

**MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL CONSUMO DE
ALCOHOL. CANARIAS
1999-2010**

Investigación financiada por el Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas

Pedro L. Lorenzo Ruano

Mercedes Gil Muñoz

Servicio de Epidemiología y Prevención

Dirección General de Salud Pública

Servicio Canario de la Salud

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	15
MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
RESULTADOS.....	25
I. Grandes grupos.....	29
1.- Causas crónicas.....	30
2.- Causas agudas.....	34
Categorías diagnósticas.....	37
1.- E. digestivas.....	39
2.- Accidentes no intencionales.....	42
3.- Accidentes intencionales.....	45
4.- E. mentales y del comportamiento.....	49
5.- E. circulatorias.....	52
III. Procesos patológicos.....	55
1.- Otras cirrosis.....	57
2.- Cirrosis alcohólica.....	61
3.- Suicidios.....	65
4.- Accidentes de tráfico.....	68
5.- Daño hepático no especificado.....	72
6.- Ahogamiento o sumersión.....	75
7.- Caídas accidentales.....	79
8.- Síndrome de dependencia al alcohol.....	82
9.- Envenenamiento no alcohólico.....	86
CONCLUSIONES.....	91
BIBLIOGRAFÍA.....	95
ÍNDICE DE FIGURAS.....	101

INTRODUCCIÓN

El alcohol es la droga más extendida en nuestro país y una de las principales causas evitables de mortalidad prematura, representando un importante factor de riesgo en la enfermedad crónica y los accidentes.

Históricamente, su consumo forma parte de nuestra cultura, en particular, el vino y la cerveza, consumidos diariamente en las comidas y comparativamente poco dirigido a la intoxicación (patrón mediterráneo), suponiendo una gran fuente de actividad económica: en España, el vino genera un negocio de 4.800 millones de euros/año lo que representa el 0.65% del Producto Interior Bruto. La industrialización de su producción, la globalización del marketing y la promoción del alcohol han contribuido a incrementar su consumo, así como los daños relacionados.

Europa es la región donde tradicionalmente el consumo de alcohol es mayor que en el resto del mundo. Aunque el volumen actual de consumo de alcohol en la Unión Europea (UE) se ha mantenido estable desde hace varios años, es todavía dos veces más alto a nivel global. También hay divergentes tendencias regionales: los países tradicionalmente bebedores de vino han estado reduciendo el consumo de alcohol durante más de dos décadas, mientras que los países nórdicos, los países centro-este y este de la UE y las Islas Británicas, con patrones más irregulares de consumo excesivo de alcohol, han aumentado el consumo en la última décadas.

En España el consumo de alcohol ha disminuido en las últimas décadas; sin embargo, sigue siendo elevado en comparación con el resto de países europeos. Tradicionalmente ha seguido los patrones mediterráneos: consumo diario en las comidas, preferentemente cerveza y vino, y comparativamente poco consumo dirigido a la intoxicación.

Globalmente, el consumo de alcohol genera un impacto social y económico importante para la sociedad. En los últimos años, desde el ámbito de las Ciencias de la Salud se ha hecho un gran esfuerzo para intentar evaluar el impacto del consumo abusivo del alcohol. Diversos estudios epidemiológicos han puesto en evidencia que a mayores niveles de consumo de alcohol corresponden tasas de mortalidad y de morbilidad más elevadas de cirrosis hepáticas, determinados cánceres, accidentes, síndrome alcohólico fetal y otras enfermedades. Además, el alcohol está presente en una proporción importante de los accidentes de tráfico, laborales y domésticos, ocasionando un gran número de discapacidades, la mayoría de ellos en edades

muy tempranas. Cada día es más frecuente la asociación entre consumo de alcohol-fin de semana y los accidentes de tráfico.

Actualmente, los costes sociales totales del consumo de alcohol en España pueden situarse alrededor del 1% del PIB (más de 10.000 millones de euros). Las estimaciones disponibles parecen subestimar dichos costes en relación a las publicadas para países de nuestro entorno.

El uso nocivo del alcohol representa uno de los cuatro factores de riesgo de enfermedades no transmisibles importantes susceptibles de modificación y prevención. Igualmente, existen indicios de que contribuye a aumentar la carga de morbilidad relacionada con enfermedades transmisibles (TBC, VIH/SIDA).

El consumo de alcohol no solo puede causar dependencia, sino que también aumenta el riesgo de que las personas padezcan más de 200 enfermedades, entre ellas la cirrosis hepática y diversos cánceres. Además, el consumo nocivo de alcohol puede relacionarse con la violencia y los traumatismos.

Reducir el uso nocivo del alcohol no es una cuestión que se circunscriba a la salud pública. En realidad, es un asunto de desarrollo, pues la magnitud del riesgo es mucho mayor en los países en desarrollo, donde las personas están menos protegidas por leyes e intervenciones integrales, que en los países con ingresos más elevados.

A partir de la revisión de los principales artículos científicos e informes, así como del análisis de algunos datos secundarios, se evaluaron los problemas relacionados con el consumo de alcohol en España entre 1990 y 2011. En 2011 pudo ser atribuible al alcohol el 10% de la mortalidad total, la mayor parte debida al consumo excesivo regular, y aproximadamente el 30% de la mortalidad por accidente de tráfico en la población de 15-64 años. En esta misma población al menos el 0,8% padecía trastornos por consumo de alcohol, el 5% adicional podía tener problemas que necesitaban evaluación y aproximadamente el 20% había tenido alguna intoxicación etílica aguda (IEA) en el último año. Las IEA supusieron aproximadamente el 0,5-1,1% de las urgencias hospitalarias. Los costes sociales totales del consumo de alcohol podrían representar el 1% del producto interior bruto. La probabilidad de daños relacionados con el consumo de alcohol fue bastante mayor en hombres que en mujeres, con una razón hombre/mujer de mortalidad o daños graves relacionados con alcohol de 3/4, situación que

apenas ha cambiado en los últimos 20 años. Los daños relacionados con alcohol siguieron una tendencia descendente, excepto la IEA. La tasa estandarizada de mortalidad relacionada con el consumo de alcohol disminuyó a la mitad. Es posible que en dicho año la mortalidad prematura y los años potenciales de vida perdidos (AVP) atribuibles a alcohol se situaran algo por debajo de la media europea.

También, se ha analizado la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en varias Comunidades Autónomas. Igualmente, el Ministerio de Sanidad en su página web ha venido ofreciendo datos sobre la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en relación a determinadas enfermedades.

Los resultados de un estudio sobre la mortalidad atribuible al consumo de alcohol en España entre 1999 y 2004 reflejan que representa el 2,1% del total de muertes, aunque su importancia porcentual va descendiendo los últimos años estudiados. Los procesos crónicos contribuyen al 60% de la mortalidad. Las enfermedades del aparato digestivo, en particular "Otras cirrosis", fueron los procesos que más contribuyeron a la mortalidad.

Respecto a la mortalidad prematura, el 9,3% de todos los años potenciales de vida perdidos (APVP) fue atribuible al alcohol, afectando cuatro veces más a hombres que a mujeres. El 70% de estos APVP se relacionan con procesos agudos, siendo los accidentes no intencionales la causa principal (47,9%). La media de años perdidos por cada una de estas muertes fue de 22,6 APVP por cada una de estas muertes (34,7 años en Ceuta y 20,2 en Asturias). Las causas agudas fueron las responsables del 68,0% de los APVP. En definitiva, el estudio muestra una elevada mortalidad prematura por consumo de alcohol en España, fundamentalmente entre varones y por causas agudas.

