

3. Gaixotasun ez-transmitigarriak

3.1. Minbizia

Kapitulu honetan minbizia orokorki aztertzen saiatuko gara. Lehentasunez tratatuko ditugu hilkortasun handiagoa aurkezten duten minbiziak eta ebidentziaren arabera interbentzio-posibilitateak dituztenak.

Gaurko egoera

Herrialde garatu guztietan minbizia osasun-arazo gero eta handiagoa da. EHAEan, tumore gaiztoengatiko hilkortasunaren garrantzi erlatiboa aldatu egin da azken urteotan; izan ere, 1993 urtetik hasita gizonezkoen artean lehen heriotza-zergatia izatera pasatu da, eta emakumezkoen artean, berriz, minbiziak jarraitzen du izaten heriotzaren bigarren zergati sarriena, zirkulazio-aparatuko gaixotasunen atzetik doalarik.

EHAEan, beste herrialde industrializatueta bezala, minbiziagatiko hilkortasun-tasak gorantz joan ziren 90 hamarkadara arte, eta ordutik aurrera, ostera, egonkortu egin dira. Horrela, EHAEko biztanleria osorako minbiziagatiko hilkortasun-tasa, 100.000 biztanleko eta adinaren arabera egokitua, 1980 urteko 179tik 1990 urteko 190era, eta 1998ko 182ra pasatu da (25 irudia). Denboran zehar izan duen eboluzioa ezberdina izan da sexuaren arabera: izan ere, gizonezkoetan ez da ikusi denboran zehar inolako aldaketa esanguratsurik; emakumezkoetan, ostera, minbiziagatiko heriotzak gutxitu egin dira azken bi hamarkadetan (urteko 0,7). 1998 urtean, tumore gaiztoengatiko egokitutako tasa 100.000 gizonezko bakoitzeko 270ekoa izan zen, eta 100.000 emakumezko bakoitzeko 115ekoa.

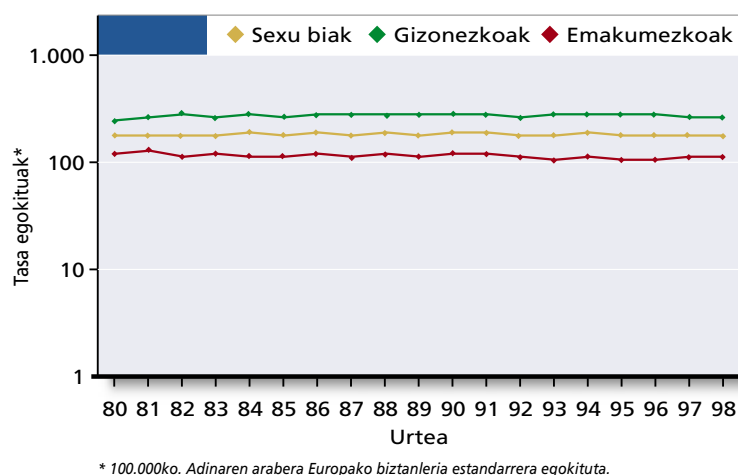
45-74 urte bitartean heriotza-zergatirik sarriena minbizia da. Emakumezkoek dagokienez ere, minbizia da lehen heriotza-zergatia 30-44 urte bitarteko taldean.

Maila sozialaren eta tumore gaiztoengatiko hilkortasunaren arteko erlazioa aztertzeak zera egiaztatzen digu: 65 urtetik beherako gizonezkoetan zergati horrengatiko hilkortasuna beheko estratu sozialetan handiagoa dela %38an estratu altuenetan baino. 65 urtetik gorako gizonezkoetan diferentzia hori murriztu egiten da %8ra arte. Emakumezkoetan, berriz, minbiziagatiko hilkortasunak ez du loturarik maila sozialarekin.

1986-1988 hirurtekoan, neoplasiak diagnostikatu eta handik 5 urtera bizirik jarraitzen zuten pazienteen biziraupen erlatiboa¹ %40koa izan zen gizonezkoentzat, eta %54koa emakumezkoentzat. Portzentaje horiek apur bat handiagoak izan ziren estatu espainolekoak baino (EHAEkoak %40 eta Estatukoak %52), bai eta Europa osoan gertatutakoak baino (EHAEkoak %35 eta Europakoak %50).

¹ Ikusitako biziraupenaren eta itxarondako biziraupenaren arteko arrazoiak. Arrazoi horrekin konparazioak egin daitezke hilkortasun orokorrean diferentziak agertzen dituzten barrutien artean. Metodoak heriotza-zergati posible bakarra minbizia dela asumitzen du.

25 irudia. Minbiziagatiko hilkortasunaren eboluzioa denboran zehar. EHAE. 1980-1998.



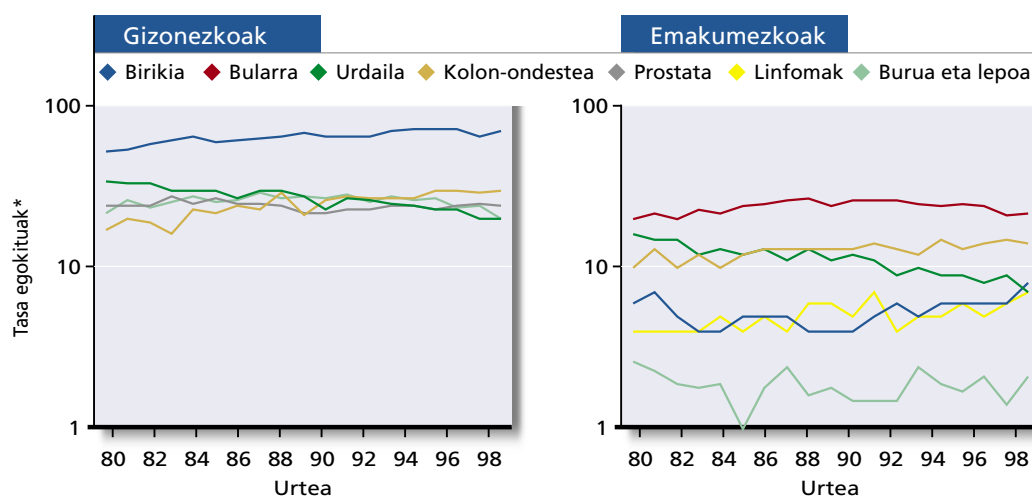
Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

3.1.1. Sarrien gertatzen diren tumore-kokapenak

Azken urteotan, birika-minbizia mantendu da nagusi gizonezkoetan minbiziagatiko lehen heriotza-zergati legez, azken bi hamarkadetan gehikuntza esanguratsua izan duelarik. Izan ere, 1980ko 100.000 gizonezko bakoitzeko 52ko tasatik 1998ko 100.000 gizonezko 71ko tasara pasatu da. Lehen, urdaileko minbizia zen bigarren tumore hilgarriena gizonezkoen artean, gero, 1998an laugarren postura pasatu da (1980an hilkortasun-tasa egokitua 100.000 gizonezko 34koa izan zen; 1998an, berriz, 20koa). Gaur egun, gizonezkoen artean, prostatako minbizia da neoplasia gaiztoengatiko hirugarren hilkortasun-zergatia (100.000 gizonezko 24). Kolon-ondesteko minbiziagatiko hilkortasunak gora egin du azken urteotan; izan ere, 1980-84 aldian tumore gaiztoengatiko bosgarren heriotza-zergatia izan zen, bere tasa egokitua 100.000 gizonezko 17koa zelarik, gero, 1998an, bigarren postuan jarri da, 100.000 gizonezko bakoitzeko 30eko tasarekin. Buruko eta lepoko minbizia izan da 1998an bosgarren hilkortasun-zergatia gizonezkoen artean (100.000 gizonezko 20).

Emakumezkoen artean bularreko minbiziak jarraitzen du lehenengo postuan (1998an, 100.000 emakumezko bakoitzeko 22ko hilkortasun-tasa estandarizatuarekin). Kolon-ondesteko minbizia bigarren postuan dago (100.000 emakumezko 14ko tasa); horren atzetik birika-minbizia (100.000 emakumezko 8ko tasa) dator; eta jarraian, laugarren eta bosgarren postuan daude linfomak (100.000 emakumezko 7ko tasa) eta urdaileko minbizia (100.000 emakumezko 6,5eko tasa). Buruko eta lepoko tumoreen eragina oso txikia da (100.000 emakumezko 2ko tasa) (26 irudia).

26 irudia. Birika, bular, urdail, kolon, prostata, buru eta lepoko minbiziengatiko eta linfomengatiko hilkortasunaren eboluzioa. EHAE. 1980-1998.



* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

Patroi sozialaren eta hilkortasunaren arteko erlazioari dagokionez, birika-minbiziagatiko heriotza-kopuruan gehikuntza nabaria ikusi da klaserik desfaboratuenetan, eta batez ere 65 urtetik beherakoetan. Baina, zona aberatsenetan birika-minbiziagatiko hilkortasun handiagoa emakumezkoen artean gertatu da.

Bularreko minbiziari dagokionez, zona sozio-ekonomiko pobreenetan bizi diren 65 urtetik gorako emakumezkoen hilkortasuna txikiagoa da %25ean, zona aberatsenetan bizi diren emakumezkoena baino. 65 urtetik beherako emakumezkoetan, ez da ikusi maila sozialaren araberrako diferentzia-patroirik.

Azpitarragarriak dira tumore batzuegatiko (laringe-minbiziagatiko eta aho-faringeko minbiziagatiko) hilkortasunaren gertatzen diren diferentzia sozialak. Minbizi horien agerrera tabakoaren eta alkoholaren elkarrekin leporatu behar zaio. Talde sozial desfaboratuenetan 65 urtetik beherako gizonezkoen artean, tumore horienagatiko hilkortasuna bi bider handiagoa da, talde aberatsenetakozkoen artean baino. 65 urtetik gorakoetan, berriz, aho eta faringeko tumoreetan %55eko diferentzia dago. Emakumezkoen diferentziak 65 urtetik gorakoetan ikusten dira bakarrik, eta adin horretan talde faboratuenetan gertatzen da hilkortasun handiagoa.

Helburuak

Minbiziaren arlorako helburuak bere eboluzioan ikusitako joeretan oinarriturik ezarri dira, eta aipatutako eboluzioa aldatzeko estrategia erabilgarriak kontuan harturik.

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Tumore gaiztoengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako gizonezkoetan	Beherako joera hastera	115,9	Beherako joera hastera	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Tumore gaiztoengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako emakumezkoetan	%10ean gutxitzea	52,4	47,1	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarreara egokituta. Hirurteko batez bestekoa. 1996-98.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Asistentzia-arloko lehenengo prebentzioa: profesional sanitarioen aldetiko bizimodu osasungarrien promozioa.
2. Lehen mailako atentzio-arloko tumoreen diagnostiko goiztiarra, alerta-zeinu eta -sintomei buruzko protokolo klinikoan aplikazioan oinarritu behar da.
3. Gaixo onkologikoaren atentzioa indibidualki eman behar da, kontrastatutako eta balidatutako praktika klinikoko gidak erabiliz.
4. Gainera, atentzioa koordinazioz burutu behar da, edo Euskadiko Minbizia Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planak helburu horretarako ezarri zituen zerbitzuetan eta ospitaleetan; izan ere, leku horietan taldeen espezializazioa eta kalitate teknikoa garantizatuta daude, eta lehenengo interbentzio terapeutikoa erabakigarria da gaixotasunaren pronostikoan.
5. Diagnostiko eta tratamendu egokietarako zirkuituak ezarriko dira, bai eta, atentzio-maila ezberdinen arteko deribaziorako mekanismo efektiboak ere, itxaron-denborak ahalik gehien murrizteko helburuaz.
6. Zainketa aringarriak eta errehabilitazioa, gertatzen diren beharizanen arabera izango dira, zeren garrantzizkoak baitira gaixo onkologikoak atxikitzeko.

Jokabide komunitarioak

7. Jokabide komunitarioen helburua ere izango da bizimodu osasungarriak bultzatzea, batez ere tabakoa, alkohola eta dieta osasungarriari dagozkienak. Bultzapen hori hezkuntza-programak garatuz egingo da.
8. Detekzio goiztiarrari (prebentzio sekundarioari) dagokionez, gaur egun martxan dauden jokabideak mantenduko dira, eta gainera, gure arloan efektibitatea egiaztatu duten interbentzioak inkorporatzea baloratu beharko da.

