

3. Enfermedades no transmisibles

3.1. Cáncer

En este capítulo se realiza un abordaje global del cáncer, priorizándose además aquellos que presentan una mayor mortalidad y en los que la evidencia sugiere posibilidades de intervención.

Situación actual

El cáncer es un problema de salud de magnitud creciente en todos los países desarrollados. La importancia relativa de la mortalidad por tumores malignos en la CAPV se ha modificado en los últimos años, ya que a partir del año 1993 entre los varones el cáncer ha pasado a ser la primera causa de muerte, y entre las mujeres continúa siendo el segundo motivo más frecuente de fallecimiento, tras las enfermedades del aparato circulatorio.

En la CAPV, al igual que en otros países industrializados, las tasas de mortalidad por cáncer aumentaron hasta los años 90 y a partir de entonces han ido estabilizándose. Así, para el conjunto de la población de la CAPV la tasa de mortalidad por cáncer x 100.000 habitantes, ajustada por edad, ha pasado de 179 en 1980, a 190 en 1990, y 182 en 1998 (Figura 25). La evolución temporal ha sido diferente según el sexo, ya que entre los varones no se ha observado a lo largo del tiempo ninguna variación significativa, mientras que entre las mujeres las defunciones por cáncer han disminuido significativamente en las últimas dos décadas (0,7 anual). En el año 1998, la tasa ajustada de mortalidad por tumores malignos fue de 270 x 100.000 varones, y de 115 x 100.000 mujeres.

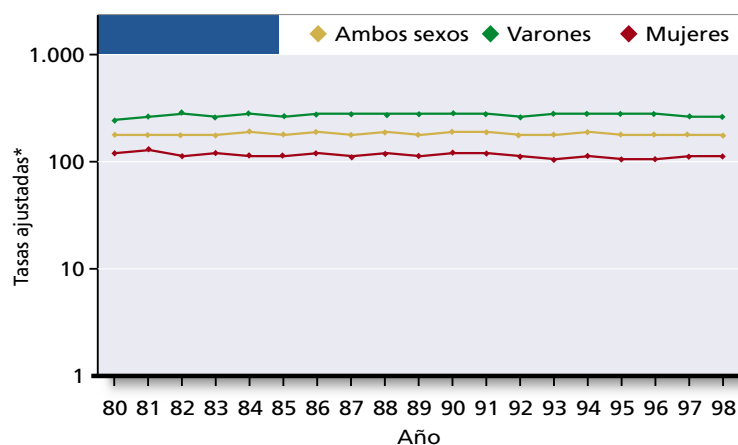
El cáncer es la causa más frecuente de fallecimiento en las edades comprendidas entre los 45 y 74 años de edad. En el caso de las mujeres, es también la primera causa de fallecimiento en el grupo de edad comprendido entre los 30 y 44 años.

El análisis de la relación entre el nivel social y la mortalidad por tumores malignos demuestra que entre los varones menores de 65 años la mortalidad por esta causa en los estratos sociales inferiores es un 38% superior a la de los estratos más altos. En los varones mayores de 65 años esta diferencia se reduce hasta el 8%. En las mujeres la mortalidad por cáncer en su conjunto no guarda relación con su nivel social.

La supervivencia relativa¹ a los 5 años de los pacientes con neoplasias diagnosticados en el trienio 1986-1988 fue del 40% para los varones y del 54% en las mujeres, algo superior a la observada en el estado español, del 40% y 52%, y en el conjunto de Europa, del 35% y 50% respectivamente.

¹ Razón entre supervivencia observada y esperada. Permite realizar comparaciones entre áreas con diferencias en la mortalidad general. El método asume que el cáncer es la única causa posible de muerte

Figura 25. Evolución temporal de la mortalidad por cáncer. CAPV, 1980-1998



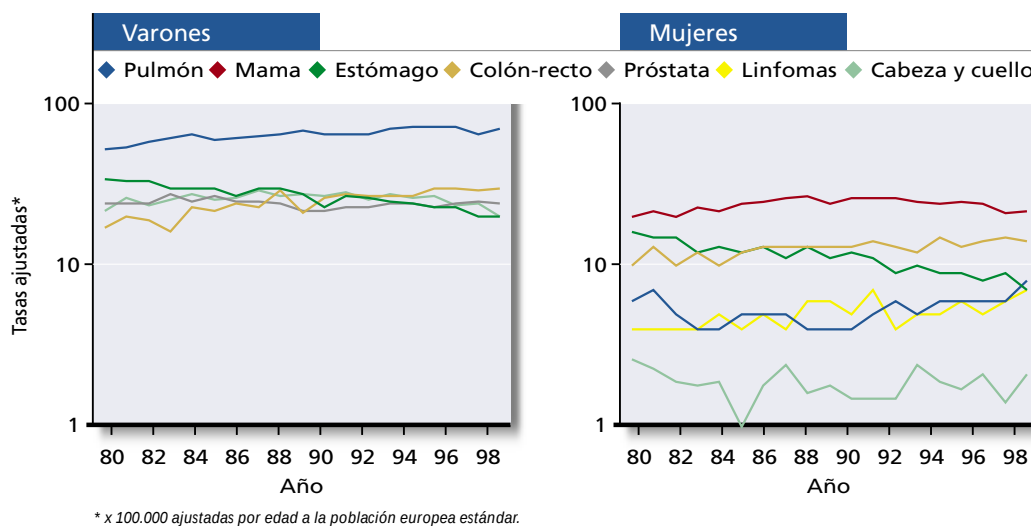
Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

3.1.1. Localizaciones tumorales más frecuentes

En los últimos años, se ha mantenido la primacía del cáncer de pulmón como primera causa de muerte por cáncer en los varones, habiendo aumentado significativamente durante las dos últimas décadas desde una tasa de 52 x 100.000 varones en 1980, a 71 x 100.000 varones en 1998. El cáncer de estómago ha dejado de ser el segundo tumor más letal entre los varones para ocupar la cuarta posición en 1998 (en 1980 tasa ajustada de mortalidad de 34 x 100.000 varones, y en 1998 de 20). En la actualidad, el cáncer de próstata es la tercera causa de mortalidad por neoplasias malignas entre los varones (24 x 100.000 varones). La mortalidad por cáncer de colon-recto se ha incrementado en los últimos años, pasando de ser la quinta causa de fallecimiento por tumores malignos en el periodo 1980-84, con una tasa ajustada de 17 x 100.000 varones, a situarse en el segundo puesto en 1998 con una tasa de 30 x 100.000 varones. El cáncer de cabeza y cuello ha sido en 1998 la quinta causa de mortalidad por tumores en los varones (20 x 100.000 varones).

Entre las mujeres el cáncer de mama continúa ocupando el primer lugar (tasa de mortalidad estandarizada 22 x 100.000 mujeres en 1998). El cáncer de colon-recto (14 x 100.000 mujeres) ocupa el segundo lugar seguido del de pulmón (8 x 100.000 mujeres). El cuarto y quinto lugar lo ocupan los linfomas (7 x 100.000 mujeres) y el cáncer de estómago (6,5 x 100.000) siendo el impacto de los tumores de cabeza y cuello muy reducido (2 x 100.000 mujeres) (figura 26).

Figura 26. Evolución de la mortalidad por cáncer de pulmón, mama, estómago, colon, próstata, linfomas y cabeza y cuello. CAPV, 1980-1998



Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

Respecto a la relación entre el patrón social y la mortalidad, en el caso del cáncer de pulmón se ha observado un notable incremento de fallecimientos en las clases sociales más desfavorecidas, más acusado en la personas menores de 65 años. Sin embargo entre las mujeres fueron las residentes de las zonas más ricas quienes tuvieron una mayor mortalidad por cáncer de pulmón.

Con relación al cáncer de mama, las mujeres mayores de 65 años residentes en las zonas socio-económicas más pobres tienen una mortalidad 25% menor que las que residen en las más ricas. En las mujeres menores de 65 años no se observó ningún patrón diferencial en función del nivel social.

Son de resaltar las diferencias sociales en la mortalidad por ciertos tumores (cáncer de laringe, y cáncer de boca y faringe), en los que la acción conjunta del tabaco y el alcohol juega un papel primordial en su aparición. La mortalidad por esos tumores en los varones menores de 65 años de los grupos sociales más desfavorecidos es dos veces mayor que en los más ricos, mientras que en los varones mayores de esa edad, la diferencia en los tumores de boca y faringe es del 55%. En las mujeres, sólo se observan diferencias apreciables en las mayores de 65 años, y en esa edad son las mujeres de los grupos más favorecidos quienes tienen una mayor mortalidad.

Objetivos

Los objetivos definidos en el área del cáncer han sido establecidos a partir de las tendencias observadas en su evolución, teniendo en cuenta las estrategias disponibles para modificar dicha evolución.

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por tumores malignos en varones menores de 65 años	Iniciar tendencia descendente	115,9	Iniciar tendencia descendente	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Mortalidad por tumores malignos en mujeres menores de 65 años	Disminuirla un 10%	52,4	47,1	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. La prevención primaria en el ámbito asistencial está dirigida a la promoción de estilos de vida saludables por parte de los profesionales sanitarios.
2. El diagnóstico temprano de los tumores en el ámbito de la atención primaria debe estar basado en la aplicación de protocolos clínicos sobre signos y síntomas de alerta.
3. La atención al enfermo oncológico debe ser llevada a cabo de forma individualizada mediante guías de práctica clínica contrastadas y validadas.
4. Además, la atención debe realizarse en coordinación o en los servicios y hospitales que fueron establecidos para este fin en el Plan de Prevención y Control del Cáncer de Euskadi, lo que garantiza la especialización de los equipos y la calidad técnica de los mismos, ya que la primera intervención terapéutica resulta determinante en el pronóstico de la enfermedad.
5. Se establecerán los circuitos de diagnóstico y tratamiento adecuados, y los mecanismos efectivos de derivación entre los diferentes niveles de atención, para reducir al máximo los tiempos de espera.
6. Los cuidados paliativos y la rehabilitación serán adecuados a las necesidades existentes, dado que resultan importantes en la atención de los enfermos oncológicos.