En Cataluña se ha analizado la evolución de la mortalidad atribuible al alcohol (MAA) y los años potenciales de vida perdidos (APVP) por su consumo de 1988 a 1997, y entre las mediciones principales, se estudiaron las defunciones habidas por las 36 causas de MAA desde 1988 a 1997. A partir de las fracciones poblacionales atribuibles al alcohol (FPAA) se calcularon la MAA, la mortalidad proporcional y los APVP para cada año. La evolución de la mortalidad proporcional se estudió con la prueba de la χ^2 de tendencia lineal y la evolución de la MAA y de los APVP mediante rectas de regresión y el coeficiente de correlación de Pearson. Entre los resultados obtenidos destaca el que un 5,5% de las muertes de Cataluña de 1988 a

1997 fue atribuible al alcohol. Los varones contribuyeron a la mayoría de las muertes (65,8%) y APVP (80%). Los accidentes de tráfico fueron la causa de defunción más frecuente en los varones (15,3%), y las enfermedades cerebrovasculares (25,9%) en las mujeres. Los accidentes de tráfico generaron la mayoría de APVP (43,3%). Se objetivó una disminución progresiva de la mortalidad proporcional, que pasó del 6,2% en 1988 al 4,8% en 1997, así como un descenso significativo del número total de MAA y de los APVP. A partir de aquí, se concluyó que existen diferencias por género en el número y causas más frecuentes de MAA. Se constató una disminución progresiva del número de MAA y APVP durante el período estudiado, fundamentalmente debido al descenso de las muertes por accidentes de tráfico. Asimismo, la mortalidad proporcional disminuyó, aproximándose al 4% propuesto por el Plan de Salud de Cataluña.

Por otro lado, según el informe del Plan Nacional sobre Drogas (2005) el consumo de alcohol en España supone un coste sanitario directo de 1.372 millones de euros anuales para el Sistema Nacional de Salud (SNS). Además, genera unos costes indirectos de 2.460 millones de euros anuales, derivados fundamentalmente del absentismo laboral (728,5 millones) y de reducción de la eficiencia (1.731,5 millones). Solo los costes estrictamente sanitarios suponen un 10% del coste sanitario del SNS pero tanto o más relevantes son el resto de costes que impone al sistema productivo y social. El impacto intersectorial de los efectos de su consumo pone de manifiesto la relevancia y necesidad de abordar y estimar desde una perspectiva global las externalidades producidas por el consumo de alcohol más allá del ámbito estrictamente sanitario.

La estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, avalada por la 63ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2010, reconoce los vínculos estrechos que existen entre dicho uso y el desarrollo socioeconómico. Representa el compromiso de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud para actuar de manera continua a todos los niveles. Asimismo, aprovecha varias iniciativas estratégicas mundiales y regionales para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles, en particular el plan de acción de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, aprobado por la Asamblea de la Salud en 2008.

El objetivo de salud pública sobre el alcohol de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es reducir la carga de salud causados por el uso nocivo del alcohol y, por lo tanto, para salvar

vidas, reducir las enfermedades y prevenir lesiones. El uso perjudicial y de riesgo de alcohol es un importante factor que contribuye a nivel mundial a la muerte, la enfermedad y las lesiones: en el bebedor a través de impactos en la salud, tales como la dependencia del alcohol, la cirrosis hepática, el cáncer y lesiones; y para otros a través de las acciones peligrosas de personas en estado de embriaguez, tales como beber cuando se conduce y la violencia, o mediante el impacto del consumo de alcohol sobre el feto y el desarrollo infantil. En definitiva, el consumo nocivo de alcohol puede también ser muy costoso para las comunidades y las sociedades.

La OMS solicita a los gobiernos que redoblen los esfuerzos para prevenir las defunciones y las enfermedades relacionadas con el alcohol y en un nuevo informe destaca que en 2012 se produjeron 3,3 millones de defunciones en el mundo, provocadas por el uso nocivo del alcohol.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.-

Analizar la evolución de la mortalidad general y de la mortalidad prematura atribuible al consumo de alcohol en Canarias en el período 1999-2010.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.-

1.- Investigar el aporte porcentual de las muertes atribuibles al consumo de alcohol (MACA) al total de las muertes, así como el aporte porcentual de cada uno de los grandes grupos de causas, categorías diagnósticas y procesos patológicos relacionados con el consumo de alcohol al total de MACA.

2.- Calcular el riesgo de morir por MACA, y por grandes grupos de causas, categorías diagnósticas y procesos patológicos relacionados con el consumo de alcohol.

3.- Estudiar la tendencia de la mortalidad por MACA, y por grandes grupos de causas categorías diagnósticas y procesos patológicos relacionados con el consumo de alcohol a lo largo del periodo 1999-2010.

4.- Investigar el aporte porcentual de las MACA, y por grandes grupos, categorías diagnósticas y procesos patológicos relacionados con el consumo de alcohol a la mortalidad prematura.

5.- Analizar el riesgo de morir prematuramente por MACA, y por grandes grupos, categorías diagnósticas y procesos patológicos relacionados con el consumo de alcohol.

6.- Calcular los cambios porcentuales del riesgo de morir prematuramente entre el primer y el último año del estudio por MACA, y por grandes grupos, categorías diagnósticas y procesos patológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos de defunciones fueron obtenidos de los ficheros de la estadística de defunciones según causa de muerte del INE, codificadas según la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE.10) del INE (<http://www.ine.es>).

La selección de las causas muertes atribuibles al consumo de alcohol (MACA), con los códigos CIE.10 y rangos de edad correspondientes se llevó a cabo atendiendo a los criterios del Centro para el Control de Enfermedades (CDC) (2004) (<http://www.cdc.gov/alcohol/>). Dichas causas (procesos patológicos) fueron agrupadas en 11 categorías diagnóstica (E. Digestivas, accidentes intencionales y no intencionales, etc.), y éstas, a su vez, en 19 causas agudas y 51 crónicas (Anexo 1).

La estimación de la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol (MACA) se realizó siguiendo el método dispuesto del método utilizado por el CDC para el cálculo de la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol en EE.UU. para el año 2001, así como la información contenida en el programa Alcohol-Related Disease Impact (ARDI) (<http://apps.nccd.cdc.gov/ardi/Homepage.aspx>).

Para cada causa, las muertes atribuibles con el consumo de alcohol se obtuvieron multiplicando el número de muertes por la fracción atribuible al alcohol (FAA) correspondiente.

De ésta forma, se diferencian 3 grupos (Anexo 1):

- 1) FAA igual a 1: Cuando todas las muertes son atribuidas al consumo de alcohol. Se aplican para ambos sexos y para todos los años del estudio.
- 2) FAA estimadas directamente: Se hace a partir de CDC y se aplican para ambos sexos y para todos los años del estudio. █

Las FAA correspondientes a «Accidentes de tráfico de vehículos de motor» se calcularon, para cada año de estudio y por grupos de edad, a partir de los datos recogidos en las Memorias anuales de “Análisis toxicológico muertes en accidentes de tráfico” del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (Ministerio de Justicia). El criterio utilizado es el de Rivara y cols (2004), según el cual serían atribuibles al alcohol aquellos accidentes en los que el conductor presentó niveles de alcoholemia iguales o superiores a 0,8 g/l. En nuestro caso, por cuestiones de disponibilidad de datos en España, se consideró niveles de alcoholemia

superiores a 0,8 g/l. Para los años 1999 y 2000, al no disponerse de información de fallecidos por rango de edades, se aplicaron las FAA del año 2001.

3) FAA estimadas indirectamente: Se aplican a determinadas causas crónicas, y para cada sexo. Se calculan a partir de los riesgos relativos, previamente determinados para cada enfermedad en función de unos niveles de consumo -intervalos de consumo medio y alto, frente al no consumo-, tal y como se realizó en el estudio de la mortalidad en EE.UU. en 2001. Para el cálculo de la prevalencia del consumo de alcohol se utilizó la Encuesta de Discapacitados para los años 1999-2002, y las Encuestas de Salud de Canarias de 2004 y 2009 para el resto.

La ecuación utilizada fue la siguiente:

$$FAA = [P1(RR1-1)/1+(P1(RR-1))]\% + [P2(RR2-1)/1+(P2(RR-1))]\%$$

donde,

RR1: RR1/RR0 (compara riesgo relativo, medio y bajo).

RR2: RR2/RR0 (compara riesgo relativo, alto y bajo).

RR0: Riesgo relativo para consumo de alcohol bajo.

RR1: Riesgo relativo para consumo de alcohol medio.

RR2: Riesgo relativo para consumo de alcohol alto.

P1= Prevalencia de consumo de alcohol rango medio.

