

BEG

Boletín Epidemiolóxico de Galicia

SUMARIO

O CONSUMO DE TABACO NOS PROFESIONAIS SANITARIOS DE GALICIA, ANO 2006	1
A MORTALIDADE EVITABLE EN GALICIA NAS DÚAS DERRADEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XX	3
ANEXO: PROGRAMA GALEGO PARA A DETECCIÓN PRECOZ DA XORDEIRA NEONATAL: RESULTADOS 2002-2005	
ANEXO: PROGRAMA GALEGO PARA A DETECCIÓN PRECOZ DE METABOLOPATÍAS NEONATAIS: RESULTADOS 1995-2005	

O CONSUMO DE TABACO NOS PROFESIONAIS SANITARIOS DE GALICIA, ANO 2006

Introdución. En Galicia realizouse no ano 1999 a primeira dunha serie de enquisas quinquenais para coñecer a evolución do consumo de tabaco nos profesionais da saúde, e deste xeito poder medir o impacto das intervencións realizadas sobre este colectivo¹, que son precisas porque inflúen dun xeito importante no consumo de tabaco da poboación, debido a súa labor de educadores sanitarios e de modelos sociais. Diferentes organismos internacionais como a Organización Mundial da Saúde ou o *Surgeon General* dos EEUU publicaron informes nos que sinalaban o difícil que resultaba reducir a prevalencia de tabaquismo nunha poboación sen a participación dos profesionais sanitarios², pero o seu papel está condicionado pola súa actitude persoal perante o problema de saúde que supón o consumo de tabaco. Ás veces esta actitude pode ser negativa, como no caso dos médicos fumadores³.

A continuación resúmense os resultados da segunda enquisa sobre o consumo de tabaco nos profesionais sanitarios en Galicia. O cuestionario empregado pódese consultar no epígrafe especificamente adicado ao consumo de tabaco en Galicia, que se atopa no apartado "tabaco" da área de traballo "non transmisibles/cribado" da páxina web da Dirección Xeral de Saúde Pública (<http://dxsp.sergas.es>).

Características da enquisa. A enquisa ía dirixida aos profesionais sanitarios de Galicia que traballan en Atención Primaria (AP) e Atención Especializada (AE). En cada un destes ámbitos consideráronse dúas categorías: persoal médico e persoal de enfermería (que comprende tamén a matronas e fisioterapeutas). En AP o persoal médico inclúe medicina xeral, pediatría e odontoloxía e, en AE, os médicos facultativos e os residentes.

Os profesionais de cada ámbito (AP e AE) e categoría profesional estratificáronse por sexo e grupo de idade (<35 anos; 35 a 44 anos; 45 anos e máis). O tamaño de mostra determinouse de xeito independente para cada ámbito e, dentro destes, para cada categoría profesional. A enquisa foi telefónica e levouse a cabo entre maio e xuño do 2006.

Para o cálculo do tamaño da mostra asumíuse unha mostraxe simple aleatoria en cada un dos catro grupos e utilizouse a prevalencia de fumadores da primeira enquisa de tabaco en profesionais sanitarios¹. Tomouse un erro do 3%, un nivel de confianza do 95%, e asumíuse unha porcentaxe de non resposta do 15%. Os datos que se presentan a continuación están axustados ao deseño coas estimacións puntuais seguidas polo intervalo de confianza ao 95% entre parénteses, e as diferenzas de prevalencia avaliáronse coa proba chi-cadrado.

Características xerais dos enquisados. Enquisáronse 3.321 profesionais sanitarios; 1.587 de AP (817 profesionais médicos, dos cales 442 eran varóns; e 770 de enfermería, con 161 varóns) e 1.734 de AE (781 médicos entre os que 460 eran varóns; e 953 profesionais de enfermería, con 107 varóns). O 6'1% dos seleccionados negáronse a participar.

