

PLAN INSPIRA SAÚDE en Galicia 2023-2027

*Plan galego de
actuación multidisciplinar
en tabaquismo*



XUNTA
DE GALICIA

XUNTA DE GALICIA

CONSELLERÍA DE SANIDADE

DIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE PÚBLICA

COORDINACIÓN

Carmen Durán Parrondo. Directora xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade.

Jorge Aboal Viñas. Director xeral de Asistencia Sanitaria. Servizo Galego de Saúde.

AUTORÍA

Guillermo Aldama López. Facultativo especialista en Cardioloxía Intervencionista do Complexo Hospitalario Universitario da Coruña.

Alfonso Alonso Fachado. Subdirector xeral de Xestión Asistencial e Innovación. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

María José Brión Martínez. Investigadora do Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostel.

Ángel María Carracedo Álvarez. Catedrático de Medicina Legal. Universidade de Santiago de Compostela.

José Alberto Fernández Villar. Xefe do Servizo de Pneumoloxía do Complexo Hospitalario Universitario Álvaro Cunqueiro de Vigo.

Jaime Fraga Ares. Xefe do Servizo de Prevención de Condutas Adictivas. Dirección Xeral de Saúde Pública.

Mª Jesús García Blanco. Responsable do Programa de Tabaco. Servizo de Prevención de Condutas Adictivas. Dirección Xeral de Saúde Pública.

María Rosario García Campelo. Xefa do Servizo de Oncoloxía Médica do Complexo Hospitalario Universitario da Coruña.

María Concepción González Ríos. Enfermeira do centro de saúde de Lavadores da área sanitaria de Vigo.

Belén Iglesias Francesh. Médica do centro de saúde da Casa do Mar da área sanitaria da Coruña e Cee.

Pedro Jorge Marcos Rodríguez. Director de Atención Hospitalaria do Complexo Hospitalario Universitario da área sanitaria da Coruña e Cee.

Jorge Quintana Mirón. Médico do centro de saúde de Lavadores da área sanitaria de Vigo.

Silvia Suárez Luque. Subdirectora xeral de Programas de Fomento de Estilos de Vida Saudables. Dirección Xeral de Saúde Pública.

REVISIÓN EXTERNA

Francisco Caamaño Isorna. Catedrático de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela.

Adolfo Figueiras Guzmán. Catedrático de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela.

Manuel Isorna Folgar. Profesor do Departamento de Análise e Intervención Psicosocioeducativa da Universidade de Vigo.

Francisco Pascual Pastor. Presidente de Socidrogalcohol, Sociedade Científica Española de Estudos sobre o Alcohol, o Alcoholismo e outras Toxicomanías.

Francisco Jesús Represas Carrera. Xefe do Servizo de Planificación Sanitaria. Dirección Xeral de Planificación e Reforma Sanitaria.

Antonio Rial Boubeta. Profesor do Departamento de Psicoloxía Social, Básica e Metodoloxía da Universidade de Santiago de Compostela.

Alberto Ruano Raviña. Catedrático de Medicina Preventiva e Saúde Pública da Universidade de Santiago de Compostela.

Andrés Zamorano Tapia. Presidente do Comité Nacional para a Prevención do Tabaquismo (CNPT) e representante da Sociedade Española de Médicos Xerais e de Familia (SEMEX) no CNPT.

Áreas sanitarias do Servizo Galego de Saúde.

Xefaturas territoriais de Sanidade da Xunta de Galicia.

CO AVAL CIENTÍFICO DE

Comité Nacional para a Prevención do Tabaquismo (CNPT), organización que agrupa a decenas de entidades, principalmente asociacións de profesionais sanitarios (<https://cnpt.es/cnpt/miembros>).

Asociación Galega de Enfermaría Familiar e Comunitaria (AGEFEC)

Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria (AGAMFEC).

Asociación Española de Médicos Xerais e de Familia (SEMG-Galicia).

Asociación de Médicos Galegos (Asoomega).

Asociación Científica de Fisioterapeutas de Galicia (SOGAFI).

Sociedade Galega de Patoloxía Respiratoria (SOGAPAR).

Sociedad Española de Neumoloxía e Ciruxía Torácica (SEPAR).

Plan inspira saúde en Galicia

*Plan galego de actuación
multidisciplinar en tabaquismo*



Prólogo



Prólogo

A loita contra o tabaquismo, recoñecido pola comunidade científica como a principal causa de mortalidade prematura e evitable nos países desenvolvidos, é un dos obxectivos prioritarios da Consellería de Sanidade. Galicia non é allea aos impactos negativos que ten este consumo na saúde e no benestar da súa poboación, polo que enfrontarse ao consumo de tabaco e á súa exposición pasiva é un desafío de vital importancia na sociedade actual.

O tabaquismo é unha problemática que transcende fronteiras e afecta a persoas de todas as idades e condicións sociais. Ademais dos graves riscos para a saúde individual, o tabaco supón unha carga económica e social significativa para a nosa comunidade. Cun firme compromiso de abordar estes desafíos, trazamos unha estratexia integral que busca protexer a saúde dos galegos e das galegas, así como promover unha cultura de benestar e prevención.

O plan Inspira Saúde marca o rumbo das actividades que se van implantar en Galicia nos vindeiros anos. Estas vanse desenvolver en cinco niveis diferentes: a prevención para evitar o inicio do consumo de tabaco, a promoción da cesación do consumo, o diagnóstico precoz e as vías rápidas para aquelas patoloxías relacionadas co consumo e coa exposición pasiva, a vixilancia epidemiolóxica e a xestión do coñecemento.

Este plan non soamente establece obxectivos claros e medibles, senón que tamén reflicte a sinerxía entre os axentes clave, os profesionais da saúde e a sociedade civil, en xeral. A través da implementación de políticas baseadas na evidencia científica, cun enfoque multidimensional e de saúde en todas as políticas, aspiramos a xerar un impacto duradeiro na prevención do consumo de tabaco.

Esta folla de ruta recoñece o marco legal existente e tamén promove accións para fortalecelo e adaptalo ás necesidades cambiantes da nosa sociedade. Ao longo destas páxinas, descríbense as estratexias e as actividades específicas que se poñerán en marcha, sempre coa mirada posta en reducir a incidencia do tabaquismo, apoiar a quen desexe deixar de fumar e crear contornas libres de fume.

Este documento é unha chamada á acción e unha invitación a todos os galegos e galegas a unirse neste esforzo común. Xuntos podemos lograr un futuro libre de tabaco en Galicia, onde a saúde e o benestar sexan os piares que nos impulsen cara a adiante. Estamos comprometidos con esta causa e confiamos en que os próximos anos marcarán un fito significativo na prevención do consumo de tabaco.

Por último, quero manifestar o meu agradecemento a todos e todas as profesionais que participaron na elaboración deste plan desde os distintos ámbitos de intervención e estudo. Agora empeza a tarefa de implantalo e avalialo. Estou seguro de que xuntos poderemos logralo.

Julio García Comesaña

*Conselleiro de Sanidade
Xunta de Galicia*

Índice

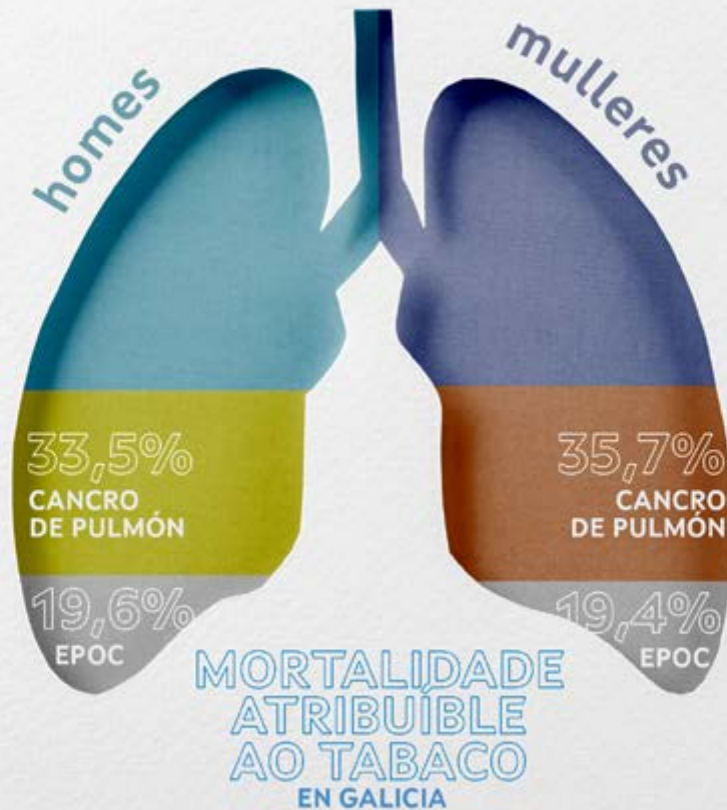
| | |
|---|------------|
| 01. Xustificación | Páxina 10 |
| 02. Análise da situación | Páxina 14 |
| Antecedentes | |
| Consumo de tabaco en Galicia | |
| 03. Marco de actuación | Páxina 22 |
| Misión, visión, meta | |
| Principios reitores | |
| 04. Liñas estratéxicas | Páxina 28 |
| 1. Mocidade libre de fume | |
| 2. Déixao e gaña | |
| 3. Detección precoz das principais enfermidades asociadas ao consumo do tabaco | |
| 4. Vixilancia epidemiolóxica | |
| 5. Xestión do coñecemento | |
| 05. Plan de comunicación | Páxina 60 |
| Comunicación interna | |
| Comunicación externa | |
| 06. Avaliación e seguimento | Páxina 66 |
| 07. Referencias bibliográficas | Páxina 70 |
| 08. Anexos | Páxina 78 |
| ANEXO I. Criterios de aceptabilidade das espirometrías | |
| ANEXO II. Indicadores de seguimento e avaliación do plan | |
| II.A. Indicadores xerais de impacto da estratexia | |
| II.B. Indicadores específicos relacionados cos eixes e liñas de actuación | |
| 09. Abreviaturas | Páxina 108 |



01

Xustificación

Xustificación



A epidemia do tabaquismo é unha das maiores ameazas para a saúde pública que tivo que afrontar o mundo. Causa máis de 8 millóns de mortes ao ano, das cales aproximadamente 1,2 millóns se deben á exposición pasiva ⁽¹⁾.

A Organización Mundial da Saúde (OMS) considera o tabaquismo como a principal causa que se pode prever de enfermidade, discapacidade e morte prematura. Ademais, o tabaco é prexudicial en todas as súas formas e non existe un nivel seguro de exposición ⁽²⁾.

A evidencia sobre os efectos prexudiciais do consumo de tabaco foi aumentando ao longo dos anos. En 1964, apareceu o primeiro informe do Surgeon General, no que se estableceu a relación causal co cancro de pulmón nos homes ⁽³⁾. En 1989 tamén se relacionou con outros tumores, como o de cavidade oral, farinxe, pulmón e larinxe en ambos os dous sexos e coas enfermidades cardiovasculares ⁽⁴⁾. En 2004, asociouse ao cancro de estómago e á leucemia mieloide aguda ⁽⁵⁾ e, en 2014, ao cancro colorrectal, ao cancro de células hepáticas, á tuberculose e á diabetes mellitus ⁽⁶⁾. Actualmente, continúa se estudando a asociación con outras patoloxías, como o cancro de mama.

En España, un estudo publicado en 2017 indica que o tabaco causou 53.825 mortes en España na poboación de 35 ou máis anos ⁽⁷⁾. Isto supón o 12,9 % da mortalidade total, que é maior nos homes ca nas mulleres e que varía en función da comunidade autónoma. No caso de Galicia, o consumo de tabaco relacionouse co 11,4 % dos falecementos.

En canto á enfermidade causante do falecemento, o cancro de pulmón é a principal causa de mortalidade atribuíble ao tabaco, seguida das enfermidades cardiovasculares.

En Galicia, nos homes, o 33,5 % da mortalidade atribuíble ao tabaco é debida ao cancro de pulmón e o 19,6 % á enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC). Nas mulleres, o 35,7 % da mortalidade atribuíble ao tabaco débese ao cancro de pulmón e o 19,4 % á EPOC ⁽⁷⁾.

Ao seren conscientes do impacto do tabaquismo na morbimortalidade e calidade de vida, distintos organismos nacionais e internacionais desenvolveron iniciativas que perseguen, como fin último, a abolición do consumo de tabaco e dos produtos derivados. Así, na meta 3.a dos obxectivos de desenvolvemento sustentable (ODS), ínstase o fortalecemento da aplicación do Convenio Marco da Organización Mundial da Saúde para o Control do Tabaco (CMCT) en todos os países.

Os ODS foron aprobados por todos os Estados membros das Nacións Unidas nun cume celebrado no ano 2015 e supoñen un chamamento universal á acción para lle poñer fin á pobreza, protexer o planeta e mellorar as vidas e as perspectivas das persoas en todo o mundo.

O CMCT foi adoptado no ano 2003 polos Estados membros da OMS. Esta iniciativa, que entrou en vigor en febreiro de 2005, foi ratificada por España nese mesmo ano e ten como propósito fundamental xuntar esforzos para combater a epidemia do tabaco. Desde 2005, adheríronse 182 países, que representan máis do 90 % da poboación mundial ⁽⁸⁾.



META 3.a. Fortalecer a aplicación do Convenio Marco da Organización Mundial da Saúde para o Control do Tabaco en todos os países, segundo proceda.

Ademais, o Plan europeo contra o cancro, publicado en 2021, propón accións para axudar a crear unha "xeración sen tabaco". O obxectivo é que no ano 2040 menos do 5 % da poboación sexa fumadora e a prioridade é protexer a mocidade dos efectos nocivos do tabaco e da nicotina noutros dispositivos ⁽⁹⁾.

No eido estatal, máis de 60 entidades e organizacións sanitarias e civís comprometidas na loita contra o tabaco asinaron, en 2022, a declaración Endgame do tabaco en España 2030, na que se propoñen unha trintena de medidas a curto e longo prazo para avanzar cara ao final do tabaquismo e das novas formas de consumo en España ⁽¹⁰⁾.





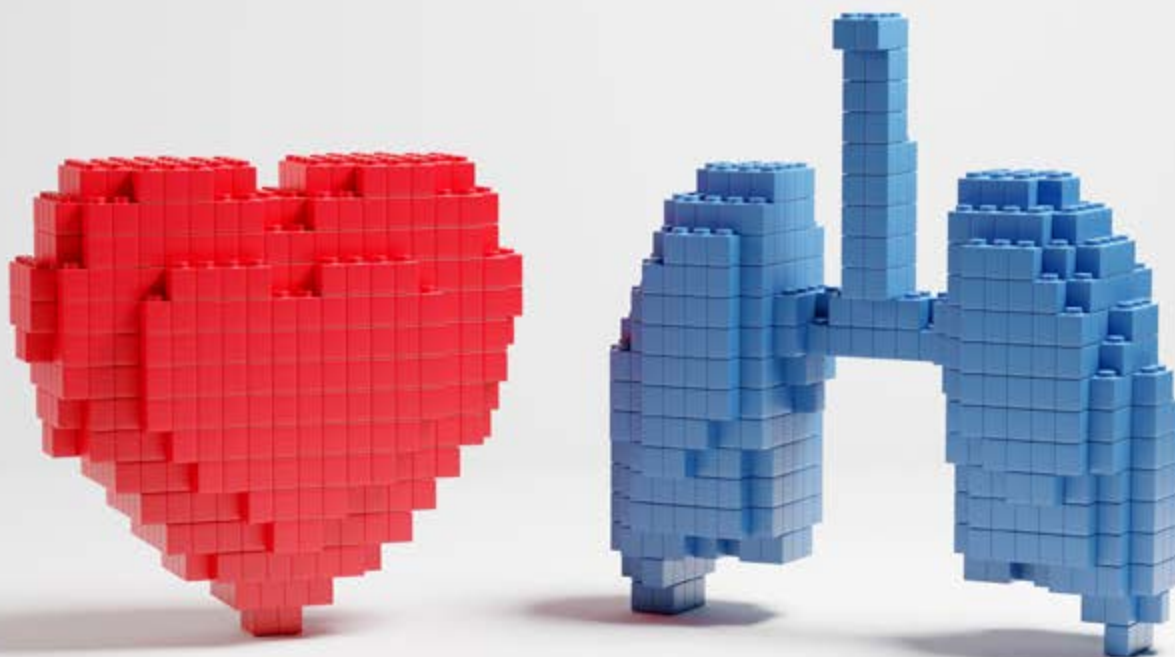
02

Análise da situación

Antecedentes


*Consumo de tabaco
en Galicia*

Análise da situación



Antecedentes

Como resultado do Convenio Marco para o Control do Tabaco, a OMS adoptou en 2007 un método práctico e eficiente para facilitar a aplicación das principais disposicións en materia de redución da demanda de tabaco establecidas neste convenio: as medidas MPOWER ⁽¹⁷⁾. Todas estas medidas demostraron a súa efectividade e consisten en:



m *Facer un seguimento do consumo de tabaco e das medidas de prevención*
(Monitor)

p *Protexer a poboación do consumo de tabaco*
(Protect)

o *Ofrecer axuda para deixar de fumar*
(Offer)

w *Advertir dos perigos do tabaco*
(Warn)

e *Facer cumprir as prohibicións sobre publicidade, promoción e patrocinio do tabaco*
(Enforce)

r *Aumentar os impostos sobre o tabaco*
(Raise)

A posta en vigor, tanto do Convenio Marco para o Control do Tabaco, coma do plan de medidas MPOWER, tiveron un grande impacto no eido mundial, o que demostra a importancia que supón a implantación dun marco regulamentario, como ferramenta imprescindible á hora de conseguir obxectivos de saúde ⁽¹¹⁾.

Nestes últimos anos, en España houbo un avance nas políticas de control do tabaquismo, das que convén salientar a prohibición do consumo de tabaco nos espazos públicos pechados. Como consecuencia da aplicación desta normativa, a exposición ambiental ao tabaco diminuíu nos lugares de lecer, cunha redución dos niveis de nicotina ambiental e partículas maior do 90 %, sen que se producise un impacto negativo no fogar ⁽¹²⁾. Ademais, observouse unha redución nos ingresos hospitalarios e na mortalidade por infarto agudo de miocardio ⁽¹³⁾, un descenso das hospitalizacións por enfermidade pulmonar obstrutiva crónica e asma ⁽¹⁴⁾ e unha diminución do risco de parto prematuro e baixo peso neonatal. Tamén se avanzou na letra O da estratexia co financiamento dos tratamentos para deixar de fumar.

No eido autonómico, no ano 1993, a Dirección Xeral de Saúde Pública desenvolveu o Programa galego de promoción da vida sen tabaco 1993-2023. Trátase dun marco onde se coordinan distintas estratexias preventivas, lexislativas, formativas, informativas e de sensibilización dirixidas á poboación xeral e a colectivos específicos, ademais de programas de apoio á cesación do consumo de tabaco.

Como accións destacadas neste campo, cómpre mencionar a prevención do inicio do consumo de tabaco por parte dos adolescentes co programa-concurso Clases sen fume, incluído no plan Proxecta de innovación educativa ⁽¹⁵⁾ e a Rede galega de praias sen fume, posta en marcha no ano 2016 ⁽¹⁶⁾. Foi unha iniciativa pioneira no ámbito estatal e un referente na creación de espazos sen fume ao aire libre, xa que supuxo un punto de partida nas actividades de promoción da saúde dirixidas á cidadanía, nas que a súa participación activa é imprescindible. A día de hoxe, nesta rede participan 80 concellos e 214 praias. A finais do ano 2022, creouse a Rede galega de parques sen fume que actualmente conta con 18 concellos que sinalizaron, polo menos, un parque sen fume ⁽¹⁷⁾.

En canto aos proxectos e actividades para promover a cesación do tabaquismo, no que se apoia o proceso de abandono do tabaco, desenvolvéronse diferentes estratexias dirixidas ás persoas fumadoras, entre as que destacan os programas dirixidos ao persoal sanitario, docente e da Administración.

Outro aspecto que hai que destacar é a participación nas redes nacionais ou europeas, como a Rede europea de hospitais sen tabaco, da que Galicia forma parte desde o ano 2010. Tamén cómpre salientar as actividades relacionadas con este proxecto, como son as enquisas dirixidas ao persoal sanitario ou a publicación dunha instrución, no ano 2019, para o control do tabaco nos centros sanitarios e a homoxeneización dos estándares para a implantación do proxecto no eido nacional.

Finalmente, outro dos alicerces fundamentais para unha intervención global no que ten que ver co tabaquismo é a formación. En Galicia, esta realízase de forma continuada desde 1996, sempre con base na evidencia científica dispoñible. Inclúe contidos xerais para a intervención individual, de maneira breve ou intensiva, e tamén a intervención en grupos. Ademais, abórdanse temas específicos, como as mulleres xestantes ou a prevención de recaídas.

Estas actuacións lograron que Galicia sexa unha das comunidades autónomas con menor prevalencia do tabaquismo, pero é necesario seguir avanzando para conseguir os obxectivos propostos polos organismos internacionais.