Jokabide intersektorialak

9. Ingurugiroko eta lan-esparruko kutsatzaileak kontrolatzeko neurriak garatu behar dira (ikusi, "Ingurugiro-, Lan- eta Eskola-ingurua" kapitulua).

Beste jokabide batzuk

10. Tumoreen ospitale-erregistroak potentziatu behar dira, zeren ondoko hauek eskaintzen baitute: bate-tik, asistentzia-prozesua hobeto ezagutzeko posibilitatea, prozesuok kontrolatu ahal izateko eta emai-tzetan oinarritutako kalitate-adierazleak erabiltzeko; eta bestetik, osasun-zentro ezberdinen arteko konparazioa egitea.

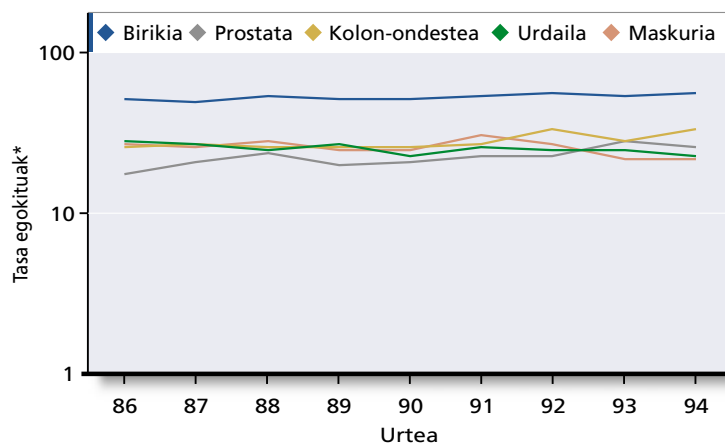
Ezberdintasunak

11. Beharrezkoa da informazio-sistema bat martxan jartzea, minbiziarekin erlazionatutako osasunean agertzen diren ezberdintasun sozialen eboluzioa monitorizatu ahal izateko.

3.1.2. Birikako minbizia

Bera da tumore gaiztoengatiko hilkortasun-zergatirik sarriena gizonezkoen artean; eta azken urteotan gorako joera aurkeztu du. Gainera, bera da intzidentziarik handiena aurkeztzen duena (27 irudia). Emakumezkoen artean tumore horrengatiko hilkortasunak apur bat gora egin badu ere, oraindik ez dira lortu tabako-kontsumoan gertatutako gehikuntzarekin espero ziren tasak.

27 irudia. Intzidentzia-tasen eboluzioa. Gizonezkoak. EHAE. 1986-1994.



* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Minbiziaren Erregistroa. Osasun Saila.

Bestetik, birikako minbizia gizonezkoen artean hilkortasun goiztiarraren laugarren zergatia izatera pasatu da, galdutako bizitza-urte potentzialei (GBUP-ei) dagokien tasa egokitua 1.000 biztanleko 5,1 urtekoa delarik.

Birikako minbiziaren arrisku-faktorerik behinena tabakoa da; tabakoaren kontsumoak behera egin du gizo-nezkoen artean, emakumezkoen artean mantentzen den bitartean (92 eta 97ko EHAEI-ak).

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Birikako minbiziagatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako gizonezkoetan	Gorako joera alderantzizkatzea	32,3	Gorako joera alderantzizkatzea	Hilkortasun-erregistroa.Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Birikako minbiziagatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako emakumezkoetan	Gorako joera galgatzea	3,9	Gorako joera galgatzea	Hilkortasun-erregistroa.Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

*100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta. Hirurteko batez bestekoa. 1996-98.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Birikako minbiziaren prebentzio-jokabideak tabakismoaren prebentzioarekin eta kontrolarekin erlazionatutako estrategietan oinarritu behar dira, zeren gaur egun ez baitira ezagutzen minbizi hori goiz detektatzeko neurri efektiborik.
2. Lehen mailako atentzioan birikako minbiziaren susmopeko diagnostikoa egitea oso inportantea da tumore horiek pronostikatzeko; horregatik, protokolo egokiak ezarri beharko dira.
3. Birikako minbiziak jotako gaixoaren atentzio sanitarioa koordinazioz burutu behar da, edo Euskadiko Minbizi Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planak helburu horretarako ezarri zituen zerbitzuetan eta ospitaleetan, eguneratutako eta kontrastatutako praktika klinikoko gidak erabiliz; izan ere, leku horietan taldeen espezializazioa eta kalitate teknikoa garantizatuta daude, eta lehenengo interbentzio terapeutikoa erabakigarria da gaixotasunaren pronostikoan.

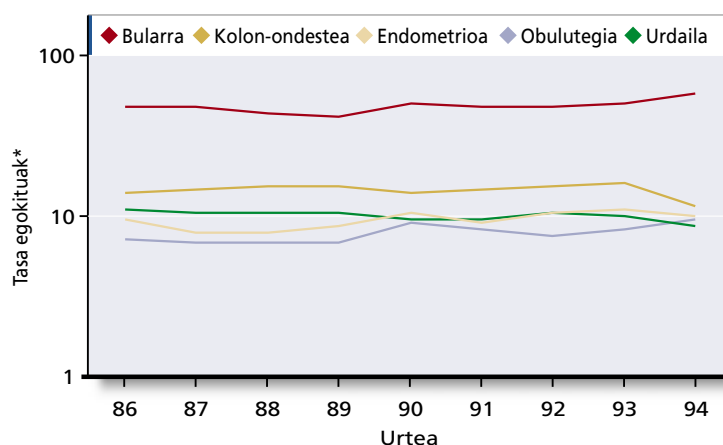
Jokabide intersektorialak

4. Jokabide intersektorialak tabakismoa kontrolatzeko jokabideak izango dira batez ere (ikus "bizimoduak" izeneko kapitulua).
5. Ingurugiroko kutsagarrien kontroleko eta okupazioko neurriak garatu behar dira. (Ikus "Ingurugiro-, lan- eta eskola-ingurua" kapitulua).

3.1.3. Bularreko minbizia

Bularreko minbiziak du hilkortasunik gehien emakumezkoen artean, azken urteotan joera egonkorra mantendu duelarik. Eta emakumezkoen artean intzidentziarik handiena aurkezten duen tumorea da (28 irudia).

28 irudia. Intzidentzia-tasen* eboluzioa emakumezkoen minbizian. EHAE. 1986-1994.



* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Minbiziaren Erregistroa. Osasun Saila.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Bularreko minbiziagatiko hilkortasuna emakumezkoetan	%17,5ean gutxitzea	22,3	18,4	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta. Hirurteko batez bestekoa. 1996-98.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Bularreko minbizia goiz detektatzeko programa 1995ean ezarri zen EHAEan. Programa hori mantendu behar da, egokituz jotako aldaketak eginez, momentu bakoitzean dagoen ebidentzia zientifikora egokitzen dela.
2. Bularreko minbiziak jotako gaixoaren atentzio sanitarioa zerean burutu behar da, Euskadiko Minbizia Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planak helburu horretarako ezarri zituen zerbitzuetan eta ospitaleetan, eguneratutako eta kontrastatutako praktika klinikoko gidak erabiliz; izan ere, leku horietan taldeen espezializazioa eta kalitate teknikoak garantizatuta daude, eta lehenengo interbentzio terapeutikoa erabakigarria da gaixotasunaren pronostikoan.

Ezberdintasunak

3. EHAEko emakumezkoen bularreko minbizia goiz detektatzeko programan partaidetza hobetzeko estrategiak garatu behar dira, batez ere beheragoko maila sozialeko emakumezkoen artean, horietan baitago programa horrekiko atxikidurarik txikiena.

3.1.4. Kolon-ondesteko minbizia

EHAEan kolon-ondesteko minbiziagatiko hilkortasunak gora egin du azken urteotan, 1998ko tasa estandarizatu 100.000 biztanleko 21ekoa delarik. Bere intzidentziari dagokionez, lehenengo postuetan dago bai gizonezkoetan eta bai emakumezkoetan (ikusi 27 eta 28 irudiak). Dieta desegokia da arrisku-faktore-rik printzipalena holako tumore-mota izateko.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Kolon-ondesteko minbiziagatiko hilkortasuna gizonezkoetan	Tasak egonkortzea	29,5	Tasak egonkortzea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Kolon-ondesteko minbiziagatiko hilkortasuna emakumezkoetan	Tasak egonkortzea	14,5	Tasak egonkortzea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

*100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarera egokituta. Hirurteko batez bestekoa. 1996-98.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Lehen mailako atentzioko arloan kolon-ondesteko minbiziaren susmopeko diagnostikoa oso inportantea da, tumore horien pronostikorako. Horregatik, protokolo egokiak ezarri beharko dira susmopeko diagnostiko horiek egin ahal izateko.
2. Kolon-ondesteko minbiziak jotako gaixoaren atentzio sanitarioa zerean burutu behar da, Euskadiko Minbizia Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planak helburu horretarako ezarri zituen zerbitzuetan eta ospitaleetan, eguneratutako eta kontrastatutako praktika klinikoko gidak erabiliz; izan ere, leku horietan taldeen espezializazioa eta kalitate teknikoa garantizatuta daude, eta lehenengo interbentzio terapeutikoa erabakigarria da gaixotasunaren pronostikoan.

Jokabide komunitarioak

3. Lehen mailako prebentzioa bizimodu osasungarriak, batez ere dietari dagozkionak, bultzatzean oinarrituko da (ikusi "bizimoduak" kapitulua).
4. Detekzio goiztiarraren zenbait probak erakutsi dute efikazak direla. Detekzio goiztiarra egiteko programak ezartzeko, gure inguruan beren efektibitatea eta efizientzia egiaztatuta egon beharko dira.

3.1.5. Buruko eta lepoko minbiziak

Buru-lepoko tumore gaiztoetan neoplasia hauek daude: ezpainetakoa, ahokoa, faringekoa eta laringekoa. Guztiok multzo batean aztertuta, hirugarren tumore-kokapena dute EHAEko gizonezkoetan azken lau

urteotan. Azken bi hamarkadetan hilkortasunak izan duen eboluzioan ez dira aurkeztu aldaketa esanguratsurik. Hala ere, banan-banan aztertzen badira hauek ikus daitezke: laringe-minbiziagatiko hilkortasun-tasak batez beste 0,23 unitatetan gutxitu direla; ahoko eta faringeko minbiziagatiko hilkortasun-tasek, ostera, denboran zehar gorako joera txikia aurkeztu dute.

Kokapen horietako minbiziengatiko urteko hilkortasun-tasa gizonezkoetan 100.000ko 20,2koa da (ahokoan 100.000ko 10,8koa; laringekoan 100.000ko 9,4koa). Emakumezkoen tasa 100.000ko 2,0koa da (ahokoan 100.000ko 1,9koa; laringekoan 100.000ko 0,18koa); Hala ere, emakumezkoetan ahoko minbi-ziaren tasetan gehikuntza lineal txiki bat ikusten da (urtean 0,0001koa).

Tumore-mota horiekin erlazioatutako faktore etiologikoak dira batez ere tabakismoa eta alkohola larregi kontsumitzea. Arrisku-faktore bion efektu sinergikoa biderkatzaile egiten da ahoko minbiziari dagokionez, eta gehigarri laringeko minbiziari dagokionez.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Buru-lepoko minbiziagatiko hilkortasuna, gizonezkoetan	%10ean gutxitzea	22,6	20,3	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta. Hirurteko batez bestekoa. 1996-98.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Buru-lepoko minbiziaren prebentzio-jokabideak tabakismoaren eta alkoholaren larregizko kontsumoaren prebentzioarekin eta kontrolarekin erlazioatutako estrategietan oinarritu behar dira.
2. Beste minbizi-kokapenetan esan dugun bezala, minbizi horien atentzio sanitarioa koordinazioz burutu behar da, edo Euskadiko Minbizi Prebenitzeko eta Kontrolatzeko Planak helburu horretarako ezarri zituen zerbitzuetan eta ospitaleetan, eguneratutako eta kontrastatutako praktika klinikoko gidak erabiliz; izan ere, leku horietan taldeen espezializazioa eta kalitate teknikoa garantizatuta daude, eta lehenengo interbentzio terapeutikoa erabakigarria da gaixotasunaren pronostikoan.
3. Ez dago behar besteko ebidentzia zientifikorik, biztanlerian detekzio goiztiarra egiteko programen efektibitateari dagokionez. Hala ere, lesio pre-gaiztoak detektatzeko, aho-azterketak arrisku handiko pertsonen egingo zaizkie batez ere; eta egin, lehen mailako atentzioko pertsonal medikoak, espezialistek eta odontologoek egingo dituzte.