O 69% (67-71%) dos enquisados estaban casados, o 79% (76-82%) dos homes e o 64% (62-66%) das mulleres. Cando se lles preguntou polo tipo de contrato que tiñan no centro, o 82% (80-84%) eran indefini-

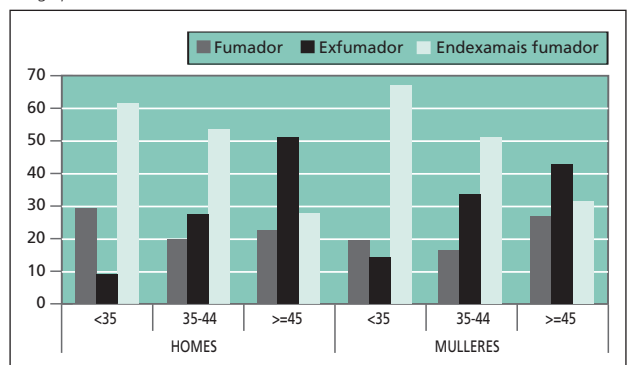
dos. O 66% (65-68%) declararon ter un bo estado de saúde, non aparecendo diferenzas en función do sexo, do ámbito asistencial nin da categoría profesional.

O 9% (8-10%) dos profesionais enquisados atendían a poboación de 0 a 14 anos, o 70% (68-71%) a poboación maior de 14 anos e o 22% (20-23%) a calquera dos dous tipos.

Consumo de tabaco. Cualificouse como *fumador diario* a aquela persoa que no momento da enquisa fumaba polo menos 1 cigarro ao día; como *fumador ocasional* a aquela que se ben no momento da enquisa fumaba non o facía a diario; como *exfumador* a aquela que fumou nalgún momento da súa vida 100 cigarros ou mais e o fixo durante máis de 6 meses seguidos e agora non fuma; e como *endexamais fumador* a aquela que non fuma na actualidade nin nunca fumou, ou que se ben probou o tabaco non chegou a fumar 100 cigarros ou non fumou máis de 6 meses seguidos.

De acordo con estas definicións, o 23% dos profesionais sanitarios galegos son fumadores (ver a táboa 1), ben diarios ou ocasionais, sen que se observen diferenzas estatisticamente significativas en función do sexo, aínda que fuman máis os homes menores de 35 anos e as mulleres maiores de 45. A prevalencia de tabaquismo é maior entre os profesionais da enfermería que entre os médicos, cunha diferenza de prevalencias do 5% (3'5-6'2%). Polo demais, destaca a alta prevalencia de endexamais fumadores nos profesionais menores de 35 anos e a prevalencia de exfumadores nos de máis de 45 (ver a figura 1).

Fig. 1. Prevalencia de consumo de tabaco nos profesionais sanitarios en función do sexo e o grupo de idade.



Descrición dos fumadores. Diferentes variables axudan a caracterizar aos fumadores, entre elas destacan a idade á que probaron o primeiro cigarro (idade de experimentación), a idade á que empezaron a fumar de xeito regular (idade de consolidación), a frecuencia de consumo,

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

- Área de traballo: Alimentaria [Alimentaria, manipuladores de alimentos]: Actualización do rexistro de entidades de formación.
- Área de traballo: Transmisibles [SIDA, datos e sistemas de vixilancia]: Sida en Galicia: anos 1985-2005.
- Área de traballo: Non transmisibles/cribado [tabaco]: Folleto "Solta amarras...Vive sen tabaco".
- Área de traballo: Aplicacións e datos: SIMCA. Actualización coa mortalidade ata 2004.

a dependencia física á nicotina (dependencia), os intentos que fixeron para deixar de fumar (intentos previos) e o tipo de labores do tabaco que fuman. Debido a que as características dos fumadores diarios e as dos fumadores ocasionais son diferentes⁴ tratáronse de xeito independente na análise dalgunhas variables.

Os profesionais sanitarios galegos probaron por primeira vez o tabaco, idade de experimentación, a unha idade media de 17'2 anos (17'0-17'5 anos), e non se observaron diferenzas estatisticamente significativas entre sexos, hábito tabáquico actual ou categoría profesional. O colectivo estudado tardou 3 anos por termo medio en empezar a fumar de forma regular, e deste xeito a idade media de consolidación do consumo sitúase en 20'2 anos (19'9-20'6 anos), tanto en homes como en mulleres, sen que se observasen diferenzas tampouco entre categoría profesional ou ámbito (AP e AE).

Os fumadores diarios consumen maioritariamente cigarros rubios [80% (77-83%)] igual que os fumadores ocasionais [81% (73-88%)]. O consumo medio de cigarros nos fumadores diarios é de 13'5 cigarros ao día (12'8-14'3) e nos fumadores ocasionais é de 5'1 cigarros á semana (3'9-6'2).

