de risco do cancro de estómago. En concreto, co coñecemento actual, poderíase falar da relación entre o desenvolvemento económico e a infección por *Helicobacter pylori*.

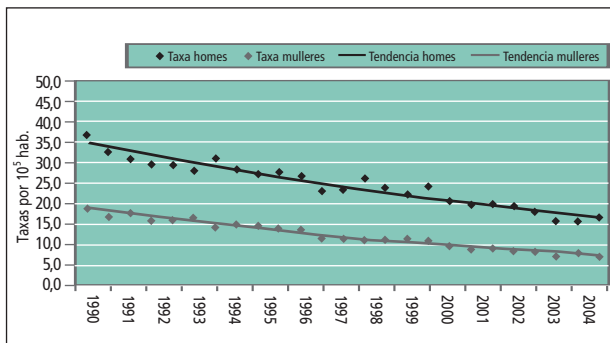
Táboa 1. Taxas anuais medias de mortalidade por cancro de estómago, brutas e axustadas á poboación europea, por cen mil habitantes en homes e mulleres maiores de 20 anos, durante o período 1980-2004.

| Provincia | Taxa bruta | | Taxa axustada | |
|------------|------------|----------|---------------|----------|
| | Homes | Mulleres | Homes | Mulleres |
| A Coruña | 37'0 | 24'6 | 34'7 | 16'7 |
| Lugo | 45'8 | 28'8 | 30'9 | 16'0 |
| Ourense | 42'4 | 29'0 | 30'2 | 16'0 |
| Pontevedra | 37'6 | 27'3 | 38'8 | 19'8 |
| Galicia | 32'6 | 26'7 | 34'4 | 17'3 |

Tendencia da mortalidade. Para estudar a tendencia da mortalidade por cancro de estómago empregáronse as taxas anuais axustadas á poboación europea en maiores de 20 anos. Como se pode observar na figura 4, en Galicia estas taxas presentan unha tendencia decrecente continua durante todo o período de estudo, cunha porcentaxe de cambio anual no contorno do -3% (ver táboa 2).

A evolución das taxas de mortalidade é semellante á que se recolle na literatura para o conxunto de España, e correspóndese co desenvolvemento económico que principiou décadas atrás, e fundamentalmente se traduciu nunha redución da infección por *H. pylori*, porque, como quedou dito, a supervivencia medrou pouco durante o período considerado.

Fig 4. Taxas anuais de mortalidade axustadas á poboación europea por cancro de estómago en Galicia e a súa tendencia, método Jointpoint, en homes e mulleres maiores de 20 anos.



Distribución xeográfica da tendencia. Na análise da tendencia (1980-2000) da mortalidade por cancro de estómago nos distintos concellos de Galicia observáronse certas diferenzas, mais en ningún caso foron estatisticamente significativas, nin para homes nin para mulleres. Polo demais, no conxunto do período non se observou en ningún concello unha tendencia temporal que sexa estatisticamente diferente da do conxunto de Galicia (ver o SIMCA).

Táboa 2. Mortalidade por cancro de estómago en Galicia: porcentaxes de cambio anual (PCA, método Jointpoint) da tendencia das taxas de mortalidade axustadas á poboación europea en maiores de 20 anos, co seu intervalo de confianza ao 95%.

| Sexo | Período | PCA(IC _{95%}) | Tendencia |
|----------|---------|-------------------------|------------|
| Homes | 1980-04 | -3'00 (-3'34, -2'65) | Decrecente |
| Mulleres | 1980-04 | -3'73 (-4'02, -3'43) | Decrecente |

Impacto da mortalidade por cancro de estómago nos 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 estómago. Mais non ocorre deste xeito e 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, calcúlase o seu valor en tres trienios (1980-82, 1990-92, 2000-02). Na táboa 3 amósase, para homes e mulleres, a esperanza de vida (EV) entre 20 e 85 anos, os AEVP totais (por todas as causas de morte), os debidos á morte por cancro de estómago e a porcentaxe que estes supoñen naqueles.

Durante o período estudado o número de AEVP nos homes pasou de 12'0 anos no primeiro trienio a 9'9 no último, o que supón un descenso do 17'7%, mentres que nas mulleres o descenso relativo dos AEVP foi máis acusado, dun 32'4%, entre os mesmos trienios. Do mesmo xeito, os AEVP debidos á morte por cancro de estómago nos homes decreceron trienio a trienio, chegando no último trienio a supor o 2'7% dos AEVP por todas as causas, e nas mulleres observouse a mesma tendencia e a mesma relevancia do cancro de estómago nos AEVP totais. Ademais, a diminución dos AEVP observouse en todos os grupos de idade considerados, tanto en homes como en mulleres, non sendo no grupo máis novo de mulleres (de 20 a 44 anos), no que permaneceron estables (ver o SIMCA).

Impacto da mortalidade por cancro de estómago na esperanza de vida (EV). Nas dúas últimas décadas, a esperanza de vida ao nacemento medrou en Galicia 4'2 anos nos homes (de 72'2 a 76'4 anos); e 5'1 anos nas mulleres (de 78'5 a 83'6). Estes cambios producíronse porque ao longo deses anos a mortalidade global diminuíu, mais este resultado global pódese descompoñer no efecto que cada causa específica de mortalidade ocorrida nos distintos grupos de idade tivo sobre el, sobre o cambio na EV. Este efecto pode ser positivo, e contribuir ao aumento da EV total, cando a mortalidade específica ao principio do período é maior que cando remata; ou ser negativo, cando a mortalidade específica ao principio do período é menor que cando remata.