Jokabide komunitarioak

4. Osasunaren Hezkuntza-arloan arrisku-faktoreak prebenitzeko jokabideak garatu behar dira; gainera, lesio gaiztoen susmopeko zeinu eta sintomei buruzko informazioa hedatzeko ekintzak ezarri behar dira (sintoma horien artean daude besteak beste: erlatura, afonia, justifikaziorik gabeko eztul iraunkorra, irensteko edo digeritzeko zailtasun iraunkorra eta orbantzen ez diren ultzerak), zeren guztion detekzio goiztiarrak tumore horien pronostikoa hobetzen baitu.

Jokabide intersektorialak

5. Planteatu behar diren jokabide intersektorialak, batez ere tabakismoa eta alkoholismoa kontrolatzeko jokabideak dira (ikusi "bizimoduen" kapitulua).

3.2. Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak

Gaurko egoera

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunak dira gaur egun emakumezkoen hilkortasunaren lehenengo zergatia, eta laugarrena gizonezkoei dagokienez, emakumezkoen heriotzen %40a eta gizonezkoen %30a gaixotasun horiengatik gertatzen direlarik. Hala eta guztiz, patologia-talde horrengatik hilkortasun-tasak garrantzizko jaitsiera izan du azken bi hamarkadetan: urtean-urtean zergati horrengatik hilkortasun-tasak behera egin du 8,7 batez besteko puntutan, jaitsiera hori gizonezkoetan handiagoa izan delarik emakumezkoetan baino.

Hilkortasun-tasa gordinak erakusten diguten arabera, urtean zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik hiltzen diren pertsona-kopurua handiagoa da emakumezkoen artean (25 taula). Halaber, erakusten digute gaixotasun zerebro-baskularra gehiago gertatzen dela emakumezkoen artean, eta bihotzeko gaixotasun iskemikoa, berriz, gizonezkoak gehiago jotzen dituela.

Sexuaren arabera banaketa-patroia aldatu egiten da adinaren arabera estandarizatutako tasak erabiltzen direnean, tasa gordinak erabili beharrean. Egokitze hori eginda esan dezakegu, zirkulazio-aparatuko gaixotasun batengatik hiltzeko arriskua ez dela emakumezkoetan handiagoa gizonezkoetan baino (100.000 emakumezko 155 eta 100.000 gizonezko 255,2), eta, emakumezkoetan kasu gehiago gertatzen bada, haiek urte gehiago bizi direlako gertatzen dela.

25 taula. Zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik hilkortasunaren tasak*.
EHA. 1998.

	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Sexu biak
Zirkulazio-aparatua guztira	280,8	316,4	299,1
Bihotzeko gaix. iskemikoa	68,6	93,8	81,5
Gaix. zerebro-baskularrak	96,4	63,8	79,7

* Gordinak 100.000 biztanleko.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunek hilkortasunean duten eraginaz gain, Osakidetza/SVSeko ospitaleetan ingresatzeko arrazoi printzipalenetako bat dira: 1993tik 1999ra ingresuko tasa gordinak gehitu egin dira, 100.000 biztanleko 909 ospitale-altatik 1.202 altara pasatu baitira. Paziente ingresatuen proportzio handiagoa gizonezkoetan gertatu zen (100.000 gizonezko 1.457 alta, 100.000 emakumezko 958 alten aldean).

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik hilkortasuna maila sozialaren arabera aztertzen badugu, hilkortasunaren eta maila sozioekonomikoaren arteko erlazioa ikusten da: zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatik hilkortasuna handiagoa da zentsatutako atal pobreenetan bizi den 65 urtetik beherako biztanlerian

zona aberatsenetan bizi den biztanlerian baino, gizonezkoak izan zein emakumezkoak izan (%39 eta %45 hurrenez hurren); 65 urtetik gorakoetan ez dago diferentzia argirik gizonezkoen artean; emakumezkoen artean, oster, atal faboratuenetan hilkortasuna handiagoa da %10ean.

3.2.1. Zirkulazio-aparatuko gaixotasunen arrisku-faktoreak

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunen arrisku faktoreak hauek dira batez ere: tabakoa, arteria-hipertentsioa, hiperkolesterolemia, obesitatea, diabetes mellitusa eta bizimodu geldikorra edo sedentarisinoa.

97-EHAEOIren arabera, gizonezkoen %35a eta emakumezkoen %23,5a erretzaileak ziren; bestalde, eta hurrenez hurren %16a eta %17a hipertentsoak. Kolesterolu altu zuela aitortu zuen pertsona-proportzioa %16koa izan zen, sexu bien artean diferentziarik ez zegoelarik. Obesitatea gehiago gertatu zen gizonezkoetan (%10,4) emakumezkoetan baino (%9,6). Baina azken horiek bizimodu egonkorragoa (%60,5) zuten gizonezkoek baino (%52,9).

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako gizonezkoetan	%20an gutxitzea	57,1*	45,7	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatiko hilkortasuna, 65 urtetik beherako emakumezkoetan	%20an gutxitzea	16,1*	12,9	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatiko hilkortasuneko diferentzia sozialak, 65 urtetik beherako gizonezkoetan	%20an gutxitzea	%39**	%30	Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Zirkulazio-aparatuko gaixotasunengatiko hilkortasuneko diferentzia sozialak, 65 urtetik beherako emakumezkoetan	%20an gutxitzea	%45**	%34	Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta. 1996-98 hirurteko batez bestekoa.

** 1993-98.

Interbentzio-estrategiak

Zirkulazio-aparatuko gaixotasunen intzidentzia eta hilkortasuna gutxitzea lortzeko, behar-beharrezkoa da arrisku-faktore guztietan aritzea. "Bizimoduak" eta "Diabetes mellitusa" kapituluetan proposatutako interbentzioak ez ezik, jarraian adieraziko diren interbentzioak ere kontuan hartu behar dira.

Jokabide indibidualak

1. Funtsezkoa da arteria-hipertentsioa eta dislipemiak goiz detektatzea lehen mailako atentzioko kontsultetan.

2. Bizitza-ohitura osasungarriak izateko gomendioak dira gaur egun arteria-hipertentsioaren eta dislipemien lehen tratamendua. Bigarrena, tratamendu farmakologikoa da.
3. Diabetes mellitusa goiz detektatzea eta diabetesa kontrolatzeko beharrezko jokabideak ezartzea ere lehen mailako atentzioko kontsultetako zereginak dira (ikusi "diabetes mellitusa" kapitulua).
4. Halaber, inportantea da lehen mailako atentzio-esparruan obesitatea goiz detektatzea; horretarako, pisua eta altuera sistematikoki ebaluatu behar dira.
5. Lehen mailako atentzio-esparruan egitekoak dira erretzaile bakoitzari bere diagnostikoa egitea eta jokabide egokiak ezartzea (ikusi "bizimoduak" kapitulua).
6. Laburbilduz, zirkulazio-aparatuko gaixotasunen arrisku globala indibidualki baloratu behar da, eta kasu bakoitzean egokienak diren jokabide-estrategiak ezarriko dira.

Jokabide komunitarioak

7. Dibulgazio-kanpainak beharrezkoak dira, biztanleriak jakin dezan arteria-presioaren kontrol egokiak duen garrantzia.
8. Emakumezkoei dagokienez, arrisku baskularreko faktore ezberdinak bereziki azpimarratu behar ditugu; izan ere, emakumezkoak beraiek eta osasun-profesionalak ez dira jabetzen arrisku-faktore horietaz gizonezkoak jabetzen diren beste.

Jokabide intersektorialak

9. Beharrezkoa da eskola-inguruan eta lan-inguruan zirkulazio-aparatuko gaixotasunen arrisku-faktoreen kontrolak duen garrantzia azpimarratzea, bizitza-ohitura osasungarrien promozioan saiatuz.

Beste jokabide batzuk

10. Gaixotasun zerebro-kardio-baskularrei buruzko informazio-sistema bat garatu beharko da, arazoaren gainean gehiago jakiteko, ikuspuntu epidemiologikoa eta asistentziala kontuan hartzen direla.
11. Beharrezkoa da estrategiak garatzea, bat-bateko heriotza-zergatien gainean ezagutza hobea izateko.

3.2.2. Gaixotasun zerebro-baskularrak

Gaurko egoera

1995-98 aldian gaixotasun zerebro-baskularrek 100.000 biztanleko 80 heriotza eragin zituzten EHAEan. Eta gaixotasunok dira emakumezkoen heriotza-zergatirik sarriena.

Gaixotasun zerebro-baskularragatiko hilkortasun-tasak garrantzizko jaitsiera izan du gizonezkoen artean azken bi hamarkadetan (urtean 3,7 puntuko jaitsiera): 80 hamarkadaren hasieran, tasa hori antzekoa edo handiagoa zen bihotzeko gaixotasun iskemikoarena baino, eta 1998an 100.000 gizonezko 62 heriotzetan jarri zen. Emakumezkoetan ere esanguratsuki jaitsi da (urtean urtean 3 puntutan), eta tasen eboluzioa gizonezkoetan gertatutakoaren antzekoa da, hau da, tasarik altuenak 80 hamarkadaren hasieran gertatu ziren; geroztik, apurka-apurka beherantz joan dira, 1998an 100.000 emakumezko 46,9 heriotzaraino jaitsi arte (26 taula).

26 taula. Gaixotasun zerebro-baskularragatiko hilkortasun-tasak*, sexu eta Lurralde Historikoen arabera banatuta. EHAE. 1995-98.

Gaixotasun zerebro-baskularra		
Lurralde Historikoa	Gizonezkoak	Emakumezkoak
Araba	52,5	38,8
Bizkaia	65,7	52,2
Gipuzkoa	67,0	48,1
EHAE	64,4	49,2

* 100.000 tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-Erregistroa. Osasun Saila.

Morbilitateari dagokionez, arteria zerebralen oklusioagatiko ospitale-altak asko gehitu ziren 1993 eta 1999 urte bitartean. Gehikuntza hori homogeneoa izan da sexu bietan. Gizonezkoetan, 1993an diagnostiko horrenkatiko alden tasa 100.000ko 71koa izan zen, eta 1999an 114koa. Emakumezkoetan, berriz, tasa hori 1993ko 100.000ko 61eko tasatik 1999ko 95ekora pasatu da.

Gaixotasun zerebro-baskularragatiko hilkortasunean faktore sozialak duen eraginari dagokionez, ezberdintasun handienak 65 urtetik beherako emakumezkoetan ikusi ziren.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Gaix. zerebro-baskularragatiko hilkortasuna, 75 urtetik beherako gizonezkoetan	%20an gutxitzea	23,0	18,4	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Gaix. zerebro-baskularragatiko hilkortasuna, 85 urtetik beherako emakumezkoetan	%20an gutxitzea	25,5	20,4	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta. 1996-98 hirurteko batez bestekoa.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Istripu zerebro-baskular akutua (IZBA) asistitu eta goiz tratatu behar da, atentzio integrala eta espezializatua emanez, metodo horrek bakarrik erakutsi baitu ondorioak prebenitzeko eta murrizteko efektiboak dela. Helburu horrekin, IZBAren dispositibo asistentziala egokitu eta bere atentzioa protokolizatu egin behar da. Garuneko infartuaren tratamendu fibrinolitiko endobenosoa eskuragarri izan beharko dute EHAEko biztanleek, gure inguruan tratamendu horren efektibitatea egiaztatuta geratzen denean.