Actuaciones a nivel comunitario

7. Las actuaciones a nivel comunitario deben ir también dirigidas al fomento de los estilos de vida saludable, sobre todo a través del desarrollo de programas educativos, fundamentalmente en lo relativo al tabaco, alcohol y dieta saludable.
8. En lo que respecta a la detección precoz (prevención secundaria), además de mantener las actuaciones que actualmente están en marcha, debe valorarse la incorporación de aquellas intervenciones que tengan una efectividad demostrada en nuestro ámbito.

Actuaciones intersectoriales

9. Deben desarrollarse medidas de control de los contaminantes medioambientales y ocupacionales (ver capítulo "Entorno medioambiental, laboral y escolar").

Otras actuaciones

10. Se deben potenciar los registros de tumores hospitalarios, dado que proporcionan la posibilidad de un mejor conocimiento del proceso asistencial, permitiendo su control, así como la utilización de indicadores de calidad basados en los resultados, y la comparación entre los distintos centros sanitarios.

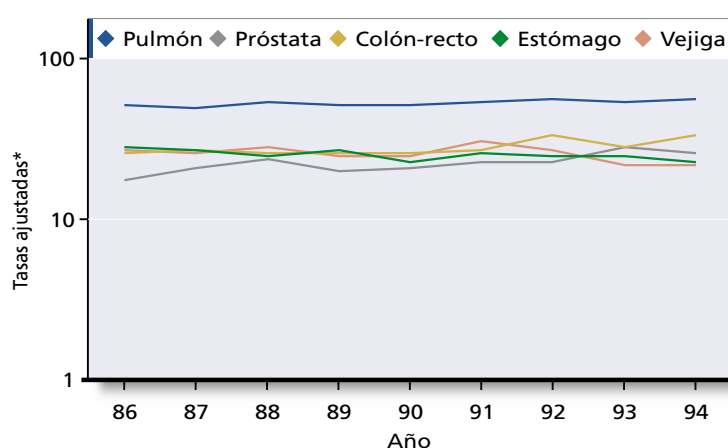
Desigualdades

11. Debe ponerse en marcha un sistema de información que permita monitorizar la evolución de las desigualdades sociales en la salud relacionadas con el cáncer.

3.1.2. Cáncer de pulmón

Es la causa de mortalidad por tumores malignos más frecuente entre los varones, y ha presentado en los últimos años una tendencia alcista. Además se trata del tumor que mayor incidencia presenta (figura 27). Entre las mujeres, aunque ya se observa un ligero incremento de la mortalidad, todavía no se han alcanzado las tasas esperables de acuerdo al aumento producido en el consumo de tabaco.

Figura 27. Evolución de las tasas de incidencia de cáncer en varones. CAPV, 1986-1994



* x 100.000 ajustadas por edad a la población mundial estándar.

Fuente: Registro de Cáncer. Departamento de Sanidad.

Por otro lado, el cáncer de pulmón ha pasado a ser la cuarta causa de mortalidad prematura entre los varones, con una tasa ajustada de 5,1 años potenciales de vida perdidos (APVP) x 1.000 habitantes.

El principal factor de riesgo del cáncer de pulmón es el tabaco, cuyo consumo ha descendido entre los varones, mientras que entre las mujeres se mantiene (ESCAV-92 y 97).

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por cáncer de pulmón en varones menores de 65 años	Invertir la tendencia ascendente	32,3	Invertir la tendencia ascendente	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres menores de 65 años	Frenar la tendencia ascendente	3,9	Frenar la tendencia ascendente	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Las actuaciones de prevención del cáncer de pulmón deben estar basadas en estrategias relacionadas con la prevención y control del tabaquismo, ya que en la actualidad no se conocen medidas efectivas para su detección precoz.
2. La sospecha diagnóstica del cáncer de pulmón en el ámbito de la atención primaria es muy importante para el pronóstico de estos tumores, por lo que se deben establecer los protocolos adecuados.
3. La atención sanitaria del enfermo con cáncer de pulmón debe realizarse en coordinación o en los servicios y hospitales que fueron establecidos para este fin en el Plan de Prevención y Control del Cáncer de Euskadi, ajustándose a guías de práctica clínica actualizadas y contrastadas, lo que garantiza la especialización de los equipos y la calidad técnica de los mismos, ya que la primera intervención terapéutica resulta determinante en el pronóstico de la enfermedad.

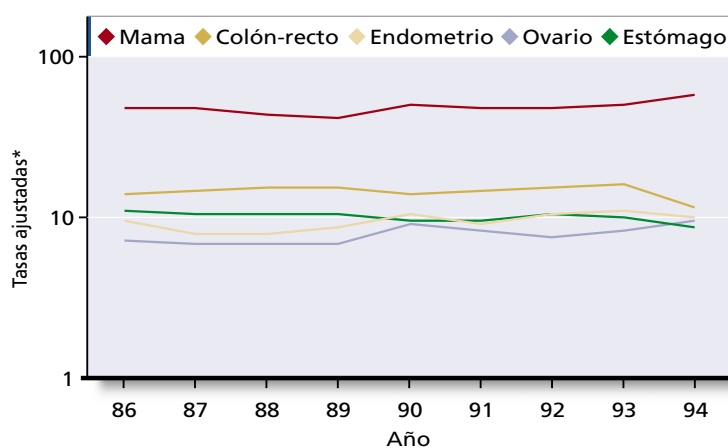
Actuaciones intersectoriales

4. Las actuaciones intersectoriales deben ir dirigidas fundamentalmente al control del tabaquismo (ver capítulo 'estilos de vida').
5. Deben desarrollarse medidas de control de los contaminantes medioambientales y ocupacionales (ver capítulo "Entorno medioambiental, laboral y escolar").

3.1.3. Cáncer de mama

El cáncer de mama es el tumor con mayor mortalidad entre las mujeres, manteniendo en los últimos años una tendencia estable. También es el tumor que presenta mayor incidencia entre las mujeres (figura 28).

Figura 28. Evolución de las tasas * de incidencia de cáncer en mujeres. CAPV, 1986-1994



* x 100.000 ajustadas por edad a la población mundial estándar.

Fuente: Registro de Cáncer. Departamento de Sanidad.

Objetivo

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por cáncer de mama en mujeres	Disminuirla un 17,5%	22,3	18,4	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Debe mantenerse el programa de detección precoz del cáncer de mama establecido en la CAPV desde 1995, realizando las modificaciones que se consideren oportunas para adecuarlo a la evidencia científica existente en cada momento.
2. La atención sanitaria de las enfermas con cáncer de mama debe realizarse en coordinación o en los servicios y hospitales que fueron establecidos para este fin en el Plan de Prevención y Control del Cáncer de Euskadi, ajustándose a guías de práctica clínica actualizadas y contrastadas, lo que garantiza la especialización de los equipos y la calidad técnica de los mismos, ya que la primera intervención terapéutica resulta determinante en el pronóstico de la enfermedad.

Desigualdades

3. Deben desarrollarse estrategias para mejorar la participación en el programa de la CAPV para la detección precoz del cáncer de mama de las mujeres, sobre todo de aquellas con un menor nivel social, ya que son las que presentan una menor adherencia a dicho programa.

3.1.4. Cáncer de colon-recto

La mortalidad por cáncer de colon-recto en la CAPV se ha incrementando en los últimos años, con una tasa estandarizada de 21 x 100.000 habitantes para 1998. En cuanto a su incidencia, también ocupa los primeros lugares, tanto en varones como en mujeres (ver figuras 27 y 28). La dieta inadecuada es uno de los principales factores de riesgo para este tipo de tumor.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por cáncer de colon-recto en varones	Estabilizar las tasas	29,5	Estabilizar las tasas	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Mortalidad por cáncer de colon-recto en mujeres	Estabilizar las tasas	14,5	Estabilizar las tasas	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. La sospecha diagnóstica del cáncer colo-rectal en el ámbito de la atención primaria es muy importante para el pronóstico de estos tumores, por lo que deben establecerse los protocolos adecuados para ello.
2. La atención sanitaria del enfermo con cáncer colo-rectal debe realizarse en coordinación o en los servicios y hospitales que fueron establecidos para este fin en el Plan de Prevención y Control del Cáncer de Euskadi, ajustándose a guías de práctica clínica actualizadas y contrastadas, lo que garantiza la especialización de los equipos y la calidad técnica de los mismos, ya que la primera intervención terapéutica resulta determinante en el pronóstico de la enfermedad.

Actuaciones a nivel comunitario

3. La prevención primaria debe basarse en el fomento de estilos de vida saludables, sobre todo de los que hacen referencia a la dieta (ver capítulo "Estilos de vida").
4. Algunas pruebas de detección precoz han demostrado ser eficaces. Los programas de detección precoz deberán implantarse una vez esté demostrada su efectividad y eficiencia en nuestro medio.

3.1.5. Cáncer de cabeza y cuello

Los tumores malignos de cabeza y cuello más frecuentes incluyen las neoplasias de labio, cavidad oral, faringe y laringe. Analizadas en su conjunto, constituyen la tercera localización tumoral más frecuente en los varones de la CAPV en el último cuatrienio. Aunque la evolución temporal de la mortalidad durante

las dos últimas décadas no ha presentado cambios significativos en el tiempo, el examen por separado revela que, mientras las tasas de mortalidad por cáncer de laringe han disminuido significativamente un promedio de 0,23 unidades anuales, las debidas al cáncer de boca y faringe presentan una tendencia temporal ligeramente alcista.

En los varones la tasa anual de mortalidad por cánceres de esta localización es de 22,6 x 100.000 varones (cavidad oral 10,8 x 100.000; laringe 9,4 x 100.000). En las mujeres la tasa es 2,0 x 100.000 mujeres (cavidad oral 1,9 x 100.000; laringe 0,18 x 100.000); no obstante se observa en las mujeres un pequeño aumento lineal en la tasa de cáncer oral (0,0001 cada año).