P2= Prevalencia de consumo de alcohol rango alto.

El cálculo de la prevalencia del consumo de alcohol se realizó de acuerdo a 2 criterios o rangos distintos: Rango A (English y cols., 1995; Ridolfo y cols., 2001) y Rango B (Carrao y cols., 1999; Bagnardi y cols., 2001). El primero se utiliza para calcular indirectamente las FAA de todas las enfermedades crónicas, con la excepción de las E. cerebro-vasculares (Rango B). (Anexo 3).

Para cada causa, la mortalidad atribuible al consumo alcohol (MACA) se obtuvo multiplicando el número de muertes por la FAA correspondiente. Los valores obtenidos se redondearon a números enteros.

Además de las MACA en general, se estudió desagregando entre los dos grandes grupos de causas (agudas, crónicas), las categorías diagnósticas (digestivas, accidentes intencionales, ...) y los procesos patológicos (cirrosis no alcohólica, accidentes de tráfico,...).

El estudio abarca la mortalidad de residentes canarios atribuibles al consumo de alcohol durante el periodo comprendido entre los años 1999 y 2010, ambos inclusive.

Se calculó el aporte porcentual de cada uno de los grandes grupos de causas, categorías diagnósticas y procesos patológicos sobre el total de MACA, y de estas sobre el total de defunciones.

Igualmente, se calcularon las Tasas de mortalidad, bruta y ajustadas o estandarizadas por edad y sexo (por 100.000 habitantes). Las poblaciones utilizadas fueron las de riesgo, atendiendo a los intervalos de edades considerados, con la salvedad de las MACA en general, las causas agudas y los Accidentes intencionales, en las que se considera el total de la población, lo que conlleva una inframortalidad.

Los datos de población fueron obtenidos del INE, a través de los ficheros correspondientes a las Estimaciones intercensales de la población, que son los datos oficiales de población utilizados en todas las operaciones del INE y para la comparaciones internacionales. Para el cálculo de las tasas ajustadas, la población estándar es la Europea (teórica).

Los cambios en la mortalidad a través del tiempo (aumento o disminución) se estimaron mediante un análisis de regresión *joinpoint*, realizado a partir de las tasas de ajustadas de mortalidad de cada año del estudio. El modelo de regresión *joinpoint* o modelo segmentado de Poisson es un método estadístico que identifica los puntos donde la dirección o la magnitud de la tendencia cambian significativamente. Este tipo de modelaje proporciona la estimación del porcentaje de cambio anual (PCA) así como sus intervalos de confianza al 95% en cada segmento de la regresión, detectando momentos en los que se producen cambios significativos en las tendencias. El análisis se efectuó con el programa estadístico Joinpoint Regression Program 3.5.3.

En aquellas categorías diagnósticas y proceso patológicos en los que, por falta de efectivos (defunciones) no pudo aplicarse el análisis de regresión *joinpoint*, se procedió a calcular las diferencias porcentuales entre las tasas ajustadas de mortalidad del primer y último año del estudio.

El impacto del consumo de alcohol sobre la mortalidad prematura se estimó mediante el cálculo de los años de vida potencialmente perdidos (APVP) para cada enfermedad y grupo de edad, estableciéndose los 70 años como edad máxima.

Con los APVP obtenidos se procedió a calcular su aporte porcentual al conjunto de APVP por todas las MACA, las tasas brutas y ajustadas de APVP por 100.000 habitantes de 70 o menos años de edad y la diferencia porcentual de las tasas ajustadas entre 1999 y 2010.

RESULTADOS

A lo largo del periodo 1999-2010 se registraron en Canarias un total de 3897 muertes atribuibles al consumo de alcohol (MACA), lo que representa el 2,6% del total de muertes registradas. Este porcentaje es mayor en los hombres (3,8%) que en las mujeres (1,1%).

El 80% de estas MACA corresponde a los hombres, lo que supone una razón hombre/mujer de 4:1 (se registran 4 MACA 4 hombres por cada MACA en mujeres). (Figura 1)

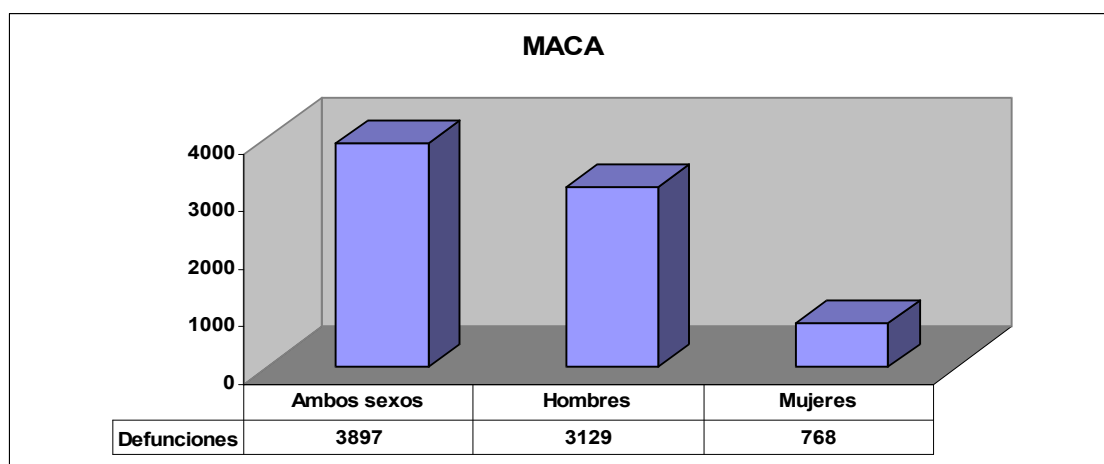


Figura 1.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol (MACA). Canarias 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por MACA presentan valores similares, lo que indica que la estructura por edad y sexo en Canarias a lo largo de los años no ha influido en la mortalidad, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 2)

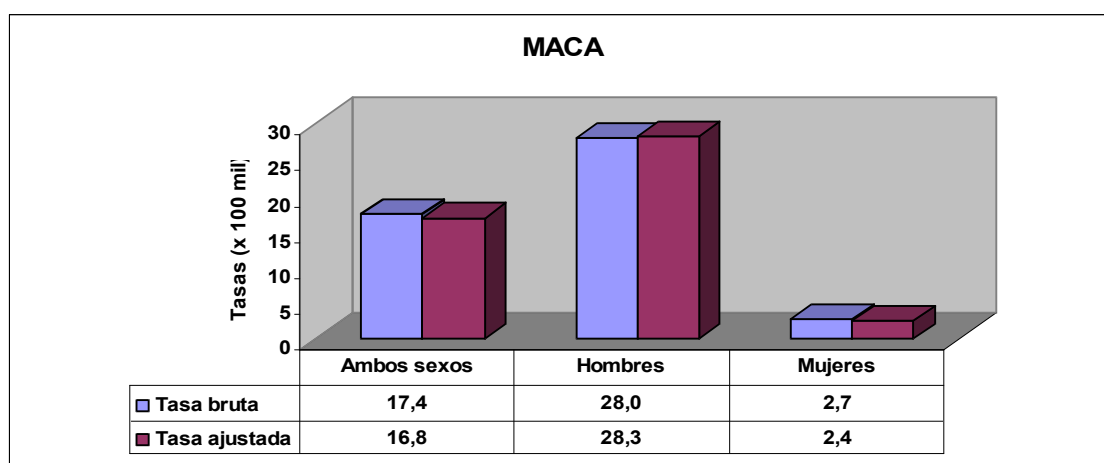
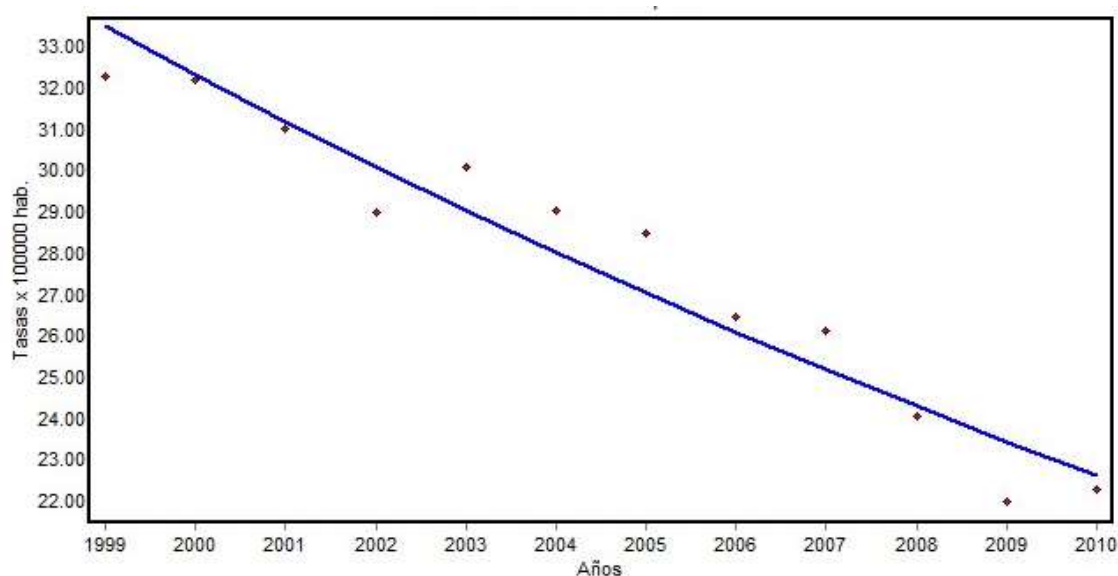