2. Biztanleei informazioa eman behar zaie, IZBA baten sintoma goiztiarrak zeintzuk diren eta kasuan-kasuko nola jokatu behar den jakin ditzaten.
3. Etiologia kardio-enbolikoko IZBAak gehitzen doaz, biztanleria zahartzearekin asoziatuta baitaude. Horregatik, beharrezkoa da kardiopatia enboligenoak, batez ere fibrilazio aurikularra; goiz detektatzea eta kontrolatzea, 60 urtetik gorako pertsonetan.
4. IZBAren bat izan duten pazienteetan oso inportantea da prebentzio sekundarioa egitea, arrisku baskularreko faktoreak kontrolatuz (arteria-hipertentsioa, hiperlipidemia, diabetes mellitusa, tabakismoa); baita ere tratamendu farmakologiko egokia jarritz (antiagreganteak edota antikoagulazioa).
5. Prebentzio sekundarioa egokia izan dadin, ezinbestekoa da lehen mailako atentzioaren eta espezializatuaren arteko koordinazio-estrategiak ezartzea.
6. Terapia antikoagulantearen kontrola lehen mailako zerbitzuetan integratu ahal den aztertu behar da, terapia horren eskuragarritasuna hobetzeko helburuaz.
7. IZBAren ondoriozko ezgaitasun sekundarioa neurtzeko, asistentzia-maila guztietan balidatutako eskala berdinak erabiltzea promobituko da.
8. IZBA batek jotako pazienteen errehabilitazioa indartu behar da (errehabilitazioaren barruan daude: ariketa fisikoa, laguntza psikologikoa eta lan- eta gizarte-integrazioa); izan ere, egiaztatuta dago errehabilitazioa efektiboa dela bizitza-kalitatea hobetzeko.

Jokabide intersektorialak

9. Eskola- eta lan-inguruek aukera ona eskaintzen dute bizimodu osasungarriak fomentatzeko, bai eta, arrisku baskularreko faktoreak goiz detektatzeko (obesitatea, arteria-hipertentsioa, hiperlipidemia).
10. IZBA baten ondorioz ezgaitasun-motaren bat duten pertsonentzat laguntza sozio-sanitarioko sarea indartu behar da.

Beste jokabide batzuk

11. EHAErako praktika klinikoko gidak garatu edo egokitu egin behar dira, tratamenduak behar den beza-la aplikatu ahal izateko.
12. Beharrezkoa da gaixotasun zerebro-baskularrari buruzko informazio-sistema sanitarioa garatzea, arazoa bai epidemiologiaren aldetik eta bai asistentziaren aldetik hobeto ezagutzeko.

Ezberdintasunak

13. Emakumezkoetan gaixotasun zerebro-baskularren lehen mailako prebentzioa egiteko, beharrezkoak dira informazio-kanpainak garatzea, emakumezkoetan gaixotasun zerebro-baskularra lehen heriotza-zergatia baita. Are gehiago, beraien artean arrisku-faktoreen prebalentziak gora egin duela ikusita.

3.2.3. Kardiopatia iskemikoa

1995-98 aldian, kardiopatia iskemikoak EHAeko 100.000 biztanleko 60 heriotza sortu zituen sexu bietan. Tasa hori adinaren arabera estandarizatuta dago, eta munduko tasa baxuenetarikoa bat da. Argitaratutako datuen arabera, Frantzia bakarrik gertatu dira tasa txikiagoak (1995ean 100.000ko 51), Erresuma Batuan tasarik altuena gertatu delarik (1997an 100.000ko 157).

27 taulan ikus daiteke EHAean kardiopatia iskemikoagatik hiltzeko arrisku handiagoa dutela gizonezkoek, emakumezkoek baino. Gizonezkoen artean, 1998an kardiopatia iskemikoagatik hilkortasun-tasa, adinaren arabera egokitutakoa, 100.000 gizonezko 85,6koa izan zen. Tasa horrek behera egin du azken bi hamarkadetan urtean batez besteko 1,26 puntutan. Euskal emakumezkoen artean kardiopatia iskemikoa-

gatik hilkortasuna txikiagoa da gizonezkoen artean baino (100.000 emakumezko 32,2); baina gutxiago jaitsi da azken bi hamarkadetan (urtean 0,44 heriotza).

27 taula. Kardiopatia iskemikoagatik hilkortasun-tasak*, sexu eta lurralde historikoen arabera banatuta. EHAE. 1995-1998.

Kardiopatia iskemikoa		
Lurralde Historikoa	Gizonezkoak	Emakumezkoak
Araba	83,6	33,8
Bizkaia	89,2	37,0
Gipuzkoa	93,8	38,8
EHAE	89,9	37,2

* 100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandararekin egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

Kardiopatia iskemikoagatik hilkortasunean ikusten diren diferentzia sozial handienak, 65 urtetik beherako emakumezkoetan agertu dira.

Kardiopatia iskemikoaren intzidentziari dagokionez, erabilgarri dauden datu bakarrak IBERICA (Investigación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda) delakoaren azterlanekoak dira. Bertan bilduta daude Miokardioko Infartu Akutuko (MIA) kasu berriak, 25-74 urte bitarteko pertsonetan, Araba eta Gipuzkoako osasun-barrutietan eta Bilbo eta Bizkaia Barneko eskualdeetan gertatutakoak.

1998 urtean, erregistratutako MIAko kasu-kopuru totaletik (1.357 kasutik) %82 gizonezkoen artean gertatu ziren eta %18 emakumezkoen artean. Frekuentziak horrela banatuta egotea behar bada izan daiteke infartuak gizonezkoetan baino emakumezkoetan beranduago gertatzen direlako izatea; gizonezkoetan batez besteko adina 63 urte, eta emakumezkoetan 68 izan zen.

Urteko eraso-tasa (MIAren intzidentzia-tasa edo episodio-tasa metatua) 100.000 biztanleko 127 kasukoa izan zen, eta kasu berrien tasa 100.000 biztanleko 103koa.

MIAren intzidentziari dagokionez, EHAE gutxieneko zonen artean kokatuta dago, bai gizonezkoei bai emakumezkoei dagokienez.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Kardiopatia iskemikoagatik hilkortasuna, 25-74 urte bitarteko gizonezkoetan	%15ean gutxitzea	83,1	70,6	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila
Kardiopatia iskemikoagatik hilkortasuna, 25-74 urte bitarteko emakumezkoetan	%15ean gutxitzea	17,2	14,7	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasak. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarera egokituta. 1996-98 hirurteko batez bestekoa.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Lehen mailako prebentzioko estrategien norabidea arrisku-faktoreak kontrolatzea izango da; faktoreok dira: tabakoa, arteria-hipertentsioa, hiperlipidemia, eta diabetes mellitusa. Bestalde, estrategien helburua bizimodu osasungarriak fomentatzea ere izango da (ikusi "bizimoduak" kapitulua).
2. Profesional sanitarioek bizimodu osasungarriak sistematikoki aholkatu behar dituzte.
3. Arrisku handiko biztanleria-taldee zuzenduriko estrategiak ezarri behar dira; talde horietan daude ondoko aurrekariak dituzten pertsonak: bularreko angina, miokardioko infartua, arteria-gaixotasun periferikoa, arteria-hipertentsioa, diabetes mellitusa, arrisku kardiobaskular handia izatea (% 20tik gorakoa), edo zirkulazio-aparatuko gaixotasunak dituzten lehen graduko familiarrak izatea.
4. Tabakismoaren aurkako prebentzio-neurriak hartuz gain (ikusi "bizimoduak" kapitulua), desohitze tabakikoari eutsi behar zaio, batez ere lehen mailako atentzioan, efektibitatea egiaztatu duten metodoak erabiliz.
5. Kardiopatia iskemikoaren prebentzio sekundarioari dagokionez, efektibitatea egiaztatu duten estrategiak indartuko dira: arteria-hipertentsioa, diabetes mellitusa eta dislipemiak kontrolatzea, bizitza-ohitura osasungarrien bidez eta tratamendu farmakologiko egokiaren bidez.
6. Errebaskularizazio goiztiarrak, bai farmakologikoak bai mekanikoak, miokardioko infartu akutuek (MIak) jotako pertsonen pronostikoa hobetzen dute, horregatik, EHAEan erabilgarri egon behar du behar duten pazienteentzat.

Jokabide komunitarioak

7. Biztanleria, oro har, bideratu egin behar da kardiopatia iskemikoaren episodioak arin identifika ditzan. Osasun-sistemeekin zenbat eta arinen kontaktatu eta tratamendu egokia zenbat eta arinen jarri, hainbat eta hobe izango da iskemia koronario akutuek jotako pazientearen bizi- eta funtzio-pronostikoa.
8. Osasun-profesionalak bihotz-birikako oinarrizko erreanimazioaren prestakuntza arituko dira, beraien zeregina baita biztanleria babestea. Baina, etorkizunean, prestakuntza hori biztanleria afektatuaren familiakoei ere ematea ondo letorke, osasun-zentroetatik kanpo gertatzen diren heriotzetatik zenbait ez litzateke gertatuko-eta.
9. Garraio sanitario urgenteko sarea arlo horretan dauden beharrianetara egokitu behar da, zeren egokitasun horren menpe baitago aurrean aipatutako helburu askoren lorpena.

Jokabide intersektorialak

10. Inportantea da azpimarratzea tabakismoa murrizteko jokabideak indartu behar direla, tabakoaren publizitate, salmenta eta kontsumoari buruzko araudia aplikatuz, eskola-inguruan heziketan arituz eta "Tabakorik Gabeko Guneak" bultzatuz.
11. Bihotz-birikako oinarrizko erreanimazio-prestakuntza eta bihotz-desfibrilatzaile semiautomatikoaren erabilera-prestakuntza orokortu egin behar dira, garraio sanitarioa destinatutako anbulantziatako pertsonalaren artean, eta biztanleria babesteko diren gorputzetako zenbait talderen artean.

Beste jokabide batzuk

12. Praktika klinikoko gidak, batez ere kardiopatia iskemikoaren prebentzio sekundarioko interbentzioei dagozkienak, garatu behar dira, eta beren ezarpena promobitu.

3.3. Diabetes mellitusa

Gaurko egoera

Diabetes mellitusaren ezaugarri klinikoak eta epidemiologikoak kontuan hartuta, gaixotasun hori hazten doan osasun-arazoa da, eta lehentasuna emateko moduko osasun-arazoa. Bere prebalentzia biztanleria zahartu ahala gorantz doanez gero, osasunean duen eraginak oso inportantea izaten jarraitzen du. Funtsezko helburutzat hartu behar da, pertsona diabetikoen eta gaixotasun horrek ez jotakoen bizitzaren kalitate-itxaropenak berdinak izatea.

Bai EHAEan bai gure inguruko herrialdeetan egindako azterketa epidemiologikoen arabera, gaixotasun horren prebalentzia-portzentajeak biztanleriaren %3 eta %5aren bitartean daude. Bere arrisku-faktore printzipalak dira: adina, obesitatea eta familia-aurrekariak.

1997ko EHAEOk adierazi zuenez, biztanleriaren %2,3ak osasun-arazo kronikotzat jotzen du gaixotasun hori (28 taula).

28 taula. Diabetes mellitusaren prebalentzia (%). EHAE. 1997.

	<17	18-44	45-64	>65	Guztira
Gizonezkoak	0,1	0,3	3,7	10	2,3
Emakumezkoak	—	0,3	3	8,6	2,3

Iturria: EHAEko Osasun Inkesta.

Bestalde, Bizkaian 30 urtetik gorako biztanlerian egindako prospekzio-azterketa batek (1985-1995) estimatu zuen II motako diabetes mellitusaren intzidentzia-dentsitatea 8 kasukoa izan zela urteko eta 1.000 pertsonako.

1998an, EHAEan 436 pertsona hil ziren diabetes mellitusagatik (gizonezkoetan 15,1eko hilkortasun-tasa 100.000ko, eta emakumezkoetan 12,3koa). Baina gauza ziurra da diagnostiko sekundariotzat jotzen dela diabetes mellitusa beste heriotza askotan, arrisku baskularreko faktorea baita.

Biztanlerian banatzeko duen moduari dagokionez, badirudi ez daudela ezberdintasun sozialik, obesitatea-rekin erlazionatutakoak salbuetsiz, eta obesitatea sarriago gertatzen da klase sozial baxuetan.

29 taulan zehaztuta dago diabetes mellitusari asoziatutako morbiditatea, 1997an Euskadiko Diabetesaren Kontseilu Aholkulariak egindako azterketaren arabera.

29 taula. Diabetes mellitusarekin lotutako arazoen prebalentzia, intzidentzia eta deskribapena.