Los factores etiológicos relacionados con este tipo de tumores son principalmente el tabaquismo y el consumo abusivo de alcohol. El efecto sinérgico de ambos factores de riesgo es multiplicativo para el cáncer de la cavidad oral y aditivo para el de laringe.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por cáncer de cabeza y cuello en varones	Disminuirla un 10%	22,6	20,3	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Las actuaciones de prevención del cáncer de cabeza y cuello deben estar basadas en estrategias relacionadas con la prevención y control del tabaquismo, y del consumo abusivo de alcohol.
2. Al igual que en otras localizaciones la atención sanitaria de estos cánceres debe realizarse en coordinación o en los servicios y hospitales que fueron establecidos para este fin en el Plan de Prevención y Control del Cáncer de Euskadi, ajustándose a guías de práctica clínica actualizadas y contrastadas, lo que garantiza la especialización de los equipos y la calidad técnica de los mismos, ya que la primera intervención terapéutica resulta determinante en el pronóstico de la enfermedad.
3. No hay suficiente evidencia científica sobre la efectividad de los programas de detección precoz a nivel poblacional. Sin embargo, los exámenes de la cavidad oral dirigidos a detectar lesiones pre-malignas deberán dirigirse principalmente a las personas de alto riesgo; y se llevarán a cabo tanto por parte del personal sanitario de atención primaria, especializada y odontólogo.

Actuaciones a nivel comunitario

4. Además de las actuaciones en el área de la Educación Sanitaria dirigidas a prevenir los factores de riesgo, hay que establecer acciones para difundir información sobre los signos y síntomas de sospecha de lesiones malignas (por ejemplo, ronquera, afonía o tos persistente no justificada, la dificultad persistente para tragar o digerir, las úlceras que no cicatrizan, etc) que detectadas en estadios precoces mejoran significativamente el pronóstico de estos tumores.

Actuaciones intersectoriales

5. Las actuaciones intersectoriales que se deben plantear se dirigen fundamentalmente al control del tabaquismo y del alcoholismo (ver capítulo "Estilos de vida").

3.2. Enfermedades del aparato circulatorio

Situación actual

Las enfermedades del aparato circulatorio son en la actualidad la primera causa de mortalidad de las mujeres y la segunda de los varones, representando respectivamente el 40% y 30% del total de fallecimientos. Sin embargo, la tasa de mortalidad por este grupo de patologías ha presentado un importante descenso durante las dos últimas décadas: cada año la tasa de mortalidad por esta causa ha disminuido como promedio en 8,7 puntos, siendo este descenso mayor entre los varones que entre las mujeres.

Las tasas brutas de mortalidad muestran que el número de personas que fallecen cada año por enfermedades del aparato circulatorio es superior entre las mujeres (tabla 25). También evidencian que la enfermedad cerebro-vascular afecta en mayor medida a las mujeres, y la enfermedad isquémica del corazón a los varones.

El patrón de distribución por sexo se modifica cuando se utilizan tasas de mortalidad estandarizadas por edad, en vez de tasas brutas. Este ajuste permite concluir que el riesgo de morir por una enfermedad del aparato circulatorio no es mayor en las mujeres (155 x 100.000 mujeres) que en los varones (255,2 x 100.000 varones), y que el hecho de que se presenten más casos entre las primeras es debido a que viven más años.

Tabla 25. Tasas* de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio. CAPV, 1998

	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Total aparato circulatorio	280,8	316,4	299,1
Enfermedades cerebro-vasculares	68,6	93,8	81,5
Enfermedad isquémica del corazón	96,4	63,8	79,7

* Brutas x 100.000 habitantes.

Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

Además de su impacto sobre la mortalidad, las enfermedades del aparato circulatorio son uno de los principales motivos de ingreso en los hospitales de Osakidetza / Svs: desde el año 1993 hasta 1999, las tasas brutas de ingresos han aumentado de 909 a 1.202 altas hospitalarias x 100.000 habitantes. Los pacientes ingresados eran en mayor proporción varones (1.457 altas x 100.000 varones frente a 958 altas x 100.000 mujeres).

El análisis de la mortalidad por enfermedad del aparato circulatorio según el nivel social demuestra la existencia de una relación entre ambas: la población menor de 65 años de edad que reside en las secciones censales más pobres presenta, con relación a los que viven en las zonas más ricas, un exceso de mortali-

dad por enfermedades del aparato circulatorio tanto si son varones (39%) como mujeres (45%). En las personas mayores de 65 años no se encuentran diferencias apreciables entre los varones, mientras que entre las mujeres, son las secciones más favorecidas las que presentan una mortalidad un 10% superior.

3.2.1. Factores de riesgo de las enfermedades del aparato circulatorio

El tabaco, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la obesidad, la diabetes mellitus y el sedentarismo constituyen básicamente los factores de riesgo de las enfermedades del aparato circulatorio.

Según la ESCAV-97, un 35% de los varones y 23,5% de las mujeres referían ser fumadores y un 16% y 17% hipertensos respectivamente. La proporción de personas que declaraba tener el colesterol alto era del 16%, sin que existieran diferencias entre ambos sexos. La obesidad fue más frecuente en los varones (10,4%) que en las mujeres (9,6%), aunque éstas eran más sedentarias (60,5%) que los varones (52,9%).

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en varones menores de 65 años	Disminuirla un 20%	57,1*	45,7	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en mujeres menores de 65 años	Disminuirla un 20%	16,1*	12,9	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Diferencias sociales en mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en varones menores de 65 años	Disminuirlas un 25%	39%**	30%	Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Diferencias sociales en mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio en mujeres menores de 65 años	Disminuirlas un 25%	45%**	34%	Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

**1993-98.

Estrategias de intervención

Para conseguir la disminución de la incidencia y mortalidad de las enfermedades del aparato circulatorio es necesario realizar un abordaje global de los factores de riesgo. Además de las intervenciones propuestas en los capítulos “Estilos de vida” y “Diabetes mellitus”, deben tenerse en cuenta las intervenciones que a continuación se señalan.

Actuaciones a nivel individual

1. Es fundamental la detección precoz de la hipertensión arterial y dislipemias en las consultas de atención primaria.

2. Las recomendaciones para adquirir hábitos de vida saludables constituyen en la actualidad el tratamiento de primer nivel de la hipertensión arterial y dislipemias. El tratamiento farmacológico se sitúa en segunda línea.
3. La detección precoz de la diabetes mellitus y las actuaciones necesarias para su control también deben ser objeto de las consultas de atención primaria (ver capítulo “Diabetes mellitus”).
4. También, en el ámbito de la atención primaria es importante la detección precoz de la obesidad, para lo que debe realizarse de manera sistemática la evaluación pondero-estatural.
5. En el ámbito de la atención primaria debe realizarse el oportuno diagnóstico y la adecuada actuación ante los fumadores (ver capítulo “Estilos de vida”).
6. En cualquier caso, debe llevarse a acabo una valoración individualizada del riesgo global de enfermedades del aparato circulatorio, estableciendo las estrategias de actuación más adecuadas en cada caso.

Actuaciones a nivel comunitario

7. Son necesarias campañas divulgativas que pongan en conocimiento de la población la importancia del adecuado control de la presión arterial.
8. Es necesario hacer especial hincapié sobre los diferentes factores de riesgo vascular en las mujeres, ya que tanto las propias mujeres como los profesionales sanitarios son menos conscientes de ellos, a diferencia de lo que sucede con los varones.

Actuaciones a nivel intersectorial

9. Es necesario incidir tanto en el medio escolar como en el medio laboral sobre la importancia del control de los factores de riesgo de enfermedades del aparato circulatorio, insistiendo en la promoción de los hábitos de vida saludables.

Otras actuaciones

10. Deberá desarrollarse un sistema de información sanitaria sobre enfermedades cerebro-cardio-vasculares que permita un mejor conocimiento del problema, desde el punto de vista epidemiológico y asistencial.
11. Es necesario desarrollar estrategias para disponer de un mejor conocimiento sobre las causas de muerte súbita.

3.2.2. Enfermedades cerebro-vasculares

Situación actual

Las enfermedades cerebro-vasculares en el periodo 1995-98 ocasionaron en la CAPV 80 defunciones x 100.000 habitantes, y representan la causa más frecuente de fallecimiento en las mujeres.

La tasa de mortalidad por enfermedad cerebro-vascular entre los varones ha experimentado un importante descenso en las últimas dos décadas (3,7 puntos por año): a principios de los años 80 era semejante e incluso mayor que la de la enfermedad isquémica del corazón, y en 1998 se situó en 62 fallecimientos x 100.000 varones. Entre las mujeres también ha disminuido de forma significativa (3 puntos cada año), con un perfil similar al de los varones, es decir, las tasas más elevadas se dieron a principios de los años 80 y han disminuido paulatinamente hasta alcanzar en 1998 la cifra de 46,9 defunciones por 100.000 mujeres (tabla 26).

Tabla 26. Tasas* de mortalidad por enfermedad cerebro-vascular distribuida por sexo y Territorio Histórico. CAPV, 1995-1998

Enfermedad cerebro-vascular		
Territorio Histórico	Varones	Mujeres
Álava	52,5	38,8
Bizkaia	65,7	52,2
Gipuzkoa	67,0	48,1
CAPV	64,4	49,2

* x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar.

Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

Con relación a la morbilidad, las tasas de altas hospitalarias por oclusión de arterias cerebrales se han incrementado de manera muy importante entre los años 1993 y 1999. Este aumento ha sido homogéneo en ambos sexos. En los varones, la tasa de altas con este diagnóstico en el año 1993 fue de 71 x 100.000 varones y en el año 1999 de 114. En las mujeres, esta tasa ha pasado de 61 x 100.000 mujeres en el año 1993 a 95 en 1999.

Respecto a la influencia del factor social sobre la mortalidad por enfermedad cerebro-vascular, las mayores desigualdades se observaron en las mujeres menores de 65 años de edad.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares en varones menores de 75 años	Disminuirla un 20%	23,0	18,4	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Mortalidad por enfermedades cerebro-vasculares en mujeres menores de 85 años	Disminuirla un 20%	25,5	20,4	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. La asistencia y tratamiento precoz del accidente cerebro-vascular agudo (ACVA), mediante una atención integral y especializada, es el único método que ha demostrado ser efectivo para prevenir y reducir las secuelas. Con este fin se debe adecuar el dispositivo asistencial y protocolizar la atención del ACVA. El tratamiento fibrinolítico endovenoso del infarto cerebral deberá estar disponible para los ciudadanos de la CAPV cuando se demuestre su efectividad en nuestro medio.