Táboa 3. Esperanza de vida (EV) entre 20 e 85 anos e anos de esperanza de vida perdidos (AEVP) en Galicia por todas as causas e por cancro de estómago, e a porcentaxe que estes supoñen sobre o conxunto.

| Sexo | Trienio | EV | Cancro estómago | | |
|----------|---------|-------|-----------------|------|------|
| | | | Totais | AEVP | % |
| Homes | 1980-82 | 53'01 | 12'00 | 0'47 | 3'92 |
| | 1990-02 | 53'43 | 11'57 | 0'34 | 2'96 |
| | 2000-02 | 55'13 | 9'87 | 0'27 | 2'70 |
| Mulleres | 1980-82 | 57'93 | 7'07 | 0'28 | 3'93 |
| | 1990-02 | 59'04 | 5'96 | 0'19 | 3'18 |
| | 2000-02 | 60'22 | 4'78 | 0'13 | 2'66 |

Como se mira na táboa 4, nos homes o cambio na esperanza de vida foi máis importante na década dos noventa (2'85 anos) que na dos oitenta (1'30 anos), e o efecto da mortalidade por cancro de estómago sobre os ditos cambios foi positivo en ambos os dous períodos, aínda que foi algo menor na última década. Ademais, o impacto foi positivo en todas as idades consideradas (ver o SIMCA).

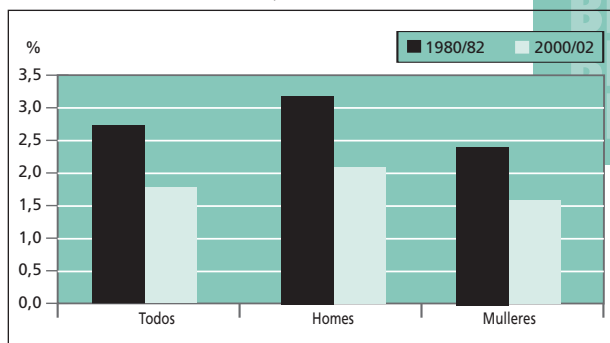
Táboa 4. Efecto da mortalidade por cancro de estómago na EV en Galicia.

| Período | Cambio na esperanza de vida (en anos) | | | |
|-------------------|---------------------------------------|----------|------------------------------|----------|
| | Global | | Efecto do cancro de estómago | |
| | Homes | Mulleres | Homes | Mulleres |
| 1980-82 a 1990-92 | 1'302 | 2'225 | 0'119 | 0'103 |
| 1990-92 a 1999-01 | 2'851 | 2'874 | 0'091 | 0'098 |

Pola súa banda, nas mulleres, o aumento da esperanza de vida foi semellante nas dúas décadas, e o efecto da mortalidade por cancro de estómago foi positivo tamén nas dúas décadas, aínda que a diferenza entre elas foi menor que nos homes (ver a táboa 4). Ademais, tamén como nos homes, o impacto foi positivo en todas as idades (ver o SIMCA).

Comentario. Durante o período estudado, en Galicia diminuíu considerablemente a mortalidade por cancro de estómago, de xeito tal que a probabilidade de morrer por esta causa era, no trienio 2000-2002, un 34% menor do que fora no trienio 1980-82. Ademais, este descenso foi semellante en homes e mulleres (ver a figura 5).

Fig 5. Probabilidade condicionada de morrer por cancro de estómago en Galicia, dende o nacemento, ao inicio e o remate do período estudado.



Bibliografía. Atópase na páxina web da DXSP, no epígrafe adicado á mortalidade por cancro na área de traballo "non transmisibles/cribado".

A RUBEOLA XA É UNHA ENFERMIDADE DE DECLARACIÓN URXENTE EN GALICIA

O pasado 12 de febreiro de 2007 publicouse no Diario Oficial de Galicia a orde da Consellería de Sanidade, do 25 de xaneiro, pola que se inclúe a rubéola e a síndrome de rubéola conxénita (SRC) como enfermidades de declaración obrigatoria urxente. Polo tanto, a partir de entón, todo médico en exercicio que teña a seimpre sospeita de que o doente poda ter unha rubéola ou unha SRC, ten a obriga de notificalo ao Servizo de Alerta Epidemiolóxica de Galicia (SAEG, ver a páxina 4 do BEG).

Este cambio no modo de notificar a rubéola e a SRC ven motivado pola situación na que se atopa a transmisión autóctona do virus da rubéola en Galicia, que ou esta interrompida ou a piques de estalo. Isto significa que unha persoa que aínda é susceptible (porque non padeceu a enfermidade, porque non se vacinou ou porque, aínda estando vacinada, é das poucas persoas nas que a vacina non induciu inmunidade), non vai ter ocasión de se expor ao virus da rubéola.

É doado decatarse das vantaxes dunha situación como a descrita, especialmente cando a persoa é unha muller nos primeiros meses de embarazo. Ora ben, para aproveitar por completo esta ventaxa, é preciso darlle a cada caso de rubéola unha resposta axeitada, co obxectivo de evitar a ulterior difusión do virus por pouco probable que esta sexa.

Esta resposta axeitada conta con varios elementos, e algúns deles téñense que desenvolver con certa urxencia, como a investigación do contorno do caso e a toma de mostras, que ten dúas finalidades, a confirmación serolóxica do caso (con IgM) e o illamento do virus, para caracterizalo xenéticamente.

No vindeiro número do BEG farase un resumo da situación da rubéola en Galicia, e con el distribuirase un protocolo de vixilancia no que se describe polo miúdo a resposta que se lle dará aos casos notificados.

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

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

SAEG

EPIDEMIÓLOGO DE GARDIA
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
Servizo de Epidemioloxía
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