	Kasuen kopurua (%)
PREBALENTZIA	64.718 (100)
2 motako Diabetes mellitusa	58.834 (90,9)
1 motako Diabetes mellitusa	5.884 (9,1)
URTEKO INTZIDENTZIA	
1 motako Diabetes mellitusa	93 (4,5 x 100.000 h.)
ERRETINOPATIA	25.889 (40)
Erretinopatia proliferatiboa	6.470 (10)
NEFROPATIA	
Mikro-albuminuria	12.944 (20)
Makro-albuminuria	6.470 (10)
NEUROPATIA	12.944 (20)
OIN DIABETIKOA	5.823 (9)
OINAREN ANPUTAZIOA	1.293 (2)
KARDIOPATIA ISKEMIKOA	5.823 (9)
ISTRIPU ZEREBRO-BASKULAR AKUTUA	4.529 (7)

Iturria: Diabetesaren Kontseilu Aholkularia.

Aurreko guztiak esaten digu nolako garrantzia duen diabetes mellitusak osasun-arazo legez; izan ere, altua da bai bere prebalentzia, bai eta arrisku kardiobaskular faktore gisa duen eragina ere.

Diabetes mellitusarekin asoziatutako giltzurrun-gutxiegitasunari buruz erabilgarri dagoen informazioa, eskasa eta okerra da. Euskadiko giltzurruneko pazientei buruzko informazio-unitatean diabetes mellitusarekin asoziatutako kasuak sartzen dira. Kasu asoziatu horiek 30 taulan agertzen dira:

30 taula. Giltzurrun-gutxiegitasun kronikoaren intzidentzia, dialisi-tratamenduan. Kasuak guztira, eta diabetes mellitusarekin asoziatutako kasuak. EHAE. 1991-1998.

	91	92	93	94	95	96	97	98
Pazienteak guztira	128	125	152	159	145	175	200	216
Diabetes mellitusarekin asoziatuta	17 (%13)	9 (%7)	13 (%9)	19 (%12)	17 (%12)	24 (%14)	34 (%17)	31 (%14)

Iturria: Euskadiko giltzurruneko pazientei buruzko informazio unitatea.

Itsutasunari dagokionez, erabilgarri dagoen egituratutako informazio bakarra ONCEk ematen digu, diabetes mellitusarekin lotutako itsutasunarekin bertan afiliatzen diren kasu berriei dagokienez. (31 taula).

31 taula. Diabetes mellitusarekin lotutako itsutasunarekin ONCEn afiliatutako itsu berrien kopurua. 1991-1999.

Urtea	Kasu-kopurua
1991	34
1992	37
1993	34
1994	24
1995	38
1996	43
1997	39
1998	32
1999	31

Iturria: ONCE.

Diabetes mellitusaren ohiko konplikazioetako bat anputazioa da: anputazio-kopuruari buruzko informazioa 32 taulan dago zehaztuta.

32 taula. Diabetes mellitusa duten pazienteei egindako anputazio-kopurua, DETen arabera. Osakidetza/SVSeko akutuen ospitaleak. EHAE. 1996-1999.

DET*	1996	1997	1998	1999
Behatzaren anputazioa	132	139	149	151
Oinaren zati baten anputazioa	27	38	29	35
Belaunaren azpiko anputazioa	15	16	33	27
Guztira	174	193	211	213

* Diagnostikotik Erlazionatutako Taldeak.

Iturria: Osakidetza/SVS.

Bestalde, asistentzia-prozesuen kalitateari dagokionez, asistentzia-arloan egindako azterketek adierazi dute hobetu daitezkeen aspektuak badaudela, ezarritako gomendioak betetzeari dagozkionak hain zuzen.

Helburuak

	2010erako helburua	Gaurko egoera	2010erako egoera	Iturria
Diabetesarekin asoziatutako itsutasunaren intzidentzia	1/3an murriztea	*		
Diabetesarekin asoziatutako giltzurrun-gutxiegitasunaren intzidentzia	1/3an murriztea	*		
Diabetes mellitusaren ondoriozko anputazioak	1/3an murriztea	*		

* Ez dago behar besteko informaziorik.

Saint Vincent deklarazioko helburuak, hots, European gehienak onartutako helburuak ("XXI mendean denontzako osasuna"), mantendu egiten dira, nahiz eta zailtasunak dauden, helburuok ebaluatzen ez baitago behar besteko informazio-sistematik.

Interbentzio-estrategiak

Diabetesaren arloko interbentzio-estrategiak bizimodu osasungarriak promozionatzeko eta pertsona diabetikoen atentzio integrala egiteko izango dira.

Jokabide indibidualak

1. Beste patologietan egiten den bezala, hemen ere bizimodu osasungarriak fomentatuko dira.
2. Jokabide indibidualak ezarriko dira, bai diabetes mellitusa bai glukosarekiko tolerantzia anormala goiz detektatzeko ondoko arrisku-taldeetan:
 - Haurdun daudenetan.
 - Oro har biztanlerian 3 urterik 3 urtera: 45 urtetik gorakoetan (detekzio oportunistak), eta adin horretatik beherakoetan diabetes mellitusaren arrisku-faktorarik agertuz gero.
3. Diabetes mellitusaren konplikazioak goiz detektatu behar dira, eta ondokook lehentasunaz:
 - giltzurrun-gutxiegitasuna, mikroalbumina detektatuz.
 - itsutasuna, begi-barrua miatuz.
 - anputazioa, pultsu periferikoa eta sentikortasuna kontrolatuz.
4. Azterlan ezberdinek kreditatzen dutenez, gluzemia-mailak normaltasunetik ahalik eta hurbilen egotea lortu behar da. Horretarako, gluzemia hertsiki kontrolatu behar da, eta pazientearen auto-kontrola fomentatu.
5. Hezkuntza diabetologikoa fomentatuko da. Hezkuntza horretan nahitaez sartuko dira gutxienez: auto-kontrolari buruzko informazioa, konplikazio akutuak, dieta, higie-ne orokorra eta oinen zainketa.
6. Paziente diabetikoaren atentzioak zera eskatzen ditu: atentzioa iraunkorra eta asistentzia-maila ezberdinen arteko koordinazioa.
7. Paziente horietan zehatz-mehatz kontrolatuko dira arrisku baskularreko beste faktore guztiak.
8. Lehen mailako atentzioko arloan diabetes mellitusaren prestakuntza iraunkorra fomentatuko da.

Jokabide komunitarioak

9. Bizitza-ohitura osasungarriak promozionatuko dira, batez ere obesitateari eta ariketa fisikoari dagozkienak.

Jokabide intersektorialak

10. Sektore-arloa oinarritzkoa da bizimodu osasungarriak promozionatzeko.
11. Pertsona diabetikoen integrazio sozio-laborala erraztu behar da, batetik, beren autonomia eta autoestima gehituz, eta bestetik, eskola-, lan- eta gizarte-mailetan diabetesak sortzen dituen mugak gutxituz.
12. Halaber, beharrezkoa da diabetikoen elkarrekin kolaborazioa mantentzea.

Beste jokabide batzuk

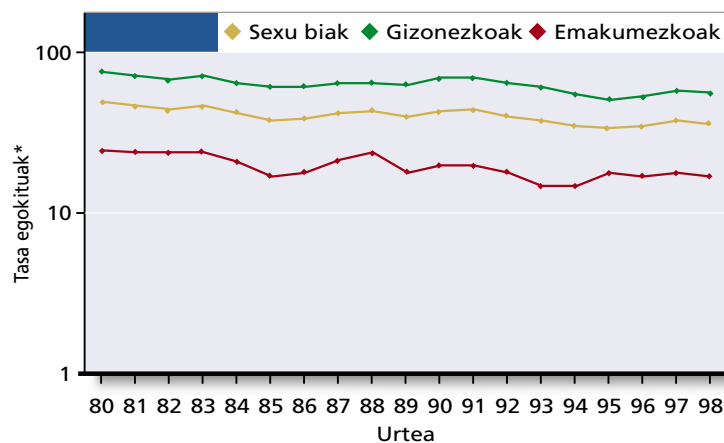
13. Behar besteko informazio-sistemak garatzeari ekin behar zaio. Izan ere, sistemok beharrezkoak dira bai konplikazio larriei jarraipena egiteko, eta bai paziente diabetikoen asistentziaren kalitatea ebaluatzen.

3.4. Istripu-lesioak

Gaurko egoera

Gaur egun kanpo-zergatiak dira¹ laugarren hilkortasun-zergatia EHAeko biztanleriaren artean. 1998 urtean, kanpo-zergatiengatiko hilkortasun-tasa gordina 100.000 heriotzako 64koa izan zen gizonezkoetan, eta 22koa emakumezkoetan. Adinaren arabera egokitutako tasa ere altuagoa izan zen gizonezkoetan (100.000 gizonezko 56,8) emakumezkoetan baino (100.000 emakumezko 16,8); sexu bietan, berriz, 36koa izan zen. Azken 20 urteetan kanpo-zergatiengatiko hilkortasun-tasak nabari jaitsi dira (urtean 0,6 puntutan); gainera, jaitsiera hori gizonezkoetan handiagoa izan da (0,9) emakumezkoetan baino (0,4). (29 irudia).

29 irudia. Kanpo-zergatiengatiko hilkortasun-tasen eboluzioa, sexuaren arabera. EHAe. 1980-1998.



* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

Kanpo-zergatiak sarriago gertatzen dira gazteen artean; sexu bietarako bizitzako urte batetik 19 urtetara arteko gazteetan lehen hilkortasun-zergatia dira, eta 30-44 urte bitarteko gizonezkoetan ere bai.

Kondizio sozialekin duten loturari dagokionez, gradiente nabaria dago 65 urtetik beherako gizonezkoen artean: klase desfavoratuenetan hilkortasuna handiagoa da %55ean.

¹ Lesio-zergatitzat sartzen dira: gertakizunak, zirkunstantziak, inguru-kondizioak, pozoadurak eta bestelako kontrako efektuak. Adib.: istripuak, erortak, suizidioak eta homizidioak.

3.4.1. Trafiko-istripuak

Gaurko egoera

Istripu-lesioen artean inportanteenak motordun ibilgailuekin gertatutakoak dira. Izan ere, 1998an, EHAEan zergati horrek 100.000 biztanleko 13,3 heriotza eragin zituen (100.000 gizonezko 19,9 , eta 100.000 emakumezko 6,9).

EHAEan trafiko-istripuengatik hilkortasunak denboran zehar izan duen eboluzioari dagokionez, (Osasun Saileko Hilkortasun-erregistroaren arabera¹) ez da gertatu aldaketa nabaririk azken 20 urteetan. Hala ere, tasarik altuenak 80 hamarkadako azkenerrantz eta 90ko hasieran ikusi ziren; hortik aurrera jaisten hasi ziren 1997 urtera arte, hor ikusten baita berriro gehikuntza apur bat. Gaur egun gure tasa txikiagoa da Espainiakoa, Frantziakoa eta Estatu Batuetakoa baino; baina handiagoa Erresuma Batuko eta Alemaniako tasak baino.

Trafiko-istripuei leporatzekoa ere bada hilkortasun goiztiarraren zati esanguratsu bat. Oro har EHAeko biztanlerian trafiko-istripuak bigarren hilkortasun-zergatia izan ziren 1995-98 aldian; aldi horretan galdutako bizitza-urte potentzialen (GBUPen) tasa 1.000 biztanleko 4,0koa izan zen. Gizonezkoen artean trafiko-istripuak izan dira GBUPen bigarren zergatia, HIESaren atzetik: 70 urtetik beherako mila gizonezko bakoitzeko 6,1 GBUP galdu dira. Emakumezkoen artean, berriz, hilkortasun goiztiarraren hirugarren zergati dira, bularreko minbiziaren eta HIESaren atzetik, eta 1.000 emakumezko 1,9 GBUP sortzen ditu.

Europar Batasunak trafiko-istripuengatik hildakotzat hartzen ditu istripua izan eta 30 egun barruan hiltzen direnak. Definizio horrekin bat etorriz, EHAerako² estimatu diren datuen arabera, 1999an tasa hori 100.000 biztanleko 12,3koa izan zen, hau da, Europar Batasuneko tasarik altuenetako bat, Erresuma Batuko, Suediako, Finlandiako eta Alemaniako tasen goitik egonik eta Greziako eta Portugalako tasen azpitik.