2. Se debe informar a la población sobre los síntomas precoces de un ACVA y como actuar en cada caso.
3. Los ACVA de etiología cardio-embólica están aumentando, debido a su asociación con el envejecimiento poblacional. Por ello, es necesario la detección precoz y control de las cardiopatías embolígenas, principalmente la fibrilación auricular, en las personas mayores de 60 años de edad.
4. En los pacientes que hayan sufrido un ACVA es muy importante la prevención secundaria mediante el control de factores de riesgo vascular (hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes mellitus, tabaquismo) y mediante tratamiento farmacológico adecuado (antiagregantes y/o anticoagulación).
5. Para una adecuada prevención secundaria es imprescindible implantar estrategias de coordinación entre la atención primaria y especializada.
6. Se debe analizar la posible integración del control de la terapia anticoagulante en los servicios prestados por la atención primaria, con el objetivo de mejorar su accesibilidad.
7. Se promoverá que todos los niveles asistenciales utilicen las mismas escalas validadas para medir la discapacidad secundaria al ACVA.
8. Se debe potenciar la rehabilitación (incluye ejercicio físico, apoyo psicológico, integración laboral y social) de los pacientes que han sufrido un ACVA, puesto que ha demostrado ser efectiva para mejorar de su calidad de vida.

Actuaciones intersectoriales

9. El medio escolar y laboral representan una oportunidad para el fomento de los estilos de vida saludables así como para la detección precoz de factores de riesgo vascular (obesidad, hipertensión arterial, hiperlipidemia).
10. Se debe potenciar la red de apoyo socio-sanitario de las personas con algún tipo de discapacidad como consecuencia de un ACVA.

Otras actuaciones

11. Se deben desarrollar o adaptar para la CAPV guías de práctica clínica que permitan aplicar adecuadamente los tratamientos.
12. Deberá desarrollarse un sistema de información sanitaria sobre enfermedad cerebro-vascular que permita un mejor conocimiento del problema, desde el punto de vista epidemiológico y asistencial.

Desigualdades

13. Son necesarias campañas informativas específicamente orientadas a la prevención primaria de la enfermedad cerebro-vascular en las mujeres, puesto que para ellas es la primera causa de muerte. Máxime cuando se aprecia un aumento entre ellas de la prevalencia de factores de riesgo.

3.2.3. Cardiopatía isquémica

En el periodo 1995-98 la cardiopatía isquémica dio lugar a 60 defunciones x 100.000 habitantes de la CAPV en ambos sexos, siendo esta tasa estandarizada por edad una de las más bajas del mundo. Entre los datos publicados, sólo se han hallado tasas inferiores en Francia (51 x 100.000 en 1995), encontrándose la más alta en el Reino Unido (157 x 100.000 en 1997).

En la tabla 27 se puede apreciar que en la CAPV los varones tienen mayor riesgo de morir por cardiopatía isquémica que las mujeres. Entre los varones, la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica ajustada por edad fue en 1998 de 85,6 x 100.000 varones; esta tasa ha disminuido durante las últimas dos décadas un promedio de 1,26 puntos por año. Entre las mujeres vascas la tasa de mortalidad por cardiopatía isquémica

ca, es menor que entre los varones (32,2 x 100.000 mujeres), pero ha experimentado un menor descenso durante las últimas dos décadas (0,44 fallecimientos cada año).

Tabla 27. Tasas* de mortalidad por cardiopatía isquémica distribuida por Territorio Histórico y sexo. CAPV, 1995-1998

Cardiopatía isquémica		
Territorio Histórico	Varones	Mujeres
Álava	83,6	33,8
Bizkaia	89,2	37,0
Gipuzkoa	93,8	38,8
CAPV	89,9	37,2

* x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar.

Fuente: Registro de Mortalidad. Departamento de Sanidad.

Las mayores diferencias sociales en la mortalidad por cardiopatía isquémica se aprecian en las mujeres menores de 65 años.

Respecto a la incidencia de la cardiopatía isquémica, los únicos datos disponibles son los pertenecientes al estudio IBERICA (Investigación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda) que recoge los casos nuevos de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) ocurridos en personas con edades comprendidas entre los 25 y 74 años, en las áreas sanitarias de Álava y Gipuzkoa, y en las comarcas de Bilbao e Interior de Bizkaia.

Durante el año 1998, del total de casos de IAM registrados (1.357), el 82% ocurrieron en varones y el 18% en mujeres. Esta distribución de frecuencias puede deberse, en parte, a que los infartos en las mujeres se producen más tarde que en los varones: la mediana de edad en estos últimos fue de 63 años, y en las mujeres de 68 años.

La tasa anual de ataque (tasa de incidencia acumulada o de episodios de IAM) fue de 127 casos x 100.000 habitantes, y la tasa de incidencia de casos nuevos fue de 103 x 100.000 habitantes.

La CAPV se encuentra entre las zonas de menor incidencia de IAM tanto en varones como en mujeres.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por cardiopatía isquémica en varones (25-74 años)	Disminuirla un 15%	83,1	70,6	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad
Mortalidad por cardiopatía isquémica en mujeres (25-74 años)	Disminuirla un 15%	17,2	14,7	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

*Tasas x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Las estrategias de prevención primaria deben ir dirigidas al control de los factores de riesgo como el tabaco, la hipertensión arterial, la hiperlipidemia, y la diabetes mellitus, y al fomento de los estilos de vida saludables (ver capítulo "Estilos de vida").
2. Los profesionales sanitarios deben aconsejar de manera sistemática sobre los estilos de vida saludable.
3. Deben establecerse estrategias dirigidas a subpoblaciones de alto riesgo, como las personas con antecedentes de angina de pecho, infarto de miocardio, enfermedad arterial periférica, hipertensión arterial, diabetes mellitus, aquellos con riesgo cardiovascular alto (superior al 20%), o familiares de primer grado con enfermedades del aparato circulatorio.
4. Además de las medidas de prevención frente al tabaquismo (ver capítulo "Estilos de vida"), se debe apoyar la deshabituación tabáquica, sobre todo en atención primaria, utilizando los medios que hayan demostrado ser efectivos.
5. Se deben potenciar las intervenciones que han demostrado ser efectivas en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica: control de la hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemias, mediante hábitos de vida saludables y un tratamiento farmacológico adecuado.
6. La revascularización precoz, tanto farmacológica como mecánica mejora el pronóstico de las personas infarto agudo de miocardio (IAM), por lo que debe estar disponible para los pacientes de la CAPV que lo precisen.

Actuaciones a nivel comunitario

7. Es necesario educar a la población en general en la identificación rápida de los episodios de cardiopatía isquémica. Cuanto más precoz sea el contacto con el sistema sanitario y la instauración del tratamiento adecuado, mejor es el pronóstico vital y funcional del paciente con una isquemia coronaria aguda.
8. La formación en reanimación cardio-pulmonar básica de los profesionales sanitarios, cuerpos dedicados a la protección ciudadana e incluso, en el futuro, familiares de la población afectada, puede evitar alguna de las muertes que se producen fuera de los centros sanitarios.
9. La red de transporte sanitario urgente debe adaptarse a la necesidades que existan en esta área, dado que de ello depende el logro de muchos de los objetivos anteriormente citados.

Actuaciones intersectoriales

10. Es importante resaltar la necesidad de reforzar las actuaciones dirigidas a la reducción del tabaquismo mediante la aplicación de la normativa sobre publicidad, venta y consumo de tabaco, la educación en el medio escolar y la potenciación de los 'Espacios Sin Tabaco'.
11. Debe generalizarse la formación en reanimación cardio-pulmonar básica y en el uso de desfibriladores cardíacos semi-automáticos entre el personal de las ambulancias destinadas al transporte sanitario, y en algunos colectivos de los cuerpos dedicados a la protección ciudadana.

Otras actuaciones

12. Se debe promover el desarrollo y la implantación de guías de práctica clínica, sobre todo con relación a las intervenciones de prevención secundaria de la cardiopatía isquémica.

3.3. Diabetes mellitus

Situación actual

Las características clínicas y epidemiológicas de la diabetes mellitus siguen provocando que esta enfermedad sea un problema de salud creciente y prioritario. Su prevalencia, que aumenta en relación al envejecimiento de la población, conlleva que su repercusión sanitaria siga siendo muy importante y que sea un objetivo fundamental el conseguir que las expectativas de calidad de vida de las personas diabéticas no sean diferentes de las que no padecen esta enfermedad.

Los estudios epidemiológicos realizados tanto en la CAPV, como en el resto de países de nuestro entorno fijan su prevalencia en porcentajes de entre el 3% y el 5% de la población, teniendo como principales factores de riesgo la edad, la obesidad y los antecedentes familiares.

En la ESCAV-97 destaca que un 2,3% de la población refiere esta enfermedad como un problema crónico de salud (tabla 28).

Tabla 28. Prevalencia de diabetes mellitus (%). CAPV, 1997

	<17	18-44	45-64	>65	Total
Varones	0,1	0,3	3,7	10	2,3
Mujeres	—	0,3	3	8,6	2,3

Fuente: Encuesta de salud de la CAPV.

Por otro lado, un estudio prospectivo realizado en Bizkaia (1985-1995) en población mayor de 30 años estimó una densidad de incidencia de diabetes mellitus tipo II de 8 casos x 1.000 personas/año.

En 1998 murieron en la CAPV a causa de la diabetes mellitus 436 personas (tasa de mortalidad 15,1 y 12,3 x 100.000 varones y mujeres respectivamente). Pero es seguro que la diabetes mellitus es un diagnóstico secundario en otros muchos fallecimientos, dado su carácter de factor de riesgo vascular.

En su distribución poblacional no parece haber desigualdades sociales salvo las relacionadas con la obesidad, más frecuente en clases sociales bajas.

La morbilidad asociada a la diabetes mellitus, según estudio realizado por el Consejo Asesor de Diabetes de Euskadi en 1997, está detallada en la tabla 29.