Consumo de tabaco en Galicia

As principais fontes de información para analizar o consumo de tabaco na poboación galega son o Sistema de información sobre condutas de risco (Sicri) ⁽¹⁸⁾, a Enquisa nacional e europea de saúde ⁽¹⁹⁾ e a Enquisa sobre alcohol e outras drogas en España (Edades) ⁽²⁰⁾. Nas dúas primeiras, fánelle enquisas telefónicas á poboación residente en Galicia de 16, 15 ou máis anos. Na terceira, a información recóllese mediante entrevistas domiciliarias á poboación entre 15 e 64 anos que reside en España.

Consumo de tabaco

Os datos da enquisa do Sicri realizada en 2021 indican que, nese ano, fumaba en Galicia o 20,8 % da poboación con 16 e máis anos. O consumo foi máis elevado nos homes (23,0 %) ca nas mulleres (18,9 %) e nas persoas de 25 a 44 anos (27,5 %) ca nos outros grupos de idade (táboa 1). Así mesmo, a prevalencia de persoas que fuman a diario foi do 16 % na poboación con 16 e máis anos, un punto porcentual menos ca en 2018, que chegou a un 21 % no grupo de idade entre 25 e 44 anos, 8 puntos porcentuais menos ca en 2018.

| | FUMADORAS | | EXFUMADORAS | | NUNCA FUMADORAS | |
|--------------------|-------------|--------------------|-------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| | % | IC95% | % | IC95% | % | IC95% |
| Todos | 20,8 | 19,9 - 21,8 | 30,7 | 29,6 - 31,8 | 48,5 | 47,4 - 49,6 |
| Home | 23,0 | 21,6 - 24,4 | 37,8 | 36,2 - 39,4 | 39,2 | 37,6 - 40,8 |
| Muller | 18,9 | 17,6 - 20,2 | 24,2 | 22,8 - 25,7 | 56,9 | 55,3 - 58,5 |
| Grupo 16 - 24 anos | 24,6 | 22,7 - 26,5 | 11,8 | 10,3 - 13,2 | 63,6 | 61,5 - 65,8 |
| Grupo 25 - 44 anos | 27,5 | 25,5 - 29,5 | 24,6 | 22,7 - 26,6 | 47,9 | 45,6 - 50,1 |
| Grupo 45 - 64 anos | 24,7 | 22,8 - 26,6 | 35,4 | 33,3 - 37,5 | 39,9 | 37,8 - 42,1 |
| Grupo 65+ anos | 9,2 | 7,9 - 10,4 | 35,9 | 33,9 - 37,8 | 55,0 | 53,0 - 57,0 |

IC: intervalo de confianza.

Fonte: Sistema de información sobre condutas de risco (Sicri), 2021.

Táboa 1. Prevalencia de persoas fumadoras, exfumadoras e nunca fumadoras na poboación de Galicia con 16 e máis anos (2021)

Segundo os datos da Enquisa europea de saúde en España realizada no ano 2020, o 17,7 % da poboación galega de 16 ou máis anos fuma a diario, fronte ao 19,8 % da poboación española. A porcentaxe de homes fumadores a diario é superior ao das mulleres (táboa 2).

| | FUMADORAS DIARIO | FUMADORAS OCASIONAIS | EXFUMADORAS | NUNCA FUMADORAS |
|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------|--------------------|
| AMBOS OS SEXOS | | | | |
| España | 19,8 | 2,3 | 22,0 | 55,9 |
| Galicia | 17,7 | 2,3 | 16,7 | 63,2 |
| HOMES | | | | |
| España | 23,3 | 2,6 | 27,6 | 46,4 |
| Galicia | 20,9 | 2,8 | 23,4 | 52,9 |
| MULLERES | | | | |
| España | 16,4 | 2,0 | 16,7 | 64,8 |
| Galicia | 14,8 | 1,9 | 10,6 | 72,7 |

Fonte: Enquisa Europea de Saúde en España. INE, 2020.

Táboa 2. Prevalencia de persoas fumadoras a diario, ocasionais, exfumadoras e nunca fumadoras na poboación de Galicia con 15 e máis anos (2020)

Utilización de cigarros electrónicos por parte da poboación xeral

Os datos sobre a utilización de cigarros electrónicos e doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina empezaron a recollese na enquisa Edades a partir do ano 2015. Neste sentido, pódese observar que a porcentaxe de poboación que utilizou un cigarro electrónico algunha vez na súa vida pasou do 5,53 % en 2015 ao 9,7 % en 2022. Con todo, diminuíu de forma importante no resto de frecuencias (12 meses, 30 días e a diario nos últimos 30 días) (táboa 3).

| | 2015 | 2017 | 2019 | 2022 |
|--|------|------|------|------|
| Cigarros electrónicos algunha vez na vida | 5,5 | 7,4 | 8,2 | 9,7 |
| Cigarros electrónicos nos últimos 12 meses | - | 2,7 | 3,6 | 1,8 |
| Cigarros electrónicos nos últimos 30 días | - | 0,9 | 1,5 | 0,8 |
| Cigarros electrónicos a diario nos últimos 30 días | - | 0,4 | 0,9 | 0,5 |

Fonte: Enquisa sobre alcohol e outras drogas en España (IDADES)

Táboa 3. Prevalencia do uso de cigarros electrónicos en Galicia 2015-2022

No caso do consumo algunha vez na vida, en 2022 incrementouse nas mulleres (8,9 % fronte a 6,1 % en 2019) en maior medida ca nos homes (10,6 % fronte a 10,4 % en 2019). En canto á idade, incrementouse moito máis no tramo de 15 a 34 anos (18,3 % fronte a 14,3 % en 2019) ca no tramo de 35 a 64 anos (6,3 % fronte a 5,7 % en 2019).

Poboación xuvenil

A principal fonte de información sobre o consumo de tabaco na poboación adolescente é o Sistema de información sobre condutas de risco (Sicri) ⁽¹⁶⁾ e a Enquisa sobre o uso de drogas na ensinanza secundaria en España (Estudes) ⁽²¹⁾. A primeira achega datos a partir dos 16 anos e a segunda relaciónase con idades comprendidas entre os 14 e os 18 anos.

Segundo a enquisa Estudes, o consumo de tabaco é a segunda substancia psicoactiva máis consumida pola mocidade galega. No ano 2021, o 23,2 % referiu que consumira tabaco nos últimos 30 días e o 9 % diariamente nos últimos 30 días. Se se ten en conta o consumo nos últimos 30 días, en 2021 as mozas fumaron practicamente en igual proporción ca os mozos (23,3 % fronte ao 23,1 %). Por outra banda, as prevalencias aumentan a medida que se incrementa a idade (desde os 14 ata os 18 anos). Así, a prevalencia máis elevada rexístrase no grupo de 18 anos, onde o 35,6 % admite que fumou no último mes (32,0 % en 2018).

A evolución do consumo algunha vez na vida e a diario nos últimos 30 días foi descendente desde o ano 2008 ata o 2016, cun lixeiro ascenso en 2018 e 2021. O consumo nos últimos 12 meses e no último mes mantívose estable nos últimos anos.

A idade media de inicio do consumo de tabaco (ano 2021) é de 14,0 anos, en liña co valor nacional de 14,1 anos. Por outra banda, o consumo de tabaco a diario comeza aos 14,7 anos de media, tanto en Galicia coma no conxunto de España.

Utilización de cigarros electrónicos na poboación xuvenil

Un estudo publicado que utilizou os datos de Sicri avaliou a evolución da prevalencia de consumo de cigarros electrónicos entre a poboación galega de 16 a 24 anos, no período 2014-2018. A prevalencia do uso de cigarros electrónicos pasou do 0,8 % en 2014 ao 2,1 % en 2018. O principal motivo de consumir cigarros electrónicos foi o de deixar de fumar. A porcentaxe da utilización de produtos de tabaco quentado no 2018 foi do 0,1 % (0,01-0,15) ⁽²²⁾.

Tendo en conta os datos da enquisa Estudes, algo máis dun terzo das persoas mozas enquisadas (38,1 %) indican que utilizaron cigarros electrónicos algunha vez na súa vida. Atendendo á idade, en Galicia a prevalencia de consumo máis alta atópase no segmento dos 17 anos, dado que o 47 % manifestaron que probaron estes dispositivos. No que respecta ao xénero, en Galicia este comportamento está máis presente nos mozos (42,4 %) ca nas mozas (33,7 %).



03

Marco de actuación

Misión

Visión

Meta

Principios reitores

03

Marco de actuación





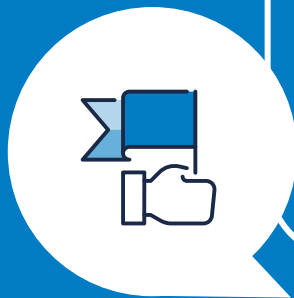
VISIÓN

Eliminar o tabaquismo como problema de saúde pública en Galicia, o que supón a redución da morbilidade e mortalidade polas enfermidades máis comúns asociadas ao consumo de tabaco e á utilización doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina.



MISIÓN

Menos persoas fumadoras para unha Galicia máis sa



META

Diminución progresiva da prevalencia do consumo de tabaco diario na poboación adulta, ata chegar a unha porcentaxe do 15 % no ano 2027 e a unha redución da prevalencia do consumo de tabaco diario na poboación adolescente por debaixo do 5 % ao final do período de execución do plan.



Principios reitores

Os principios reitores sobre os que se sostivo a elaboración deste plan son os que se describen a continuación

Enfoque baseado na saúde en todas as políticas

O principio de saúde en todas as políticas implica que as actuacións de saúde pública terán en conta as políticas de carácter non sanitario que inflúen na saúde da poboación, promovendo as que favorezan as contornas saudables e disuadindo, se é o caso, daquelas que supoñan riscos para a saúde.

Práctica baseada na evidencia

As accións establecidas baséanse na mellor evidencia científica dispoñible, así como en prácticas de avaliación de impacto. Nos últimos anos, avanzaouse no estudo da efectividade e eficiencia de intervencións en promoción da saúde e a posta en práctica do plan debe seguir construíndo e desenvolvendo esta base científica.

Innovación

Poñerase especial atención na procura das alternativas que melloren os procesos, accións, programas e proxectos que provoquen un impacto positivo nas persoas, creando novas prácticas e usando as novas tecnoloxías como un elemento de apoio.

Equidade durante todo o curso da vida

As disparidades nas cifras de tabaquismo por idade, xénero, discapacidade, situación socioeconómica e xeográfica reflicten limitacións e desigualdades nos determinantes socioeconómicos e nas oportunidades na adopción de medidas de promoción da saúde específicas para os distintos colectivos e as diferentes capacidades. Na execución deste plan, consideráronse as necesidades nas distintas etapas da vida, os diferentes niveis de acción e a capacidade, e déuselles prioridade ás medidas necesarias para involucrar as persoas que se enfrontan ás maiores barreiras para reducir o tabaquismo.



Perspectiva de xénero

Os factores asociados ao consumo de tabaco son diferentes nas mulleres e nos homes. Os factores que máis inflúen na iniciación no caso das mozas son a autoestima, a tensión, os problemas co peso corporal e a preocupación pola propia imaxe. Porén, nos mozos, fumar forma parte da procura de novas sensacións, é dicir, ten que ver con factores profundamente marcados polos roles de xénero ⁽²³⁾.

Tamén existen diferenzas de xénero no mantemento do consumo. Tanto os homes como as mulleres fuman para reducir a tensión, pero os factores desencadeantes son distintos. Sinalouse que mentres que as mulleres fuman como reacción a experiencias negativas, os homes fano para aumentar sensacións positivas.

Polo anteriormente exposto, xorde a necesidade de que as políticas de promoción da saúde e prevención, así como a asistencia sanitaria en relación co tabaquismo, teñan en conta as diferenzas de xénero para ser efectivas e eficientes. Ademais, O Convenio marco para o control do tabaco establece as bases para unha acción desde o enfoque de xénero. Así mesmo, a sensibilidade respecto da perspectiva de xénero na abordaxe do tabaquismo é unha constante nas liñas directrices do Comité nacional para a prevención do tabaquismo.

Participación da comunidade

A creación dunha sociedade sen tabaco require da participación e da apropiación de todas as partes interesadas, co fin de velar pola aplicación de solucións personalizadas, valoradas, sustentables e eficaces. As medidas para involucrar a todos os sectores da comunidade poden xerar beneficios conxuntos e contribuír ao fomento da capacidade e ao logro dos obxectivos compartidos.



04

Liñas estratéxicas

5 liñas estratéxicas

20 obxectivos

70 accións

Liñas estratéxicas

5 liñas estratéxicas

20 obxectivos

70 accións

LIÑA
ESTRATÉXICA
01

Mocidade libre de fume

Obxectivo 1. Reducir a porcentaxe de adolescentes entre 14 e 18 anos que se inicia no consumo de tabaco e outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina

Obxectivo 2. Promover os estilos de vida saudables na mocidade

Obxectivo 3. Evitar a exposición pasiva da poboación ao fume de tabaco

Obxectivo 4. Reforzar a vixilancia do cumprimento da lexislación vixente en materia de tabaco e outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina

Obxectivo 5. Impulsar a sensibilización das persoas que actúan como figura modelica para a infancia e adolescencia

LIÑA
ESTRATÉXICA
02

Déixao e gaña. Cesación do consumo de tabaco e outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina

Obxectivo 6. Reducir a prevalencia de consumo de tabaco diario e outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina na adolescencia

Obxectivo 7. Diminuír a prevalencia de tabaquismo en pacientes con patoloxías relacionadas co tabaco e outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina

Obxectivo 8. Desenvolver estándares homoxéneos na intervención en tabaquismo nas áreas sanitarias

Obxectivo 9. Mellorar o seguimento do ou da paciente en proceso de cesación tabáquica

Obxectivo 10. Reducir a prevalencia de tabaquismo no profesorado e o persoal sanitario

Obxectivo 11. Reducir a prevalencia de tabaquismo na poboación xeral, favorecendo o apoio para a cesación no ámbito laboral, comunitario e priorizando a colectivos vulnerables

DetECCIÓN PRECOZ DAS PRINCIPAIS ENFERMIDADES ASOCIADAS AO CONSUMO DO TABACO

Obxectivo 12. Avanzar no desenvolvemento de novas estratexias de detección precoz dos procesos oncolóxicos asociados ao consumo de tabaco e outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina, con especial atención ao cancro de pulmón

Obxectivo 13. Diminuír o infradiagnóstico da enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC) en Galicia

Obxectivo 14. Reducir a incidencia de ICTUS e infarto agudo de miocardio na poboación galega mediante a detección precoz da enfermidade cardiovascular subclínica.

Obxectivo 15. Innovar na detección precoz mediante a valoración de risco polixénico

VIXILANCIA EPIDEMIOLÓXICA

Obxectivo 16. Elaborar un perfil epidemiolóxico que defina os determinantes sociais que se relacionan cun alto risco de padecer enfermidades relacionadas co tabaquismo

Obxectivo 17. Mellorar a recollida da información relacionada co consumo de tabaco e outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina na contorna sanitaria

Obxectivo 18. Seguimento do consumo de tabaco e outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina

XESTIÓN DO COÑECEMENTO

Obxectivo 19. Formación continua coa colaboración da Escola Galega de Saúde Pública

Obxectivo 20. Promover a innovación e a investigación sobre os factores de risco e protección relacionados co consumo de tabaco e outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina



LIÑA
ESTRATÉXICA
01

Mocidade libre de fume

A mocidade é a parte da vida dunha persoa que está entre a infancia e a madurez e que abrangue as idades comprendidas, principalmente, entre os 14 e os 18 anos. Estas persoas, que están vivindo a etapa vital da adolescencia, teñen necesidades específicas de saúde relacionadas co seu rápido desenvolvemento físico, sexual, social e emocional e coas funcións particulares que desempeñan na sociedade. Por este motivo, as políticas, os programas e os plans de promoción da saúde e prevención deben ter en conta as necesidades específicas relacionadas coa saúde na adolescencia, e a mellor maneira de logralo é elaborar e aplicar estes programas cos e coas adolescentes ⁽²⁴⁾. Para iso, faise necesario establecer unha canle de comunicación a través da súa mesma linguaxe. Ha de ser unha comunicación baseada nunha metodoloxía participativa, de maneira que a propia mocidade asuma o liderado e participe na selección e na priorización das intervencións.

Por outra banda, o consumo de tabaco e o uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina pode chegar a ser un problema durante a adolescencia, unha etapa de cambios e experimentación con novas sensacións. Moitos e moitas adolescentes poden verse implicados no inicio do consumo por imitación, por sentirse maiores, por presión dos pares, por rituais de pertenza a determinados grupos ou simplemente como medio para solucionar problemas de ansiedade, falta de amigos, fracasos ou ante eventos estresantes. En calquera caso, a experimentación co tabaco pode levar a un consumo de longa duración e dependencia ⁽²⁵⁾. Estes datos reflicten a necesidade de buscar unha mocidade libre de fume.

Obxectivo 1. Reducir a porcentaxe de adolescentes entre 14 e 18 anos que se inicia no consumo de tabaco e no uso outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina.

A OMS subliña o alto poder adictivo da nicotina. A experimentación co tabaco durante a nenez e a adolescencia pode levar facilmente a toda unha vida de dependencia ao tabaco e a outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina. Ademais, describe que os nenos, nenas e adolescentes que utilizan cigarros electrónicos teñen polo menos o dobre de probabilidades de fumar cigarros máis tarde na súa vida. Finalmente, a maioría das persoas fumadoras adultas actuais iniciaron a súa experimentación co tabaco antes dos 18 anos de idade ⁽²⁾.

Por outra banda, existe a evidencia de que as actividades preventivas no ámbito escolar e comunitario teñen un impacto moderado na diminución e na cesación do consumo de tabaco ⁽²⁶⁾. As intervencións escolares con maior evidencia da súa eficacia están baseadas nos métodos que combinan a adquisición de coñecemento mediante métodos interactivos con modelos de influencia e aprendizaxe social ⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Existen tres tipos de programas de prevención en condutas adictivas: universal, selectiva e indicada. Os programas de prevención universal diríxense a toda a poboación. Os programas de prevención selectiva van dirixidos a grupos ou colectivos de persoas que, polas súas características ou circunstancias persoais, sociais ou ambientais, están en situación de especial risco de consumo de drogas ou doutros comportamentos adictivos. Finalmente, os programas de prevención indicada diríxense a persoas con factores específicos de vulnerabilidade que experimentan os primeiros síntomas derivados do consumo de substancias e doutros comportamentos adictivos ou que teñen outros problemas de conduta relacionados ⁽²⁹⁾.

En materia de prevención universal, recoméndanse programas xerais de prevención do consumo de tabaco baseados no modelo de influencia social ou cun enfoque de habilidades cognitivas condutuais, competicións en clase e medidas orientadas a provocar unha influencia social, combinadas con compoñentes na contorna comunitaria ⁽²⁹⁾.

Adicionalmente, as investigacións realizadas sobre as relacións da mocidade cos novos medios de comunicación demostran que os espazos virtuais que ofrece a rede son lugares primordiais para establecer amizades e relacións, é dicir, son lugares de experiencia para a socialización ⁽³⁰⁾.

Os enfoques baseados no uso dos medios de comunicación poden ter efectos preventivos sobre o consumo de tabaco se se combinan con programas escolares e se se desenvolven especificamente para o grupo obxectivo ⁽²⁹⁾.

Acción 1.1

Implantar un novo modelo de prevención universal (dirixido a todo o alumnado) nos centros educativos, en colaboración coa consellería competente en materia de Educación, no que se traballe, en función da idade, a prevención do consumo de tabaco e do uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina, e os factores de risco e de protección.

Acción 1.2

Establecer criterios relacionados coa prevención do consumo de tabaco na Rede galega de escolas promotoras de saúde.

Acción 1.3

Desenvolver programas de prevención do tabaquismo no ámbito familiar e comunitario mediante un proceso participativo cos e coas adolescentes que teñan en conta intervencións nos medios de comunicación e a capacidade de influencia das redes sociais.

Obxectivo 2. Promover os estilos de vida saudables na mocidade.

A OMS define os estilos de vida saudables como unha forma xeral de vida baseada na interacción entre as condicións de vida nun sentido amplo e os patróns individuais de conduta determinados por factores socioculturais e polas características persoais. Ademais, considera que existen sete hábitos imprescindibles para que unha persoa manteña un estilo de vida saudable: actividade física diaria, alimentación equilibrada, reducir o consumo de alcohol, evitar o consumo de tabaco, hixiene persoal e ambiental, as relacións sociais e o benestar emocional ⁽²⁾.

De maneira específica, a actividade física inflúe en gran medida na actitude da ou do adolescente respecto do tabaco e evita o inicio do seu consumo, e máis aínda dentro do grupo de adolescentes que practican un deporte federado ⁽³¹⁾.