Trafiko-istripuengatik hilkortasunean apenas dago diferentzia sozialik.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Trafiko-istripuengatik hilkortasuna	%20an gutxitzea	12,9	10,3	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000 biztanleko tasa. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta. 1996-98 hirurtekoa.

¹ EHAeko egoiliarren istripuengatik heriotza-kasu guztiak hartzen ditu kontuan, Erkidegoaren barruan zein kanpoan istripua izan eta handik edozein momentutara heriotza gertatzen denean.

² Eusko Jaurlaritzako Barne Saileko datuak.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Urgentzia-garraio sanitarioko sareak momentu guztietan izan behar du trafiko-istripuetan lesionatutakoek behar duten atentzioa emateko modukoa.

Jokabide komunitarioak

2. Sentiberatzeko eta informatzeko kanpainak promobituko dira, bertan azalduko direlarik zeintzuk diren alkohol-kontsumoaren ondorio kaltegarriak eta zeintzuk diren abinentziaren ondorio onuragarriak, ibilgailuak gidatzerakoan. Kanpainok biztanleria heldu-gaztearentzat izango dira batez ere.
3. Sentiberatzeko eta informatzeko kanpainak garatuko dira, segurtasun-uhaldaren erabileraren alde eta hurrei eusteko sistemen alde.

Jokabide intersektorialak

4. Bide-segurtasuneko Plana eta helburu horretarako sortutako Institutuzioen arteko Batzordea dira, izan, interbentzio multisektorialen neurriak koordinatzen dituen markoa.
5. Errepide-profesionalak kontzientziatu egin behar dira, nekatuta gidatzeak duen arriskuari dagokionez, eta hori ekiditzeko gidatze-denbora norberaren kabuz gestionatzeak duen garrantziari dagokionez.

Beste jokabide batzuk

6. Gidarien azterketa medikoen emaitzak, lehen mailako atentzian erabilgarri dauden informazio-sistemetan inkorporatzea.

3.4.2. Lan-istripuak

Gaurko egoera

Azken hamar urteetan, lan-istripuak gutxitu egin dira 1997 urtera arte, eta hortik aurrera berriro ere gehitzen joan dira. Horrela, OSALAN-Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea delakoaren arabera, 1999an intzidentzia-indizea 75,23koa izan da 1.000 langileko; indize horrek erlazionatzen du lan-istripuen kopurua lan-arriskuaren esposizioan dauden pertsona kopuruarekin. Lurralde historikoen artean diferentzia txikiak daude; Gipuzkoak eta Arabak indize txikiagoak dituzte (74,0) Bizkaia baino (76,4).

Frekuentzia-indizeak istripu-kopurua esposizio-orduen kopuruarekin erlazionatzen du. 1997ra arte betiko beheranzko eboluzioa aurkeztu ondoren, berriro gorantz egin du, 1999an milioi lanorduko 44an jarri delarik. Lurralde historikoen arabera banaketa ere intzidentzia-indizearen banaketaren antzekoa izan da: Gipuzkoan eta Araban 43, eta Bizkaian 45.

Komunitate autonomoen artean ere badaude diferentziak adierazle horietan. Esaterako, EHAEko frekuentzia-indizea Kataluniakoaren antzekoa da, eta Balearrak, Asturias, Valentzia, Murtzia eta Nafarroa komunitateetako indizearen azpitik dago. EHAEan, heriotza-istripuen frekuentzia-indizea 8,1ekoa da, milioi bat lanorduko; estatuko batez bestekoaren goitik dago eta Errioxa, Asturias, Kantabria eta Galizia komunitateetako indizeen azpitik.

1999an EHAEko lan-istripuen larritasun-indizea (lan egindako orduak/galdutako lan-egunak) 1,2 galdutako egunekoa izan zen, lan egindako mila ordutako. Zifra hori handiagoa da Komunitate Autonomo guztietako totalaren batez bestekoa baino, baina txikiagoa Murtzia, Asturias eta Valentzia komunitateetan erregistratutakoak baino. 1995-97 hirurtekoan, lan-istripuengatikoko hilkortasun-tasa 14koa izan zen 100.000 langileko.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Lan-istripuengatikoko hilkortasuna	%40an gutxitzea	14	8,4	OSALAN - Laneko Segurtasun eta Osasunerako Euskal Erakundea

* 1995-97 hirurteko batez bestekoa. 100.000 langileko tasa.

Interbentzio-estrategiak

Lan-arloan, lege gintza nazionalen harmonizazio komunitarioa dago, lan-arriskuak prebenitzeari dagokionez. Gure arlora oraintsu aldatu edo ekarri denez, oraindik ez ditugu ikusi bere ondorio guztiak. Metodologiaren oinarri dira: lehenengo, osasunerako arriskutsuak izan daitezkeen lan-arrisku guztiak identifikatzea; bigarren, eliminatu ezin daitezkeen arriskuen kalte posiblea ebaluatzea; eta azkenik, langileen osasunean arrisku horien eragina ahalik eta gehien gutxitzeko neurriak hartzea. Guzti horiekin batera aldizkako ebaluazioak eta auditoriak egin behar dira. Arautegi horrek efektibitate osoa izan dezan gaur egun EHAEan dauden zailtasunak dira: lehenengo, aplikatu beharreko metodologian esperientzia eskasa izatea; bigarren, EHAEan dagoen enpresa-atomizazioa; eta azkenik, arautegi hori ezartzea azeleratzeko behar diren estimulu positiboak edo intzidentiboak eskasak izatea. Hala ere, hobekuntza nabaria egoten hasiko dela espero da, baldin eta erabakitasunez eta baliabide egokiak ipinita jotzen bada.

Jokabide komunitarioak

1. Prebentzio-zerbitzuen garapena eta ezarpena monitorizatuko dira; eta zerbitzuon informazioa eta nola erabil daitezkeen hedatuko da, langile guztien zerbitzu horiekiko eskuragarritasuna erraza izan dadin.
2. OSALANeko Kontseilu Nagusitik bultzaturiko kanpainak bultzatuko dira, lan-istripuen ondorioak azaltzeko, bai osasunari dagokionez, bai istripu-ondorioekin lotutako diru-kosteei dagokienez.

Jokabide intersektorialak

3. OSALANaren Lan-ezbeharraren aurkako Borroka-plana batez ere prebentziokoa da; eta bera da marko egokia neurri intersektorialak koordinatzeko.

Beste jokabide batzuk

4. Prebentzioko Zerbitzuen Oinarrizko Unitateen informazioa, lehen mailako atentzioko eta ospitale atentzioko zerbitzuen informazioarekin integratuko da.
5. Beharrezkoa da, EHAEko lan-istripuen jatorrian intzidentzia nabaria duten faktore medikoei buruzko ikasketak bultzatzea.

3.4.3. Etxe-, aisia- eta kirol-istripuak

Gaurko egoera

Gaur eguneko informazio-sistemek ez dute uzten hilkortasun-arazoaren tamaina erreala jakiten. EHAEan, oro har biztanlerian adinaren arabera istripu-erortzeagatik gertatutako heriotza-tasa ez da asko aldatu, azken bi hamarkadetan. 1998an, tasa hori 3,8koa izan zen 100.000 biztanleko. Gizonezkoetan heriotzen eboluzioak ez du agertu aldaketa esanguratsurik, 1998an adinaren araberrako tasa estandarizatua 6,5 heriotzakoa izan zelarik 100.000 gizonezko. Emakumezkoetan, oster, urteko jaitsiera esanguratsua ikusi da, 0,2 puntutakoa hain zuzen. 1998ko tasa 1,7 heriotzakoa izan zen 100.000 emakumezko.

97-EHAEOlaren arabera, biztanleriaren %5ak izan zuen istripuren bat etxean edo aisialdi- eta jolas-lekuetan.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Etxe-, aisia- eta kirol-istripuengatik morbiditatea	%20an gutxitzea	%5	%4	EHAEOI. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 1997ko urtea. Biztanleriaren totalaren portentajea.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide komunitarioak

1. Aldizka sentikortasuna eragiteko kanpainak egin behar dira eta informazioa erregularki hedatu behar da, biztanleriak istripu-lesioak eta beren ondorioak hobeto ezagututa, atentzio gehiago ipini dezan.
2. Osasun-hezkuntzaren helburuetako bat izango da: edozein arlotako istripu-arriskuen aurrean, biztanleriak izan behar duen kultura eta prebentzio-ohiturak lor ditzala.

Jokabide intersektorialak

3. Ezbehar-mota hori murrizteko ekintza intersektorialak efektiboak diren aztertuko da.
4. Beharrezkoa da promozionatzea: batetik, EHAEan istripu-mota hori prebenitzeko gako-faktoreen azterketa, eta bestetik, istripuok portaera osasungarriekin duten erlazioaren azterketa, batez ere faktore kulturalak kontuan hartzen direla.
5. Eskola-inguru fisikoko segurtasuna fomentatuko da, bai eta haize-agerian egiten diren jardueren garapeneko segurtasuna ere.

Beste jokabide batzuk

6. Arazo horren gainean gehiago jakiteko, beharrezkoa da ahalegintzea ospitaleetako larrialdietan atenditutako episodioen kodifikazioa hobetzen.
7. Inportantea da istripu horien informazio- edota erregistro-sistema sortzea, istripuen epidemiologia aztertu ahal izateko, eta azterketa hori datuen bilketa-sistema komunitarioarekin homologatu ahal izateko.

3.5. Osasun mentala

Gaurko egoera

Europar arloko datuen arabera, arazo psikiatriko larriak dituen biztanleria-proportzioa %1 eta %6 bitartean kokatzen da, nahiz eta herrialde gehienetan portzentaje hori %1 eta %3 bitartean dagoen. 1997-EHAEOlan biztanleriaren %3,9ak esan zuen "nerbio-arazo" kronikoak zituela.

Mundu-Bankuko eta Osasunaren Mundu Erakundeko datuekin bat etorriz, 1990ean europar herrialdeetan, hiru desordena psikiatriko printzipalak (depresioa, trastorno bipolarra eta eskizofrenia) gaixotasun- eta ezgaitasun-intzidentzia totalaren %9,5a izan ziren.

EHAeko zerbitzuen erabilerari dagokionez, 1999an Osakidetza/SVSeko sareko psikiatria-zerbitzuetan, ospitaleetakoetan edo ospitaletik kanpokoetan, 63.804 paziente diferente atenditu ziren (euskal biztanleriaren %3,1).

3.5.1. Haur eta gazteen osasun mentala

Gaurko egoera

Osakidetza/SVSek ospitaletik kanpoko osasun mentala asistitzeko duen sarean, 1999an 2.199 kasu berri atenditu ziren guztira (urteko 0,6ko intzidentzia, 0-19 urte bitarteko biztanleriari dagokionez); eta 5.286 paziente diferente (urteko %1,45eko prebalentzia, 0-19 urte bitarteko biztanleriari dagokionez).

Haur-gazteen ekipoetan sarrien gertatu diren diagnostikoak hauek izan dira: trastorno disozialak, hunkipenen eta portaeraren trastornoak, eta estresarekiko erreakzioa.

Interbentzio-estrategiak

Haur-gazteen osasun mentaleko arloko interbentzioak atentzio goiztiarra hobetzeko egin behar dira, bai eta ospitale-baliabide egokiak garatzeko ere, ospitale nagusietan eta ertaineko egituretakoetan (ospitalizazioaren aukerakoetan). Era berean, hezkuntza- eta gizarte-zerbitzuekin harremanak indartu egin behar dira, guneak eta funtzioak hobeto definituta, eskaintzen den asistentzia-kalitateak onera egin dezake-eta, eta ondorioz, interbentzioaren emaitzak ere hobeak izango baitira.

Jokabide indibidualak

1. Ospitale nagusietan haur-gazteentzako ospitalizazio-unitateak sortu behar dira, beharrezkoak baitira paziente horiek behar bezala atenditzeko.
2. Arrisku-familetan interbentzio goiztiarra egiteko programa garatuko da, lan psikoedukatiboa egin ahal izateko eta alarma-zeinuen identifikazioa errazteko.
3. Arrisku-familetan interbentzio goiztiarra egingo da. Horretarako, beharrezkoa da ondoko zerbitzuak koordinatzea: lehen mailako atentziokoak, obstetrizia-ginekologiakoak, pediatriakoak eta psikiatriakoak.