Para valorar a dependencia da nicotina empregouse o test de Fagerström⁵, considerando 3 categorías de dependencia: ningunha (0 puntos), moderada (de 1 a 6) e alta (de 7 a 10). O 51% dos fumadores diarios (45-57%) teñen unha dependencia moderada, e o 11% (7-15%) unha dependencia alta, non observándose diferenzas estatisticamente significativas en función do sexo ou da categoría profesional. Pola contra, o 95% (90-100%) dos fumadores ocasionais teñen unha dependencia nula. Neste caso tampouco aparecen diferenzas en función do sexo ou categoría profesional.

O 58% (55-62%) dos profesionais sanitarios fumadores actuais tentaron algunha vez deixar de fumar. Por termo medio o número de intentos foi de 2, e conseguiron estar sen fumar por termo medio un tempo máximo de 2 anos. Non se observan diferenzas en función do sexo, da categoría profesional ou do ámbito asistencial no que traballan.

Debido a que o abandono do consumo de tabaco é un proceso cíclico estudáronse as etapas onde se atopaban os profesionais seguindo o modelo proposto por Prochaska e DiClemente⁶. Segundo este modelo, o 8% (6-10%) dos fumadores atópanse en fase de preparación, o que significa que pensan en abandonar o consumo de tabaco no próximo mes, mais o 45% (41-49%) aínda se atopan en fase de precontemplación, o que supón que non teñen intención de cambiar a súa conduta nos vindeiros 6 meses. De todos os xeitos, o 53% (49-58%) dos enquisados afirman que lles gustaría deixar de fumar.

Descrición dos exfumadores. Case o 38% dos profesionais sanitarios galegos son exfumadores, sendo superior a prevalencia entre os homes (ver a táboa 1). Por termo medio levan 10 anos sen fumar (12 anos os homes e 10 as mulleres) e o 29% (37-42%) conseguiron deixalo a primeira vez que o tentaron.

O 66% dos exfumadores fumaban tabaco rubio, cun consumo medio de 18 cigarros ao día. Fumaban máis os homes que as mulleres (23 cigarros vs 16), e o persoal médico que o de enfermería (20 cigarros vs 17). O consumo era semellante en AP e AE.

Aos exfumadores tamén se lles preguntou pola súa dependencia cando eran fumadores. O test empregado foi o mesmo ca no caso dos fumadores e as preguntas referíronse ao momento anterior a deixar de fumar. O 15% (12-17%) tiñan unha dependencia alta, e supuñan o 20% (16-25%) dos homes e o 11% (8-13%) das mulleres.

Para rematar, compre salientar que máis do 80% dos exfumadores teñen unha confianza total en manterse sen fumar, tanto durante o próximo ano como nos próximos 5 anos, e nisto tampouco se observan diferenzas entre os grupos estudados.

Comparación coa enquisa anterior. Para estudar a evolución do consumo de tabaco entre os profesionais sanitarios galegos comparáronse os resultados obtidos na enquisa aquí presentada cos da enquisa levada a cabo en 1999¹. Para facer isto foi necesario homoxeneizar as definicións de hábito no que atinxe a exfumador e endexamais fumador, que quedan como segue: *exfumador* é a persoa que fumou nalgún momento da súa vida e agora non fuma; e *endexamais fumador* a que non fuma nin nunca fumou.

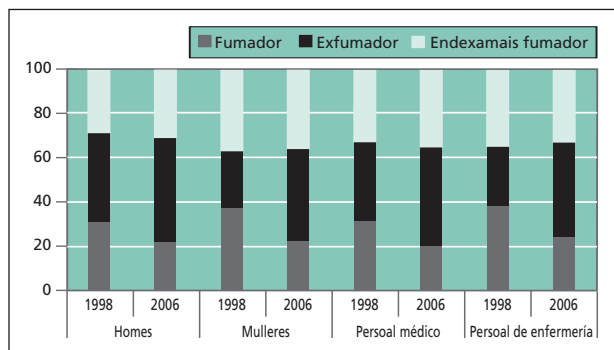
A comparación dos datos amosa un descenso da prevalencia de fumadores diarios de 10 puntos. Na primeira enquisa, a prevalencia de fumadores diarios era do 30% (28-32%) no conxunto, do 25% en homes e do 32% en mulleres. O descenso da prevalencia, que se debe principalmente á diminución no consumo das mulleres (ver a figura 2), é especialmente acusado nas mulleres con idades comprendidas entre 35 e 44 anos.