Tabla 29. Prevalencia, incidencia y descripción de problemas asociados a diabetes mellitus

	Número de casos (%)
PREVALENCIA	64.718 (100)
Diabetes mellitus Tipo 2	58.834 (90,9)
Diabetes mellitus Tipo 1	5.884 (9,1)
INCIDENCIA ANUAL	
Diabetes mellitus Tipo 1	93 (4,5 x 100.000 h.)
RETINOPATÍA	25.889 (40)
Retinopatía proliferativa	6.470 (10)
NEFROPATÍA	
Micro-albuminuria	12.944 (20)
Macro-albuminuria	6.470 (10)
NEUROPATÍA	12.944 (20)
PIE DIABÉTICO	5.823 (9)
AMPUTACIÓN PIE	1.293 (2)
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA	5.823 (9)
ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR AGUDO.	4.529 (7)

Fuente: Consejo Asesor de Diabetes.

Todo lo anterior recalca la importancia que la diabetes mellitus tiene como un problema de salud, principalmente por su alta prevalencia y su influencia como factor de riesgo cardiovascular.

La información disponible sobre la insuficiencia renal asociada a diabetes mellitus es escasa y sesgada. La evolución de los casos asociados a diabetes mellitus incluidos en el Registro de pacientes en insuficiencia renal crónica y tratamiento sustitutivo de Euskadi, figura en la tabla 30.

Tabla 30. Incidencia de insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Casos totales y casos asociados a diabetes mellitus. CAPV, 1991-1998

	91	92	93	94	95	96	97	98
Total pacientes	128	125	152	159	145	175	200	216
Asociada a diabetes mellitus	17 (13%)	9 (7%)	13 (9%)	19 (12%)	17 (12%)	24 (14%)	34 (17%)	31 (14%)

Fuente: Registro de pacientes en insuficiencia renal crónica y tratamiento sustitutivo de Euskadi.

Con relación a la ceguera, la única información estructurada disponible es la suministrada por la ONCE con relación a sus nuevos asociados con ceguera asociada a diabetes mellitus (tabla 31).

Tabla 31. Número de nuevos afiliados en la ONCE con ceguera asociada a diabetes mellitus. CAPV, 1991-1999

AÑO	Nº de casos
1991	34
1992	37
1993	34
1994	24
1995	38
1996	43
1997	39
1998	32
1999	31

Fuente: ONCE.

La información sobre el número de amputaciones, que es una de las complicaciones habituales de la diabetes mellitus está detallada en la tabla 32.

Tabla 32. Número de amputaciones en pacientes con diabetes mellitus según GRD. Hospitales de agudos de Osakidetza / Svs. CAPV, 1996-1999

GRD*	1996	1997	1998	1999
Amputación dedo pie	132	139	149	151
Amputación a través de pie	27	38	29	35
Otra amputación por debajo de la rodilla	15	16	33	27
Total	174	193	211	213

* Grupo Relacionado por el Diagnóstico.

Fuente: Osakidetza / Svs.

Por otro lado, los estudios realizados en el ámbito asistencial con relación a la calidad de los procesos asistenciales indican la existencia de aspectos mejorables en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones establecidas.

Objetivos

	Objetivo 2010	Situación actual	Situación 2010	Fuente
Incidencia de ceguera asociada a diabetes mellitus	Disminuirla en 1/3	*		
Incidencia de insuficiencia renal asociada a diabetes mellitus	Disminuirla en 1/3	*		
Amputaciones secundarias a la diabetes mellitus	Disminuirla en 1/3	*		

* No se dispone de información precisa.

Se mantienen los objetivos de la declaración de Saint Vincent, que son los más ampliamente aceptados a nivel europeo ('Salud para todos en el siglo XXI'), a pesar de las dificultades actuales con relación a los sistemas de información necesarios para su evaluación.

Estrategias de intervención

Las estrategias de intervención en el área de la diabetes deben ir dirigidas a la promoción de estilos de vida saludable y a la atención integral de las personas diabéticas.

Actuaciones a nivel individual

1. Deben fomentarse, como en otras patologías, los estilos de vida saludable.
2. Se deben establecer las actuaciones a nivel individual para el diagnóstico precoz tanto de diabetes mellitus como de presencia de tolerancia anormal a la glucosa, en los siguientes grupos de riesgo:
 - Embarazadas.
 - En la población en general: cada 3 años a personas mayores de 45 años (detección oportunista), y en los menores de esta edad a aquellos que presenten factores de riesgo para la diabetes mellitus.
3. Se deben diagnosticar de forma precoz las complicaciones de la diabetes mellitus, y de manera prioritaria:
 - la insuficiencia renal, mediante la detección de microalbuminuria.
 - la ceguera, mediante la exploración del fondo de ojo.
 - la amputación, mediante el control de pulsos periféricos y la sensibilidad.
4. Diferentes estudios avalan la necesidad de conseguir niveles de glucemia lo más cercanos posible a la normalidad. Para ello debe realizarse un control estricto de la glucemia, fomentando el auto-control del paciente.
5. La educación diabetológica debe ser fomentada, debiendo incluir unos contenidos mínimos imprescindibles como son la información sobre el auto-control, las complicaciones agudas, la dieta, la higiene general y el cuidado de pies.
6. La atención al paciente diabético requiere la continuidad de su atención así como la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
7. Se debe controlar de manera estricta en estos pacientes el resto de factores de riesgo vascular.
8. Se debe fomentar la formación continuada sobre diabetes mellitus en el ámbito de la atención primaria.

Actuaciones a nivel comunitario

9. Deben promocionarse los hábitos de vida saludables, sobre todo los referidos a la obesidad y el ejercicio físico.

Actuaciones intersectoriales

10. El ámbito intersectorial resulta básico a la hora de promocionar los estilos de vida saludable.
11. Debe facilitarse la integración socio-laboral de las personas diabéticas, aumentando su autonomía y autoestima, así como disminuyendo las barreras que la diabetes produce a nivel escolar, laboral y social.
12. Asimismo, debe mantenerse la colaboración con las asociaciones de diabéticos.

Otras actuaciones

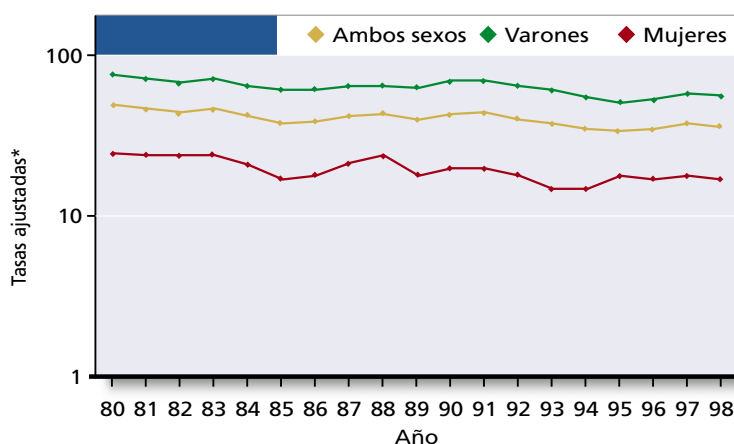
13. Se debe trabajar en el desarrollo de los sistemas de información necesarios que permitan realizar un seguimiento de las complicaciones graves, así como evaluar la calidad de la asistencia prestada a los pacientes diabéticos.

3.4. Lesiones accidentales

Situación actual

Las causas externas¹ son en la actualidad la cuarta causa de mortalidad en la población de la CAPV. Durante el año 1998, la tasa bruta de mortalidad por causas externas de varones y mujeres fue de 64 y 22 x 100.000 defunciones respectivamente. La tasa ajustada por edad fue también superior en varones (56,8 x 100.000 varones) que en mujeres (16,8 x 100.000 mujeres), y para ambos sexos fue de 36. En los últimos 20 años la tasa de mortalidad por causas externas ha disminuido significativamente (0,6 puntos por año), observándose además que el descenso ha sido más acentuado en los varones (0,9) que en las mujeres (0,4) (figura 29).

Figura 29. Evolución temporal de las tasas de mortalidad por causas externas, según el sexo. CAPV, 1980-1998



* x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar.

Fuente: Registro Mortalidad. Departamento de Sanidad.

Las causas externas son más frecuentes en las personas jóvenes, siendo además la primera causa de mortalidad en ambos sexos desde el año de vida hasta los 19 años de edad, y en varones también entre los 30 y 44 años.

Respecto a su asociación con condiciones sociales, existe un gradiente muy evidente en los varones menores de 65 años con un exceso de mortalidad de hasta el 55% en las clases más desfavorecidas.

¹ Incluye los acontecimientos, circunstancias y condiciones ambientales como causa de lesiones, envenenamientos y otros efectos adversos. Ej: accidentes, caídas, suicidios y homicidios.

3.4.1. Accidentes de tráfico

Situación actual

Dentro de las lesiones accidentales las de mayor interés son las producidas por los vehículos de motor, que en la CAPV en 1998 fueron la causa de 13,3 fallecimientos x 100.000 habitantes (19,9 x 100.000 varones y 6,9 x 100.000 mujeres).

La evolución temporal de la tasa de mortalidad por accidentes de tráfico en la CAPV (según el Registro de Mortalidad del Departamento de Sanidad¹) no ha experimentado cambios significativos en los últimos 20 años. Si bien, las tasas más elevadas se observaron a finales de los años 80 y principios de los 90, y a partir de ese momento comenzaron a bajar hasta 1997, en que se vuelve a apreciar un ligero aumento. Actualmente, esta tasa es inferior a la de España, Francia y Estados Unidos, y superior a la del Reino Unido, Suecia y Alemania.

Los accidentes de tráfico son responsables también de una parte significativa de la mortalidad prematura. En el conjunto de la población de la CAPV los accidentes de tráfico fueron la segunda causa de mortalidad prematura durante el periodo 1995-98, con una tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP) para ese periodo de 4,0 x 1.000 habitantes. Entre los varones los accidentes de tráfico han supuesto la segunda causa de APVP, después del SIDA: por cada mil varones menores de 70 años se perdieron 6,1 APVP. En las mujeres son la tercera causa de mortalidad prematura, después del cáncer de mama y el SIDA, y originan 1,9 APVP x 1.000 mujeres.

La Unión Europea incluye como víctimas mortales por accidente de tráfico aquellas que fallecen en un plazo de 30 días a partir de la fecha del accidente. Los datos estimativos acordes con esta definición en la CAPV², revelan que en 1999 esta tasa era de 12,3 x 100.000 habitantes, presentando una de las tasas más altas de la Unión Europea, por encima de las del Reino Unido, Suecia, Finlandia y Alemania, y por debajo de Grecia y Portugal.