Por outra banda, no marco do programa europeo Interreg VA España-Portugal (Poc-tep) 2014-2020, a Dirección Xeral de Saúde Pública desenvolveu o portal web interactivo Xanela aberta á familia (<https://vida-saudable.Sergas.gal>), como ferramenta de comunicación veraz coas familias sobre os estilos de vida saudables durante todo o ciclo parental ⁽³²⁾. A través do uso do propio portal web, da subscripción para recibir boletíns, das redes sociais asociadas e da realización de actividades como seminarios web, este proxecto incide na importancia fundamental da familia na formación de calquera ser humano, a través da divulgación de contidos sobre estilos de vida saudables específicos para as diferentes etapas vitais.

Acción 2.1

Fomentar a práctica da actividade física como alternativa de lecer saudable. Por exemplo, promoveranse acordos coas empresas de lecer nocturno para fomentar festas diúrnas saudables nas que o baile ou a práctica dalgún deporte específico sexa o centro da festa. Por outra banda, en colaboración coa Secretaría Xeral para o Deporte, promoverase o deporte escolar nas categorías cadete (14-15 anos) e xuvenil (16-18 anos), principalmente durante as mañás das fins de semana e nas épocas nas que non hai competicións federadas.

Acción 2.2

Potenciar a web interactiva *Xanela aberta á familia – vida saudable* e as súas redes sociais e a plataforma Vida saudable, como canle de formación e información sobre hábitos de vida saudables, a través dunha liña dirixida exclusivamente á mocidade, con boletíns específicos, materiais interactivos, xogos, retos, cursos e aplicacións móbiles.

Acción 2.3

Crear a Rede cidadá Inspira Saúde para a promoción dunha vida sen tabaco. Convidarase a cidadanía para formar parte da rede de maneira voluntaria.

Para formar parte da rede, o cidadán débese comprometer a avogar por unha vida sen tabaco e a colaborar na actividades e campañas que se desenvolvan.

A cidadanía que se integre na rede recibirá formación e información a través da Escola Galega de Saúde Pública, con encontros, cursos, boletíns periódicos, reunións etc. Ademais, recibirá un recoñecemento expreso por formar parte dunha rede que mellorará a saúde das persoas.

Tamén se buscará involucrar a colectivos concretos; por exemplo, asociacións de nais e pais, colexios profesionais etc.

Obxectivo 3. Evitar a exposición pasiva da poboación ao fume do tabaco.

O fume do tabaco contén miles de produtos químicos, dos cales polo menos 250 son tóxicos ou canceríxenos, e a súa capacidade de mutaxénese é posible mesmo en doses sumamente baixas. Non existe ningún nivel de exposición no cal o fume do tabaco resultase ser inocuo para os seres humanos ⁽³³⁻³⁴⁾. O tabaco aumenta o risco de enfermidades nas persoas fumadoras pasivas, sobre todo na infancia ⁽³⁵⁾. Un estudo avaliou a mortalidade atribuíble á exposición ambiental ao fume do tabaco en España en 2020 e concluíu que esta exposición se asocia co 1,5 % de todas as mortes por cancro de pulmón e cardiopatía isquémica na poboación de 35 anos ou máis ⁽³⁶⁾.

Por outra banda, se as persoas non se expoñen a unha conduta, diminúe a probabilidade de que a coñezan, de que estea presente na súa memoria ou de que a imiten ⁽³⁷⁾. Por todo iso, é necesario evitar a exposición ao fume do tabaco das persoas non fumadoras e é fundamental prestarlle unha especial atención á poboación máis vulnerable, como son a xente maior e a infancia.

A creación de espazos sen fume ao aire libre e a súa extensión a diferentes ámbitos ten un fin educativo e de sensibilización social. Ampliar a limitación do consumo a lugares que non estean recollidos na normativa actual, e que ademais son ámbitos de lecer, permite avanzar cara a un cambio na percepción social sobre o tabaco, con contornas educativas e preventivas, tanto desde o punto de vista da saúde coma ambiental. A implicación de diferentes entidades nesta iniciativa, contando coa participación activa da sociedade, consi-

dérase o camiño idóneo para conseguilo. Por este motivo, no ano 2016 púxose en marcha a Rede galega de praias sen fume, no marco do Programa galego de promoción dunha vida sen tabaco que, no ano 2018, se estendeu a todas as provincias da comunidade, coa participación das praias fluviais e dos portos, por mor da cal xurdiu a Rede galega de portos sen fume. Ademais, a finais do ano 2022, creouse a Rede galega de parques sen fume.

Acción 3.1

Ampliar a rede de espazos libres de fume, co fin de aumentar o número de praias, portos e parques sen fume e de crear novas redes, como as prazas, as pistas de fútbol, as canchas de baloncesto ao aire libre, as piscinas descubertas ou os campus universitarios.

Acción 3.2

Desenvolver accións de prevención e promoción da saúde para evitar o consumo de tabaco e o uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina no ámbito privado —o domicilio, o automóbil, os lugares de lecer ao aire libre privados etc.— e na presenza de menores.

Acción 3.3

Estudar as modificacións pertinentes na lexislación galega sobre o tabaco e outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina, de modo que se dificulte cada vez máis o seu consumo por parte da poboación menor de idade en Galicia. Nesta liña, buscarase a contención do consumo na vía pública.

Obxectivo 4. Reforzar a vixilancia do cumprimento da lexislación vixente en materia de tabaco e doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina.

A lexislación e o seu sistema sancionador é un dos medios máis eficaces que teñen as administracións públicas para lograr o cambio de condutas, sobre todo cando se trata de protexer a saúde da cidadanía ⁽³⁸⁾.

A lexislación vixente na actualidade é a Lei 28/2005, do 26 de decembro, de medidas sanitarias fronte ao tabaquismo e reguladora da venda, subministración, consumo e publicidade dos produtos de tabaco. Esta lei establece as competencias de inspección e sancións no seu artigo 22: "Os órganos competentes das comunidades autónomas e cidades con estatuto de autonomía, se é o caso, exercerán as funcións de control e inspección, de oficio ou a instancia de parte, así como a instrución de expedientes sancionadores e a imposición de sancións".

Para cumprir co establecido nesta lei, a Dirección Xeral de Saúde Pública desenvolveu un plan anual de inspeccións no marco do Programa galego de promoción dunha vida sen tabaco. Neste plan, fíxase o número mínimo de inspeccións de oficio que ha realizar cada unha das xefaturas territoriais de Sanidade e tamén se priorizan os ámbitos que se deben inspeccionar.

Ademais, para garantir o cumprimento da lexislación nos centros sanitarios, publicouse unha instrución que recolle a creación de grupos de acción para liderar e coordinar o desenvolvemento e o seguimento das actuacións necesarias, co obxectivo de que os centros sanitarios sexan espazos libre de tabaco ⁽³⁹⁾.

De todas as maneiras, no caso dunha adicción coma o tabaquismo, é máis difícil cumprir a norma se a persoa ve algunha físgoa para saltala. Isto é o que sucede en moitos centros sanitarios ⁽³⁸⁾. Por iso, faise necesario mellorar o cumprimento da lei e a súa exemplaridade nun colectivo profesional que é un modelo para os seus pacientes e para a sociedade.

Acción 4.1

Actualizar e realizar o seguimento anual do Plan de inspección de tabaquismo, reforzando as inspeccións nos centros sanitarios, nos edificios administrativos e nos lugares nos que haxa persoas menores.

Acción 4.2

Reforzar a sinalización, tanto interior coma exterior, nos edificios e recintos onde está prohibido fumar ou onde non se recomenda facelo.

Acción 4.3

Desenvolver protocolos de actuación, en colaboración coas administracións implicadas e coas forzas e corpos de seguridade, para actuar en caso de incumpra a lexislación vixente.

Obxectivo 5. Impulsar a sensibilización das persoas que actúan como figura modélica para a infancia e a adolescencia.

Existen figuras que exercen un papel modélico para toda a sociedade, incluída a infancia e a adolescencia, que son os profesionais sanitarios. Ademais, na infancia e na adolescencia, existen outras figuras referentes, como son o profesorado e o grupo de iguais, e hai persoas que exercen unha influencia máis elevada tanto no ámbito persoal coma nas redes sociais. Porén, a familia é a figura modélica máis importante no que ten que ver coa prevención do tabaquismo. O programa *Planet youth* co que Islandia conseguiu reducir ao 3 % as persoas adolescentes que fuman a diario identifica a responsabilidade das familias como un dos puntos chave. Os estudos deste programa mostran que o papel dos proxenitores na educación das súas fillas e fillos é o principal factor para previr o consumo de drogas e que estes han promover a creación de contornas onde as e os adolescentes se atopen ben e onde teñan a opción de encher o seu tempo con actividades positivas. Ademais, o programa ten en conta que o cerebro adolescente necesita experimentar sensacións novas e permitiu comprobar como o deporte colectivo e as actividades lúdicas xeran as endorfinas necesarias para que as mozas e os mozos se afasten das drogas ⁽⁴⁰⁾.

Acción 5.1

Desenvolver actividades de sensibilización dirixidas ás familias e aos líderes sociais, en colaboración coas federacións e asociacións civís. Por exemplo, actividades relacionadas co Día Mundial sen Tabaco; espazos veciñais libres de fume, coa colaboración das asociacións de veciños; actividades con asociacións de pacientes etc.

Acción 5.2

Potenciar a sensibilización e a formación sobre a prevención e a cesación do consumo de tabaco dirixida ao persoal sanitario, a través da Rede de centros sanitarios sen fume.

Acción 5.3

Elaborar un plan de formación, en colaboración coa consellería competente en materia de Educación, sobre a prevención e a detección precoz do consumo de tabaco en menores dirixidos aos e ás profesionais de educación, incluídas as universidades.



LIÑA
ESTRATÉXICA
02

Déixao e gaña. Cesación do consumo de tabaco e do uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina

Existe a evidencia científica de que deixar de fumar produce importantes beneficios para a saúde, tanto se se desenvolveron enfermidades relacionadas co tabaco coma se non ⁽³⁵⁾.

Os programas de cesación do consumo de tabaco supoñen unha maneira eficaz de reducir a prevalencia do consumo ^{(6) (41)}. Moitos fumadores e fumadoras queren deixalo, pero non teñen recursos dispoñibles para facelo. Por iso, é importante que se promovan programas de cesación do consumo de tabaco, e incluílos dentro do sistema sanitario garantirá un éxito maior ⁽³⁸⁾.

Neste sentido, unha das medidas da estratexia MPOWER da Organización Mundial da Saúde para facer retroceder a epidemia de tabaquismo é ofrecer axuda para o abandono do tabaco a través dos sistemas sanitarios, de xeito que estes faciliten asesoramento no marco da atención primaria; apoiar as iniciativas comunitarias, e ofrecer tratamentos farmacolóxicos de fácil acceso e baixo custo cando sexa conveniente ⁽¹¹⁾.

Para iso, cobran un especial interese os programas de prevención selectiva. Estes programas diríxense a persoas adolescentes nas que se detectaron situacións de conflito relacionadas coas drogas. Lévese a cabo unha intervención máis intensa e con persoal especializado, como os equipos técnicos de prevención.

Por todo o exposto, establécese como unha liña estratéxica clave desenvolver programas de cesación do consumo de tabaco tanto no ámbito sanitario coma no comunitario. Estes programas han de estar deseñados tendo en conta a equidade e o colectivo ao que van dirixidos e deben utilizar a potencialidade das novas tecnoloxías e das redes sociais.

Obxectivo 6. Reducir a prevalencia do consumo de tabaco diario e do uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina na adolescencia.

Nun estudo realizado en poboación adolescente nos Estados Unidos, observouse que os principais motivos que manifestaban para deixar de fumar eran mellorar a condición física (64 %) e o prezo do tabaco (64 %). As barreiras identificadas que lles impedían deixalo foron as dificultades para manexar a tensión que lles supoñía (59 %) e superar a síndrome de abstinencia (52 %) ⁽⁴²⁾.

No ano 2016, realizouse unha revisión da evidencia científica, co obxectivo de avaliar o impacto das intervencións da actividade física para reducir a ansiedade no proceso de cesación do consumo de tabaco. Este estudo incluíu 18 ensaios controlados aleatorios que incorporaron a actividade física. Dezasete dos 18 ensaios demostran a efectividade da actividade física para reducir a ansiedade por fumar. A consistencia destes resultados constitúe unha sólida evidencia da importancia da actividade física como axuda no proceso de cesación, polo que se debe incorporar aos programas para deixar de fumar ⁽⁴³⁾.

Estes datos proporcionan claves para desenvolver accións de cesación específicas para os e as adolescentes.

Tamén se considera necesario incidir na cesación do consumo de nicotina mediante outros dispositivos porque teñen igualmente un alto poder adictivo e conteñen substancias prexudiciais para a saúde.

Acción 6.1

Optimizar a cobertura dos programas de prevención selectiva (colectivos de especial risco) nos centros educativos e no ámbito familiar nos que se promova a cesación do consumo de tabaco e do uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina, mellorando a accesibilidade aos equipos técnicos de prevención.

Acción 6.2

Desenvolver campañas de información e sensibilización a través dos diferentes medios de comunicación dirixidos á adolescencia e á mocidade, coa colaboración de persoas influentes que alerten sobre os prexuízos do tabaquismo e que fomenten a cesación.

Acción 6.3

Establecer unha liña de colaboración coas sociedades científicas de pediatría, enfermería e medicina familiar e comunitaria para fomentar a cesación desde o ámbito sanitario; incluír o historial relacionado co tabaquismo dentro da anamnese, e ofrecer consello breve adaptado.

Acción 6.4

Deseñar e desenvolver programas de cesación específicos para a adolescencia, coa participación activa dos e das adolescentes.

Acción 6.5

Implantar programas innovadores, baseados na modificación de condutas, con elementos motivadores como o deporte ou a promoción da cesación con intelixencia artificial. Por exemplo, coa asistente dixital Florence da OMS (<https://www.who.int/es/campaigns/Florence>).

Obxectivo 7. Diminuír a prevalencia do tabaquismo en pacientes con patoloxías relacionadas co tabaco e outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina.

Observouse que un elevado número de pacientes que sofren enfermidades provocadas polo tabaco non o deixan. E é un dato relevante neste sentido que a metade dos pacientes diagnosticados de EPOC continúan fumando ⁽⁴⁴⁾. Algúns estudos de cohortes recentemente publicados en Galicia, nos que se inclúen pacientes con EPOC que son hospitalizados por unha agravamento grave, indican que entre o 30 e 40 % deles fuman activamente, porcentaxe que se chega a duplicar nas mulleres ⁽⁴⁵⁻⁴⁶⁾. O tabaquismo activo aumenta a morbilidade e mortalidade nos e nas pacientes con enfermidades asociadas ao tabaquismo, polo que deseñar e poñer en marcha programas específicos e preferentes para a cesación do consumo de tabaco nesta poboación xa diagnosticada considérase unha medida eficiente.

Acción 7.1

Desenvolver programas de cesación do consumo de tabaco específicos para pacientes con patoloxías respiratorias, cardiovasculares ou procesos oncolóxicos asociados ao tabaco e a outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina, tendo en conta a perspectiva de xénero. Os e as pacientes captaranse tanto en atención primaria coma hospitalaria e derivaranse á unidade de cesación máis adecuada en cada caso.

Acción 7.2

Implantar programas de cesación do consumo de tabaco para pacientes hospitalizados/as por calquera causa no momento da hospitalización e que unha vez dada a alta médica. Comezaranse polas unidades de hospitalización que tratan patoloxías respiratorias, cardiovasculares ou procesos oncolóxicos directamente relacionados co tabaco e con outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina. O persoal de enfermería de planta encargaranse de realizar o primeiro contacto e de promover a motivación cara á cesación. As farmacias dos hospitais disporán de todos os recursos farmacolóxicos existentes con evidencia científica no tratamento da síndrome de abstinencia á nicotina.

Acción 7.3

Utilizar o programa Conecta 72 do Servizo Galego de Saúde para levar a cabo o primeiro seguimento unha vez dada a alta médica, para verificar o cumprimento do tratamento farmacolóxico iniciado no hospital, para incrementar a motivación, para dar unha cita coa Unidade de Cesación do consumo de tabaco tras a alta e tamén para insistir na conveniencia de deixar de fumar se non se comezou o proceso no hospital.

Obxectivo 8. Desenvolver estándares homoxéneos na intervención en tabaquismo nas áreas sanitarias.

Na actualidade, a asistencia ao tabaquismo é heteroxénea nas diferentes áreas sanitarias, o que dificulta o coñecemento dos circuitos e dos recursos por parte tanto do persoal sanitario coma da cidadanía.

De acordo coa evidencia dispoñible, na estratexia de asistencia ao tabaquismo, as áreas sanitarias deben dispoñer de unidades multidisciplinares específicas. Recoméndase a implicación das diferentes categorías profesionais sanitarias no desenvolvemento de intervencións para axudar a deixar de fumar, sen identificar unha disciplina máis propicia. Ademais, deberase ter en conta o acceso ás persoas fumadoras, a capacitación profesional, a experiencia e o interese dos e das profesionais, xa que esixe un forte compromiso en todos os niveis de atención sanitaria ⁽⁴⁷⁻⁴⁸⁾.

A estratexia global deberá ser proactiva, e ha de incluír o consello sanitario para deixar de fumar e a intervención sistematizada, de maneira que a todas as persoas fumadoras que acudan a consulta en calquera área sanitaria e por calquera motivo se lles oferten ferramentas homoxéneas que poidan servirlle para a cesación tanto individual coma grupal. Así pois, e para derivar os e as pacientes en función do seu nivel de complexidade, independentemente de se se trata dun centro de saúde ou dun hospital ^{(23) (35) (48-53)}, definiranse os niveis de complexidade na asistencia aos diferentes casos e os circuitos organizativos nos distintos centros sanitarios.

Acción 8.1

Desenvolver un modelo proactivo de intervención en tabaquismo, coa colaboración do Servizo Galego de Saúde, que inclúa un rexistro da historia relacionada co consumo de tabaco no que se realice o consello breve por parte de todas e todos os profesionais sanitarios, en calquera contacto que se produza do paciente co sistema sanitario.

Acción 8.2

Levar a cabo un plan de formación continua relacionada co consello breve e coa cesación do consumo de tabaco dirixido aos e ás profesionais do ámbito sanitario, polo menos unha vez cada dous anos e combinando metodoloxía presencial e virtual.

Acción 8.3

Estandarizar a información recollida na historia clínica electrónica (Ianus) incorporando aquelas variables que permitan identificar a historia relacionada co tabaquismo do ou da paciente. Ha de incluír, polo menos, os seguintes datos: data de inicio do consumo de tabaco, número de cigarros que fuma ao día, detallar se a persoa fuma substancias diferentes ao tabaco, pescudar se realizou algún intento previo, indicar os motivos de recaída e preguntar se estaría disposto ou disposta a realizar unha tentativa seria nas seguintes catro semanas.

Acción 8.4

Auditar o proceso de cubrir a historia relacionada co tabaquismo no rexistro incorporado na historia clínica electrónica (Ianus).

Acción 8.5

Nomear unha persoa referente en tabaquismo en todos os hospitais e servizos de atención primaria. A persoa referente promoverá actividades de formación e de seguimento da implantación e do desenvolvemento de programas de cesación do consumo de tabaco, tanto na poboación xeral coma en grupos específicos. Tamén será fundamental no deseño e na participación en actividades preventivas comunitarias relacionadas coa adolescencia, a muller, o ámbito laboral etc.

Acción 8.6

Crear unidades específicas de referencia para a atención ao tabaquismo e para a súa cesación en todos os distritos sanitarios, e tamén para potenciar as xa existentes e para establecer criterios de derivación tanto desde atención primaria coma desde atención hospitalaria.

Acción 8.7

Informar periodicamente as e os profesionais sanitarios da existencia das unidades de referencia e dos criterios de derivación a elas.

Obxectivo 9. Mellorar o seguimento do ou da paciente no proceso de cesación do consumo de tabaco.

Existe evidencia de que, a maior intensidade na intervención en tabaquismo, maior será a taxa de abstinencia conseguida ⁽⁵⁰⁾ ⁽⁵²⁾. Por este motivo, é fundamental levar a cabo un adecuado seguimento no proceso de cesación.

Para iso, as novas tecnoloxías ofrecen un modelo innovador de interrelación entre os e as pacientes e o persoal sanitario. Nesta liña, a Consellería de Sanidade desenvolveu a plataforma de telemonitorización Telea. Esta plataforma permite que as persoas con determinadas patoloxías ou condicións de saúde poidan rexistrar diferentes variables na súa historia clínica (medicións ou cuestionarios), o que permite un seguimento da evolución do ou da paciente en tempo real. Actualmente, Telea ten 18 perfís activos

de seguimento e está implantada en todos os centros de saúde e hospitais do Servizo Galego de Saúde, de forma que calquera profesional pode utilizalo ⁽⁵⁴⁾.

Acción 9.1

Protocolizar e homoxeneizar o seguimento das persoas en proceso de cesación en todas as áreas sanitarias, implicando a todo o persoal sanitario co obxectivo de que a persoa en proceso de cesación se sinta apoiada e motivada en todas as etapas deste e utilizando as tecnoloxías da información e comunicación (TIC) como ferramentas de apoio.