Como tamén se observa na figura 2 a prevalencia descendeu nas dúas categorías profesionais estudadas, mais foi moi intenso en enfermería. Asemade, a prevalencia diminuíu tanto en AP como en AE.

Ao comparar estes resultados débese ter en conta que na enquisa de 1999 empregouse unha estratexia de mostraxe diferente e que a maioría das entrevistas foron presenciais. De todos os xeitos, esta diferenza na estratexia de mostraxe non debería producir variacións nas prevalencias obtidas, como tampouco debería producilas o feito de que a entrevista sexa persoal e non telefónica⁷.

Comparación coa poboación xeral. Ao comparar os datos de prevalencia de consumo de tabaco nos profesionais sanitarios cos obtidos na poboación xeral en 2005⁸; despois de axustar por sexo e idade, obsérvase que a prevalencia de consumo diario e ocasional entre os profesionais sanitarios é inferior (22'5 vs 30'7), cunha diferenza do 8% (5'6-10'4%).

Fig. 2. Comparación de prevalencias de consumo de tabaco, 1998-2006.



Conclusións. Observouse un importantísimo descenso na prevalencia de consumo de tabaco entre os profesionais sanitarios, pero a pesar deste descenso, a prevalencia continua a ser alta, e débense manter as intervencións específicas orientadas a manter esta tendencia.

Táboa 1. Prevalencia de consumo de tabaco entre os profesionais sanitarios galegos no ano 2006

Prevalencia	Total	Homes	Mulleres	Atención primaria	Atención especializada
Fumador diario	19'0 (17'6-20'3)	18'1 (15'7-20'5)	19'5 (17'7-21'3)	21'6 (19'6-23'6)	17'9 (16'1-19'8)
Fumador ocasional	3'8 (3'1-4'5)	4'3 (2'9-5'6)	3'5 (2'7-4'4)	3'9 (3'0-4'9)	3'7 (2'8-4'7)
Exfumador	37'9 (36'1-39'6)	42'2 (39'1-45'3)	35'5 (33'4-37'7)	41'1 (38'7-43'5)	36'5 (34'2-38'8)
Endexamais fumador	39'3 (37'5-41'1)	35'4 (32'4-38'4)	41'5 (39'2-43'7)	33'4 (31'0-35'7)	41'8 (39'5-44'2)
Prof. médico					
Fumador diario	16'1 (14'2-18'0)	16'4 (13'9-18'9)	15'7 (12'9-18'5)	19'4 (16'7-22'1)	14'3 (11'8-16'8)
Fumador ocasional	4'1 (3'1-5'1)	4'6 (3'1-6'0)	3'5 (2'0-4'9)	4'4 (3'0-5'8)	3'9 (2'5-5'3)
Exfumador	39'2 (36'7-41'7)	43'0 (39'6-46'4)	34'3 (30'6-38'0)	42'1 (38'7-45'4)	37'6 (34'2-41'0)
Endexamais fumador	40'7 (38'1-43'2)	36'0 (32'7-39'4)	46'6 (42'6-50'5)	34'2 (30'9-37'4)	44'2 (40'7-47'7)
Prof. Enfermería					
Fumador diario	21'5 (19'4-23'7)	23'1 (17'3-29'0)	21'2 (19'0-23'5)	24'3 (21'3-27'4)	20'6 (18'0-23'2)
Fumador ocasional	3'5 (2'5-4'5)	3'5 (0'2-6'8)	3'5 (2'5-4'6)	3'4 (2'1-4'7)	3'6 (2'3-4'9)
Exfumador	36'8 (34'3-39'2)	40'0 (33'0-47'0)	36'1 (33'5-38'8)	39'9 (36'5-43'4)	35'7 (32'6-38'8)
Endexamais fumador	38'2 (35'6-40'7)	33'4 (26'5-40'3)	39'1 (36'4-41'8)	32'3 (29'0-35'7)	40'1 (36'9-43'3)

Introdución. O concepto de mortalidade evitable introduciuno David Rustein a mediados dos anos 1970¹, baixo o nome de mortalidade innecesariamente prematura, cando propuso unha lista de condicións que non deberían conducir á morte en presenza dunha atención médica oportuna e efectiva, no entendemento de que "atención médica" cubriría todas as áreas: prevención, cura e rehabilitación. De feito, a lista non contía só enfermidades onde o papel da atención médica é obvio, como a apendicite; incluía tamén enfermidades nas que para evitar a morte o coidado médico ten un papel menor, como o cancro de pulmón (i.e, non hai probas de diagnóstico precoz, a supervivencia despois do diagnóstico e curta e a prevención vai moito máis alá da práctica médica, aínda que nela ten un papel nada desprezible).