No se observan diferencias sociales apreciables en la mortalidad por accidentes de tráfico.

Objetivo

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por accidentes de tráfico	Disminuirla un 20%	12,9	10,3	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Tasa x 100.000 ajustada por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

¹ Tiene en cuenta todos los casos de muerte por accidente en residentes de la CAPV, ocurridos dentro o fuera de la Comunidad, en cualquier momento tras el accidente.

² Datos del Departamento de Interior del Gobierno Vasco

Estrategias de intervención

Actuaciones individuales

1. La red de transporte sanitario urgente debe ser en cada momento la adecuada para prestar la atención que precisen los lesionados en accidentes de tráfico.

Actuaciones comunitarias

2. Deben promoverse campañas de sensibilización e información sobre los efectos nocivos del consumo de alcohol asociado a la conducción de vehículos y los efectos beneficiosos de la abstinencia, dirigidos sobre todo a la población adulta joven.
3. Deben desarrollarse campañas de información y sensibilización sobre la utilización del cinturón de seguridad y sistemas de retención para niños.

Actuaciones intersectoriales

4. El Plan de Seguridad Vial y la Comisión Interinstitucional al efecto constituyen el marco para la coordinación de las medidas de intervención multisectoriales.
5. Se debe concienciar a los profesionales de la carretera sobre el peligro de la conducción bajo los efectos del cansancio, y de la importancia que tiene para evitarlo la autogestión del tiempo de conducción.

Otras actuaciones

6. Incorporación de los resultados de los reconocimientos médicos de conductores a los sistemas de información disponibles en atención primaria.

3.4.2. Accidentes de trabajo

Situación actual

En los últimos diez años los accidentes derivados del trabajo han experimentado una disminución hasta 1997, y a partir de este año han comenzado de nuevo a aumentar. Así, según OSALAN - Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales, el índice de incidencia, que relaciona el número de accidentes laborales con las personas expuestas al riesgo del trabajo, ha sido en el año 1999 de 75,23 x 1.000 personas activas. Entre Territorios Históricos existían pequeñas diferencias, siendo Gipuzkoa y Álava los territorios con menores índices (74,0) y Bizkaia con el mayor (76,4).

El índice de frecuencia, que relaciona el número de accidentes con el número de horas de exposición, ha experimentado la misma evolución: descendente hasta 1997 y de nuevo ascendente a partir de este año, situándose en 1999 en 44 x millón de horas trabajadas. La distribución por Territorios Históricos es similar a la del índice de incidencia: Gipuzkoa y Álava 43, y Bizkaia 45.

Entre las comunidades autónomas también existen diferencias en estos indicadores. Así, el índice de frecuencia de la CAPV es parecido al de Cataluña y se encuentra por debajo del de Baleares, Asturias, Comunidad Valenciana, Murcia y Navarra. El índice de frecuencia de accidentes mortales en la CAPV es de 8,1 x millón de horas trabajadas, y se encuentra por encima de la media estatal, y por debajo del de La Rioja, Asturias, Cantabria y Galicia.

El índice de gravedad de los accidentes laborales (días de trabajo perdidos/ horas trabajadas) de la CAPV fue en el año 1999 de 1,2 días perdidos por mil horas trabajadas. Esta cifra es superior a la media del total de las Comunidades Autónomas, pero se encuentra por debajo de la registrada en Murcia, Asturias y Comunidad Valenciana. La tasa de mortalidad por accidentes de trabajo en el trienio 1995-97 fue de 14 x 100.000 trabajadores y trabajadoras.

Objetivo

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por accidentes de trabajo	Disminuirla un 40%	14	8,4	OSALAN - Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales

* Tasa x 100.000 trabajadores/as. Media trienal 1995-97.

Estrategias de intervención

En el medio laboral existe una armonización comunitaria de las legislaciones nacionales sobre prevención de riesgos laborales, de reciente transposición en nuestro ámbito y que aún no ha desplegado todos sus efectos. La metodología se basa en la identificación de todos los potenciales riesgos laborales para la salud, la evaluación del posible daño de los no eliminables y la adopción de un plan de medidas de minimización del impacto de los mismos en la salud de los trabajadores, junto a evaluaciones o auditorías periódicas. Las dificultades existentes actualmente en la CAPV para la plena efectividad de esta normativa son la escasa experiencia en la metodología a aplicar, la atomización empresarial, y la escasez de estímulos positivos o incentivos suficientes para acelerar su implantación. No obstante, resulta razonable esperar una mejoría inicial notable si se actúa con decisión y se ponen los medios adecuados.

Actuaciones comunitarias

- 1 Monitorizar el desarrollo e implantación de los servicios de prevención, incluyendo la difusión de información sobre su existencia y condiciones de utilización, para asegurar que todos los trabajadores y las trabajadoras dispongan de acceso fácil a los mismos.
- 2 Impulsar desde el Consejo General de OSALAN, campañas de sensibilización sobre las consecuencias de los accidentes de trabajo, tanto desde el punto de vista sanitario como de los costes vinculados a los mismos.

Actuaciones intersectoriales

- 3 El Plan de Lucha contra la Siniestralidad Laboral de OSALAN, de carácter esencialmente preventivo, es el marco adecuado para coordinar el conjunto de medidas intersectoriales.

Otras actuaciones

4. Se debe integrar la información de las Unidades Básicas Sanitarias de los Servicios de Prevención con la información de los servicios de atención primaria y hospitalaria.
5. Es necesario impulsar estudios sobre los factores de carácter médico que puedan tener una incidencia significativa en la producción de accidentes de trabajo en la CAPV.

3.4.3. Accidentes domésticos, en el ocio y en el deporte

Situación actual

Los sistemas de información actuales no permiten conocer la magnitud real del problema en cuanto a mortalidad. La tasa estandarizada por edad de fallecimientos por caídas accidentales en el conjunto de la población de la CAPV no ha variado de manera significativa a lo largo de las dos últimas décadas: en 1998 esta tasa fue de 3,8 x 100.000 habitantes. Entre los varones la evolución temporal de los fallecimientos no ha mostrado variaciones significativas, siendo la tasa estandarizada por edad en el año 1998 de 6,5 defunciones x 100.000 varones. Sin embargo, entre las mujeres se ha observado un descenso significativo anual de esta tasa de 0,2 puntos, en 1998 fue de 1,7 fallecimientos x 100.000 mujeres.

Según la ESCAV-97 el 5% de la población refirió haber sufrido un accidente en el hogar y en los sitios de ocio y recreo.

Objetivo

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Morbilidad por accidentes domésticos, en el ocio y en el deporte	Disminuirla un 20%	5%	4%	ESCAV. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Año 1997. Porcentaje del total de la población.

Estrategias de intervención

Actuaciones comunitarias

- 1 Se deben promocionar las campañas periódicas de sensibilización y difusión regular de información, orientadas a elevar el nivel de conocimientos y de atención de la población sobre las lesiones accidentales y sus efectos.
- 2 Deben fomentarse las acciones de educación sanitaria orientadas al establecimiento en la población de una cultura y hábitos preventivos ante los riesgos accidentales en cualquier ámbito.

Actuaciones intersectoriales

3. Se debe analizar la efectividad de las acciones intersectoriales para reducir este tipo de siniestralidad.
- 4 Se deben promocionar los estudios sobre factores clave para la prevención de este tipo de accidentes en la CAPV, y su relación con comportamientos saludables que tengan especialmente en cuenta los factores culturales.
- 5 Se debe fomentar la seguridad en el entorno físico escolar, así como en el desarrollo de las actividades al aire libre.

Otras actuaciones

6. Con el fin de mejorar el conocimiento de este problema debe realizarse un esfuerzo en la mejora de la codificación de los episodios atendidos en la urgencias de los hospitales.
7. Es importante la creación de un sistema de información y/o registro de estos accidentes que permita el estudio de su epidemiología y que esté homologado con el sistema comunitario de recogida de datos.

3.5. Salud mental

Situación actual

Los datos del ámbito europeo indican que la proporción de población que padece problemas psiquiátricos graves oscila entre el 1% y el 6%, aunque en la mayoría de los países este porcentaje se encuentra entre el 1% y el 3%. En la ESCAV-97 un 3,9% de la población afirmó tener “problemas de nervios” de carácter crónico.

De acuerdo con los cálculos del Banco Mundial y de la Organización Mundial de la Salud, los tres principales desórdenes psiquiátricos (depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia) constituyeron el 9,5% de la incidencia total de enfermedad y discapacidad en los países europeos en 1990.

En cuanto a la utilización de servicios en la CAPV, en 1999 fueron atendidos por los servicios de psiquiatría, tanto hospitalarios como extra-hospitalarios, de la red de Osakidetza / Svs un total de 63.804 pacientes diferentes (3,1% de la población vasca).

3.5.1. Salud mental infanto-juvenil

Situación actual

En la red asistencial de salud mental extrahospitalaria de Osakidetza / Svs se atendieron en 1999 un total de 2.199 casos nuevos (incidencia anual: 0,6%, para la población de 0 a 19 años de edad) y 5.286 pacientes diferentes (prevalencia anual: 1,45%, para la población de 0 a 19 años de edad).

Los diagnósticos más frecuentes en los equipos infanto-juveniles han sido los trastornos disociales, los trastornos de las emociones y el comportamiento, y la reacción al estrés.

Estrategias de intervención

Las intervenciones en el ámbito de la salud mental infanto-juvenil deben ir dirigidas a la mejora de la atención temprana y al desarrollo de recursos hospitalarios adecuados en los hospitales generales y estructuras intermedias (alternativas a la hospitalización). Al mismo tiempo, el fortalecimiento de la relación con los servicios educativos y sociales, con una mejor definición de los espacios y funciones, puede mejorar el nivel de calidad asistencial ofertado y, en consecuencia, los resultados de la intervención.

Actuaciones a nivel individual

1. Se deben crear en los hospitales generales las unidades de hospitalización infanto-juvenil necesarias para la adecuada atención de estos pacientes.
2. Debe desarrollarse un programa de intervención precoz con familias de riesgo que permita un trabajo de tipo psico-educativo y que facilite la identificación de signos de alarma.
3. Es necesaria la coordinación de los servicios de atención primaria, pediatría y psiquiatría, para la intervención temprana en las familias de riesgo.