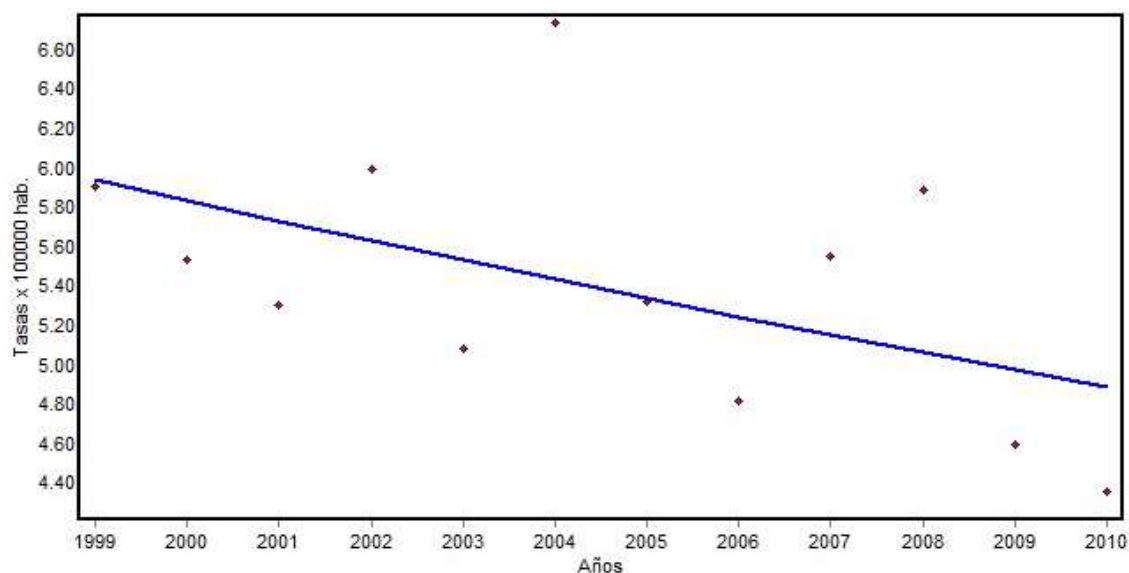
Figura 2.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol (MACA). Canarias 1999-2010.

La tendencia de las tasas ajustadas a lo largo del período es decreciente, con significación estadística en los hombres (PCA: -3,5) y no significativo en las mujeres (PCA: -1,7). (Figura 3)

Hombres



Mujeres



<u>Sexo</u>	<u>Tasa 1999</u>	<u>Período total</u>	<u>PCA</u>
Hombres	32,41	1999-2010	-3,5*
Mujeres	5,77	1999-2010	-1,7

Figura 3- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad atribuidas al consumo de alcohol (MACA). Canarias 1999-2010.

Las muertes prematuras relacionadas con el consumo de alcohol representaron la pérdida de 55.342 años de vida, aportando los hombres el 85% de los mismos (47.269 APVP), lo que supone una razón hombre/mujer de 6 (los hombres pierden prematuramente 6 años de vida por cada año de vida que pierde la mujer). (Figura 4)

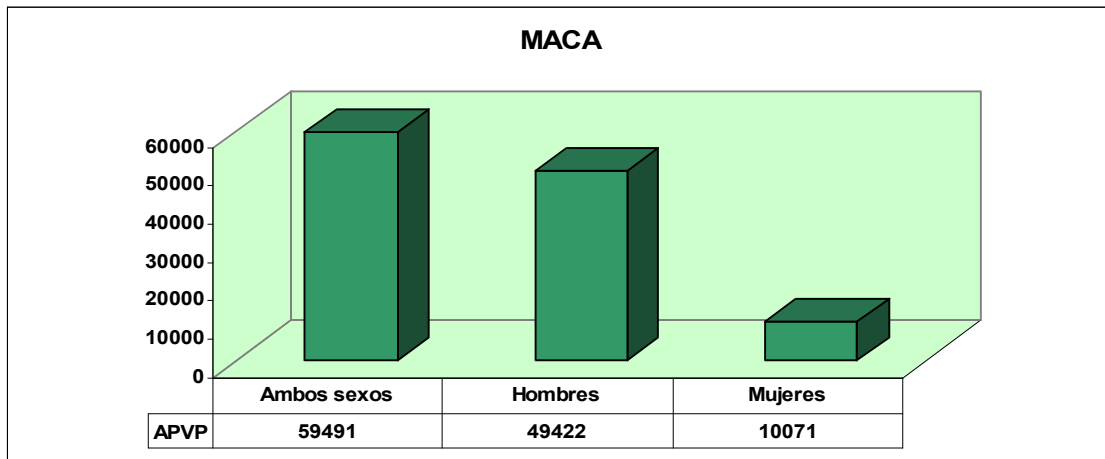


Figura 4.- Años de vida potencialmente perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol (MACA). Canarias 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada de APVP por MACA presentan valores similares, siendo el riesgo de morir prematuramente mucho mayor en los hombres. (Figura 5)

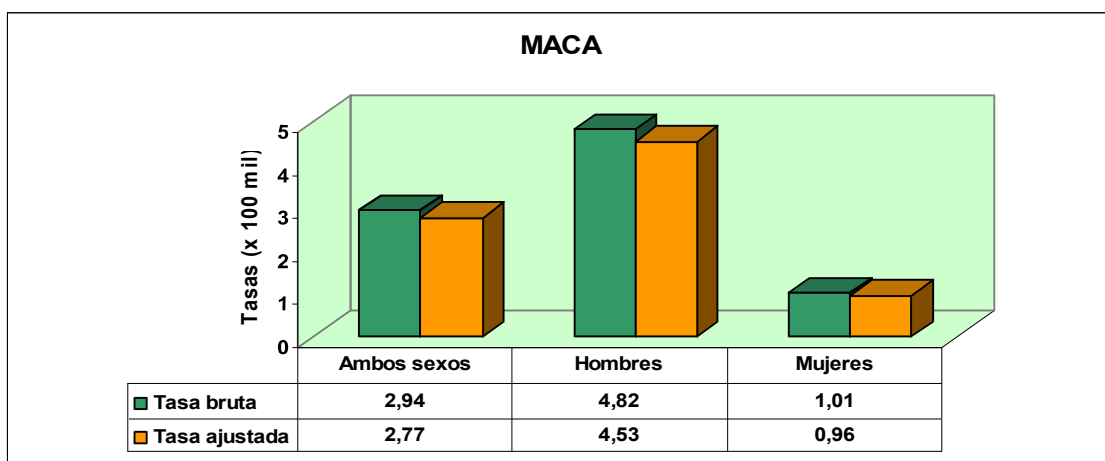


Figura 5.- Tasas bruta y ajustada de Años potenciales de vida perdidos (APVP) por muertes atribuibles al consumo de alcohol (MACA). Canarias 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un descenso relativo del -78,7% (3,27 en 1999; 1,83 en 2010).