Mais o termo de mortalidade evitable introducírono Charlton et al, que tamén foron os primeiros en aplicar o concepto a nivel poboacional e limitar a lista de enfermidades consideradas ás que caen dentro do ámbito médico, polo que causas de morte como o cancro de pulmón foron eliminadas da lista. Esta perspectiva foi a que adoptaron os autores do Atlas da mortalidade evitable da Comunidade Europea, publicado en 1988, que resume axeitadamente a filosofía dos estudos sobre mortalidade evitable: proporcionar sinais da alarma sobre posibles deficiencias na prestación de coidados de saúde.

Nas dúas edicións seguintes do Atlas modificouse a lista de causas de morte evitables, para incorporar os avances no coñecemento médico e o desenvolvemento de infraestruturas sanitarias, pero incorporaba condicións nas que non era tan doado asumir que a atención sanitaria efectiva podería evitar a morte en todos os casos. Esta evolución dos contidos da lista de causa de morte evitable indica algúns dos problemas cos que atopa o concepto: en calquer intre, determinar cal morte é evitable; e, co paso do tempo, determinar cando unha causa evitable debe ser incorporada á lista. Neste senso, Westerling simplificou este problema ao introducir a distinción entre mortes evitables só coa asistencia sanitaria daquelas nas que para evitar a morte son precisas políticas de saúde.

Outros problemas do concepto de mortalidade evitable dependen da idade a partir da cal a morte perde a consideración de evitable, e a necesidade de adaptar a lista de causas de morte ao lugar onde se quere empregar. Neste senso, para atender a todas estas consideracións formouse en España un Grupo para el consenso en la modalidad evitable, que ven de publicar una lista de causas de morte evitables, xunto ao período de idade no que terán esta consideración ata un máximo de 74 anos, agrupadas en dous grupos, como propuxera Westerling, un coas "causas susceptibles á intervención de política sanitaria intersectorial" (aquí, causas POL), e o outro coas "causas susceptibles á intervención dos servizos de asistencia sanitaria" (causas SAN)².

No que atinxe a Galicia, en 1997 a DXSP publicou un estudo da evolución da mortalidade evitable entre 1976 e 1992 comparando os trienios 1976/78 co 1990/92³, no que se analizaba por separado cada unha das causas consideradas e para facelo empregouse como indicador de referencia a perda ou gañanza de esperanza de vida entre ambos os dous períodos, calculada co método de Pollard e tendo como idade límite os 65 anos. Agora, neste novo informe, con outro indicador e a nova lista, que implica elevar a idade límite ata os 74 anos, estúdase a evolución da mortalidade evitable en Galicia nas dúas derradeiras décadas do século XX.

Táboa 1. Causas de morte evitables antes dos 75 anos

Causa evitable	Tipo	Causa evitable	Tipo
Tuberculose	SAN	Enfermidades vacinables	SAN
Cancro de colo de útero*	SAN	Anemias carenciais	SAN
Cancro do corpo do útero*	SAN	Tumor maligno da pel	SAN
Enfermidade de Hodgkin	SAN	Tumor de testículos	SAN
Reumatismo cardíaco	SAN	Leucemia***	SAN
Respiratorias agudas	SAN	Enfermidades da tiroides	SAN
Asma****	SAN	Diabetes mellitus**	SAN
Enfermidade do apéndice	SAN	Hiperplasia de próstata	SAN
Hernia abdominal	SAN	Cardiovasc. Conxénitas	SAN
Colelitíase/colecistite	SAN	Iatroxenia	SAN
Hipertensión	SAN	Cancro de pulmón	POL
Cerebrovasculares	SAN	Hepatopatía alcohólica*	POL
Mortalidade materna	SAN	Accidente de tráfico	POL
Causas perinatais	SAN	Suicidio	POL
Infarto de miocardio*****	SAN	Homicidio	POL
Úlceras pépticas	SAN	Outras causas externas	POL