Acción 9.2

Implantar a plataforma de telemonitorización Telea para o seguimento do proceso de cesación e establecer un perfil que facilite o rexistro e minimize as recaídas.

O seguimento activo que ofrece a plataforma Telea contribúe a manter motivada a persoa en proceso de cesación e a que se sinta apoiada no seu proceso por profesionais sanitarios, xa que tamén se poderían realizar consultas mediante videoconferencia. A creación dun perfil de teleseguimento para estes e estas pacientes facilitará a adherencia ao programa, o que permite diminuír o número de consultas presenciais, no caso de que o programa de cesación establecido se vaia cumprindo. En diversos estudos verificouse que a utilización da telemedicina no proceso de cesación do consumo de tabaco xera un alto grao de satisfacción nos e nas pacientes e permite diminuír a sobrecarga asistencial. Segundo unha metaanálise publicada, a telemedicina aplicada ao proceso de cesación presenta unha evidencia positiva (aínda que non forte), en canto á súa eficiencia e efectividade ⁽⁵¹⁻⁵²⁾.

Obxectivo 10. Reducir a prevalencia do tabaquismo en todo o profesorado e o persoal sanitario.

Desde hai décadas, insístese no papel modélico das e dos profesionais médicos como imprescindibles para atallar a epidemia do tabaco. Desde os estudos de Doll e Hill ⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾, que realizaron durante varias décadas ⁽⁵⁹⁾, cun período de seguimento de 50 anos ⁽⁶⁰⁻⁶¹⁾, as e os profesionais médicos teñen un papel central no tabaquismo, porque son elas e eles os que van ver, ao final, as consecuencias que produce na saúde.

Na mesma liña, conseguir que ningunha ou ningún profesional sanitario e da educación fume mellora o seu papel exemplar ⁽³⁸⁾. Se estes colectivos profesionais non fuman, facilitan a desnormalización do seu consumo e actuarán como panca para evitar o consumo de tabaco naquelas persoas que os imitan (pacientes e alumnado).

Acción 10.1

Asegurar o cumprimento da lei nos centros sanitarios, é dicir, centros nos que ningunha persoa, traballadora ou visitante, fume:

- Poñer en marcha programas de cesación para todo o persoal con estratexias de ludificación. O obxectivo será reducir a prevalencia do tabaquismo entre o persoal do centro sanitario a menos do 5 %.
- Tomar medidas efectivas para que non se fume en todo o recinto, utilizando sinalización visible nos accesos principais e nas entradas do ou dos edificios do centro sanitario e empregando accións disuasorias.
- Acreditar os centros sanitarios que implanten as estratexias máis efectivas con este fin, como referentes, dentro da Rede de centros sen fume, promovendo a súa extensión mediante a utilización de actividades de comunicación e difusión.

Acción 10.2

Deseñar e poñer en marcha un programa de cesación para todo o persoal dos centros educativos con estratexias de ludificación, entre outras, e coa colaboración da consellería competente en materia de Educación, incluídas as universidades.

Obxectivo 11. Reducir a prevalencia do tabaquismo na poboación xeral, apoiando a súa cesación no ámbito laboral e comunitario e priorizando os colectivos vulnerables.

As intervencións comunitarias poboacionais son estratexias que permiten chegar á cidadanía cun esforzo relativamente baixo. Estudos controlados suxiren que hai un aumento nas taxas de abandono do consumo de tabaco entre os e as participantes en comparación coas poboacións de control. Para mellorar as taxas de abandono pode ser importante mellorar as taxas de participación e contar adicionalmente co apoio da familia, amigos ou compañeiros de traballo ⁽⁶²⁾. En Galicia, realizáronse sete campañas deste tipo. A última delas, *Déixao e gaña*, realizouse no ano 2010, cunha participación de 2000 persoas fumadoras e unha abstinencia continua ao ano do 27 %. Ademais, o ámbito comunitario permite chegar con maior facilidade a colectivos que, pola súa maior vulnerabilidade, non acceden ao sistema sanitario ⁽⁵²⁾. Segundo a Enquisa europea de saúde 2020, existe unha relación inversamente proporcional entre o consumo diario de tabaco e a clase social e tamén co nivel de estudos ⁽¹⁹⁾, polo que se deben desenvolver accións específicas dirixidas aos colectivos con menor nivel socioeconómico.

Acción 11.1

Desenvolver novas campañas de cesación comunitarias, nas que se incluírán estratexias de apoio ao proceso de cesación coa colaboración da familia, amigos ou compañeiros de traballo e nas que se poñerá unha especial atención nos colectivos con menor nivel socioeconómico.

Acción 11.2

Establecer o 31 de outubro como o Día Galego sen Tabaco e desenvolver accións de comunicación e actividades de lecer e de sensibilización vinculadas a ese día.

Acción 11.3

Promover a cesación do consumo de tabacos nas mulleres embarazadas nas consultas iniciais para planificar o embarazo, nas consultas de seguimento, nas consultas de revisión pediátrica e, ademais, nas oficinas de farmacia e nas clínicas dentais, dado que son centros sanitarios que adoitan frecuentar as mulleres embarazadas. Se a muller precisa unha intervención avanzada, derivarase ás unidades específicas de cesación do consumo de tabaco.

Acción 11.4

Implantar equipos de apoio á cesación do consumo de tabaco no ámbito comunitario, coa colaboración dos concellos e dos equipos técnicos de prevención de condutas adictivas, desenvolvendo accións específicas dirixidas á poboación e priorizando os colectivos vulnerables.

Acción 11.5

Establecer acordos de colaboración con centros sanitarios, como as oficinas de farmacia, as clínicas dentais, as clínicas de fisioterapia etc., para:

- Fomentar a cesación do consumo de tabaco entre o seu persoal.
 - Desenvolver accións específicas de sensibilización.
 - Realizar intervencións breves e facilitar información sobre as unidades de referencia de atención ao tabaquismo.
-

Acción 11.6

Constituír a Rede galega de empresas sen fume, na que se promova a cesación do consumo de tabaco na contorna laboral, en coordinación co Instituto de Seguridade e Saúde Laboral de Galicia (Issga), desenvolvendo un programa específico de cesación nas empresas que se adapte posteriormente ás peculiaridades de cada industria interesada e priorizando os colectivos profesionais con maior prevalencia do tabaquismo.



LIÑA
ESTRATÉXICA
03

DetECCIÓN PRECOZ DAS PRINCIPAIS ENFERMEDADES ASOCIADAS AO CONSUMO DO TABACO

A cuarta parte das mortes atribuíbles ao tabaco son mortes prematuras ocorridas antes dos 65 anos. Tanto nos homes coma nas mulleres, o tabaco é o motivo do 30 % das mortes por causa coronaria e do máis do 40 % das mortes por causa cerebrovascular ⁽⁶³⁾.

Concretamente en España, nun estudo realizado en 2017, atribuíronselle 53.825 mortes ao consumo de tabaco. Isto supón que o 12,9 % do total de mortes que ocorreron en España ese ano se lle atribúen ao consumo de tabaco. O 84,6 % da mortalidade produciuse nos homes (45.519) e o 49,6 % nos maiores de 74 anos (26.691) ⁽⁷⁾.

No que respecta á causa da mortalidade, o 49,7 % foi debida a procesos oncolóxicos (26.774), e convén salientar que o 66,6 % se debeu ao cancro de pulmón; o 27,5 % tivo que ver con enfermidades cardiovasculares e diabetes (14.289 e 534) e o 22,7 % con enfermidades respiratorias (12.228) ⁽⁷⁾.

En Galicia, e no caso dos homes, o 33,5 % da mortalidade atribuíble ao tabaco é debida ao cancro de pulmón, o 19,6 % á enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC), o 18,3 % a outros cancros e o 11,1 % a unha cardiopatía isquémica. Nas mulleres, o 35,7 % da mortalidade atribuíble ao tabaco é debida ao cancro de pulmón, o 19,4 % á EPOC, o 12,0 % a outros cancros e o 9,8 % a unha cardiopatía isquémica ⁽⁷⁾.

Por outra banda, determinadas enfermidades asociadas ao consumo de tabaco teñen unha evolución clínica lenta que dificulta o seu diagnóstico, aínda que se poden aplicar técnicas de detección precoz que incrementen as posibilidades de éxito no tratamento, que diminúan as complicacións e as secuelas da enfermidade e que reduzan a morbilidad asociada á enfermidade.

É importante engadir que en Galicia se implantaron, nos últimos anos, vías rápidas para oito procesos oncolóxicos, é dicir, circuítos asistenciais que teñen como obxectivo o diagnóstico precoz destas patoloxías. Así, garántese, entre outros indicadores, que non transcorran máis de 15 días en obter un primeiro diagnóstico unha vez que o paciente é incluído na vía rápida. Dentro das oito vías rápidas, existen catro que teñen relación directa co consumo de tabaco: pulmón, colon, cabeza-colo e vexiga.

Neste contexto e coa finalidade de lle dar un enfoque integral a este plan, inclúese esta terceira liña estratéxica que transcende a abordaxe preventiva e pivota na detección precoz das principais patoloxías asociadas ao consumo de tabaco e ao uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina.

Obxectivo 12. Avanzar no desenvolvemento de novas estratexias de detección precoz dos procesos oncolóxicos asociados ao consumo de tabaco e ao uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina, con especial atención ao cancro de pulmón.

O cancro de pulmón xera, na nosa contorna, unha importante mortalidade e morbilidadade, en gran parte evitable mediante estratexias de prevención primaria.

O 90 % dos cancros de pulmón están relacionados coa exposición ao tabaco e o seu risco increméntase tamén coa idade ⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾. No momento do diagnóstico, menos do 20 % dos e das pacientes teñen a enfermidade localizada, e estímase a supervivencia global aos 5 anos no 14 % dos casos ⁽⁶⁶⁾.

Desde hai uns anos, as recomendacións sobre o cribado de cancro de pulmón son heteroxéneas tanto nos criterios para seleccionar a poboación diana coma no grao de recomendación ⁽⁶⁷⁻⁶⁹⁾. Así, o cribado anual realizado con tomografía computadorizada de baixa dose (TCBD) parece que presenta un beneficio neto moderado e que evita un número substancial de mortes por mor do cancro de pulmón nas persoas cun risco elevado, este atópase condicionado pola idade, pola exposición acumulada ao tabaco e polo tempo desde a cesación do hábito de fumar ⁽⁷⁰⁾.

Con todo, para conseguir unha relación beneficio-risco óptima é necesario minimizar os riscos deste cribado que, aínda que son moderados, precisan ser acoutados a través do mantemento dunha adecuada validez da proba, relativa tanto aos seus aspectos técnicos como á interpretación das imaxes, e tamén hai que evitar procedementos invasivos innecesarios para o manexo dos resultados falsos positivos, que poden alcanzar ata o 26 % das persoas cribadas nunha primeira rolda. De feito, a porcentaxe de falsos positivos pódese reducir ata o 13 % se se utilizan protocolos estandarizados de clasificación dos nódulos pulmonares ⁽⁷¹⁾.

Ademais, considérase imprescindible que o cribado do cancro de pulmón se centre no ou na paciente, proporcionando unha oportunidade única para educar, previr, diagnosticar e apoiar a cesación. Esta visión centrada no paciente ten varios eixes de actuación, entre os que destacan a integración da cesación do consumo de tabaco no cribado, a realización de probas funcionais respiratorias e o aproveitamento da totalidade da información que achega a TCBD para completar unha valoración global da persoa

fumadora ou exfumadora, avaliando tamén outras comorbilidades. Esta aproximación ao cribado reconece unha realidade epidemiolóxica, e é que o cancro de pulmón forma parte dun conxunto de patoloxías asociadas ao tabaquismo, entre as que destacan o enfisema e a EPOC, as enfermidades intersticiais, as enfermidades coronarias e outros tumores asociados causalmente ao consumo de tabaco ⁽⁷²⁾.

Adicionalmente, o avance da ciencia e o desenvolvemento tecnolóxico fan que cada día aparezan novas oportunidades innovadoras para a detección precoz do cancro de pulmón. Por exemplo, a detección do cancro de pulmón mediante TCBD podería mellorar a sensibilidade e a especificidade se se combina con novas técnicas de análise xenómica baseadas na realización dunha biopsia líquida, que engloba calquera fluído biolóxico que conteña material tumoral e que poida ser caracterizado molecularmente.

As técnicas de biopsia líquida baseadas na detección de ADN tumoral circulante adóitanse utilizar actualmente como ferramentas predictivas e prognósticas no cancro de pulmón metastásico, e poden ser dun especial interese na estratificación de risco de EPOC e cancro de pulmón e tamén unha ferramenta complementaria para a detección precoz de cancro de pulmón na poboación cun risco elevado ⁽⁷³⁻⁷⁵⁾.

Acción 12.1

Implantar un programa piloto de cribado de cancro de pulmón en pacientes cun risco elevado, utilizando algoritmos de intelixencia artificial (IA) para a estratificación do risco e a posterior toma de decisións sobre a pertinencia da posta en marcha dun programa de cribado de cancro de pulmón.

Acción 12.2

Incluír no cribado e na detección precoz do cancro de pulmón programas de cesación do consumo de tabaco, así como a avaliación clínica global do paciente, incluída a realización de probas funcionais respiratorias.

Acción 12.3

Implantar ferramentas de diagnóstico asistido por computador (CAD) e *deep learning*, previamente validadas, para o procesamento das imaxes da TCBD, así como para a avaliación de todas as radiografías de tórax realizadas no último ano, dándolles prioridade ás que non fosen informadas por especialistas en radioloxía.

Acción 12.4

Estandarizar a vía rápida de cancro de pulmón en todos os distritos sanitarios, garantindo os tempos establecidos para o seu diagnóstico.

Acción 12.5

Implantar e validar técnicas de biopsia líquida e/ou autoanticorpos naqueles pacientes nos que se detectou un nódulo pulmonar, co obxectivo de optimizar a estratexia diagnóstica intervencionista e o seguimento radiolóxico.

Obxectivo 13. Diminuír o infradiagnóstico da enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC) en Galicia.

A EPOC é unha enfermidade de elevada prevalencia que, na maioría dos casos, se diagnostica en estadios avanzados, o que impide instaurar precozmente un tratamento eficaz que minimize os seus efectos a medio e longo prazo. O seu diagnóstico precoz é clave para diminuír a morbimortalidade asociada á enfermidade. Segundo os datos do estudo Espiscan II, preto do 17 % da poboación galega maior de 40 anos presenta unha alteración obstrutiva nas probas de función respiratoria. Destas persoas, o 73 % descoñéceno ⁽⁷⁶⁾.

O diagnóstico da EPOC considerárase en pacientes con idade superior aos 35 anos, con tose crónica, expectoración, dispnea ou bronquites frecuentes durante o inverno e cunha historia de exposición a factores de risco, fundamentalmente, o tabaco. Para diagnosticar a EPOC, ademais da presenza de síntomas e dos factores de risco, é necesario demostrar a obstrución do fluxo aéreo e isto unicamente se consegue coa espirometría ⁽⁷⁷⁻⁷⁹⁾, que é unha proba non invasiva da función pulmonar que mide os volumes e os fluxos respiratorios. Aínda que require dunha formación específica por parte dos e das profesionais que a realizan e a avalían, pódese levar a cabo con criterios de calidade nos servizos de atención primaria e noutros escenarios clínicos como as unidades de saúde laboral, xa que xoga un papel importante nos programas de vixilancia das enfermidades respiratorias ocupacionais ⁽⁸⁰⁻⁸²⁾.

A espirometría ten un valor diagnóstico e prognóstico de forma independente nas enfermidades respiratorias, permite o seu seguimento, orienta sobre o tratamento máis adecuado e é unha peza chave na abordaxe da EPOC ^(83, 84). Porén, na actualidade, a espirometría utilízase pouco e xeralmente a calidade da proba non é apropiada, especialmente pola dificultade de obter unha capacidade vital forzada (FVC) correcta ⁽⁸⁵⁾. Diferentes sociedades propuxeron recomendacións, normativas e estándares para homoxeneizar e mellorar a calidade da proba ⁽⁸⁶⁻⁸⁸⁾. A pesar disto, os estudos seguen mostrando unha accesibilidade á proba limitada e un escaso seguimento das recomendacións propostas ⁽⁸⁹⁾. Con todo, co avance da tecnoloxía xurdiron novos microespirómetros de manexo sinxelo que poderían contribuír a reducir o infradiagnóstico da EPOC, xa que permite a súa utilización nos escenarios nos que non se pode utilizar a espirometría de maneira sinxela ⁽⁹⁰⁻⁹¹⁾.

Finalmente, no que respecta á abordaxe asistencial da enfermidade pulmonar obstrutiva crónica, en Galicia dispónse dun proceso asistencial integrado cuxo obxectivo é homoxeneizar e estandarizar a atención no conxunto dos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde, cunha visión interdisciplinar que permite abordar a atención ás persoas con EPOC desde un punto de vista integral.

Acción 13.1

Actualizar o Proceso asistencial integrado da EPOC do Servizo Galego de Saúde e establecer directrices para a súa implantación efectiva en todos os centros sanitarios de Galicia, con especial atención ás mulleres, nas que se detecta unha maior prevalencia desta enfermidade.

Acción 13.2

Incluír a detección precoz da EPOC nos programas preventivos de saúde laboral nos pacientes cunha idade superior aos 35 anos, con tose crónica, expectoración, dispnea ou bronquites frecuentes durante o inverno e cunha historia de exposición a factores de risco (principalmente, tabaco ou produtos derivados).

Acción 13.3

Capacitar o persoal sanitario dos centros asistenciais, incluídas as unidades de saúde laboral, na realización e interpretación das espirometrías.

Acción 13.4

Valorar a utilización de dispositivos simplificados (microespirómetros) para a rastrexo da EPOC en pacientes de risco e en escenarios nos que non se poida utilizar a espirometría.

Acción 13.5

Desenvolver un sistema de rexistro das espirometrías na historia clínica electrónica baseado nos criterios de calidade da proba (ver o anexo I), co obxectivo de detectar boas prácticas e oportunidades de mellora na realización desta proba diagnóstica.

Obxectivo 14. Reducir a incidencia do ictus e do infarto agudo de miocardio na poboación galega mediante a detección precoz da enfermidade cardiovascular subclínica.

O control adecuado dos factores de risco cardiovascular (como son o tabaquismo, a hipertensión, a dislipemia e a diabetes mellitus tipo 2) asóciase cunha menor morbimortalidade. Para iso, é necesario detectar a enfermidade vascular antes de que aparezan os síntomas, priorizando as accións e o seguimento dos casos de maior risco.

As escalas de risco validadas e utilizadas con maior frecuencia son a Score (*Systematic COronary Risk Evaluation*) e Score-2 ou o sistema Regicor ⁽⁹²⁻⁹³⁾.

A detección destas patoloxías cardiovasculares require a realización de probas diagnósticas específicas mediante técnicas exploratorias non invasivas. As exploracións máis habituais para diagnosticar a enfermidade cardiovascular subclínica son o índice nocello/brazo, a ecografía carotídea para avaliar as placas de ateroma carotídeas e a tomografía computadorizada (TC) torácica para a cuantificación do calcio coronario. Aínda que a determinación do índice nocello/brazo é accesible en todos os centros asistenciais, a ecografía carotídea e a TC torácica require de estudos que avalíen a súa utilidade na detección da enfermidade cardiovascular subclínica en pacientes estatificados segundo o seu risco cardiovascular.

Acción 14.1

Calcular o risco cardiovascular de todos os pacientes fumadores de 40 ou máis anos de idade, utilizando as ferramentas que recomentan as guías europeas do ano 2021 (<https://ou-prevent.com>) e instaurando a abordaxe terapéutica máis adecuada en función do risco.

Acción 14.2

Estandarizar a medición do Índice nocello/brazo en pacientes identificados como de risco cardiovascular alto ou moi alto na estratificación realizada na acción 14.1.

Acción 14.3

Deseñar estudos de investigación para avaliar a pertinencia de detectar lesións arterioescleróticas carotídeas mediante a realización dun eco-doppler carotídeo e cardiopatías isquémicas mediante TC das arterias coronarias, en pacientes fumadores de moi alto risco cardiovascular e en termos de custo-efectividade..

Obxectivo 15. Innovar na detección precoz mediante a valoración do risco polixénico.

Unha das propostas máis innovadoras na detección precoz de casos de enfermidades relacionadas co tabaquismo é a valoración do risco polixénico, tamén chamada PRS. Defínese como a avaliación do risco de padecer unha enfermidade específica tendo en conta a influencia colectiva de moitas variantes xenéticas, tanto das asociadas a xenes con funcións coñecidas como daquelas das que non se coñece ningún tipo de asociación con xenes relevantes para a enfermidade ⁽⁹⁴⁾.

A introdución dos estimas de risco polixénico (PRS) está a supoñer unha revolución no que ten que ver coa anticipación da enfermidade e coa prevención para atrasar o comezo de complicacións asociadas mediante o establecemento de hábitos de vida saudables, así como no que atinxe á adopción e ao seguimento de medidas terapéuticas precoces.