4. Familiei tratamenduaren eskuragarritasuna eta atxikidura erraztu behar zaie, holako arazoetan haurrekin eta beren familiarekin batera lan egitea funtsezkoa baita.

Jokabide intersektorialak

5. Egitura ertainak garatuko dira (eguneko zentroak edota hezkuntza-tailerrak nahiz ohiko ospitalizazioaren bestelako aukerak), Gizarte-zerbitzuekin eta Hezkuntza Sailarekin batera.
6. Familia-hezkuntza eta eskola-hezkuntza koordinatzeko planak ezarriko dira inplikaturako sektoreen artean, norabide pedagogikoko egiturak barne daudelarik.
7. Osasun-zerbitzuen eta gizarte-zerbitzuen sistema judizialarekin batera jokatzeari ezarri eta indartuko da, batez ere haurraren tratu txarrarekin zerikusia duen guztiari dagokionez.

Beste jokabide batzuk

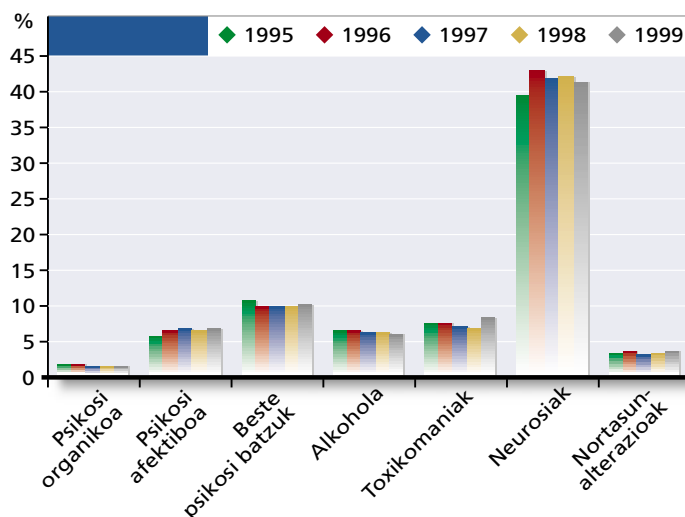
8. Inplikaturako profesional sanitarioek informazioa jaso behar dute, haur-gazteen osasun mentala afektatzen duten arazoak goiz detektatzeko.

3.5.2. Pertsona helduak eta osasun mentala

Estatu Batuetan 18-54 urte bitarteko biztanlerian patologia mentalaren prebalentzia aztertu zen (Epidemiological Catchment Area Study, 1994); azterketa horretan zifra hauek ezarri ziren: %1,3 eskizofreniarentzat, %7,1 humorearen trastornoentzat eta %13,1 antsietate-trastornoentzat.

Helduentzako Osakidetza/SVSen ospitaletik kanpoko asistentzia psikiatrikoko sarean, pazienteen %20aren diagnostikoa "eskizofrenia eta bestelako psikosiak" da; %40arena, berriz, "neurosiak" taldean sartzen dena; azken diagnostiko horrek biltzen ditu antsietate-trastorno ezberdinak, trastorno depresibo ez-psikotikoak eta elikadura-portaeraren trastornoak. Azken atal horrek (elikadura-portaeraren trastornoak izenekoak) oihartzun handia du gizartearen artean, nahiz eta atenditutako biztanleriaren %3a baino ez den. Baina, oihartzun hori dela eta, 1998an hiru Lurralde Historikoetan programa espezifikoak ezartzeko beharrrizana sortu zen. Programa horien bidez, trastorno-mota horrengatik sare espezializatuan tratatzeko onartutako kasuen %66a asistitu da. Bestalde, patologia horietarako etorkizuneko interbentzio-bideei dagokienez, bai eta beste patologiei dagokienez ere, berriz ere esan beharra dago lehen mailako atentzioko detekzio goiztiarrak duen garrantzia; beraz, 1998an hasitako bideari jarraitu behar zaio, ekipo multidisziplinarrak sortuz; izan ere, bide hori abalatuta dago bai lortu diren emaitzengatik bai dagoen bibliografiagatik ere. Azkenik, atenditutako patologiaren %15a gutxi gora behera, alkoholarekin eta bestelako toxikomaniekin erlazionatuta dago. Azken 5 urteetan, atenditutako patologia ezberdinen prebalentziaren finkotasun kontsideragarria konstatatu da (30 irudia).

30 irudia. Osakidetza/SVSeko ospitaletik kanpoko asistentzia-sarean atenditutako patologia mentalen diagnostiko-taldeak. EHAE. 1995-1999.



Iturria: Osakidetza/SVS.

3.5.2.1. Eskizofrenia eta beste psikosi batzuk

Gaurko egoera

1999an Osakidetza/SVSeko Osasun Mentaleko sarean 11.459 paziente psikotiko atenditu ziren guztira.

Eskizofreniaren eta oro har koadro psikotikoen jokabide terapeutikoaren helburua da pertsona bere ohiko inguruan berriz txertatzea. Ahalik eta onura terapeutiko handienera heltzeko zenbait arazok eragin determinatzailea jartzen dute bidean. Arazoak dira: lehenengoa, terapia farmakologikoa behar bezala ez-betetzea; bigarrena, ospitale-zerbitzuetatik eta osasun mentaleko zentroetatik aparte, behar besteko asistentzia-egitura ertainik ez izatea; eta azkenik, errehabilitazio psikiatrikoko zerbitzuak gutxiegi garatuta egotea.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Asistentzia psikiatriko espezializatuaren erabilgarritasuna gehitu behar da, trastorno mental zorrotzak dituzten pazienteen tratamendua areagotzeko.
2. Tratamendu intentsiboko eta espezifikoko programak garatu behar dira, prozesu larriagoak dituzten pazienteentzat.
3. Programa psiko-eruditiboak indartu behar dira pazienteentzat eta familiakoentzat.
4. Eskizofreniarekin asoziatutako gaixotasun fisikoen (diabetes mellitusaren, arteria-hipertentsioaren, begi-arazoen, eta sexu-bidezko gaixotasun transmitigarrien) prebalentzia handiagoa dagoela kontuan harturik, lehen mailako atentzioak beharrezko neurriak hartuko ditu, gaixotasun guzti horiek goiz detektatzeko eta modu egokian kontrolatzeko.

5. Dauden egitura ertainak (eguneko zentroak edota tailerrak eta ohiko ospitalizazioaren bestelako aukerak) modu egokian erabiltzea promozionatuko da, egiturok behar diren lekuetan ezartzea indartuko delarik.
6. Pazienteentzako errehabilitazio psiko-sozialeko programak garatu behar dira.

Jokabide komunitarioak

7. Informazio-bide bat garatu beharra dago, biztanleriari gaixotasunak dituen fase eta forma diferenteen informazioa emateko, eta guztiok nola detekta daitezkeen jakinarazteko.
8. Arrisku-familiak definitzea oso inportantea da, arazo horiek goiz detektatzeko eta tratatzeko. Horretarako mekanismo egokiak ezarriko dira, aspektu horri buruz erakunde publiko ezberdinetan dagoen informazioa konpartitu ahal izateko.
9. Medikazio anti-psikotikoaren erabilera egokia, eta bestelako patologien tratamenduko farmakoen erabilera egokia promozionatzeko kanpainak egingo dira, psikiatrian espezializatuta ez dauden medikuen artean.

Jokabide intersektorialak

10. Elkarrekin eta profesional sanitarioekin batera hezkuntza-programak garatuko dira, gaixotasunaren estigma soziala murrizteko.
11. Auto-laguntzako jarduerak garatzeko Sail, Udal eta Institutio ezberdinen eta afektatuen elkarte eta familiakoen elkarrekiko kolaborazioa bultzatuko da.
12. Gaixo mentalen eskubideak bermatuta egongo dira, eta eskubideok gizarte-kolektibo guztiei jakinaraziko zaizkie.
13. Arlo sozio-sanitarioa indartuko da, trastorno horiekin erlazionatutako guztiari dagokionez; izan ere, trastorno horietan inon baino hobeto lor daiteke haien tratamenduan inplikaturako zerbitzu guztien integrazio erreala.
14. Paziente horien lan-erreinsertzioaren alde egingo da, beren ingurutik hurbil mantentzeko laguntza baita.
15. Beharrezkoa da mini-egoitzak sortzea, ospitaleratzeko barik beste aukera baterako kandidatuak diren pazienteentzat.
16. Psikiatria-zerbitzuak sistema judizialarekin lanean aritzea indartuko da, tratamenduaren jarraipena errazteko, bai ospitalean bai anbulatorioan, ingresuaren judizializazioa ekidinez.

Beste jokabide batzuk

17. Beharrezkoa da gaur egun dauden informazio-sistemak indartzea, zehatz-mehatz jakiteko paziente kronikoen eta paziente zorrotzen kopurua eta egoera, batez ere eskizofreniak eta psikosi larriek jotakoena.

3.5.2.2. Trastorno depresibo ez-psikotikoak eta antsietate-trastornoak

Patologia horiek pisu handia dute bai lehen mailako atentzioan bai Osakidetza/SVSen sareko ospitaletik kanpoko asistentzia psikiatrikoan (atenditutako pazienteen %40). Gainera berrerortzeko arrisku altua aurkezten dute (bi urtera %70 berrerortzen dira, antsietate-trastornoei buruz Amerikar Psikiatria-elkarteak argitaratutako azken gidaren arabera). Hori guztia dela-eta, funtsezkoa da estrategia zehaztuak planteatzea, hots, denbora mugaturako plan terapeutikoen aplikaziora zuzenduriko estrategiak; horrela premiaz gabeko kronifikazioak ekidindo baitira.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Patologia horien arrisku-familietan gerta daitezkeen alarma-zeinuak goiz detektatzeari buruzko prestakuntza-kanpainak indartuko dira.
2. Psikiatria-zerbitzuen eta lehen mailako atentzioko zerbitzuen arteko koordinazioa oinarritzkoa da, arrisku-egoerako pertsonak goiz detektatzeko eta orientatzeko; horregatik, kooperazio hori sistematizatu-ko da, bateratutako jokabide-protokoloen bidez.
3. Gainera, lehen mailako atentzioarekin koordinazio-programa ezarriko da, suizidio-arriskua duten pazienteak espezifiki detektatzeko, eta suposamendu horretarako jokabideak ezartzeko.
4. Plan terapeutikoak beti oinarritu behar dira erabilgarri dagoen ebidentzia zientifikorik onenean; plan horiek farmakologia noiz erretiratzeko den bilduko dute, eta errekurrentziak ekiditea bilatuko dute.

Jokabide komunitarioak

5. Oro har, biztanleriari informazioa eman behar zaio hauek guztiak jakin ditzan: gaixotasun horien fase ezberdinak zeintzuk diren, gaixotasunok nola detektatu, eta normala edo adaptatiboa dena eta patologikoa dena nola bereiztu, eta azkenik, kasu horietariko askok tratamendu egokiari zein ondo erantzuten dioten.
6. Gainera, oro har, biztanleriari destinatutako interbentzio-programak garatuko dira, estresaren aurkako trebetasunak eta teknikak hobetzeko.

Jokabide intersektorialak

7. Arrisku-egoerako pertsonak detektatzerakoan, prebentzio-jokabideak ezarriko dira, bai lan-inguruan eta bai eskola-inguruan.

3.5.2.3. Alkohola

Alkoholaren abusuak eragindako arazoek gaur egun EHAEAn duten prebalentzia biztanleriaren %5ekoa dela estimatu da, Osakidetza/SVSeko osasun mentaleko sarean atenditutako pertsonen datuen arabera (ospitaleki kanpoko kontsulten %15; ospitaleetako ingresuen %12). Bestalde, badirudi argi dagoela, gazteen artean adikzio-portaeren eta kontsumoko pauta-aldaketen oinarri direla nortasunaren trastornoak.

97-EHAEolak detektatu zituen larregizko edaleak gizonezkoetatik %6,3 izan ziren eta emakumezkoetatik %1,2. Portzentaje horiek handiagoak izan ziren klase sozial desfavoratuenetan.