4. Se debe facilitar la accesibilidad y adhesión al tratamiento de las familias, dado que el trabajo conjunto con el niños y sus familiares resulta fundamental en este tipo de problemas.

Actuaciones intersectoriales

5. Deben desarrollarse estructuras intermedias (centros de día y/o talleres educativos y otras alternativas a la hospitalización tradicional) junto con los Servicios Sociales y el Departamento de Educación
6. Deben establecerse planes coordinados de educación familiar y escolar entre los diferentes sectores implicados, incluidas las estructuras de orientación pedagógica.
7. Deben establecerse y reforzarse las actuaciones conjuntas con el sistema judicial de los servicios sanitarios y sociales, sobre todo en lo relacionado con el maltrato infantil.

Otras actuaciones

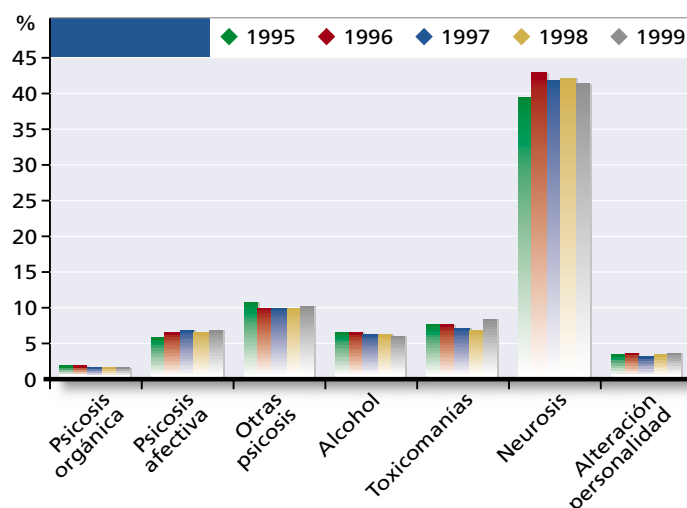
8. Los profesionales sanitarios implicados deben recibir formación para la detección precoz de los problemas que afectan a la salud mental infanto-juvenil.

3.5.2. Adultos y salud mental

El estudio de prevalencia de patología mental realizado en Estados Unidos en la población comprendida entre 18 y 54 años de edad (Epidemiological Catchment Area Study, 1994), estableció unas cifras de 1,3% para la esquizofrenia, 7,1% para los trastornos del humor y 13,1% para los trastornos de ansiedad.

En la red de asistencia psiquiátrica extra-hospitalaria para adultos de Osakidetza / Svs, el 20% de los pacientes están diagnosticados de “esquizofrenia y otras psicosis”, y un 40% se incluyen en el grupo diagnóstico ‘neurosis’ que engloba los diferentes trastornos de ansiedad, trastornos depresivos no psicóticos y trastornos de la conducta alimentaria. Este último apartado (trastornos de la conducta alimentaria), debido a su gran repercusión social pese a suponer únicamente el 3% de la población atendida, generó en 1998 la necesidad de establecimiento de programas específicos en los tres Territorios Históricos que han dado asistencia al 66% de los casos admitidos a tratamiento en la red especializada por este tipo de trastornos. En cuanto a las líneas de intervención futuras para estas patologías parece clara la necesidad de incidir, al igual que en el resto, en la importancia de la detección precoz a nivel de atención primaria y en el mantenimiento de la línea iniciada en 1998, avalada por los resultados obtenidos y la bibliografía existente, con la creación de equipos multidisciplinares. Por último, aproximadamente un 15% de la patología atendida está relacionada con el alcohol y otras toxicomanías. En los últimos 5 años se ha constatado una considerable estabilidad de la prevalencia de las diferentes patologías atendidas (figura 30).

Figura 30. Distribución porcentual anual de los grupos diagnósticos de patología mental atendida en la red de asistencia psiquiátrica extrahospitalaria de Osakidetza / Svs. CAPV, 1995-1999



Fuente: Osakidetza / Svs.

3.5.2.1. Esquizofrenia y otras psicosis

Situación actual

Durante el año 1999 fueron atendidos en la red de Salud Mental de Osakidetza / Svs un total de 11.459 pacientes psicóticos.

La actuación terapéutica sobre la esquizofrenia y los cuadros psicóticos en general pretende la reinserción del individuo a su medio habitual. Algunos problemas que influyen de forma determinante a la hora de obtener un máximo beneficio terapéutico son el deficiente cumplimiento de la terapia farmacológica o la necesidad de contar con estructuras asistenciales intermedias suficientes, diferenciadas de los servicios hospitalarios y los centros de salud mental, así como el insuficiente desarrollo de los servicios de rehabilitación psiquiátrica.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Se debe incrementar la disponibilidad de la asistencia psiquiátrica especializada para intensificar el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales severos.
2. Deben desarrollarse programas de tratamiento intensivo y específicos para aquellos pacientes con procesos más graves.
3. Se deben potenciar los programas psico-educativos para pacientes y familiares.
4. Dada la mayor prevalencia de enfermedades físicas asociadas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, problemas oculares y enfermedades de transmisión sexual) a la esquizofrenia, la atención primaria debe adoptar las medidas precisas para su diagnóstico precoz y adecuado control.

5. Debe promocionarse el uso adecuado de las estructuras intermedias (centros de día y/o talleres, y otras alternativas a la hospitalización tradicional) existentes, potenciando su implantación donde sean necesarias.
6. Deben desarrollarse programas de rehabilitación psico-social para los pacientes.

Actuaciones a nivel comunitario

7. Se requiere el desarrollo de una línea informativa dirigida a la población sobre las diferentes fases y formas de la enfermedad, y cómo detectarlas.
8. La identificación de familias de riesgo constituye un aspecto importante a la hora de la detección y tratamiento precoz de estos problemas, para lo que deben establecerse los mecanismos adecuados que permitan compartir la información existente sobre este aspecto en diferentes organismos públicos.
9. Deben realizarse campañas de promoción sobre el uso adecuado de la medicación anti-psicótica, al igual que de los fármacos utilizados para el tratamiento de otras patologías mentales, entre los médicos no especialistas en psiquiatría.

Actuaciones intersectoriales

10. Desarrollo de programas educativos junto con asociaciones y profesionales sanitarios para la reducción del estigma social de la enfermedad.
11. Debe potenciarse la colaboración de los diferentes Departamentos, ayuntamientos e instituciones con las asociaciones de afectados y familiares, para el desarrollo de actividades de auto-ayuda.
12. Los derechos de los enfermos mentales deben estar garantizados y ser difundidos a todos los colectivos sociales.
13. Se debe potenciar el ámbito socio-sanitario en lo relacionado con estos trastornos, puesto que son el escenario idóneo para llevar a cabo una real integración de todos los servicios implicados en su tratamiento.
14. El apoyo a la reinserción laboral de estos pacientes les permite mantenerse más cerca de su medio.
15. Se debe impulsar la creación de mini-residencias para aquellos enfermos que son candidatos a una alternativa a la hospitalización.
16. Se debe potenciar el trabajo conjunto de los servicios de psiquiatría con el sistema judicial para facilitar la continuidad del tratamiento, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, lo que evitaría la judicialización del ingreso.

Otras actuaciones

17. Es necesario reforzar los actuales sistemas de información para que permitan conocer de manera precisa el número y situación de los pacientes psiquiátricos crónicos y severos, especialmente aquellos que padecen esquizofrenia y psicosis graves.

3.5.2.2. Trastornos depresivos no psicóticos y trastornos de ansiedad

El peso de estas patologías tanto en la atención primaria como en la asistencia psiquiátrica extra-hospitalaria de la red de Osakidetza / Svs (40% de los pacientes atendidos) y el alto riesgo de recaídas que presentan (hasta el 70% al cabo de dos años según la última guía de la Asociación Americana de Psiquiatría sobre los trastornos de ansiedad) hacen que resulte fundamental plantear estrategias dirigidas a la aplicación de planes terapéuticos limitados en el tiempo que eviten cronificaciones innecesarias.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Deben potenciarse las campañas formativas sobre la detección precoz de los signos de alarma que puedan darse en las familias de riesgo de estas patologías.
2. La coordinación de los servicios de psiquiatría con la atención primaria resulta básica para la detección y orientación de personas en situación de riesgo, por lo que debe sistematizarse esta cooperación mediante protocolos conjuntos de actuación.
3. Además, también debe establecerse un programa de coordinación con la atención primaria para la detección específica de los pacientes con riesgo suicida y de las formas de actuación en este supuesto.
4. Los planes terapéuticos, siempre basados en la mejor evidencia científica disponible, deberán contemplar la retirada farmacológica y deberán buscar el evitar las recurrencias.

Actuaciones a nivel comunitario

5. La población en general debe ser informada sobre las diferentes fases de estas enfermedades, cómo detectarlas y cómo discernir lo normal o adaptativo de lo patológico, y sobre la buena respuesta de muchos de estos casos a un adecuado tratamiento.
6. Además, deben desarrollarse programas de intervención destinados a la población en general, para la mejora de habilidades y técnicas de afrontamiento del estrés.

Actuaciones intersectoriales

7. Ante la detección de personas en situaciones de riesgo deben establecerse actuaciones preventivas tanto en el medio laboral como en el escolar.

3.5.2.3. Alcohol

Los problemas generados por el abuso del alcohol tienen en la actualidad una prevalencia estimada del 5% de la población de la CAPV, según los datos de las personas atendidas en la red de salud mental de Osakidetza / Svs (a nivel extrahospitalario 15% de las consultas, a nivel hospitalario del 12% de los ingresos). Por otra parte, parece clara la existencia de trastornos de personalidad en la base de las conductas adictivas y la modificación de las pautas de consumo entre los jóvenes.

La ESCAV 97 detectó bebedores excesivos en el 6,3 % de los varones y el 1,2 % de las mujeres. Estos porcentajes son mayores en las clases sociales más desfavorecidas.

Estrategias de intervención

Las estrategias en el ámbito del alcohol deben dirigirse a retrasar la edad de inicio en el consumo, favorecer el consumo razonable, la detección precoz y tratamiento de los rasgos comórbidos, y la reducción de los episodios de abstinencia aguda en casos de hospitalización (ver capítulo “Estilos de vida”).