A EPOC é un dos mellores exemplos de posible translación dos PRS á detección precoz de pacientes en risco, unido a outras variables clínicas e epidemiolóxicas ⁽⁹⁵⁻⁹⁶⁾.

Acción 15.1

Validar a utilización de estimas de risco polixénico (PRS) para a valoración da existencia de risco cardiovascular asociado ao consumo de tabaco.

Acción 15.2

Deseñar un proxecto piloto que avalíe a utilización de estimas de risco polixénico (PRS) na detección precoz da EPOC.



A vixilancia epidemiolóxica é unha das ferramentas principais da saúde pública porque permite identificar problemas de saúde e facilita o seu control e resolución. Consiste na recollida sistemática de datos de saúde e na súa análise e interpretación, o que permite a planificación, implantación e avaliación de políticas de saúde pública que melloran as condicións de saúde da poboación. Esta vixilancia realízase de maneira proactiva, con estratexias de promoción e prevención.

Para lograr a meta deste plan, a vixilancia epidemiolóxica permitirá coñecer de maneira máis exhaustiva o perfil das persoas fumadoras e das persoas fumadoras que, ademais, padecen enfermidades asociadas ao tabaquismo. Permite tamén mellorar a recollida de información sobre a historia relacionada co tabaquismo dos galegos e galegas e realizar o seguimento do consumo de tabaco nos diferentes grupos de poboación e nos colectivos con maior vulnerabilidade, con perspectiva de xénero.

Obxectivo 16. Elaborar un perfil epidemiolóxico que defina os determinantes que se relacionan cun alto risco de padecer enfermidades relacionadas co tabaquismo.

Para actuar de maneira proactiva nas enfermidades relacionadas co tabaquismo, é necesario coñecer as características dos e das pacientes de Galicia que levan a unha maior incidencia de enfermidades ou a un peor prognóstico no seu tratamento. As características específicas de Galicia relacionadas coa exposición ao radon ou coa exposición antiga aos contaminantes derivados das cociñas de leña fan necesario desenvolver estudos concretos na poboación galega.

Coñecer o perfil sociosanitario das persoas enfermas permitirá tomar decisións relacionadas cos colectivos específicos sobre os que intensificar as medidas de promoción da saúde e de cesación do consumo de tabaco. Tamén permitirá afinar nas estratexias de detección precoz. Ademais, o coñecemento dos determinantes sociais das persoas enfermas axudará a establecer medidas non sanitarias que permitan mellorar a calidade de vida delas e promover medidas de prevención.

Neste sentido, a Consellería de Sanidade desenvolveu macrodatos da historia clínica electrónica, que conta coa Plataforma de explotación de información e xestión de datos clínicos e epidemiolóxicos (Hexin). Esta funcionalidade permite analizar os rexistros da historia clínica electrónica para buscar indicios de enfermidades relacionadas co tabaquismo, o que favorecerá establecer perfís de antecedentes e de predisposición ás enfermidades identificando as persoas sobre as que actuar, e tamén favorecerá a proactividade.

Tal e como se describe na xustificación, estableceuse unha relación causal entre o consumo de tabaco e distintos tipos de cancro, como o de pulmón, cavidade oral, farinxe, larinxe, estómago, leucemia mieloide aguda, colorrectal e de células hepáticas (3-6). Actualmente, continúaase estudando a asociación con outras patoloxías, como o cancro de mama. Por este motivo, resulta necesario realizar unha análise periódica da incidencia do cancro en Galicia. Para iso, a Dirección Xeral de Saúde Pública conta co Rexistro Galego de Tumores (Regat), o sistema de información do cancro en Galicia que permite obter datos de incidencia e mortalidade axustados por idade, sexo e área sanitaria, dos cancros relacionados co tabaquismo.

Por outra banda, o déficit de alfa-1 antitripsina é unha enfermidade xenética relativamente frecuente en poboacións de orixe europea. Trátase dunha doenza conxénita potencialmente mortal, máis frecuente na idade adulta e que está infradiagnosticada, dado que a sintomatoloxía se asocia con asma ou EPOC. Isto supón que se produza un atraso entre o inicio dos síntomas respiratorios e o diagnóstico definitivo, que se adoita facer en fases moi avanzadas da enfermidade pulmonar. Por este motivo, as recomendacións da OMS e das sociedades científicas indican de forma categórica que se lles debe realizar a cuantificación sérica da alfa-1-antitripsina (AAT) a todos os e as pacientes con EPOC dentro do esquema diagnóstico habitual desta enfermidade (97-98). Para actuar de maneira preventiva na poboación sa, a evidencia propón realizar o estudo de concentracións séricas de AAT e do fenotipo nas persoas predispostas, que son aquelas sen síntomas específicos, pero cunha alta probabilidade de presentar a alteración xenética. Trátase principalmente dos familiares consanguíneos de persoas enfermas. O risco de ser homocigoto PiZZ nos fillos de 2 heterocigotos cun alelo Z é do 25 % e os fillos dun homocigoto ZZ e un heterocigoto serán todos PiZZ ou portadores dun alelo Z. Polo tanto, non hai que esperar a establecer o diagnóstico cando aparezan síntomas hepáticos ou de enfisema, senón que debe realizarse o estudo dos familiares consanguíneos das persoas enfermas homocigotos ZZ, dos heterocigotos MZ e SZ ou dos portadores de alelos raros deficientes (99). Existe unha gran diferenza, tanto na expresión clínica coma no prognóstico, entre os casos que se diagnostican por sospeita clínica e os casos que se descubren nos estudos familiares, que adoitan estar asintomáticos porque teñen un mellor prognóstico a longo prazo, sobre todo se seguen as medidas hixiénicas preventivas (100).

Acción 16.1

Realizar informes periódicos de incidencia e mortalidade, axustados por idade, sexo e área sanitaria, sobre os cancros en Galicia asociados ao tabaquismo, coa información proporcionada polo Rexistro Galego de Tumores (Regat).

Acción 16.2

Definir o perfil das e dos pacientes diagnosticados de cancro de pulmón en Galicia nos últimos cinco anos, utilizando datos demográficos, laborais, sociais e clínicos; a historia relacionada co tabaquismo e outros factores de risco, como a exposición ao radon.

Acción 16.3

Deseñar e desenvolver un estudo de investigación para identificar os criterios de risco de padecer EPOC ou enfermidades cardiovasculares en persoas fumadoras.

Acción 16.4

Implantar un rexistro de familias con alelo Z de alfa-1-antitripsina para actuar de maneira preventiva fronte a esta enfermidade xenética.

Obxectivo 17. Mellorar a recollida da información relacionada co consumo de tabaco e co uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina na contorna sanitaria.

O tabaquismo é unha enfermidade crónica que a miúdo require intervencións repetidas no ámbito sanitario e na que se producen múltiples intentos de abandono. Por iso, é esencial que todo o persoal sanitario identifique e documente de forma consistente o consumo de tabaco de todas e todos os pacientes ⁽⁵⁰⁾.

Un adecuado rexistro é fundamental para avaliar as accións que se determinen nas intervencións de cesación que se leven a cabo de maneira multidisciplinar. O coñecemento dos antecedentes e condicionantes é importante para establecer as estratexias máis exitosas en cada momento ⁽¹⁰¹⁾.

A historia clínica electrónica única en Galicia (lanus) é o rexistro unificado de toda a información clínica procedente de actividades relacionadas coa saúde (consultas, intervencións cirúrxicas, probas diagnósticas, prescricións farmacolóxicas etc.) realizadas a un cidadán ou cidadá nos diferentes niveis asistenciais do Servizo Galego de Saúde. Para mellorar a cantidade e a calidade da información recollida relacionada co consumo de tabaco e outros dispositivos susceptibles de liberar nicotina, faise necesario incorporar á historia clínica electrónica novas variables que permitan identificar con maior concreción a historia relacionada co tabaquismo do ou da paciente.

Por outra banda, o desenvolvemento das novas tecnoloxías permite complementar a información recollida polas e polos profesionais sanitarios coa información que achegue o propio ou a propia paciente a través do cartafol persoal do paciente ou *Personal Health Record* (PHR) coa que conta a Consellería de Sanidade. O cartafol persoal do paciente é un sistema de información onde o propio usuario ou usuaria rexistra, mantén e xestiona os datos que considera relevantes para a súa saúde, asociados ás súas propias actividades e coidados, ademais de información relacionada coa atención sanitaria. O sistema permite compartir os datos cos profesionais da saúde. Este sistema é moi útil para que a persoa complete directamente a información sobre a súa historia relacionada co tabaquismo que sexa solicitada polo persoal sanitario.

Acción 17.1

Implantar unha sistemática de recollida de información sobre a historia relacionada co tabaquismo rápida e sinxela que implique a obriga do seu rexistro para continuar co proceso de anamnese.

Acción 17.2

Complementar a información recollida na historia clínica electrónica coa información que achegue a cidadanía no cartafol persoal do paciente (PHR), definindo un modelo único de rexistro.

Obxectivo 18. Vixilancia do consumo de tabaco e do uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina.

É necesario dispoñer de medicións exactas sobre o consumo de tabaco e sobre o uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina para planificar de maneira eficaz as estratexias e intervencións de control do tabaco. Os datos exactos permiten avaliar o impacto e aplicar adecuadamente as intervencións, realizar medicións eficientes do impacto e introducir os axustes oportunos cando é necesario, o que aumenta en gran medida as probabilidades de éxito. Todo sistema de vixilancia, supervisión e avaliación debe servirse de prácticas normalizadas e cientificamente válidas de provisión e análise de datos ⁽¹⁷⁾.

As principais fontes de información para analizar o consumo de drogas na poboación adulta galega son o Sistema de información sobre condutas de risco (Sicri) ⁽¹⁸⁾, a Enquisa nacional e europea de saúde ⁽¹⁹⁾ e a Enquisa sobre alcohol e outras drogas en España (Edades) ⁽²⁰⁾.

En canto á poboación xuvenil, a fonte de información sobre o consumo de substancias psicoactivas e os trastornos adictivos entre a poboación adolescente é a Enquisa sobre o uso de drogas no ensino secundario en España (Estudes) ⁽²¹⁾, dirixida a mozos entre 14 e 18 anos. Esta enquisa realízase cunha frecuencia bienal desde 1994 e permite estimar a situación e as tendencias do consumo de tabaco entre a mocidade que cursa estudos de secundaria.

Adicionalmente, a Dirección Xeral de Saúde Pública está a desenvolver o Observatorio de Saúde Pública de Galicia, como plataforma para integrar e para lle dar transparencia á información de saúde pública (determinantes de saúde, datos epidemiolóxicos, riscos ambientais etc.). A información obtida compartirase de maneira transversal con todos os axentes de saúde pública, cos profesionais sanitarios, cos servizos sociais, coa Administración local, coa comunidade científica e co conxunto da sociedade.

Acción 18.1

Obter datos periódicos representativos no eido autonómico baseados na poboación sobre os indicadores clave do consumo de tabaco en persoas novas e adultas a través do Sistema de información sobre condutas de risco (Sicri) e outros sistemas de información desenvolvidos en Galicia.

Acción 18.2

Crear un módulo específico sobre o consumo de tabaco e sobre o uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina na adolescencia e na idade adulta no Observatorio de Saúde Pública de Galicia.



LIÑA
ESTRATÉXICA
05

Xestión do coñecemento

A xestión do coñecemento comprende as accións orientadas a potenciar o coñecemento das persoas dunha organización e da propia organización en si mesma. Identifícanse tres puntos chave para potenciar este coñecemento: as actividades de formación, a investigación e os procesos que levan á mellora e á innovación continua.

Obxectivo 19. Formación continua coa colaboración da Escola Galega de Saúde Pública.

Ter información fiable e obxectiva sobre o tabaquismo permite crear opinións adecuadas na cidadanía e isto supón asumir cambios no comportamento ⁽³⁸⁾. Por iso, é necesario manter no tempo campañas informativas sobre o tabaco, a través dos medios de comunicación e co apoio de persoas influentes ⁽¹⁰²⁾.

Ademais, débese asegurar que os e as profesionais sanitarios teñan formación e información suficiente e de calidade relacionada co tabaquismo, tanto ao comezo da súa formación académica coma de maneira continuada durante a súa traxectoria profesional.

Coa formación continua, búscase actualizar os coñecementos, habilidades e actitudes dos e das profesionais do ámbito sanitario e comunitario, e tamén dos medios de comunicación. Nalgunhas ocasións, móstranse nos medios de comunicación, tanto en papel coma audiovisuais, noticias nas que se amosan conceptos sobre o consumo de tabaco e sobre o uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina que inducen a erro ou a malas interpretacións, o que leva a que se poida producir confusión

na mensaxe que chega á cidadanía. Por este motivo, é importante aumentar o coñecemento dos e das profesionais nesta materia, o que permitirá publicar información veraz e, de maneira paralela, sensibilizar este sector profesional sobre a importancia de desnormalizar o consumo do tabaco en todos os ámbitos ⁽¹⁰³⁻¹⁰⁴⁾.

Ademais, a Escola Galega de Saúde Pública constitúese como un espazo educativo aberto a todas as persoas, independentemente da súa idade, titulación ou formación previa. A súa misión é prover os profesionais, os pacientes, as persoas coidadoras e a cidadanía de información, coñecementos e habilidades que lles faciliten afrontar os procesos de saúde e de enfermidade, co fin de mellorar a súa calidade de vida e de potenciar a súa participación segura nas decisións relacionadas coa súa saúde.

Acción 19.1

Crear, dentro da Escola Galega de Saúde Pública, un comité de formación relacionado co tabaquismo e co proceso de cesación do consumo de tabaco, co obxectivo de dispoñer de persoas con formación en todos os ámbitos e a todos os niveis e de desenvolver un plan de formación continua no proceso de cesación; unha formación que irá dirixida aos e ás profesionais do ámbito sanitario e comunitario, mediante a estratexia de formación de formadores con acreditación a referentes de formación e a catro niveis:

- Nivel 1: Intervención breve e motivación, con estratexias específicas para a poboación con maior vulnerabilidade (por exemplo: persoas adolescentes, mulleres embarazadas e pacientes con patoloxías asociadas ao tabaquismo).
- Nivel 2: Cesación individualizada na consulta.
- Nivel 3: Cesación en grupo.
- Nivel 4: Cesación especializada dirixida a persoas cun alto risco de morbilidad e con fracasos en tratamentos anteriores.

Acción 19.2

Deseñar unha estratexia de comunicación eficaz cos e coas profesionais para informar sobre a nova evidencia científica que se xere sobre o consumo de tabaco e o uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina e sobre as enfermidades que provoca.

Acción 19.3

Elaborar un plan de formación, en colaboración coa consellería competente en materia de Educación, sobre prevención e detección precoz, dirixido aos profesionais de educación.

Acción 19.4

Levar a cabo formación dirixida ás familias e aos líderes sociais, en colaboración con asociacións de nais e pais e coas escolas de familias, a través da Escola Galega de Saúde Pública.

Acción 19.5

Propoñer a inclusión da formación sobre tabaquismo, de maneira transversal, no currículo das titulacións universitarias de índole sanitaria e sociosanitaria, na formación sanitaria especializada e na formación continuada do persoal sanitario.

Obxectivo 20. Promover a innovación e a investigación sobre os factores de risco e protección relacionados co consumo de tabaco e co uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina.

A investigación científica é a base do descubrimento de novos coñecementos e da reformulación dos xa existentes, mediante a reflexión crítica da información existente e da nova xerando evidencia. Para iso, aplícanse estándares metodolóxicos e protocolos que faciliten que este coñecemento se difunda entre a comunidade científica.

Con este obxectivo, búscase promover a investigación nos factores de risco e protección relacionados co consumo de tabaco e co uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina, potenciando os grupos de investigación xa existentes e promovendo a creación de novos grupos e liñas de investigación relacionadas.

Acción 20.1

Desenvolver axudas ou liñas de financiamento para equipos de investigación que estuden os factores de risco e de protección relacionados co consumo de tabaco e co uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina.

Acción 20.2

Definir un plan formativo sobre metodoloxía de investigación dirixido aos profesionais que traballen no ámbito das adiccións e enfocado á constitución de novos equipos de investigación.



05

Plan de comunicación

Comunicación interna

Comunicación externa

05

Plan de comunicación

A comunicación en saúde pública demostrou ser unha ferramenta útil á hora de conseguir cambios nos comportamentos individuais e sociais das persoas. Por iso, o éxito e o impacto deste plan dependen en gran medida das actividades de comunicación e difusión, dado que é necesario que toda a sociedade participe e se involucre nel.

Para garantir desde o principio unha planificación estratéxica e unha xestión eficaz das actividades e ferramentas de comunicación e difusión, elaborouse este plan de comunicación, que acompañará o plan Inspira Saúde durante todo o seu desenvolvemento e execución.

Trátase dunha ferramenta estratéxica transversal, a través da cal se persegue maximizar o impacto do plan, unir o equipo de traballo e planificar todas as tarefas de comunicación e difusión, de forma que as mensaxes cheguen con nitidez, claridade e realismo a todas as persoas interesadas.

A comunicación do plan incorporará en todo momento un enfoque positivo e salientará a mellora dos determinantes da saúde e a promoción da saúde mediante unha vida sen tabaco.

Igualmente, prestará atención ás desigualdades en materia de saúde. En base a iso, realizarase a selección de mensaxes, formatos e canles, de modo que sexan o máis inclusivos posible e que se adapten a cada público identificado.

Tendo en conta as dúas vertentes necesarias para lograr unha comunicación eficiente (comunicación interna e externa), identificáronse os colectivos concretos que poden influír no éxito do plan ou que poden verse influenciados polas accións deste:

- A comunicación interna dirixirase ao equipo interno do plan e ao persoal da Consellería de Sanidade (Secretaría Xeral Técnica, Dirección Xeral de Saúde Pública, Dirección Xeral de Planificación e Reforma Sanitaria), do Servizo Galego de Saúde e da Axencia Galega para a Xestión do Coñecemento en Saúde (ACIS).
- A comunicación externa estará orientada á difusión entre o persoal técnico, as autoridades das distintas administracións (central, autonómica e local), as asociacións e colexios profesionais, as sociedades científicas, os medios de comunicación e a cidadanía.

5.1 Comunicación interna

A comunicación interna ten como finalidade trasladarlle a todo o persoal implicado o contido e a esencia deste plan para que o interiorice na súa rutina de traballo diaria e poñer á súa disposición os dispositivos de apoio, así como as novas estratexias e accións que se levarán a cabo.

Polo tanto, é necesario que exista un liderado real e efectivo para que o traballo do grupo consiga crear, desenvolver e executar o plan.

Os **obxectivos específicos** determinados para a comunicación interna son:

- Organizar, xestionar e mellorar o intercambio de información entre as distintas áreas ou departamentos involucrados na execución do plan.
- Manter informado o persoal sobre as accións comúns, o seguimento e a avaliación.
- Proporcionar unha base documental e material de referencia para a atención multidisciplinar do tabaquismo.

As **accións de difusión e comunicación** que se realizarán nunha primeira fase e as **ferramentas** que se utilizarán serán:

- Organización de actividades de presentación do plan ás distintas áreas ou departamentos da Consellería de Sanidade e do Servizo Galego de Saúde, coa participación de todos os axentes implicados.
- Distribución deste documento aos centros sanitarios galegos e xefaturas territoriais da Consellería de Sanidade, así como a súa publicación nas webs corporativas.
- Correo electrónico, como canle principal de comunicación escrita.
- Accións de comunicación periódicas sobre os resultados do plan.

5.2 Comunicación externa

A finalidade desta comunicación é dobre. Por unha banda, informar a todas as entidades implicadas, os medios de comunicación e a cidadanía sobre a existencia deste plan e sobre as accións que se van a levar a cabo e, ademais, difundir os avances realizados e os resultados obtidos en cada período.

Por outra banda, concienciar sobre a importancia dos riscos relacionados co tabaco e co uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina e fomentar o proceso de cesación do consumo de tabaco.

COMUNICACIÓN SOBRE O PLAN

Os **obxectivos específicos** das actividades de difusión e comunicación relacionadas coa comunicación do plan son:

- Poñer en coñecemento da cidadanía galega o plan Inspira Saúde: en que consiste, os seus obxectivos, o motivo da súa creación e os seus resultados.
- Divulgar os avances realizados e os resultados obtidos no transcurso do plan a todas as partes interesadas.

As **accións e as ferramentas** que se utilizarán para a comunicación son as seguintes:

- Xornada de presentación do plan.
- Desenvolvemento dunha estratexia dixital para difundir as accións a través da web *Xanela aberta á familia – Vida saudable* e das súas redes sociais: Facebook, Instagram, Twitter e Youtube, TikTok, Twitch etc.
- Uso dos medios de comunicación: dossier de prensa.
- Presenza en foros sectoriais ou en redes de proxectos do plan (*networking*).
- Participación en congresos e eventos relacionados co tabaquismo.
- Accións de difusión dos avances alcanzados e dos resultados obtidos cunha frecuencia anual, así como a divulgación dos informes e estudos que se elaboren.
- Informe final de difusión de resultados.