I. GRANDES GRUPOS.-

Al estudiar la mortalidad general atribuible al consumo de alcohol por los dos grandes grupos de causas, observamos que el mayor peso lo aportan las causas crónicas (62,5%). Por sexos, los porcentajes son similares, siendo la razón crónicas/agudas de 1,6 (se producen 1,6 MACA por causas crónicas por cada MACA por causas agudas). (Figura 6)

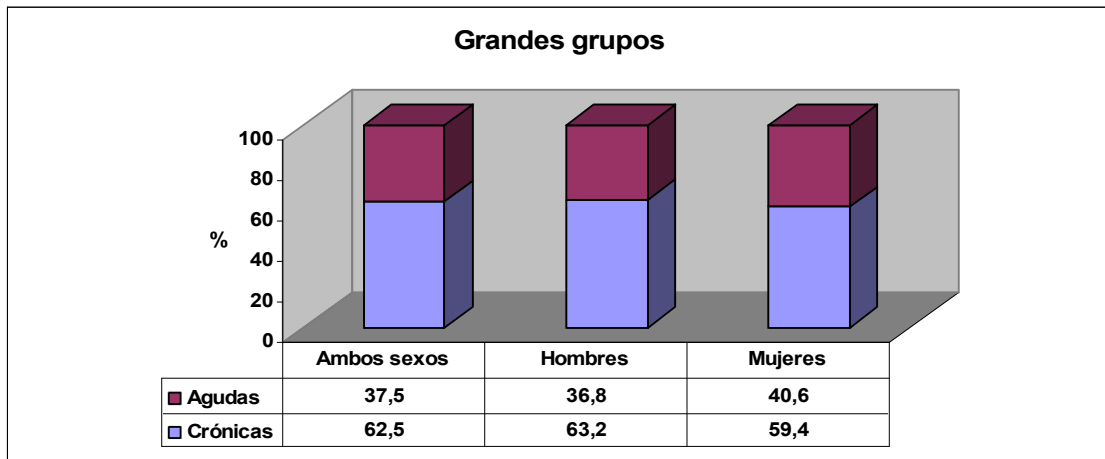


Figura 6.- Porcentaje de muertes atribuibles al consumo de alcohol (MACA) por grandes grupos. Canarias. 1999-2010.

Por el contrario, al estudiar las muertes prematuras debidas a MACA, las causas agudas tienen una mayor peso porcentual (61,9%) que las crónicas. Por sexos, la aportación de estos dos grandes grupos de causas son similares, aunque con una mayor aportación porcentual de las causas agudas en las mujeres. (Figura 7)

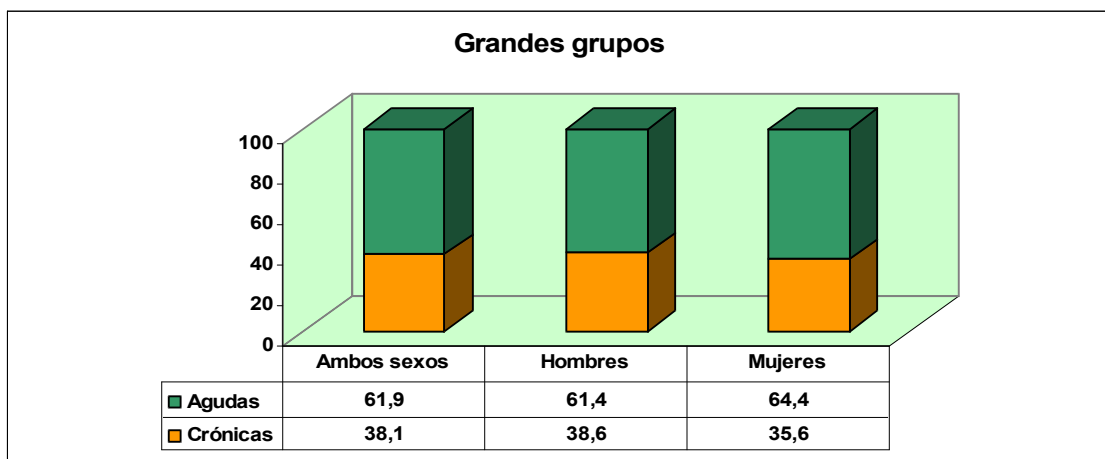


Figura 7.- Porcentaje de APVP atribuibles al consumo de alcohol (MACA) por grandes grupos. Canarias. 1999-2010.

1. Causas crónicas.-

* **Mortalidad general:**

Las causas crónicas son las responsables del 62,5% de las defunciones (63,2% en los hombres; 59,4% en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 81,3% de éstas defunciones afectan a los hombres y el 18,7% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 4 (se producen 4 MACA por causas crónicas en hombres por cada MACA por causas crónicas en mujeres). (Figura 8)

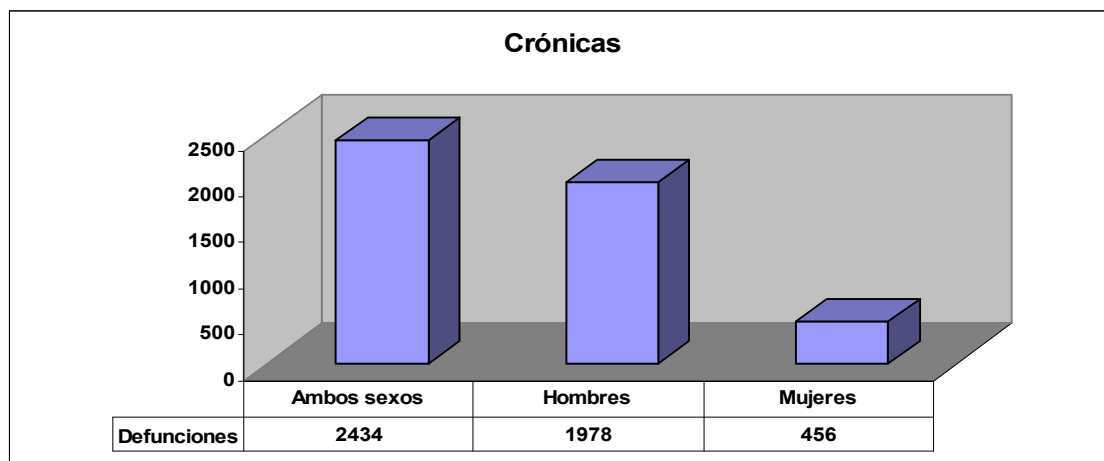


Figura 8.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por causas crónicas. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a causas crónicas presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 9)