(*) de 15 a 74 anos (**) de 0 a 49 anos (***) menores de 15 anos
 (****) de 5 a 49 anos (***** de 35 a 74 anos

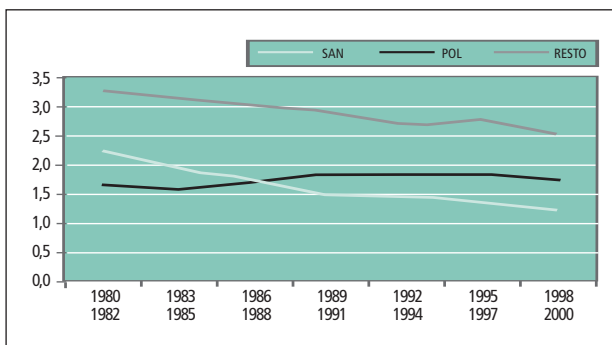
Material e métodos. Empregáronse as mortes ocorridas de 1980 a 2000 en residentes en Galicia de menos de 75 anos de idade, agrupadas en trienios. Os datos de mortalidade proceden do Rexistro de Mortalidade de Galicia, e os demográficos do IGE. As causas cualificáronse como evitables, POL ou SAN, ou "inevitables" (nas figuras RESTO), de acordo co criterio de causa e idade proposto polo devandito Grupo español para o consenso (ver a táboa 1)². Como indicador empregouse os anos de esperanza de vida perdidos (AEVP) antes dos 75 anos. Os AEVP corresponden á diferenza entre a esperanza de vida máxima considerada, neste caso 74 anos, e a realmente observada. Por exemplo, a esperanza de vida ata os 74 anos era, no trienio 1980/82, de 67 anos, polo que nese período os AEPV foron 74-67 = 7 anos.

Resultados xerais. Na poboación galega a esperanza de vida ata os 74 anos medrou progresivamente dende o primeiro ata o último trienio considerado (1980/82 a 1980/00), e os AEVP diminuíron en consecuencia, de 7'1 a 5'4 anos, e o fixeron tanto en varóns como en mulleres, nos que os AEVP pasaron, respectivamente, de 8'3 e 4'8 a 7'5 e 3'3 anos.

Por grupos de causas, durante todo o período estudado o maior número de AEVP debeuse a causas de morte consideradas "inevitables" (ver a figura 1), que tiveron unha tendencia descendente, como tamén ocorreu cos AEVP por causas SAN, especialmente na primeira metade do período. Pola contra, o número de AEVP debidos a causas POL experimentou un lixeiro aumento.

De todos os xeitos, a participación das causas evitables no conxunto de AEVP mantívose constante trienio a trienio, variando entre o 53 e o 55%. Dentro das causas evitables, a participación das POL medrou ao longo do período, pasando do 23 ao 33% do conxunto de AEVP, e do 43 ao 59% dos AEVP debidos a causas evitables.

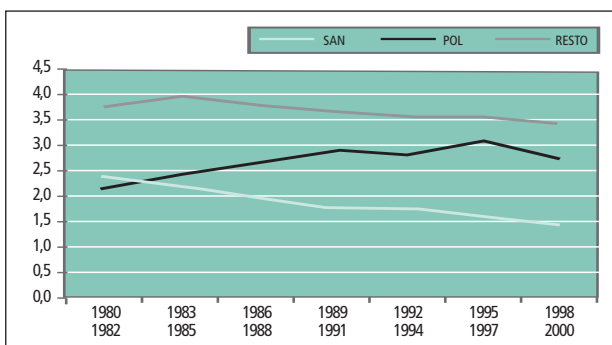
Fig. 1. Evolución trienal do número de AEVP polos diferentes grupos de causas. Galicia 1980-2000.



Resultados por xénero. Nos varóns observouse (ver a figura 2) que durante todo o período estudado o maior número de AEVP debeuse a causas de morte "inevitables", e que as causas POL e SAN tiveron comportamentos diverxentes: partindo dun nivel semellante, mentres coas primeiras medraban os AEVP durante todo o período e só principiaron a diminuír cando estaba a piques de rematar, en gran medida debido á diminución dos AEVP asociados á SIDA (ver despois); os AEVP debidos a causas SAN, aínda que moi amodo, diminuíron continuamente.