COMUNICACIÓN SOBRE OS RISCOS RELACIONADOS CO TABACO E CO USO DOUTROS DISPOSITIVOS SUSCEPTIBLES DE LIBERAR NICOTINA E SOBRE O FOMENTO DA CESAÇÃO DO CONSUMO DE TABACO

Tal e como se describe con anterioridade, ter información fiable e obxectiva sobre o tabaquismo permite crear opinións adecuadas na cidadanía. Isto supón asumir cambios no comportamento ⁽³⁸⁾, para o que é necesario manter no tempo campañas informativas sobre o tabaco a través dos medios de comunicación e co apoio de persoas influentes ⁽¹⁰²⁾.

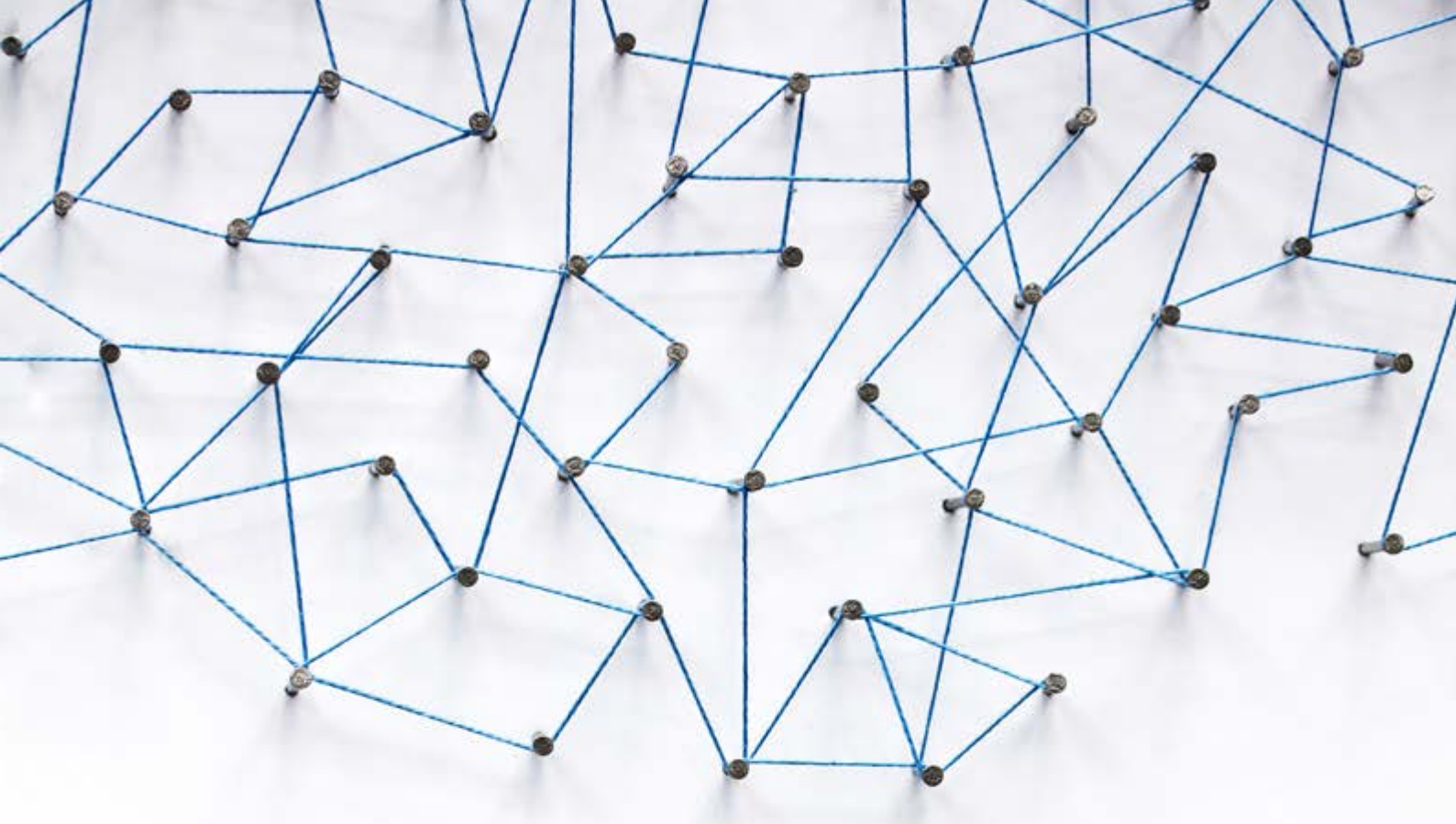
Os **obxectivos específicos** destas actividades de difusión e comunicación son:

- Proporcionar unha base documental e material de referencia para a promoción dunha vida sen tabaco.
- Realizar unha comunicación eficaz, transparente e de alto impacto que implique e motive a poboación, co obxectivo común de promover unha vida sen tabaco.

As **accións e ferramentas** que se utilizarán para a comunicación son as seguintes:

- Promover o **31 de outubro** como o **Día galego sen tabaco**.
- Desenvolver accións de comunicación e actividades de lecer e de sensibilización vinculadas tanto ao 31 de maio (Día Mundial sen Tabaco) como ao 31 de outubro (Día galego sen tabaco).
- Crear a **Rede cidadá Inspira Saúde** para a promoción dunha vida sen tabaco. Convidarase a cidadanía para que forme parte da rede de maneira voluntaria.





Para formar parte da rede, o cidadán ou cidadá débese comprometer a avogar por unha vida sen tabaco e a colaborar nas actividades e campañas que se desenvolvan.

A cidadanía que se integre na rede recibirá formación e información a través da Escola Galega de Saúde Pública, con encontros, cursos, boletíns periódicos, reunións etc. Ademais, recibirá un recoñecemento expreso por formar parte dunha rede que mellorará a saúde das persoas.

- Crear unha campaña de publicidade de alto impacto destinada á cesación do consumo de tabaco, vinculada ao Día galego sen tabaco e á Rede cidadá Inspira Saúde.
- Desenvolver unha estratexia dixital de promoción dunha vida sen tabaco a través da web *Xanela aberta á familia – Vida saudable* e das súas redes sociais: Facebook, Instagram, Twitter e Youtube, TikTok, Twitch etc.
- Usar os medios de comunicación: dossier de prensa.
- Establecer acordos e programas de formación cos medios de comunicación e con persoas influentes nas redes sociais para innovar na transmisión da información sobre os riscos relacionados co tabaco e co uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina e para fomentar a cesación do consumo de tabaco.



06

Avaliación e seguimento

06

Avaliación e seguimento



Levarase a cabo unha avaliación anual dos resultados das accións propostas neste plan para realizar o seguimento do avance na consecución dos obxectivos formulados e para, se é o caso, reorientar as accións.

Tras finalizar o período de execución do plan, realizarase unha avaliación final coa análise da situación e dos indicadores recollidos no anexo II, así como a determinación da necesidade e oportunidade de establecer novos plans de actuación fronte ao tabaquismo en Galicia, como problema de saúde pública.

A primeira avaliación terá lugar no primeiro trimestre do ano 2024 sobre as actividades realizadas no ano 2023 e, despois, realizaranse anualmente.

Os datos para obter os indicadores clave para a avaliación do plan obteranse do Sistema de información sobre condutas de risco (Sicri), da Enquisa nacional e europea de saúde e da Enquisa sobre alcohol e outras drogas en España (Edades). Nas dúas primeiras, fánelle enquisas telefónicas á poboación de 16 anos e maior que resida en Galicia. Ademais, utilizaranse os sistemas de información corporativos existentes (lanus, Vixía, rexistros de farmacia etc.), sen menoscabo de empregar outras fontes de información que se precisen.



07

Referencias bibliográficas

07

Referencias bibliográficas



1. Global Burden of Disease. Washington, DC: Instituto de Sanimetría e Avaliación Sanitaria. 2019.
2. Organización Mundial da Saúde. Tabaco. [Internet]. Dispoñible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
3. U. S. Department of Health, Education and Welfare. Smoking and Health. Report of the Advisory Committee to Surgeon General of the Public Health Service. Washington, DC: U. S. D. H. E. W., Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 1964.
4. U. S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Washington, DC: U. S. D. H. H. S., Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 1989.
5. U. S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U. S. D. H. H. S., Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 2004.
6. U. S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA.: U. S. D. H. H. S., Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 2014.
7. Rey J., Pérez Ríos M., Santiago Pérez M. I., Galán I., Schiaffino A., Varela Lema L., Naveira G., Montes A., López Vizcaíno M. E., Giraldo Osorio A., Mourino N., Mompert A., Ruano-Ravina A. "Smoking-attributable mortality in the autonomous communities of Spain". 2017. *Rev. Esp. Cardiol.* 2022;75(2):150-58.
8. Organización Mundial da Saúde. O Convenio marco da OMS para o control do tabaco (CMCT OMS). Washington D.C: OMS [Internet]. 2003. Dispoñible en: <https://fctc.who.int/es/who-fctc/overview/parties>.
9. Comisión Europea. Plan europeo contra o cancro. 2021. Dispoñible en: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf.
10. Declaración End Game do tabaco en España. Dispoñible en: <https://cnpt.es/assets/docs/DECLARACION-END-GAME-DEL-TABACO-EN-ESPANA-2030.pdf>

11. Organización Mundial da Saúde. MPOWER: un plan de medidas para facer retroceder a epidemia de tabaquismo. 2008. Internet. Dispoñible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43891/9789243596631_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
12. Grupo de Traballo sobre Tabaquismo da Sociedade Española de Epidemioloxía. Avaliación das políticas de control do tabaquismo en España (Leis 28/2005 e 42/2010). Revisión da evidencia. Ministerio de Igualdade e Políticas Sociais, 2017.
13. Villalbí J. R., Castillo A., Cleries M., Saltó E., Sánchez E., Martínez R. e col. "Estadísticas de alta hospitalaria del infarto agudo de miocardio: declive aparente con la extensión de espacios sin humo". *Rev. Esp. Cardiol.* 2009;62:812-5.
14. Rando Matos Y., Pons Vigués M., López M. J., Córdoba R., Ballvé Moreno J. L., Puigdomènech Puig E. e col. Smoke free legislation effects on respiratory, sensory disorders: A systematic review, meta-analysis. *PLoS ONE.* 2017.
15. Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa Clases sen fume [Internet]. Dispoñible en: <https://www.Sergas.gal/Saude-publica/PCA-Clases-sen-fume>.
16. Dirección Xeral de Saúde Pública. Rede galega de praias sen fume [Internet]. Dispoñible en: <https://www.Sergas.gal/Saude-publica/Praias-sen-fume>.
17. Dirección Xeral de Saúde Pública. Rede galega de parques sen fume [Internet]. Dispoñible en: <https://www.Sergas.gal/Saude-publica/Rede-parques-sen-fume>.
18. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia. Sicri: Sistema de información sobre condutas de risco [Internet]. Dispoñible en: <https://www.Sergas.es/Saude-publica/SICRI-Sistema-Informaci%C3%B3n-sobre-Condutas-de-Risco?idioma=es>.
19. INE. Instituto Nacional de Estadística. Enquisa europea de saúde 2020. Determinantes de saúde [Internet]. Dispoñible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p420/a2019/p06/&file=pcaxis>.
20. Ministerio de Sanidade. Enquisa sobre alcohol e drogas en España (Edades), 1995-2022. [Internet]. Dispoñible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_Edades.pdf.
21. Ministerio de Sanidade. Enquisa sobre o uso de drogas en ensino secundario en España (Estudes), 1994-2021. [Internet]. Dispoñible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/Estudes_2021_Informe_de_Resultados.pdf.
22. Vázquez Cancela O., Pérez Ríos M., Santiago Pérez M. I., Rey Brandariz J., Giraldo Osorio A., Candal Pedreira C., Malvar Pintos A. "Evolución de la prevalencia de consumo de cigarrillos electrónicos en el período 2014-2018 e consumo de IQOS en 2018 en Galicia". *Rev. Esp. Salud Pública.* 2021;6:95:e202110130.
23. Goberno do Principado de Asturias. Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servizo de Promoción da Saúde e Participación. Programa de prevención e control do tabaquismo en Asturias. Principado de Asturias 2019-2023. 2019. [Internet]. Dispoñible en: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/programa-de-prevenci-c3-b3n-e-control-do-tabaquismo-2019-2023>.
24. Organización Panamericana da Saúde. "Aceleración mundial das medidas para promover la salud de los adolescentes". Guía AA-HA!): *Orientación para la aplicación en los países.* 2018. [Internet]. Dispoñible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49181>.
25. Petersen A. C., Leffert N., Graham B., Alwin J., Ding S. *Promoting mental health during the transition into adolescence.* En: Schulenberg J., Maggs J. L., Kurrelmann K., editores. *Health risks and developmental transitions during adolescence.* Cambridge: Cambridge University Press. 1997;471-97.
26. Galbe Sánchez Ventura J. *Prevención del consumo de tabaco en la adolescencia.* En Recomendacións Previnfad/PAPPS [Internet]. Actualizado o 17 de maio de 2020. Dispoñible en <http://previnfad.aepap.org/monografia/tabaco>.
27. Cuijpers P. Three Decades of Drug Prevention Research. *Drugs: education, prevention and policy.* 2003;10:7-20. Gómez J. A., Luengo A., Romero E. *Prevención del consumo de drogas en la escuela: cuatro años de seguimiento de un proyecto.* *Psicothema.* 2002;14(4):685-92.
28. Thomas R. E., Perera R. *Programas escolares para a prevención do hábito de fumar* (Revisión Cochrane traducida). Na Biblioteca Cochrane Plus. 2008;2. Winkleby M. A., Feighery E., Dunn M., Kole S., Ahn D., Killen J. D. Effects of an advocacy intervention to reduce smoking among teenagers. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158:269-75.



29. Bühler A., Thrul J. *Prevention of addictive behaviours. Updated and expanded edition of Prevention of substance abuse*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2015.
30. Segovia Aguilar B., Mérida Serrano R., Olivares García M. A., González Alfaya E. "Procesos de socialización con redes sociales en la adolescencia". *Revista Latinoamericana de Tecnología Educativa*. 2016; 15(3):155-67.
31. Nistal Hernández P., Prieto Saborit J., Valle Soto M., González Díez V. *Relación de la actividad física con el consumo de tabaco en adolescentes*. *Arqu. Med. Deporte*. 2003;20(97):397-403.
32. Dirección Xeral de Saúde Pública. *Xanela aberta á familia – Vida saudable*. [Internet]. Dispoñible en: <https://vida-saudable.Sergas.gal>.
33. U. S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of Environmental Health Sciences, National Toxicology Program. Report on Carcinogens. 2005. [Internet]. Dispoñible en: <http://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/eleventh/profiles/s176toba.pdf>.
34. U. S. Department of Health and Human Services. U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. 2006. Dispoñible en: https://dbh.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/doh/publication/attachments/Executive_Summary_2nd_Hand_Smoke_SG_Report_2006.pdf.
35. Grupo de Respiratorio, coa colaboración do Grupo de Abordaxe ao Tabaquismo da Sociedade Andaluza de Medicina Familiar e Comunitaria. *Tabaquismo. Abordaxe en atención primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia*. 2011. [Internet]. Dispoñible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2018/12/2011_GuiaAbTab.pdf.
36. Pérez Ríos M., López Medina D. C., Guerra Tort C., Rey Brandariz J., Varela Lema L., Santiago Pérez MI e col. *Mortality Attributable to Environmental Tobacco Smoke Exposure in Spain in 2020*. *Archivos de Bronconeumología*. 2023. In Press.
37. Chu T. P., Chen M. L., Lin Y. C., Chen M. Y. "The impact of innovative smoking reduction education at Hospital entrances: A prospective pre- and post-test study design". *International Journal on Environmental Research in Public Health*. 2018;5:1922.
38. Begoña Iglesias E. *La prevención ambiental en el consumo de drogas. ¿Qué medidas podemos aplicar?* Madrid: Ministerio de Sanidade. Delegación do Goberno para o Plan nacional sobre drogas. 2021.
39. Instrución 10/2018 para garantir o control do cumprimento das obrigas derivadas da prohibición de fumar nos centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde. [Internet]. Dispoñible en: <https://www.Sergas.es/Saude-publica/PCA-Lexislaci%C3%B3n-Tabaco>.
40. Kristjansson A. L., Mann M. J., Sigfusson J., Ingibjorg M. E., Thorisdottir E., Allegrante J. P., Sigfusdottir I. D. *Principios, directrices y desarrollo del modelo islandés para la prevención del uso de sustancias en adolescentes*. *Health Promotion Practice*. 2020. Dispoñible en: <https://doi.org/10.1177/1524839919899078>.
41. Becoña E., Fernández del Río E., López Durán A., Martínez U., Martínez Vispo C., Rodríguez Cano R. A. "Tratamiento psicológico de la dependencia del tabaco. Eficacia, barreras y retos para el futuro". *Papeles del psicólogo*. 2014;35:161-8.
42. Villantia A. C., Bover Manderski M. T., Gundersen D. A., Steinberge M. B., Delnevo C. D. *Reasons to quit and barriers to quitting smoking in US young adults*. *Family Practice*. 2016;33(2):133-9.
43. Underner M., Perriot J., Peiffer G., Meurice J. C. "Effects of physical activity on tobacco craving for smoking cessation". *Rev. Mal Respir*. 2016;33(6):431-43.
44. Jiménez Ruiz C. A., Andreas S., Lewis K. E., Tonnesen P., van Schayck C. P., Hajek P., Tonstad S., Dautzenberg B., Fletcher M., Masefield S., Powell P., Hering T., Nardini S., Tonia T., Gratiou C. "Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit". *Eur Respir J*. 2015;46(1):61-79.
45. Marcos P. J., Represas Represas C., Ramos C., Cimadevila Álvarez B., Fernández Villar A., Fraga Liste A., Fernández Nocelo S., Quiles del Río J., Zamarrón Sanz C., Golpe R., Abal Arca J., Calvo Álvarez U., Pértega S., García Comesaña J. *Impact of a Home Telehealth Program After a Hospitalized COPD Exacerbation: A Propensity Score Analysis*. *Arch. Bronconeumol (Engl Ed)*. 2020;26:S0300-2896(20)30186-1.

46. Fernández García S., Represas Represas C., Ruano Raviña A., Mosteiro Añón M., Mouronte Roibás C., Fernández Villar A. *Social Profile of Patients Admitted for COPD Exacerbations. A Gender Analysis. Arch Bronconeumol (Engl Ed)*. 2020;56(2):84-9.
47. Camarelles Guillem F e col. "Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España". *Rev. Esp. Salud Pública*. 2009;83:175-200. [Internet]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200004.
48. Smith P. M., Reilly K. R., Houston Miller N., DeBusk R. F., Taylor C. B. *Application of a nurse-managed inpatient smoking cessation program. Nicotine Tob Res*. 2002;4(2):211-22. doi: 10.1080/14622200210123590. PMID: 12096707.
49. Taylor C. B., Miller N. H., Herman S., Smith P. M., Sobel D., Fisher L., DeBusk R. F. "A nurse-managed smoking cessation program for hospitalized smokers". *Am J Public Health*. 1996;86(11):1557-60. doi: 10.2105/ajph.86.11.1557. PMID: 8916520; PMCID: PMC1380689.
50. Fiore M. C., Jaén C. R., Baker T. B. e col. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008. Tradución ao galego: Guía de tratamento do tabaquismo.
51. Jiménez Ruiz C. A., Jaén C. R. Sociedade Española de Pneumoloxía e Cirurxía Torácica. SEPAR. 2010. *Revista de Patoloxía Respiratoria*. 2010;13(3):154-5.
52. *NICE guideline. Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence*. 2021. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209/resources/tobacco-preventing-uptake-promoting-quitting-and-treating-dependence-pdf-66143723132869>.
53. *Osi Barrualde-Galdaka. Abordaxe ao tabaquismo*. 2017. [Internet]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/obaga_estrategia_gestion/es_def/adjuntos/1-Abordaje_Tabaquismo_OSIBG_2018-02-26 %20.pdf.
54. Telea, Plataforma de teleasistencia domiciliaria (<https://www.Sergas.es/Asistencia-sanitaria?idcatgrupo=11042>); <https://www.Sergas.es/Hospital-2050---Innova-Saude/IS-Telea?idioma=es>; <https://infotelea.com>.
55. Segrelles Calvo G., Godoy Mayoral R. "Telemedicina y otros programas innovadores aplicados al tratamiento de tabaquismo". *Rev. Patol Respir*. 2019;22(4):157-67. Disponible en: https://hp.dev3.link/descargas/PR_22-4_157-167.pdf.
56. San Martín V., Caballero A. M., Coronel E. S., Larán V. M., Calderoli F. *Evaluación de la satisfacción de pacientes en cesación de tabaquismo mediante la utilización de la telemedicina en la Cátedra y Servicio de Pneumología del Hospital de Clínicas*. *An. Fac. Cienc. Méd.* 2021; 54(3):61-6. Disponible en: [<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/01/1352909/1816-8949-anales-54-03-61.pdf>].
57. Doll R., Hill B. "Smoking and carcinoma of the lung". *British Medical Journal*. 1950;2(4682):739-48.
58. Doll R., Hill B. "Lung cancer and other causes of death in relation to smoking". *British Medical Journal*. 1956;2(5001):1071-81.
59. Doll R., Peto R. *Las causas del cáncer*. Barcelona: Salvat. 1989.
60. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. "Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors". *British Medical Journal*. 2004;328:1519.
61. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. "Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors". *Brithish Journal of Cancer*. 2005;92:426-9.
62. Cahill K., Perera R. *Quit and Win contests for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021;11:CD004986. DOI: 10.1002/14651858.CD004986.pub4.
63. Jiménez Ruiz C. A., Fageström K. A. *Tratado de tabaquismo*. ISBN: 84-7885-356-1. Ed. Aula Médica. 2004.
64. Banegas Jr. Díez Gañan L., Rodríguez Artalejo F., González Enríquez J., Garciani Pérez Regadera A., Villar Alvarez F. *Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med. Clín. (Barc.)*. 200;117(18):692-4.
65. *Libro branco sobre mulleres e tabaco*. Comité Nacional para a Prevención do tabaquismo (CNPT). Ministerio de Sanidade e Consumo, 2007.