Interbentzio-estrategiak

Alkoholaren esparruko estrategien helburuak dira: kontsumitzen hasteko adina atzeratzea; zentzuzko kontsumoaren alde egitea; seinale komorbidoak goiz detektatzea eta tratatzea; eta ospitalizazio-kasuetan abinentzia akutuko episodioak murriztea (ikusi "bizimoduak" kapitulua).

Jokabide indibidualak

1. Alkohol-mendetasuna duten pertsonak atenditzeko edo alkohol-kontsumoagatik osasun arazoak dituzten pertsonak atenditzeko programa espezifikoak bultzatuko dira.
2. Tratamendu- eta errehabilitazio-zerbitzuen eskuragarritasuna aseguratu da. Zerbitzuok efikazak izateko behar besteko prestakuntzako pertsonala edukiko dute.

3. Patologia psikiatriko asoziatuak goiz aztertea eta tratatzea eskatzen du, horrela egitea badagokio.
4. Lehen mailako atentzioko esparruari dagokio patologia fisiko asoziatua goiz detektatzea eta tratatzea.
5. Ohitura alkoholikoaren balorazioa sistematikoki egin behar da paziente guztietan, bai ospitaletik kanpo atenditzen direnean, bai ospitalean atenditzen direnean.

Jokabide komunitarioak

6. Arazo horiek prebenitzeko beharrezkoa da familietan alkoholaren gaiei buruzko hezkuntza fomentatzea.
7. Auto-laguntzako elkarteek zeregin inportantea dute paziente horien errehabilitazioan; horrexegatik, osasun mentalaren sarea eta elkarte horiek batera aritzea potentziatuko da.

Beste jokabide batzuk

8. Kasu konplexuak eta gizartearen aldetik defizitarioak direnak Osasun Sailak toxikomanoei laguntzeko duen programan sar daitezkeen aztertuko da.

Ezberdintasunak

9. Alkohol-mendetasuna duten pertsonak edo alkohol-kontsumoagatiko osasun-arazoak dituztenak atenditzeko programa espezifikoak bultzatuko dira, talde sozial defaboratuenetan atentzio berezia jarritz.
10. Gainera, alkohola kontsumitzeagatik tratamenduan dauden pertsonen eskaintza terapeutikoa osatuko da, gizarte-inkorporazioa errazten duten gizarte-sareen garapena promobituz.

3.5.2.4. Toxikomaniak

Gaurko egoera

Heroina-kontsumoak behera egin du, baina substantzia berriak agertu dira, bai eta kontsumitzeko modu berriak ere. Horiek guztiok gogoan hartzeko moduko aldaketa eragin dute EHAEko paziente toxikomanoaren perfilean. Gaur egun bi motatako biztanleria-talde bereizten dira:

- Politoxikomanoak; heroina-kontsumoaren antzinako historia dute, 35-44 urte bitartekoak dira, eta narriadura organikoa eta gizarte-egitura ahuldua aurkezten dituzte.
- Kontsumitzaile berriak; euren batez besteko adina gazteagoa da, ez dute narriadura organikorik, euren egitura sozio-laborala nahikoa da eta kontsumitzeko moduak diferenteak dira, substantziei eta administrazio-bideei dagokienez.

Diferentzia horiek eskatzen dute, argi dago, interbentzio-estrategiak horietako biztanleria-talde bakoitzaren ezaugarri espezifikoetara egokitzea. Badago, hala ere, guztion den helburu bat: kontsumoa murriztea eta inguru sanitariora hurbiltzeko erraztasuna izatea, beren toxikomania eta patologia organiko asoziatuak kontrolatzeko.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Paziente toxikomanoen asistentzia-eskaintza dibertsifikatu egin behar da.
2. Toxikoen kontsumoari asoziatutako patologia psikiatrikoa goiz tratatzeko estrategiak garatuko dira.

3. Pertsona horiek errehabilitatzeko, familiekin lan egitea potentziatuko da.
4. Toxikomaniekin erlazionatutako konplikazio organikoak (tuberkulosia, HIESa eta abar) prebenitzeko eta goiz detektatzeko estrategiak garatuko dira.

Jokabide komunitarioak

5. Komunitatea zerbitzu sozio-sanitarioez hornituko da; zerbitzu horiek bakoitzaren beharrianetara moldatuko dira, bai kontsumitzaileei bai familiei dagokienez.
6. Zaletasun edo adikzio-aldian osasuna babesteko programak promozionatuko dira (esaterako, xiringak elkartrukatzeari buruzkoak edo preserbatiboen erabilgarritasunari buruzkoak).

Jokabide intersektorialak

7. Egitura ertainak ezarriko dira, lan iraunkorra errazteko; lan horren helburua pertsona horien gizarte- eta lan-errekuperazioa denez gero, instituzioarteko lana potentziatuko da.

Ezberdintasunak

8. Talde desfaboratuenean eskuragarri izango dituzte xiringen elkartrukeari, preserbatiboak erabiltzeko eta ordezeko tratamenduei buruzko programak, bai eta efektiboak direla erakusten duten etorkizuneko programak ere.

3.5.3. Osasun mentala eta hirugarren adina

Gaurko egoera

EHAean, azken 5 urteotan Osakidetza/SVSeko ospitaletik kanpoko sarean atenditutako 65 urtetik goragoen biztanlerian %25eko gehikuntza gertatu da. Gehikuntza horren arrazoiak dira, batetik, biztanleriaren bizitza-itxaropenaren gehikuntza iraunkorra, eta bestetik, psiko-patologiaren ikuspuntutik arriskutsua den talde horrek duen garrantzia. Gaixotasun depresiboa da zergatirik printzipalena biztanleria zaharraren ingresu psikiatrikoa egiteko, bere prebalentzia %10 eta %30 bitartean dagoelarik, aztertutako esparruaren arabera. Bestalde, gizonezkoa izatea, 65 urtetik gorakoa, eta bestelako patologia psikiko zein fisiko asoziatuak izatea, suizidio-arriskuko-faktoreak dira. Horregatik beharrezkoa da kolektibo horrentzako helburuak eta jokabideak ezartzea.

Dementzia arazo sozio-sanitario larria da, eta gehitzen doan arazoa gainera. Osasuneko ikuspuntutik heretsiki hartuta, interbentzioak batez ere diagnostiko zehatza eta goiztiarra garantizatzeko egingo dira, eta diagnostiko horren arabera tratamendua jarriko da. Izan ere, gaur arte ezin da lehen mailako prebentziorik egin, eta ez dago inolako tratamendu sendagarriarik. Etorkizuneko Euskadiko Plan Sozio-sanitarioan dementziaren arazoak lehenengo lekuan egongo dira, dudarik gabe.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Behin eta berriz esan behar dugu patologia psikiatrikoa goiz detektatzeak duen garrantzia.
2. Lehen mailako atentzioko esparruan suizidio-asmoa detektatzeko eta jokabide-pautak ezartzeko protokoloa garatuko da.

3. Neurologia-zerbitzuaren eta Psikiatria zerbitzuaren arteko koordinazioa gehituko da, dementzia senilen diagnostiko etiologikoa ahalik arinen eta ahalik zehatzen ezartzeko eta tratamendua hasteko, posible denean.

Jokabide intersektorialak

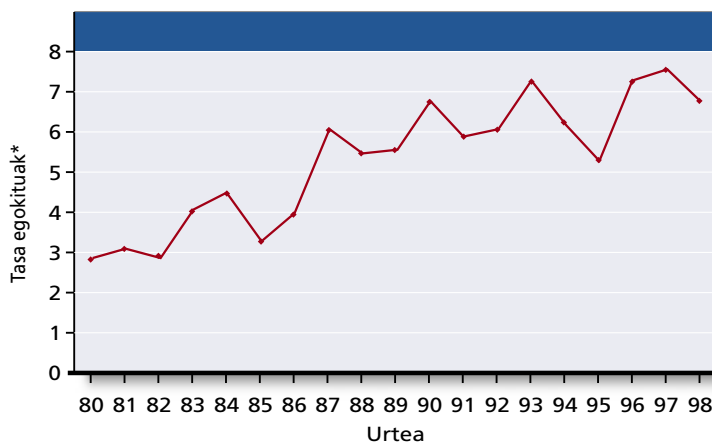
4. Esparru sozio-sanitarioan, zaintzaileekin, batez ere familiakoekin kolaboratzeko programak ezarriko dira, paziente horien instituzionalizazioa atzeratzeko; bestalde, zaintzaileei laguntzeko programak, hots, beren bizitza-kalitatea hobetzeko programak ere ezarriko dira.
5. Mahai soziosanitarioek eztabaidako foro orokorrak izaten jarraituko dute, gaur egun lantzen dagoen Euskadiko Plan Sozio-sanitarioa garatu arte.
6. Ospitale psikiatrikoetan luzaro ingresatuta dauden paziente zaharren egoera aztertuko da, hirugarren adineko egoitzetara alda daitezkeen baloratzeko.
7. Errehabilitaziorako eta ospitalizaziorako ertaineko egiturak garatzea bultzatuko da.
8. Etxerako laguntzak potentziatuko dira, bizitza-kalitatea hobetzeko, horrela prebenituko baita suizidioa adin-talde horretan.

3.5.4. Suizidioa

Gaurko egoera

Suizidioari dagokionez, erabilgarri dauden datu bakarrak suizidioagatiko hilkortasun-tasarenak dira, baina suizidio-saioei buruz ez dago balioko informaziorik. Suizidioagatiko hilkortasun-tasaren eboluzioa 31 irudian agertzen da.

31 irudia. Suizidioagatiko aitortutako hilkortasun-tasa. EHAE. 1980-1998.



* 100.000ko. Adinaren arabera Europako biztanleria estandarrera egokituta.

Iturria: Hilkortasun-erregistroa. Osasun Saila.

1998an, gizonezkoen suizidio-tasa (100.000 gizonezko 11,1) handiagoa izan da emakumezkoena baino (100.000 emakumezko 3,4). Azken hogeitaz urteetan, zergati horrengatik adinaren arabera egokitutako hilkortasun-tasek apurka-apurka gora egin dute (urteko batez besteko 0,25 puntutan): 1980an, 2,9koa zen eta 1998an, 7,0koa sexu bietan. Gorakada gizonezkoetan handiagoa izan da emakumezkoetan baino.

Maila sozialen puntako kintiloak konparatuz gero, diferentzia nabarmenak ikusten dira 65 urtetik beherako gizonezkoetan: klase desfavoratuenetan suizidio-tasa handiagoa da.

Helburua

	2010erako helburua	Gaurko egoera*	2010erako egoera	Iturria
Suizidioagatik hilkortasuna	100.000ko 7tik behera mantentzea	7,0**	100.000ko 7tik behera mantentzea	Hilkortasun-erregistroa. Osasun Plangintza eta Antolamenduko Zuzendaritza. Osasun Saila

* 100.000ko tasa. Adinaren arabera Europako biztanleria estandararera egokituta. 1996-98 hirurteko batez bestekoa.

** Suizidioagatik hilkortasun-erregistroak dituen arazoak direla-eta, eta zentzu horretan informazio-sistemak hobetu behar direla kontuan izanik, helburu hori ez betetzea sistema horiek hobetu direlako izan daiteke, ez helburuaren prebentzioan jokabiderik eza-gatik.

Interbentzio-estrategiak

Jokabide indibidualak

1. Lehen mailako atentzioan jokabide-protokoloak ezarriko dira, patologia depresiboaren despistajea egiteko, patologia hori baita suizidio-zergati printzipala, batez ere hirugarren adinean.
2. Suizidio-saioko kasu guztien jarraipen indibiduala eta familiarra egingo da, EHAra egokitutako praktika klinikoko giden arabera.
3. Lehen mailako atentzioko arloan medikazio psikiatrikoen erabilera egokiari buruzko prestakuntza-programak bultzatuko dira.

Jokabide komunitarioak

4. Dibulgazio-kanpainak egingo dira, oro har gizarteak gehiago jakin dezan nola jokatu behar den, hots, zein jokabide-pautari jarraitu behar dion, hurbileko pertsonen baten suizidio-asmoaren aurrean.
5. Eskola-sasoiko nortasunaren trastornoak edota garapen emozionaleko trastornoak goiz detektatzeko plana ezartzea bultzatuko da.

Beste jokabide batzuk

6. Aurrekari psikiatrikoak aztertu ahal izateko, suizidioen erregistro zentralizatuaren bideragarritasuna baloratuko da.