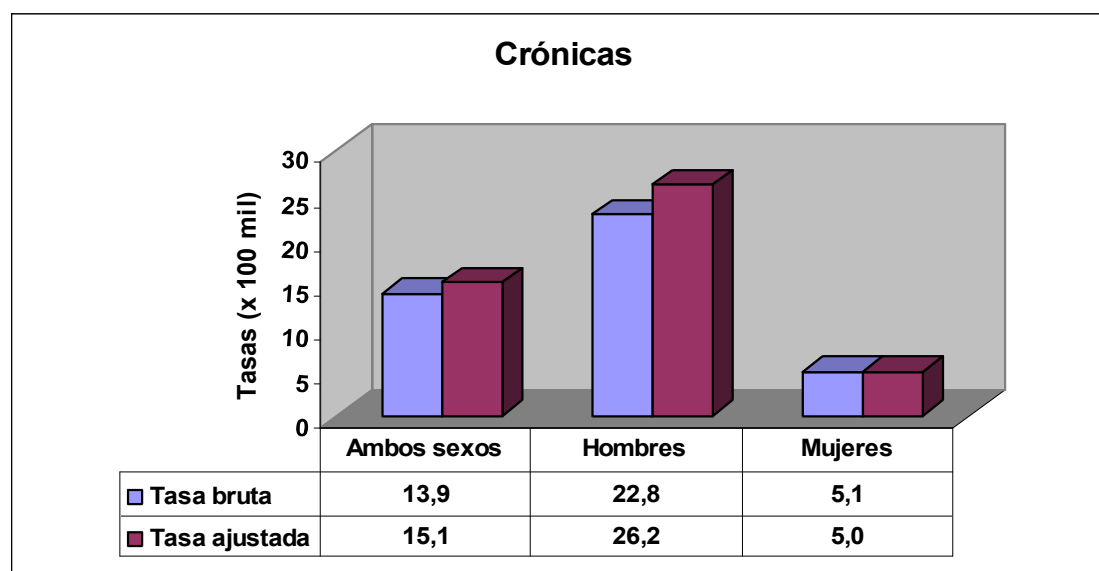
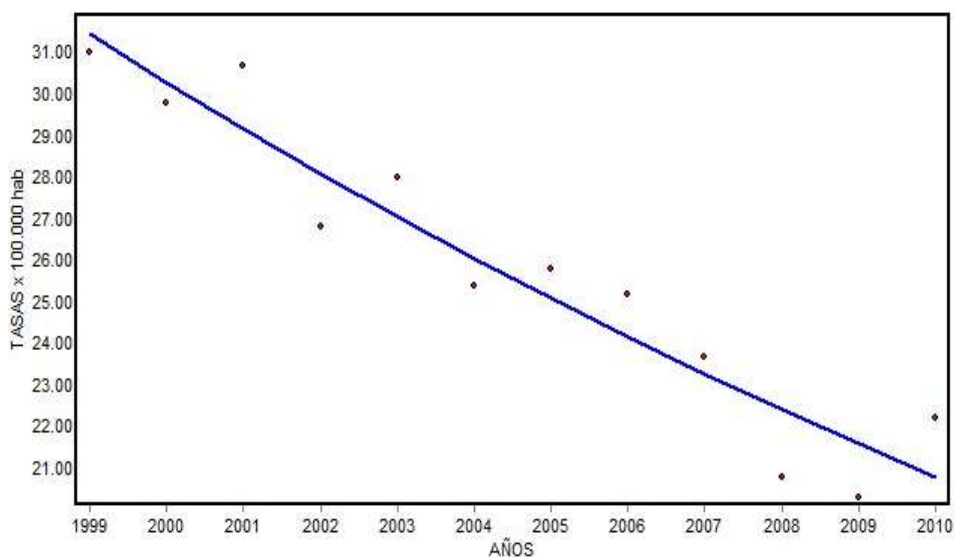


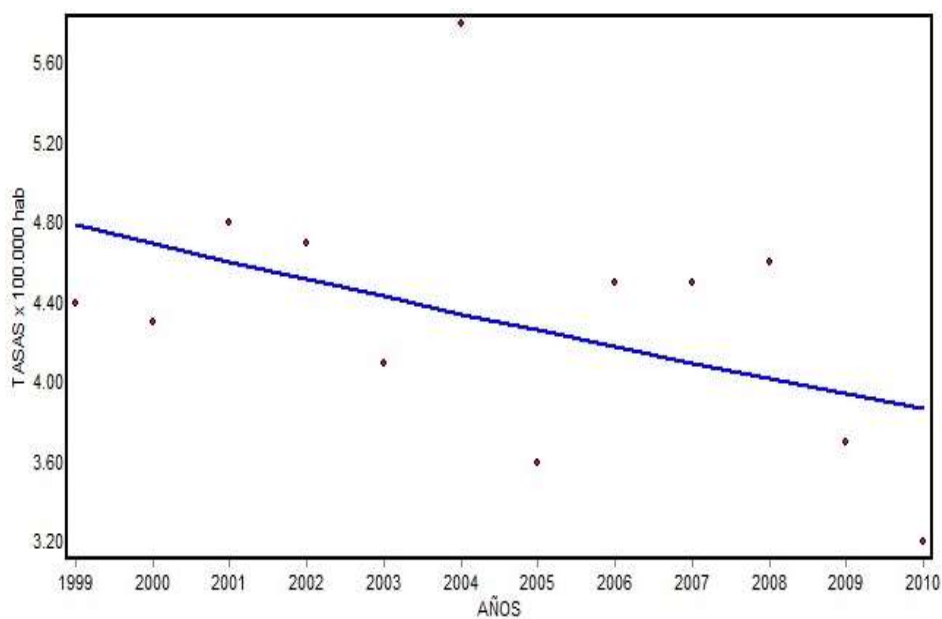
Figura 9.- Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por causas crónicas. Canarias 1999-2010.

La tendencia de las tasas ajustadas a lo largo del período es descendente, con significación estadística en los hombres (PCA: -3,3 y -3,7, respectivamente); en las mujeres, este descenso no es significativo (PCA: -1,9). (Figura 10)

Hombres



Mujeres



<u>Sexo</u>	<u>Tasa 1999</u>	<u>Período total</u>	<u>PCA</u>
Hombres	31,0	1999-2010	-3.7*
Mujeres	4,4	1999-2010	-1,9

Figura 10.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol por causas crónicas. Canarias. 1999-2010.

*** Mortalidad prematura:**

Las causas crónicas son las responsables del 31,8% de los APVP (38,6% en hombres; 35,6% en mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 84,6% de estos APVP afectan a los hombres y el 15,5% a las mujeres, lo que supone una relación hombre/mujer de 5 (se registran 5 APVP por causas crónicas en hombres por cada APVP por causas crónicas en mujeres). (Figura 11)

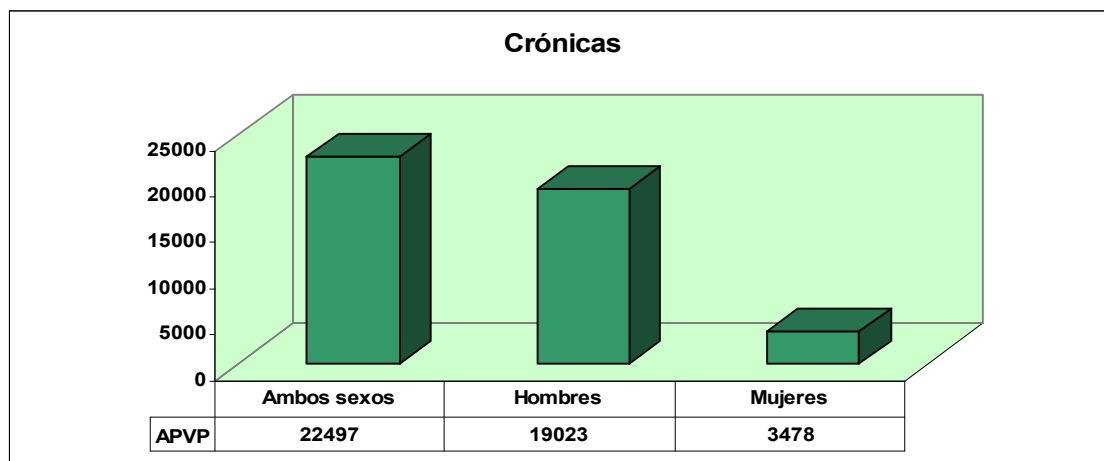


Figura 11.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por causas crónicas. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por causas crónicas presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 12)

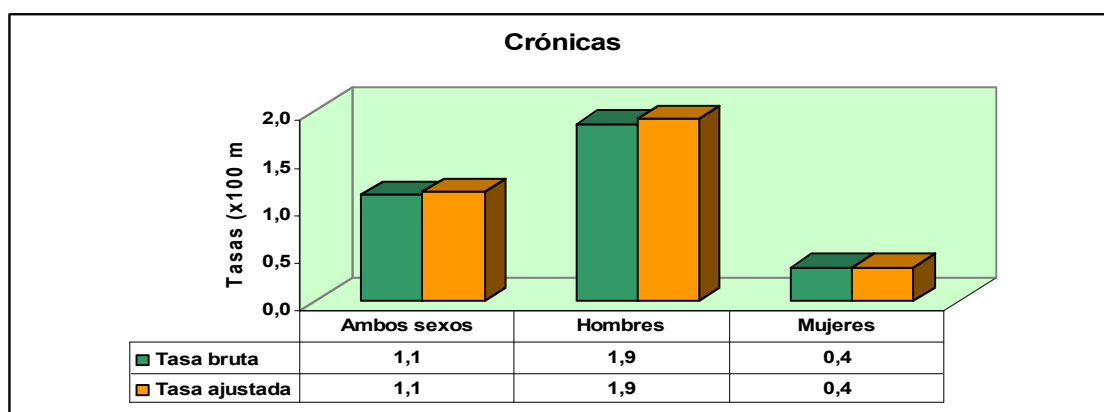


Figura 12.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por causas crónicas. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un descenso relativo del -36% (1,4 en 1999; 0,9 en 2010).