Actuaciones a nivel individual

1. Se deben impulsar programas específicos de atención a las personas con dependencia alcohólica o con problemas de salud derivada del consumo de alcohol.
2. Hay que asegurar el acceso a servicios de tratamiento y rehabilitación eficaces, que cuenten con personal suficientemente formado.

3. La patología psiquiátrica asociada, si procede, requiere un estudio y un tratamiento precoces.
4. En el ámbito de la atención primaria se debe detectar y tratar precozmente la patología física asociada.
5. La valoración del hábito alcohólico debe realizarse de manera sistemática en todos los pacientes atendidos tanto en el ámbito de la atención extra como intra-hospitalaria.

Actuaciones a nivel comunitario

6. Para la prevención de estos problemas es necesario fomentar la educación familiar en temas de alcohol.
7. Las asociaciones de auto-ayuda tienen una función importante en la recuperación de estos pacientes, por lo que debe potenciarse el trabajo conjunto de la red de salud mental y estas asociaciones.

Otras actuaciones

8. Se debe analizar la utilidad de incluir los casos complejos y socialmente deficitarios en el programa de ayudas para toxicómanos del Departamento de Sanidad, de cara a su rehabilitación.

Desigualdades

9. Es necesario impulsar los programas específicos de atención a las personas con dependencia alcohólica o problemática de salud derivada del consumo de alcohol, con especial atención a los grupos sociales desfavorecidos.
10. Además, se debe complementar la oferta terapéutica a las personas en tratamiento por consumo de alcohol promoviendo el desarrollo de redes sociales que faciliten su incorporación social.

3.5.2.4. Toxicomanías

Situación actual

La disminución del consumo de heroína y la aparición de nuevas sustancias, así como de nuevas formas de consumo, ha provocado una variación considerable en el perfil del paciente toxicómano en la CAPV. Actualmente se diferencian dos grupos de población:

- Politoxicómanos con una historia antigua de consumo de heroína, edad entre 35 y 44 años, deterioro orgánico y una estructura social debilitada.
- Los nuevos consumidores, con una media de edad más joven, sin deterioro orgánico, con una estructura socio-laboral suficiente, y una forma diferente de consumo en cuanto a sustancias y vías de administración.

Estas diferencias exigen, lógicamente, adecuar las estrategias de intervención a las características específicas de cada uno de estos grupos de población. Existe, no obstante, un objetivo común a todos ellos: la reducción del consumo y la facilitación del acercamiento al medio sanitario para el control tanto de la toxicomanía como de las posibles patologías orgánicas asociadas.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. La oferta asistencial a pacientes toxicómanos debe diversificarse.
2. Se deben desarrollar estrategias para tratar de forma precoz la patología psiquiátrica asociada al consumo de tóxicos.

3. Para la rehabilitación de estas personas, se debe potenciar el trabajo con sus familias.
4. Deben desarrollarse estrategias para la prevención y tratamiento precoz de complicaciones orgánicas relacionadas con las toxicomanías (tuberculosis, SIDA, etc.).

Actuaciones a nivel comunitario

5. Se deben suministrar servicios socio-sanitarios a nivel de la comunidad, adaptados a las necesidades individuales, tanto de los consumidores como de sus familias.
6. Se deben promocionar los programas de protección de la salud durante el periodo de adicción (por ejemplo, el de intercambio de jeringuillas y aumento de la disponibilidad de preservativos).

Actuaciones intersectoriales

7. Se deben establecer estructuras intermedias que faciliten un trabajo continuado, orientado a la recuperación social y laboral de estas personas, potenciándose para ello el trabajo interinstitucional.

Desigualdades

8. Debe favorecerse la accesibilidad de los colectivos más desfavorecidos a los programas de intercambio de jeringuillas, disponibilidad de preservativos, tratamientos sustitutivos, y otros futuros programas de esta naturaleza que demuestren ser efectivos.

3.5.3. Salud mental y tercera edad

Situación actual

En la CAPV se ha producido en los últimos 5 años un incremento del 25% en la población mayor de 65 años atendida en la red extrahospitalaria de Osakidetza / Svs. Ello es consecuencia del aumento continuado de la esperanza de vida de la población y de la importancia que este colectivo tiene como grupo de riesgo desde el punto de vista de la psico-patología. La enfermedad depresiva constituye la causa principal de ingreso psiquiátrico entre la población anciana, siendo la prevalencia de entre el 10% y 30% según el ámbito estudiado. Por otro lado, ser varón, mayor de 65 años y con otras patologías físicas o psíquicas asociadas son factores de riesgo suicida, lo que hace necesario establecer objetivos y líneas de actuación específicas para este colectivo.

La demencia es un grave problema socio-sanitario de magnitud creciente. Desde el punto de vista estrictamente sanitario, puesto que hasta la fecha no es posible la prevención primaria ni existe ningún tratamiento curativo, las intervenciones deben de ir dirigidas fundamentalmente a garantizar un diagnóstico preciso y precoz, con vistas al tratamiento. En el futuro Plan Socio-Sanitario de Euskadi la problemática de la demencia deberá tener sin duda un lugar protagonista.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Se debe insistir en la importancia de la detección precoz de la patología psiquiátrica.
2. Se debe desarrollar un protocolo de detección de la ideación suicida y pautas de actuación en el ámbito de la atención primaria.

3. Se debe incrementar la coordinación de los servicios de neurología y psiquiatría para establecer con la mayor rapidez y precisión el diagnóstico etiológico de las demencias seniles, e iniciar su tratamiento, cuando ello sea posible.

Actuaciones intersectoriales

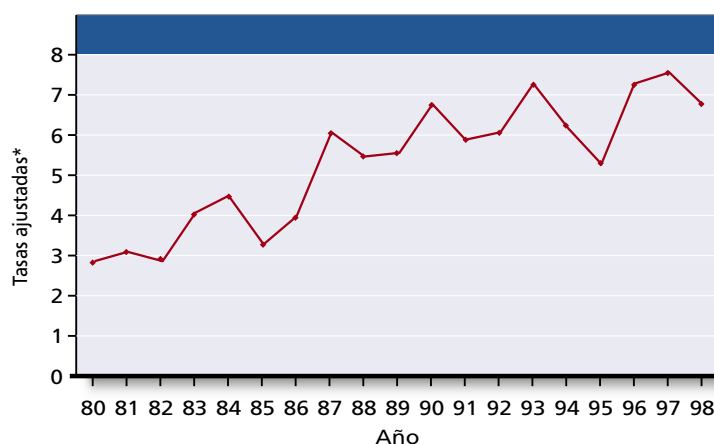
4. Se deben establecer en el ámbito del espacio socio-sanitario, programas de colaboración con los cuidadores, básicamente los familiares, para retrasar la institucionalización de estos pacientes, así como establecer programas de apoyo a los cuidadores que permitan una mejora de su calidad de vida.
5. Se debe dar continuidad a las mesas socio-sanitarias como foros comunes de discusión, hasta que se desarrolle el Plan Socio-Sanitario de Euskadi, actualmente en elaboración.
6. Es necesario analizar la situación de los pacientes ancianos con ingresos muy prolongados en hospitales psiquiátricos, para valorar su posible traslado a residencias para la tercera edad.
7. Se debe impulsar el desarrollo de estructuras intermedias de rehabilitación y alternativas a la hospitalización.
8. Se deben potenciar las ayudas a domicilio para mejorar su calidad de vida y prevenir así el suicidio en este grupo de edad.

3.5.4. Suicidio

Situación actual

Los únicos datos disponibles con relación al suicidio son los que hacen referencia a la tasa de mortalidad por suicidio, sin que se tenga una información válida sobre los intentos de suicidio. La evolución de la tasa de mortalidad por suicidio está representada en la figura 31.

Figura 31. Tasa de mortalidad declarada de suicidio. CAPV, 1980-1998



* x 100.000 ajustadas por edad a la población europea estándar.

Fuente: Registro de mortalidad. Departamento de Sanidad.

En el año 1998 la tasa de suicidios en los varones (11,1 x 100.000 varones) ha sido superior a la observada en las mujeres (3,4 x100.000 mujeres). En los últimos veinte años se ha apreciado un aumento paulatino (media anual de 0,25 puntos) en las tasas ajustadas por edad de mortalidad por esta causa: en 1980 era de 2,9 y en 1998 de 7,0 (ambos sexos). El incremento ha sido superior en los varones que en las mujeres.

La comparación de los quintilos extremos de los niveles sociales demuestran diferencias relevantes en los varones menores de 65 años: en las clases más desfavorecidas la tasa de suicidio es superior.

Objetivo

	Objetivo 2010	Situación actual*	Situación 2010	Fuente
Mortalidad por suicidio	Mantenerla por debajo de 7 x 100.000	7,0**	Mantenerla por debajo de 7 x 100.000	Registro de Mortalidad. Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria. Departamento de Sanidad

* Tasa x 100.000 ajustada por edad a la población europea estándar. Media trienal 1996-98.

**Debido a los problemas inherentes al registro de mortalidad por suicidio, y la necesidad de mejorar los sistemas de información en este sentido, el incumplimiento de este objetivo puede obedecer a la mejora en estos sistemas, y no a la falta de actuación en la prevención del mismo.

Estrategias de intervención

Actuaciones a nivel individual

1. Se deben establecer protocolos de actuación en la atención primaria para el despistaje de la patología depresiva, como causa principal de suicidio, especialmente en la tercera edad.
2. Se debe asegurar el seguimiento individual y familiar de todos los casos de intento de suicidio de acuerdo a guías de práctica clínica adecuadas a la CAPV.
3. Se deben impulsar los programas de formación sobre el uso adecuado de medicaciones psiquiátricas en el ámbito de la atención primaria.

Actuaciones a nivel comunitario

4. Se deben realizar campañas de divulgación que aumenten el conocimiento de la sociedad en general sobre las pautas de actuación en caso de ideación suicida en las personas próximas.
5. Es importante impulsar el establecimiento de un plan de detección precoz de los trastornos de la personalidad y/o del desarrollo emocional en la edad escolar.

Otras actuaciones

6. Se debe valorar la viabilidad de un registro de suicidios centralizado, para la investigación de antecedentes psiquiátricos.