66. Barbosa I. R., Bernal Pérez M. M., Costa I. C. C., Jérez Roig J., Sousa D. L. B. *Supervivencia del cáncer de pulmón en pacientes tratados en un hospital de referencia en Zaragoza (España)*. *Semergen*. 2016;42(6):380-7.
67. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Recommendations on lung cancer screening*. *CMAJ* 2016;188:425-32.
68. Pedersen J. H., Rzyman W., Veronesi G., D'Amico T. A., Van Schil P., Molins L e col. *Recommendations from European Society of Thoracic Surgeons (ESTS) regarding computed tomography screening for lung cancer in Europe*. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2017;51:411-20.
69. US Preventive Services Task Force, Krist A. H., Davidson K. W., Mangione C. M. e col. *Screening for Lung Cancer*. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;325:962-70.
70. Bastani M., Han S. S., Blom E. F., Jonas D. F., Feuer E. J., Plevritis S. K. et al. *Evaluation of the Benefits and Harms of Lung Cancer Screening with Low-Dose Computed Tomography. Modeling Study for the US Preventive Services Task Force*. *JAMA* 2021;325:988-97.
71. Jonas D. E., Reuland D. S., Reddy S. M., Nagle M., Clark S. D., Weber Rp et al. *Update Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force*. *JAMA*. 2021;325:971-87.
72. Koning H. J. e col. *The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low dose computed tomographic screening*. *N Engl J Med* 2011;365:395-409.
73. Abbosh C. e col. *Early stage NSCLC – Challenges to implementing ctDNA- based screening and MRD detection*. *Nature Rev Clin Oncol*. 2018; 15(9):577-86.
74. Phallen J. e col. *Direct detection of early- stage cancers using circulating tumor DNA*. *Sci. Transl Med*. 2017; ean2415.
75. Cohen J. D. e col. *Detection and localization of surgically resectable cancers with a multi- analyte blood test*. *Science*. 2018; 359:926-30.
76. Soriano J. B., Alfageme I., Miravittles M., de Lucas P., Soler Cataluña J. J., García Río F. et al. *Prevalence and Determinants of COPD in Spain: EPISCAN II*. *Arch Bronconeumol (Engl Ed)*. 2021;57(1):61-9.
77. *Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease*. Disponible en: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>.
78. Yip K. P., Stockley R. A., Sapey E. *Catching Early COPD - The Diagnostic Conundrum*. *Int J Chron Obstrut Pulmon Dis*. 2021;16:957-68.
79. Represas Represas C., Fernández Villar A., Ruano Raviña A., Priegue Carrera A., Botana Rial M. *Study group of Validity of COPD-6 in non-specialized healthcare settings. Screening for Chronic Obstrutive Pulmonary Disease: Validity and Reliability of a Portable Device in Non-Specialized Healthcare Settings*. *PLoS One*. 2016;11:e0145571.
80. Fernández Villar A., Represas C., García A., González A., Botana M., Leiro V., Ruano Raviña A. *“Análisis de la evolución de la utilización de la espirometría en atención primaria: una necesidad para la elaboración de propuestas de mejora”*. *Cad. Atención Primaria*. 2013;20:3-6.
81. Represas Represas C., Botana Rial M., Leiro Fernández V., González Silva A. I., García Martínez A., Fernández Villar A. *Short- and long-term effectiveness of a supervised training program in spirometry use for primary care professionals*. *Arch Bronconeumol*. 2013;49:378-82.
82. Ramos Hernández C., Núñez Fernández M., Pallares Sanmartín A., Mouronte Roibas C., Cerdeira Domínguez L., Botana Rial M. I., Blanco Cid N., Fernández Villar A. *Validation of the portable Air-Smart Spirometer*. *PLoS One*. 2018;13:e0192789.
83. Romero de Ávila Cabezón G., González Rey J., Rodríguez Estévez C., Timiraos Carrasco R., Molina Blanco M. A., Galego Riádigos M. I., García Palenzuela R., González Belmonte G., Pérez Amor R. *“Las 4 reglas de la espirometría”*. *Cad. Atenc. Primaria*. 2013;20:7.
84. Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. *Proceso asistencial integrado da enfermidade pulmonar obstrutiva crónica*. EPOC. Disponible en: <https://www.Sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documento-organizativo-da-enfermidade-pulmonar-obstrutiva-cr%C3%B3nica>.
85. Fernández Villar A., Torres M., Mosteiro M., Represas C., Botana M., Núñez M. e col. *Utilización da espirometría nos centros de atención primaria de Galicia*. *Pneuma*. 2005;2:8-12.

86. Miller M. R., Hankinson J., Brusasco V., Burgos F., Casaburi R., Coates A. *Standardization of spirometry*. Eur Respir J. 2005;26:319–38.
87. García Río F., Calle M., Burgos F., Casan P., del Campo F., Galdiz J. B., Giner J., González Mangado N., Ortega F., Puente Maestu L. *Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR) Spirometry*. Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR). Arch Bronconeumol. 2013;49:388–401.
88. Jack Wanger, editor. *ATS Pulmonary Function Laboratory Management and Procedure Manual*. 3rd ed New York: ATS; 2016.
89. Naberan K., de la Roza C., Lamban M., Gobartt E., Martín A., Miravittles M. et al. *Utilización de la espirometría en el diagnóstico y tratamiento de la EPOC en atención primaria*. Arch Bronconeumol. 2006;42:638–44.
90. Hidalgo Sierra V., Hernández Mezquita M. A., Palomo Cobos L., García Sánchez M., Diego Castellanos R., Jodra Sánchez S., Cordovilla Pérez R., Barrueco Ferrero M. *Utilidad del dispositivo portátil Piko-6 para la detección precoz de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en atención primaria*. Arch Bronconeumol. 2018;54(9):460–66.
91. Rosero Arenas M. A., García García M. A., Briones Urtiaga M. M., Martínez Cornejo A. *Utilidad del miniespirómetro COPD-6 en el diagnóstico precoz de EPOC*. Open Respir Arch. 2020;2(3):132–40.
92. Mostaza J. M., Pintó X., Armario P. e col. *Estándares SEA 2022 para el control global del riesgo cardiovascular*. Clínica e Investigación en Arteriosclerosis 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2021.11.0>.
93. Alalawi L., Budoff M. J. *Recent Advances in Coronary Computed Tomography Angiogram: The Ultimate Tool for Coronary Artery Disease*. Curr Atheroscler Rep. 2022;4. doi: 10.1007/s11883-022-01029-3.
94. *Diccionario do Instituto Estadounidense do Cancro*. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-genetica/def/puntuacion-de-riesgo-poligenico>.
95. Zhang J., Xu H., Qiao D., DDeMeo D. L., Silverman E. K., O'Connor G. T., Hobbs B. D., Dupuis J., Cho M. H., Moll M. "A polygenic risk score and age of diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease". *European Respiratory Journal*. 2022. DOI: 10.1183/13993003.01954-2021.
96. Moll e col. *Chronic obstructive pulmonary disease and related phenotypes: polygenic risk scores in population-based and case-controls cohorts*. Lancet Respir Med 2020; 8: 696–708.
97. Vidala R., Blanco I., Casasc F., Jardid R., Miravittlese M., Comité do Rexistro Nacional de Pacientes con Déficit de Alfa-1-Antitripsina. *Diagnóstico y tratamiento del déficit de alfa-1-antitripsina*. Arch Bronconeumol. 2006;42(12):645–59.
98. Rodríguez P., Puga A., García Sanz M. T., Calvo U., Taboada J. C., González Barcala F. J. *Diagnóstico tardío de déficit de α -1-antitripsina*. An. Sist. Sanit. Navar. 2011; 34(1):105–8.
99. Miravittles M., Vila S., Jardi R., De la Roza C., Rodríguez Frías F., Vidal R. *Emphysema due to alpha-antitrypsin deficiency: familial study of the YBARCELONA variant*. Chest. 2003;124:404–6.
100. Seersholm N., Kok Jensen A., Dirksen A. *Survival of patients with severe alpha-1-antitrypsin deficiency with special reference to non-index cases*. Thorax. 1994;94:695–8.
101. SEPAR. Sociedade Española de Pneumoloxía e Cirurxía Torácica. *Manexo diagnóstico e tratamento do tabaquismo na práctica clínica diaria*. 2015. [Internet]. Disponible en: <https://www.sogapar.info/wp-content/uploads/2016/12/12-Diagnostico-y-tratamiento-tabaquismo-SEPAR.pdf>.
102. Wentzell K., Walker H. R., Hughes A. S., J. Vessey J. A. *Engaging Social Media Influencers to Recruit Hard-to-Reach Populations*. Nurs Res. 2021;70(6):455–61.
103. Rede iberoamericana de organizacións sen ánimo de lucro que traballan en drogodependencias. *Guía de boas prácticas nos medios de comunicación en materia de drogas*. 2010. [Internet]. Disponible en: [https://riod.org/wp-content/uploads/2017/05/11.-2010-Buenas-pr %C3 %A1cticas-de-los-MMCC-en-materia-de-drogas-RIOD-web.pdf](https://riod.org/wp-content/uploads/2017/05/11.-2010-Buenas-pr%C3%A1cticas-de-los-MMCC-en-materia-de-drogas-RIOD-web.pdf).
104. Sociedade Científica Española de Estudos sobre o Alcool, o Alcoolismo e as outras *Toxicomanías (Socidroalcohol)*. Medios de comunicación e adiccions. Guía para periodistas. 2015. Internet. Disponible en: <https://socidroalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Manual-Periodistas.pdf>.





08

Anexos

*Crterios de aceptabilidade
das espirometrías*

*Indicadores de seguimento
e avaliación do plan*

ANEXO 1

Criterios de aceptabilidade das espirometrías

Para que unha manobra expiratoria sexa considerada aceptable débense cumprir os seguintes criterios:

- a. Inicio: debe ser brusco, de deflexión evidente. O volume extrapolado inferior a 150 ml ou menor do 5 % da capacidade vital forzada (FVC).
- b. Pendente: debe ser suave e sen picos.
 - Ausencia de tose durante a manobra.
 - Ausencia de peche da glote.
 - Ausencia de fugas.
 - Ausencia de obstrución por peza bucal.
 - Sen inspiracións intercorrentes.
- c. Finalización: debe ser asintótica. Existen dous criterios de finalización:
 - O paciente non pode continuar coa expiración. O persoal técnico debe tratar de conseguir o máximo esforzo.
 - A curva volume-tempo non mostra cambios en volume (0,025 l) nun segundo.
- d. Duración: a curva volume / tempo debe acadar unha meseta mantida e, se non é así, polo menos de 15 segundos.

ANEXO 2

Indicadores de seguimiento e avaliación do plan

1. *Indicadores xerais de impacto*
2. *Indicadores específicos relacionados*



1. Indicadores xerais de impacto

Indicador 0.1

Prevalencia de persoas fumadoras en Galicia

DESCRIPCIÓN 

Porcentaxe de poboación con 16 ou máis anos que fuma a diario en Galicia

FÓRMULA 

$$\frac{\text{Núm. de persoas con 16 ou máis anos que fuma a diario}}{\text{Núm. total de persoas enquisadas}} \times 100$$

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Sistema de información sobre condutas de risco (Sicri)

DESAGREGACIÓN 

Sexo / Idade / Distribución xeográfica

OBXECTIVO 

≤ 15% en Galicia, ao finalizar o período de vixencia do plan

Indicador 0.2

Prevalencia do consumo de tabaco diario na adolescencia

DESCRIPCIÓN 

Porcentaxe de adolescentes entre 14 e 18 anos que consumiron tabaco a diario nos últimos 30 días

FÓRMULA 

$$\frac{\text{Núm. de mozos e mozas entre 14 e 18 anos que consumiron tabaco a diario nos últimos 30 días}}{\text{Núm. total de mozas e mozos enquisados}} \times 100$$

PERIODICIDADE 

Bienal

FONTE 

Enquisa Estudos

DESAGREGACIÓN 

Sexo / Idade

OBXECTIVO 

≤ 5% en Galicia, ao finalizar o período de vixencia do plan

2. Indicadores específicos relacionados

línea
estratéxica

01

Mocidade
libre de fume

Obxectivo 1

Reducir a porcentaxe de adolescentes entre 14 e 18 anos que se inicia no consumo de tabaco e no uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina.

Indicador 1.1

Prevalencia do inicio do consumo de tabaco na adolescencia

DESCRIPCIÓN 

Porcentaxe de adolescentes entre 14 e 18 anos que iniciaron o consumo de tabaco no último ano

FÓRMULA 

$$\frac{\text{Núm. de adolescentes entre 14 e 18 anos que iniciaron o consumo de tabaco no último ano}}{\text{Núm. total de mozas e mozos enquisados}} \times 100$$

PERIODICIDADE 

Bienal

FONTE 

Enquisa Estudos

DESAGREGACIÓN 







Sexo / Idade

OBXECTIVO 

Redución dun 5 %, ao finalizar o período de vixencia do plan







Indicador 1.2

Centros educativos que forman parte da Rede de escolas promotoras de saúde

| | |
|---|--|
| DESCRICIÓN  | Número de centros educativos que se incluíron na Rede de escolas promotoras de saúde cada ano |
| FÓRMULA  | Número de centros educativos novos que se incluíron na rede no último ano |
| PERIODICIDADE  | Anual |
| FONTE  | Dirección Xeral de Saúde Pública |
| DESAGREGACIÓN  | Distribución xeográfica / titularidade (pública/privada) / tipo de ensino (infantil/primario/secundario/universitario) |
| OBXECTIVO  | 20 ao ano |

Indicador 1.3

Centros educativos nos que se desenvolve o Programa universal de prevención de condutas adictivas

| | |
|---|--|
| DESCRICIÓN  | Número de centros educativos nos que se desenvolve o Programa universal de prevención de condutas adictivas |
| FÓRMULA  | Número de centros educativos nos que se desenvolveu o Programa universal de prevención de condutas adictivas no último curso |
| PERIODICIDADE  | Anual |
| FONTE  | Dirección Xeral de Saúde Pública |
| DESAGREGACIÓN  | Distribución xeográfica / titularidade (pública/privada/concertada) |
| OBXECTIVO  | 10 ao ano |

Obxectivo 2

Promover os estilos de vida saudables na mocidade.

Indicador 2.1

Promoción do deporte escolar

DESCRIPCIÓN 

Desenvolvemento dun novo Programa de deporte escolar publicado e implantado

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

OBXECTIVO 

Novo Programa de deporte escolar publicado en 2025
Novo Programa de deporte escolar implantado ao finalizar o período de vixencia do plan

Indicador 2.2

Subscripcións á web Vida Saudable

DESCRIPCIÓN 

Persoas menores de 25 anos que se subscribiron á web interactiva *Xanela aberta á familia - Vida saudable* e que reciben a información sobre estilos de vida saudables

FÓRMULA 

Número de persoas menores de 25 anos subscritas á web interactiva a final do ano

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Sistema de información da web

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica / Sexo / Idade

OBXECTIVO 

Aumento de 100 personas ao ano

Obxectivo 3

Evitar a exposición pasiva da poboación ao fume do tabaco.

Indicador 3.1

Rede de espazos libres de fume

DESCRICIÓN 

Espazos libres de fume que se incorporan ás redes

FÓRMULA 

Número de espazos que se incorporan a cada unha das redes creadas de espazos libres de fume

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica / tipo de rede sen fume

OBXECTIVO 

Creación de dúas novas redes sen fume ao finalizar o período de vixencia do plan

Aumento de, polo menos, dez espazos novos ao ano en cada rede

Indicador 3.2

Modificación legislativa relacionada coa exposición pasiva ao tabaco

DESCRICIÓN 

Nova lexislación publicada relacionada coa exposición pasiva ao tabaco

FONTE 

Diario Oficial de Galicia

OBXECTIVO 

Polo menos unha nova disposición normativa, publicada no *Diario Oficial de Galicia* ao finalizar o período de vixencia do plan

Obxectivo 4

Reforzar a vixilancia do cumprimento da lexislación vixente en materia de tabaco e do uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina

Indicador 4.1

Plan de inspección de tabaquismo

DESCRIPCIÓN 

Porcentaxe de inspeccións realizadas das programadas no Plan de inspección de tabaquismo

FÓRMULA 

$$\frac{\text{Número total de inspeccións realizadas}}{\text{Número total de inspeccións programadas}} \times 100$$

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica / titularidade (pública/privada)

OBXECTIVO 

75% anual

Indicador 4.2

Protocolos de actuación en caso de incumprimento

DESCRIPCIÓN 

Protocolos de actuación en caso de incumprimento desenvolvidos dentro do Plan de Inspección de tabaquismo

FÓRMULA 

Número de protocolos desenvolvidos

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica

OBXECTIVO 

Polo menos dous, ao finalizar o período de vixencia do plan

Obxectivo 5

Impulsar a sensibilización das persoas que actúan como figura modélica para a infancia e a adolescencia.

Indicador 5.1

Actividades de sensibilización e formación sobre a prevención e a cesación do consumo de tabaco dirixidas a familias e a líderes sociais

DESCRICIÓN 

Familias ou líderes sociais que recibiron formación ou que participaron en accións de sensibilización sobre prevención e cesación do consumo de tabaco

FÓRMULA 

Número de persoas que forman parte de familias ou con seguimento nas redes sociais, que recibiron formación ou que participaron en accións de sensibilización sobre prevención e cesación do consumo de tabaco

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica / Sexo / Categoría profesional

OBXECTIVO 

50 persoas ao ano

Indicador 5.2

Plan de formación para os e as profesionais da educación

DESCRICIÓN 

Profesionais da educación que recibiron formación en prevención e detección precoz de adiccións en menores

FÓRMULA 

Número de profesionais formados

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica / Sexo / Categoría profesional

OBXECTIVO 

100 profesionais ao ano

línea
estratéxica

02
Déixao
e gaña

Obxectivo 6

Reducir a prevalencia do consumo de tabaco diario e do uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina na adolescencia.

Indicador 6.1

Centros educativos que desenvolven programas de prevención selectiva

DESCRIBIÓN 

Centros educativos que desenvolveron programas de prevención selectiva no último curso

FÓRMULA 

Número de centros educativos que desenvolveron programas de prevención selectiva no último curso

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica / titularidade (pública/privada/concertada)

OBXECTIVO 

10 ao ano

Indicador 6.2

Campañas de información ou sensibilización dirixidas á adolescencia e á mocidade

DESCRIBIÓN 

Campañas de información ou sensibilización desenvolvidas, dirixidas á adolescencia e á mocidade

FÓRMULA 

Número de campañas de información ou sensibilización dirixidas á adolescencia e á mocidade que se desenvolveron no último ano

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

OBXECTIVO 

Polo menos unha campaña ao ano

Indicador 6.3

Centros sanitarios onde a área de pediatría fomenta a cesación do consumo de tabaco

DESCRICIÓN 

Centros de saúde nos que a área de pediatría fomentou a cesación do consumo de tabaco no último ano

FÓRMULA 

Número de centros de saúde nos que a área de pediatría fomentou a cesación do consumo de tabaco no último ano

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Sergas

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica / Área sanitaria

OBXECTIVO 

10 ao ano

Indicador 6.4

Programas de cesación do consumo de tabaco específicos para a adolescencia

DESCRICIÓN 

Programas de cesación específicos para a adolescencia desenvolvidos coa participación activa da adolescencia

FÓRMULA 

Número de programas de cesación específicos para a adolescencia desenvolvidos coa participación activa da adolescencia

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica

OBXECTIVO 

Polo menos un ao ano

línea
estratéxica

02
Déixao
e gaña

Obxectivo 7

Diminuír a prevalencia do tabaquismo en pacientes con patoloxías relacionadas co tabaco e co uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina.