Tamén nos varóns, a participación das causas evitables nos AEVP mantívose constante ao longo do período, variando, neste caso, entre o 53 e o 57%. Entre as causas evitables, a participación das POL medrou do 26 ao 38% no conxunto de AEVP, e do 48 ao 66% dos debidos a causas evitables; e a participación das causas SAN diminuíu en consecuencia, do 28 ao 19%, e do 52 ao 34%, respectivamente.

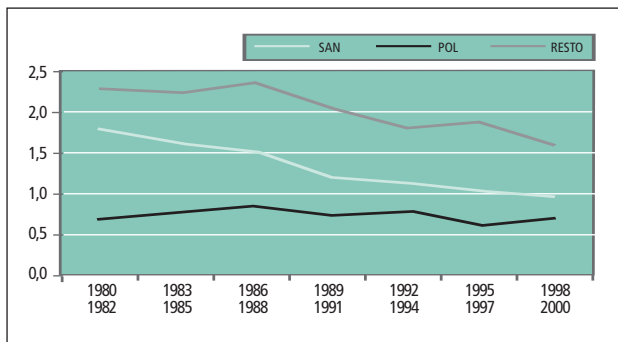
Fig. 2. Evolución trienal do número de AEVP polos varóns por grupos de causas. Galicia 1980-2000.



Tamén nas mulleres o maior número de AEVP durante o período débese de atribuír ás causas inevitables (ver a figura 3), pero nelas a importancia das causas POL sempre foi menor que a das causas SAN, que mostran como nos varóns un descenso continuo dende o inicio ao remate do período, mentres que as POL manteñense estables. Ademais, neste caso, a participación das causas evitables nos AEVP variou entre o 47 e o 52%; e, e concreto, a das causas SAN diminuíu do 38 ao 30% no conxunto de AEVP, e do 72 ao 58% nos AEVP debidos a causas evitables.

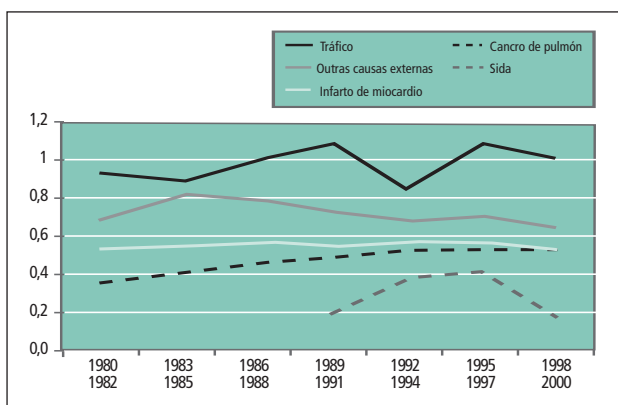
Por outra banda, resulta rechamante o resultado de comparar a evolución dos grupos de causas en varóns e mulleres. Sexa cal sexa o grupo, o número de AEVP sempre é maior nos varóns, mais durante o período estudado a diferenza de AEVP debidos a causas SAN e causas de morte consideradas "inevitables" mantívose constante trienio tras trienio, no contorno de 0'5 e 1'5 AEVP, respectivamente, mentres a diferenza de AEVP debidos a causas POL medrou dende o inicio do período ata 1996/97, de 1'4 a 2'5 AEVP, para rematar o período en 2. Deste xeito, semella que o maior aumento da esperanza de vida ata os 74 anos que se observou nas mulleres nas dúas últimas décadas do século XX débese fundamentalmente ao comportamento das causas POL nos varóns.

Fig. 3. Evolución trienal do número de AEVP polas mulleres por grupos de causas. Galicia 1980-2000.



Resultados por causa. Na figura 4 móstrase o comportamento das catro principais causas de AEVP en varóns, e máis a SIDA, que en conxunto representan o 35% dos AEVP polos varóns durante o período, e o 64% dos perdidos por causas evitables.

Fig. 4. Evolución trienal do número de AEVP polas catro causas máis importantes e a SIDA en varóns. Galicia 1980-2000.