2. Causas agudas.

* Mortalidad general:

Las causas agudas son las responsables del 37,5% de las defunciones (36,8% en los hombres; 40,6% en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 78,7 de éstas defunciones afectan a los hombres y el 21,3% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 4 (se registran 4 MACA por causas agudas en hombres por cada MACA por causas agudas en mujeres). (Figura 13)

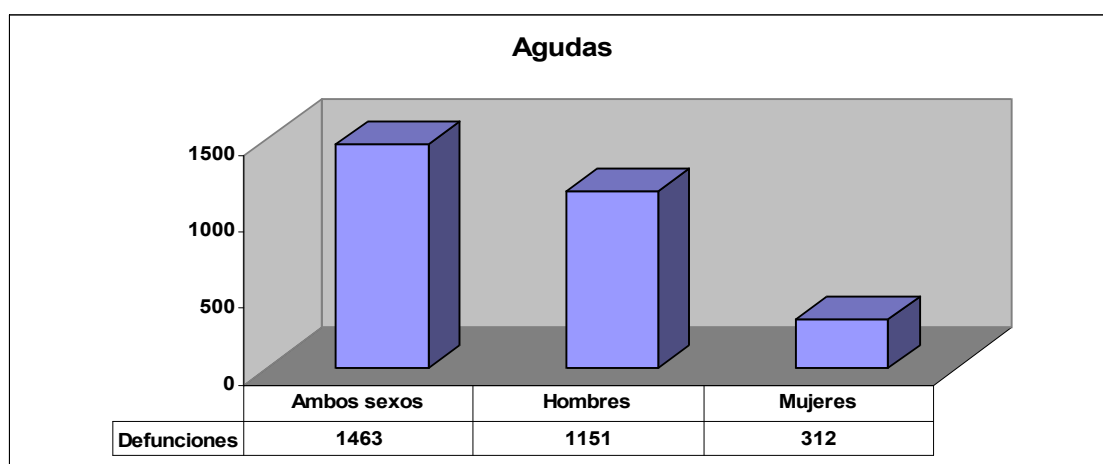


Figura 13.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por causas agudas. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a causas agudas presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 14)

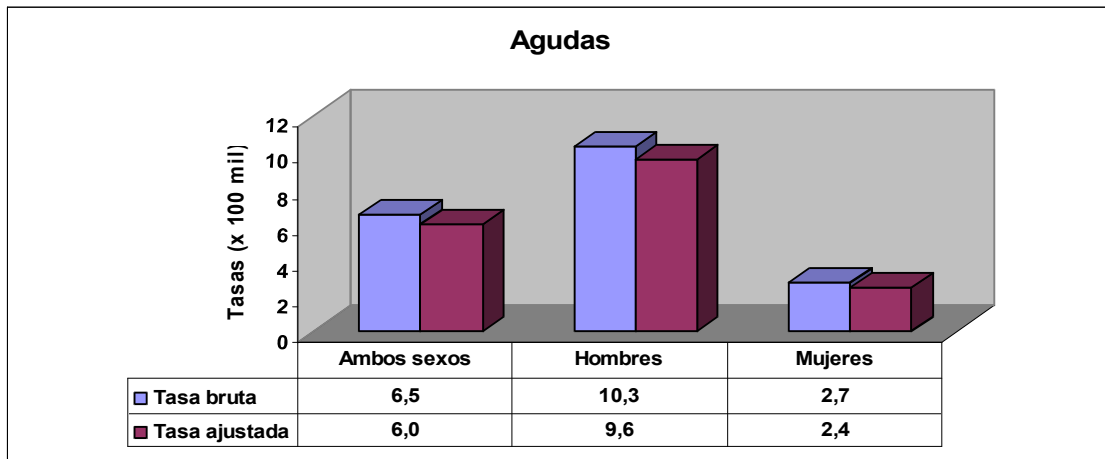
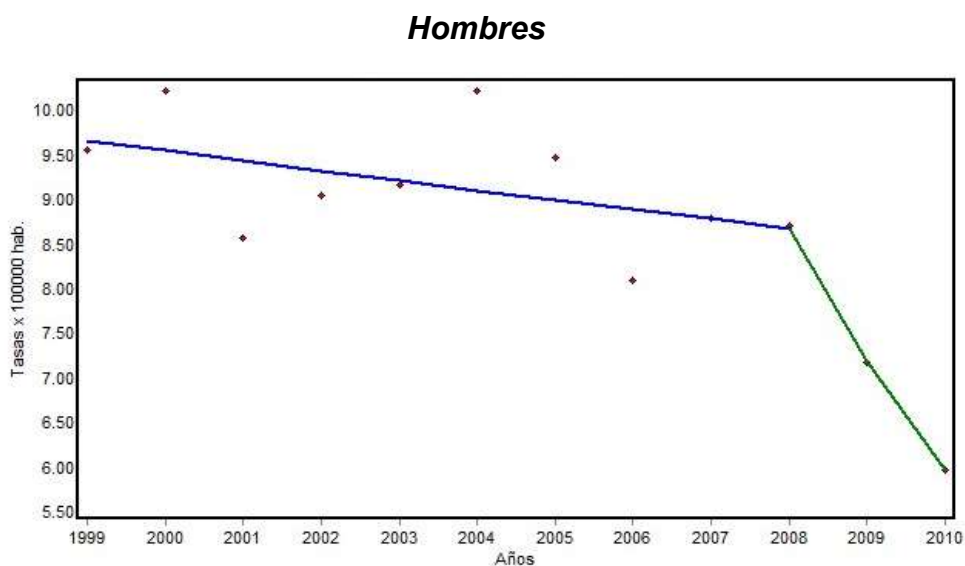
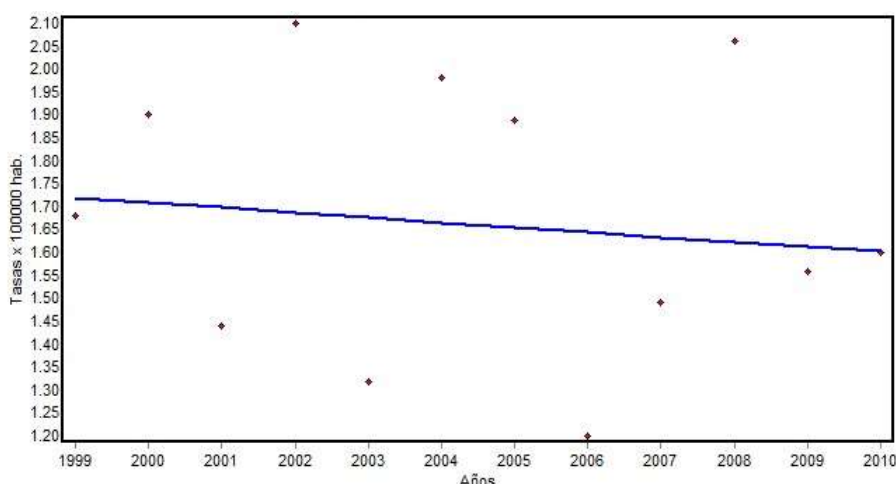


Figura 14.- Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por causas agudas. Canarias. 1999-2010.