Indicador 7.1

Programas de cesación específicos para pacientes con patoloxías relacionadas co tabaco

DESCRICIÓ 

Centros sanitarios que desenvolven programas de cesación en pacientes con patoloxías relacionadas co tabaco

FÓRMULA 

Número de centros sanitarios que desenvolven programas de cesación en pacientes con patoloxías relacionadas co tabaco

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Sergas

DESAGREGACIÓ 

Área sanitaria / tipo de centro

OBXECTIVO 

10 ao ano

línea
estratéxica

02
Déixao
e gaña

Obxectivo 8

Desenvolver estándares homoxéneos na intervención en tabaquismo nas áreas sanitarias.

Indicador 8.1

Intervención en tabaquismo nas áreas sanitarias

DESCRICIÓ 

Centros sanitarios que realizan intervención en tabaquismo segundo estándares homoxéneos

FÓRMULA 

Número de centros sanitarios que realizan intervención en tabaquismo segundo estándares homoxéneos

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Sergas

DESAGREGACIÓ 







Área sanitaria / tipo de centro

OBXECTIVO 

10 ao ano







Indicador 8.2

Plan de formación para as e os profesionais sanitarios

| | |
|---|--|
| DESCRICIÓN  | Profesionais sanitarios que recibiron formación relacionada co consello breve e coa cesación do consumo de tabaco |
| FÓRMULA  | Número de profesionais formados |
| PERIODICIDADE  | Anual |
| FONTE  | Dirección Xeral de Saúde Pública |
| DESAGREGACIÓN  | Distribución xeográfica / Sexo / Categoría profesional |
| OBXECTIVO  | 100 profesionais ao ano |






Indicador 8.3

Persoa referente en tabaquismo nos servizos de atención primaria

| | |
|---|---|
| DESCRICIÓN  | Porcentaxe de distritos sanitarios cunha unidade específica de referencia para a atención ao tabaquismo |
| FÓRMULA  | $\frac{\text{Número de distritos sanitarios cunha unidade específica de referencia para a atención ao tabaquismo}}{\text{Número total de distritos sanitarios}} \times 100$ |
| PERIODICIDADE  | Anual |
| FONTE  | Sergas |
| DESAGREGACIÓN  | Área sanitaria |
| OBXECTIVO  | 100 %, ao finalizar o período de vixencia do plan |

Indicador 8.5

Campañas de información sobre as unidades de referencia para a atención ao tabaquismo

| | |
|---|---|
| DESCRICIÓN  | Campañas de información sobre as unidades de referencia para a atención ao tabaquismo dirixidas ao persoal sanitario |
| FÓRMULA  | Número de campañas de información sobre as unidades de referencia para a atención ao tabaquismo dirixidas ao persoal sanitario que se desenvolveron no último ano |
| PERIODICIDADE  | Anual |
| FONTE  | Dirección Xeral de Saúde Pública |
| OBXECTIVO  | Polo menos unha campaña ao ano |

Obxectivo 9

Mellorar o seguimento do ou da paciente no proceso de cesación do consumo de tabaco.

Indicador 9.1

Áreas sanitarias que implantaron o proceso de cesación estandarizado

DESCRICIÓN 

Porcentaxe de áreas sanitarias que implantaron o proceso de cesación estandarizado e que implique a todo o persoal sanitario

FÓRMULA 

$$\frac{\text{Número de áreas sanitarias que implantaron o proceso de cesación estandarizado}}{\text{Número total de áreas sanitarias}} \times 100$$

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Sergas

OBXECTIVO 

100 %, ao finalizar o período de vixencia do plan

Indicador 9.2

Seguimento do proceso de cesación mediante a plataforma Telea

DESCRICIÓN 

Porcentaxe de profesionais sanitarios que realizan o seguimento do proceso de cesación do consumo de tabaco mediante a plataforma Telea

FÓRMULA 

$$\frac{\text{Número de profesionais sanitarios que utilizan a plataforma Telea para realizar o seguimento do proceso de cesación}}{\text{Número total de profesionais sanitarios que realizan o seguimento do proceso de cesación}} \times 100$$

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Sergas

DESAGREGACIÓN 

Sexo / Idade / Área sanitaria / Categoría profesional

OBXECTIVO 

90 %, ao finalizar o período de vixencia do plan

Obxectivo 10

Reducir a prevalencia do tabaquismo no profesorado e no persoal sanitario.

Indicador 10.1

Centros sanitarios sen fume

DESCRICIÓN 

Porcentaxe de centros sanitarios nos que ningunha persoa traballadora sexa fumadora

FÓRMULA 

$$\frac{\text{Número de centros sanitarios nos que ningunha persoa traballadora sexa fumadora}}{\text{Número total de centros sanitarios}} \times 100$$

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Sergas

DESAGREGACIÓN 

Área sanitaria / tipo de centro

OBXECTIVO 

Aumento do 5 % anual

Indicador 10.2

Centros educativos sen fume

DESCRICIÓN 

Porcentaxe de centros educativos nos que ningunha persoa traballadora sexa fumadora

FÓRMULA 

$$\frac{\text{Número de centros educativos nos que ningunha persoa traballadora sexa fumadora}}{\text{Número total de centros educativos}} \times 100$$

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Consellería competente en materia de Educación

DESAGREGACIÓN 

Área sanitaria / tipo de centro

OBXECTIVO 

Aumento do 5 % anual

Obxectivo 11

Reducir a prevalencia do tabaquismo na poboación xeral, favorecendo o apoio para a súa cesación no ámbito laboral, comunitario e priorizando os colectivos vulnerables.

Indicador 11.1

Campañas de cesación do consumo de tabaco comunitarias

DESCRICIÓ 

Campañas de cesación no ámbito comunitario

FÓRMULA 

Número de campañas de cesación no ámbito comunitario que se desenvolveron no último ano

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

OBXECTIVO 

Polo menos unha campaña ao ano

Indicador 11.2

Equipos de apoio á cesación do consumo de tabaco no ámbito comunitario

DESCRICIÓ 

Equipos de apoio á cesación do consumo de tabaco no ámbito comunitario, coa colaboración dos concellos e dos equipos técnicos de prevención de condutas adictivas

FÓRMULA 

Número de equipos creados de apoio á cesación

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓ 

Distribución xeográfica

OBXECTIVO 

Aumento de 5 equipos ao ano

Indicador 11.3

Centros sanitarios que promoven a cesación do consumo de tabaco en mulleres embarazadas

DESCRICIÓN 

Porcentaxe de centros sanitarios nos que se promove e apoia a cesación do consumo de tabaco nas mulleres embarazadas

FÓRMULA 

$$\frac{\text{Número de centros sanitarios que realizan a cesación en mulleres embarazadas}}{\text{Número total de centros sanitarios}} \times 100$$

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Sergas

DESAGREGACIÓN 

Área sanitaria / tipo de centro

OBXECTIVO 

100 %, ao finalizar o período de vixencia do plan

Indicador 11.4

Centros sanitarios comunitarios que promoven a cesación do consumo de tabaco

DESCRICIÓN 

Centros sanitarios como as oficinas de farmacia, clínicas dentais, clínicas de fisioterapia etc. que promoven o proceso da cesación

FÓRMULA 

Número de centros sanitarios, como as oficinas de farmacia, as clínicas dentais, as clínicas de fisioterapia etc., que promoveron o proceso de cesación no último ano

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica / tipo de centro

OBXECTIVO 

Aumento no número de centros cada ano

Indicador 11.5

Rede galega de empresas sen fume

DESCRICIÓN 

Empresas nas que se promove que ningunha persoa traballadora sexa fumadora

FÓRMULA 

Número de empresas nas que se promove que ningunha persoa, traballadora ou visitante, fume no último ano

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica / sector empresarial

OBXECTIVO 

Aumento no número de centros cada ano

Obxectivo 12

Avanzar no desenvolvemento de novas estratexias de detección precoz dos procesos oncolóxicos asociados ao consumo de tabaco e ao uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina, con especial atención ao cancro de pulmón.

Indicador 12.1

Programa piloto de cribado de cancro de pulmón

DESCRIPCIÓN 

Implantación dun programa piloto de cribado de cancro de pulmón en pacientes con risco elevado, utilizando algoritmos de intelixencia artificial para a estratificación do risco

FÓRMULA 

Implantación dun programa piloto de cribado de cancro de pulmón

OBXECTIVO 

Programa piloto de cribado de cancro de pulmón implantado ao finalizar o período de vixencia do plan

Indicador 12.2

Pacientes do cribado incluídos nun programa de cesación de consumo de tabaco

DESCRIPCIÓN 

Porcentaxe de pacientes que completaron o programa de cribado e que se incluíron nun programa de cesación de consumo de tabaco

FÓRMULA 

$$\frac{\text{Número de pacientes que completaron o programa de cribado e que se incluíron nun programa de cesación de consumo de tabaco}}{\text{Número de pacientes que completaron o programa de cribado}} \times 100$$

PERIODICIDADE 

Cuadrienal

FONTE 

Sergas

DESAGREGACIÓN 







Sexo / Idade / Distribución xeográfica / Área sanitaria

OBXECTIVO 

90 %, ao finalizar o período de vixencia do plan

Indicador 12.3

Áreas sanitarias que teñen implantada a vía rápida de cancro de pulmón do Servizo Galego de Saúde

| | |
|---|--|
| DESCRICIÓN  | Número de áreas sanitarias que teñen implantada a vía rápida de cancro de pulmón do Servizo Galego de Saúde |
| FÓRMULA  | Número de áreas sanitarias que teñen implantada a vía rápida de cancro de pulmón |
| PERIODICIDADE  | Anual |
| FONTE  | Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria |
| DESAGREGACIÓN  | Área sanitaria |
| OBXECTIVO  | Todas as áreas sanitarias, ao finalizar o período de vixencia do plan |

líña
estratéxica







03 Detección precoz

Obxectivo 13

Diminuír o infradiagnóstico da enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC) en Galicia.

Indicador 13.1

Centros sanitarios que implantaron o Proceso asistencial integrado da EPOC

| | |
|---|--|
| DESCRICIÓN  | Porcentaxe de centros sanitarios do Servizo Galego de Saúde que teñen implantado o proceso asistencial integrado da EPOC |
| FÓRMULA  | $\frac{\text{Número de centros sanitarios que implantaron o proceso asistencial integrado da EPOC}}{\text{Número total de centros sanitarios}} \times 100$ |
| PERIODICIDADE  | Anual |
| FONTE  | Sergas |
| DESAGREGACIÓN  | Distribución xeográfica / tipo de centro |
| OBXECTIVO  | 100 %, ao finalizar o período de vixencia do plan |

Indicador 13.2

Pacientes incluídos na detección precoz da enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC)

DESCRIBIÓN 

Porcentaxe de pacientes con idade superior aos 35 anos, con tose crónica, expectoración, dispnea ou bronquites frecuentes durante o inverno e cunha historia de exposición a factores de risco, fundamentalmente o tabaquismo, incluídos na detección precoz da EPOC

FÓRMULA 

$$\frac{\text{Número de pacientes con síntomas compatibles incluídos na detección precoz da EPOC}}{\text{Número de pacientes con síntomas compatibles}} \times 100$$

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Sexo / Idade / área sanitaria

OBXECTIVO 

90 %, ao finalizar o período de vixencia do plan

Indicador 13.3

Profesionais sanitarios formados na realización e interpretación de espirometrías

DESCRIBIÓN 

Número de profesionais sanitarios formados na realización e interpretación de espirometrías

FÓRMULA 

Número de profesionais sanitarios formados na realización e interpretación de espirometrías

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Escola Galega de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Área sanitaria / centro de atención primaria / sexo / tipo de profesional

OBXECTIVO 

Polo menos un ou unha profesional sanitaria formada en cada centro de atención primaria, ao finalizar o período de vixencia do plan

Obxectivo 14

Reducir a incidencia do ictus e do infarto agudo de miocardio na poboación galega mediante a detección precoz da enfermidade cardiovascular subclínica.

Indicador 14.1

Pacientes fumadores aos que se lles calcula o risco cardiovascular

DESCRICIÓ 

Porcentaxe de pacientes fumadores con 40 ou máis anos aos que se lles calcula o risco cardiovascular nos centros sanitarios

FÓRMULA 

$$\frac{\text{Número de pacientes fumadores con 40 ou máis anos aos que se lles calcula o risco cardiovascular}}{\text{Número de pacientes fumadores}} \times 100$$

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Sergas

DESAGREGACIÓ 

Sexo / Idade / Área sanitaria / tipo de centro

OBXECTIVO 

Polo menos o 90 %, ao finalizar o período de vixencia do plan

Indicador 14.2

Pacientes fumadores con risco cardiovascular alto ou moi alto aos que se lles obxectiva o índice nocello/ brazo

DESCRICIÓ 

Porcentaxe de pacientes fumadores con risco cardiovascular alto ou moi alto aos que se lles obxectiva o índice nocello/brazo

FÓRMULA 

$$\frac{\text{Número de pacientes fumadores con risco cardiovascular alto ou moi alto aos que se lles obxectiva o índice nocello/brazo}}{\text{Número de pacientes fumadores con risco cardiovascular alto ou moi alto}} \times 100$$

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Sergas

DESAGREGACIÓ 

Sexo / Idade / Área sanitaria / tipo de centro

OBXECTIVO 

Polo menos o 90 %, ao finalizar o período de vixencia do plan

Obxectivo 15

Innovar na detección precoz mediante a valoración do risco polixénico.

Indicador 15.1

Validación do uso de estimas de risco polixénico (PRS) para a valoración de risco cardiovascular asociado ao consumo de tabaco

DESCRICIÓN 

Proxecto de validación do uso de estimas de risco polixénico (PRS) para a valoración de risco cardiovascular asociado ao consumo de tabaco

OBXECTIVO 

Proxecto de validación desenvolvido ao finalizar o período de vixencia do plan

Indicador 15.2

Validación do uso de estimas de risco polixénico (PRS) na detección precoz da EPOC

DESCRICIÓN 

Proxecto de validación del uso de estimas de riesgo poligénico (PRS) en la detección precoz de la EPOC

FÓRMULA 

Proxecto de validación do uso de estimas de risco polixénico (PRS) na detección precoz da EPOC

OBXECTIVO 

Proxecto de validación desenvolvido ao finalizar o período de vixencia do plan

Obxectivo 16

Desenvolver un perfil epidemiolóxico que defina os determinantes sociais que se relacionan cun alto risco de padecer enfermidades relacionadas co tabaquismo.

Indicador 16.1

Informes de incidencia e mortalidade sobre os cancros en Galicia asociados ao tabaquismo

DESCRICIÓN 

Informes realizados de incidencia e mortalidade sobre os cancros en Galicia asociados ao tabaquismo

FÓRMULA 

Número de informes realizados de incidencia e mortalidade sobre os cancros en Galicia asociados ao tabaquismo

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica / Área sanitaria / sexo / Idade

OBXECTIVO 

Polo menos un ao ano por área sanitaria

Indicador 16.2

Perfil dos e das pacientes diagnosticados de cancro de pulmón en Galicia

DESCRICIÓN 

Perfil dos e das pacientes diagnosticados de cancro de pulmón en Galicia nos últimos cinco anos, utilizando os datos demográficos, laborais, sociais e clínicos; a historia relacionada co tabaquismo e outros factores de risco, como a exposición ao radon

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica / Área sanitaria / sexo / Idade

OBXECTIVO 

Perfil elaborado ao finalizar o período de vixencia do plan

Indicador 16.3

Estudo de investigación para identificar os criterios de risco de padecer EPOC ou enfermidades cardiovasculares en persoas fumadoras

DESCRICIÓN 

Estudo de investigación para identificar os criterios de risco de padecer EPOC ou enfermidades cardiovasculares en persoas fumadoras

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

OBXECTIVO 

Estudo realizado ao finalizar o período de vixencia do plan

Indicador 16.4

Rexistro de familias con alelo Z de alfa-1-antitripsina

DESCRIPCIÓN 

Rexistro de familias con alelo Z de alfa-1-antitripsina por área sanitaria

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica / Área sanitaria / sexo / Idade

OBXECTIVO 

Rexistro creado ao finalizar o período de vixencia do plan

Líña
estratéxica

04

Vixilancia
epidemiolóxica

Obxectivo 17

Mellorar a recollida da información relacionada co consumo de tabaco e co uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina na contorna sanitaria.

Indicador 17.1

Rexistro da historia relacionada co tabaquismo na historia clínica electrónica

DESCRIPCIÓN 

Porcentaxe de profesionais sanitarios que rexistran a historia relacionada co tabaquismo en lanus

FÓRMULA 

$$\frac{\text{Número de profesionais sanitarios que rexistran a historia relacionada co tabaquismo en lanus}}{\text{Número total de profesionais sanitarios}} \times 100$$

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Sergas

DESAGREGACIÓN 

Área sanitaria / tipo de centro

OBXECTIVO 

Aumento do 5 % anual

Indicador 17.2

Información relacionada co tabaquismo a través do cartafol persoal do paciente (PHR)

DESCRICIÓN 

Rexistro de información relacionada co tabaquismo por parte da cidadanía a través do cartafol persoal do paciente (PHR)

DESAGREGACIÓN 

Área sanitaria / tipo de centro

OBXECTIVO 

Rexistro creado ao finalizar o período de vixencia do plan

línea
estratéxica

04

Vixilancia
epidemiolóxica

Obxectivo 18

Seguimento do consumo de tabaco e do uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina.

Indicador 18.1

Sistema de información de condutas de risco en Galicia (Sicri)

DESCRICIÓN 

Incorporación de datos sobre o consumo de tabaco de persoas novas e adultas no Sistema de información de condutas de risco en Galicia (Sicri)

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

OBXECTIVO 

Datos incorporados todos os anos de vixencia do plan

Indicador 18.2

Módulo específico no Observatorio de Saúde Pública de Galicia

DESCRICIÓN 

Módulo específico sobre o consumo de tabaco e sobre o uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina na adolescencia e na idade adulta no Observatorio de Saúde Pública de Galicia

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

OBXECTIVO 

Módulo creado ao final do período de vixencia do plan

Obxectivo 19

Formación continua.

Indicador 19.1

Comité de Formación en Tabaquismo e Cesación

DESCRIPCIÓN 

Comité de Formación en Tabaquismo e Cesación, creado na Escola Galega de Saúde Pública

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

OBXECTIVO 

Comité creado no 2024

Indicador 19.2

Plan de formación para os profesionais de educación

DESCRIPCIÓN 

Profesionais da educación que reciben formación en prevención do tabaquismo e en detección precoz

FÓRMULA 

Número de profesionais formados

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica / Sexo / Categoría profesional

OBXECTIVO 

100 profesionais ao ano

Indicador 19.3

Formación ás familias

DESCRIPCIÓN 

Familias que reciben formación relacionada co consello breve e coa cesación do consumo de tabaco

FÓRMULA 

Número de persoas integrantes dun núcleo familiar que reciben formación relacionada cos factores protectores e de risco do tabaquismo

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica / Sexo / Categoría profesional

OBXECTIVO 

100 persoas ao ano

Indicador 19.4

Titulacións universitarias con formación sobre tabaquismo

DESCRICIÓN 

Titulacións universitarias que incluíron a formación sobre tabaquismo no currículo

FÓRMULA 

Número de titulacións universitarias que incluíron a formación sobre tabaquismo no currículo

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

OBXECTIVO 

Polo menos dous ao finalizar o período de vixencia do plan

línea
estratéxica

05

Xestión do
coñecemento

Obxectivo 20

Promover a innovación e a investigación sobre os factores de risco e protección relacionados co consumo de tabaco e co uso doutros dispositivos susceptibles de liberar nicotina.

Indicador 20.1

Plan de formación sobre metodoloxía de investigación

DESCRICIÓN 

Profesionais que traballan no ámbito da prevención de adiccións que recibiron formación sobre a metodoloxía de investigación

FÓRMULA 

Número de profesionais formados

PERIODICIDADE 

Anual

FONTE 

Dirección Xeral de Saúde Pública

DESAGREGACIÓN 

Distribución xeográfica / Sexo / Categoría profesional

OBXECTIVO 

20 profesionais ao ano



09

Abreviaturas

Abreviaturas



AAT: alfa-1-antitripsina

CMCT: Convenio Marco para o Control do Tabaco

CNPT: Comité Nacional para a Prevención do Tabaquismo

DSLN: Dispositivos Susceptibles de Liberar Nicotina

Edades: Enquisa sobre o alcohol e outras drogas en España

EPOC: Enfermidade pulmonar obstrutiva crónica

Estudes: Enquisa sobre o uso de drogas na ensinanza secundaria en España

FVC: Capacidade vital forzada

Issga: Instituto de Seguridade e Saúde Laboral de Galicia

ODS: Obxectivos de desenvolvemento sustentable

OMS: Organización Mundial da Saúde

PHR: *Personal Health Record* (historia clínica persoal ou cartafol persoal do paciente)

PRS: Valoración do risco polixénico

Regat: Rexistro Galego de Tumores

Score: *Systematic Coronary Risk Evaluation*

Sergas: Servizo Galego de Saúde

Sicri: Sistema de información sobre condutas de risco

TC: Tomografía computadorizada

TCBD: Tomografía computadorizada de baixa dose

Consellería
de Sanidade

Saúde Pública

Plan

11

C



XUNTA
DE GALICIA

CONSELLERÍA
DE SANIDADE