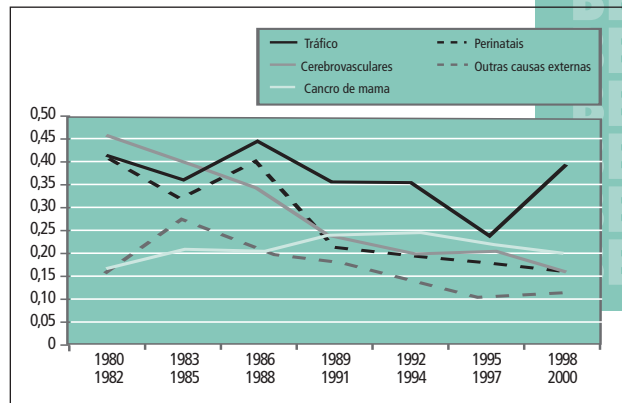


Na figura obsérvase o nítido predominio dos accidentes de tráfico, que teñen un comportamento estable aínda que algo errático, que supuxo

a perda de aproximadamente 1 ano de esperanza de vida en cada trienio, e o 22% de AEVP por causas evitables durante o período. Obsérvase tamén un lixeiro descenso dos AEVP debidos a "outras causas externas"⁶ e un lixeiro aumento dos debidos a cancro de pulmón. Pola súa banda, os AEVP pola SIDA teñen un comportamento previsible polo que se sabe da súa epidemioloxía en Galicia en termos de infección, tratamento e defunción⁴. Para rematar, obsérvase tamén que entre as principais causas de AEVP polos varóns todas, agás o infarto de miocardio, considéranse causas POL.

Na figura 5 móstrase o comportamento das cinco principais causas de AEVP en mulleres, que en conxunto representan o 32% dos AEVP polas mulleres durante o período, e o 63% dos perdidos por causas evitables. Coinciden, pois as mulleres cos varóns no feito de que unhas poucas causas explican unha grande parte dos AEVP debidos a causas evitables, e tamén en que os accidentes de tráfico foron a principal causa de AEVP, mais por esta causa sempre se perderon menos da metade de AEVP que nos varóns. Ademais, semella que durante o período estudado diminuíron os AEVP debidos a estas cinco causas principais, non sendo no caso do cancro de mama, que medraban ata 1990 e diminuíron nos dous últimos trienios.

Fig. 5. Evolución trienal do número de AEVP polas cinco causas máis importantes en mulleres. Galicia 1980-2000.



Comentario. Durante o período estudado a esperanza de vida ata os 74 anos medrou, tanto en varóns como en mulleres, e o fixo porque diminuíu a mortalidade por causas consideradas "inevitables" e por causas SAN; e o aumento da esperanza de vida non foi maior, porque medraron os AEVP nos varóns debido a causas POL, que nas mulleres permaneceron estables. Hai pois, como xa se detectara nun estudo anterior realizado cunha abordaxe diferente⁵, unha parte importante da diferenza de esperanza de vida, neste caso ata os 74 anos, entre varóns e mulleres que se pode explicar por un exceso de mortalidade debida a causas POL, que se consideran "evitables".

Polo demais, os accidentes de tráfico foron, con diferenza, a causa illada de morte que máis AEVP xerou nas dúas derradeiras décadas do século XX.

¹ Unha moi boa revisión da evolución do concepto de mortalidade evitable e da súa aplicación práctica, da que foron extraídos os comentarios relativos a ambos que se fan nesta introdución, é a obra: Nolte E, McKee M. *Does health care save lives?* The Nuffield Trust 2004.

² Gispert R et al. *Gac Sanit* 2006; 20(3): 184-93.

³ DXSP. *Documentos técnicos de saúde pública*; serie B, nº 11.

⁴ DXSP. *Guías de saúde pública*, serie II: Sida: informe 8.

⁵ DXSP. *Boletín Epidemiolóxico de Galicia*; vol XVII, nº 2.

⁶ Causa externa é a que produce a morte como resultado dunha lesión violenta, sexa accidental ou intencionada. Neste documento, "Outras causas externas" fai referencia a todas elas non sendo o accidente de tráfico, o suicidio e o homicidio.

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

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

SAEG

EPIDEMIÓLOGO DE GARDA
 Fóra do horario de oficina
649 82 90 90

A través do 061 tamén é posible contactar co SAEG

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO DE GALICIA

DIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE PÚBLICA
 Servizo de Epidemioloxía
 Telf.: 981 542 929 / Fax: 981 542 970
 E-mail: dxsp.vixepi@sergas.es

XUNTA DE GALICIA
 CONSELLERÍA DE SANIDADE
 Dirección Xeral de Saúde Pública