La tendencia de las tasas ajustadas a lo largo del periodo es decreciente, con significación estadística en ambos sexos y en los hombres (PCA: -2,5% y -3,0%, respectivamente), aunque en éste último se distinguen dos periodos no significativos (1999-2008 y 2008-2010). En las mujeres, sin embargo, la tendencia es levemente decreciente sin significación estadística. (Figura 15)



Mujeres



<u>Sexo</u>	<u>Tasa 1999</u>	<u>Período total</u>	<u>PCA</u>	<u>Período 1</u>	<u>PCA</u>	<u>Período 2</u>	<u>PCA</u>
Hombres	9,6	1999-2010	-3.0*	1999-2008	-1.2	2008-2010	17,0
Mujeres	1,7	1999-2010	-0,5				

Figura 15.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol por causas agudas. Canarias. 1999-2010.

* Mortalidad prematura:

Las causas agudas son las responsables del 61,9% de los APVP (61,4% en hombres; 64,4% en mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 82,8% de estos APVP afectan a los hombres y el 17,2% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 5 (se registran 5 APVP por causas agudas en hombres por cada APVP por causas agudas en mujeres). (Figura 16)

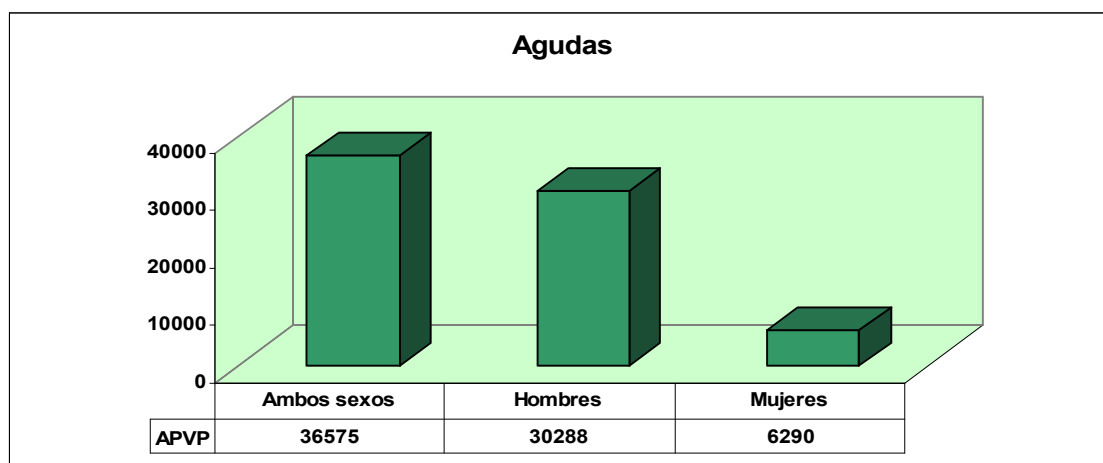


Figura 16.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por causas agudas. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por causas agudas presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 17)

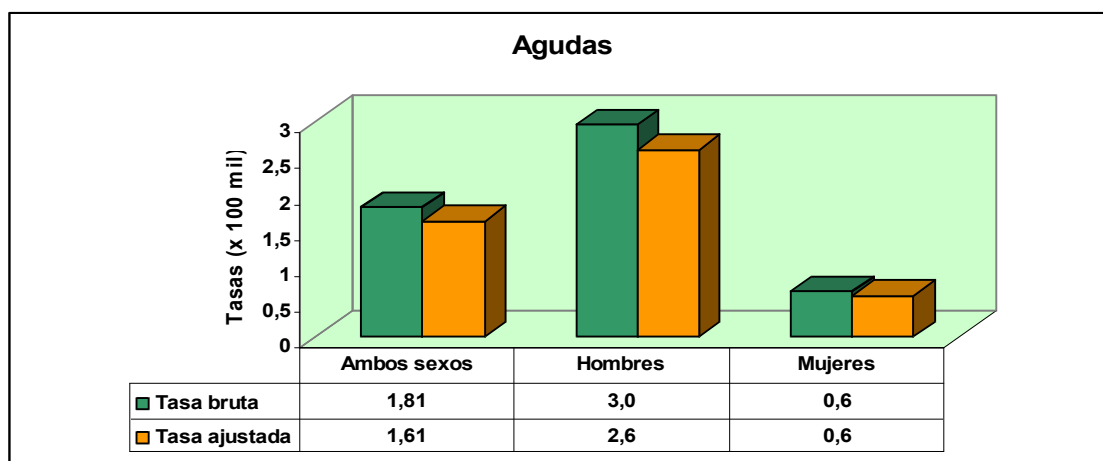


Figura 17.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por causas agudas. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un descenso relativo del -54% (1,8 en 1999; 0,7 en 2010).

II. CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS.-

Al estudiar la mortalidad general atribuible al consumo de alcohol por categorías diagnósticas, observamos que el 95,7% de las muertes relacionadas con el consumo de alcohol registradas en Canarias durante el periodo de estudio se debieron a E. digestivas (46,0%), accidentes no intencionales (24,7%), accidentes intencionales (12,8%), E. mentales y del comportamiento (6,7%) y E. circulatorias (5,5%). Por sexos, los porcentajes son similares (hombres: 95,5%; mujeres: 96,6%), aunque, en el caso de las mujeres, las E. digestivas (48,6%), los accidentes intencionales (26,0%) y los accidentes intencionales (14,5%) aumentan su importancia relativa en detrimento de las E. mentales y las E. circulatorias. (Figura 18)

Destacar también la escasa o nula importancia de las defunciones relacionadas con el alcohol debidas a E. Nerviosas, Otras enfermedades (E. endocrinas y de la piel) y al Embarazo, parto y puerperio.

Por sexos, destaca en los hombres, en relación con las mujeres, la menor importancia porcentual de las E. digestivas, Accidentes no intencionales y Accidentes intencionales, a favor de las E. mentales, E. circulatorias y del Resto de categorías diagnósticas.

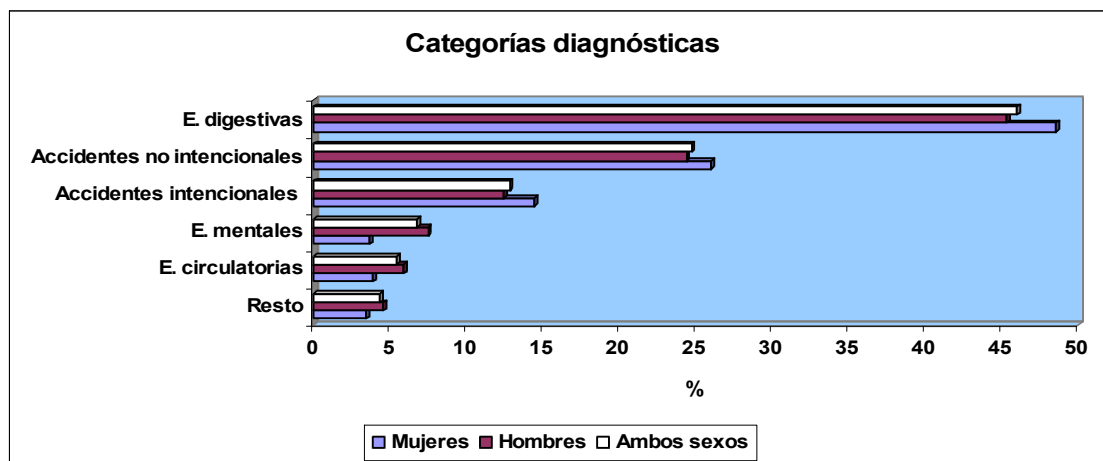


Figura 18.- Porcentaje de muertes atribuibles al consumo de alcohol (MACA) por categorías diagnósticas. Canarias. 1999-2010.

Al estudiar las muertes prematuras, la importancia porcentual de estas categorías seleccionadas es diferente en relación con la mortalidad general. En conjunto, suponen el 95,1% de los APVP debidos a MACA. Pero por orden de importancia, los accidentes no intencionales (42,2%) superan a las E. digestivas (29,6%), los accidentes intencionales (18,3%), las E, mentales (4,6%) y las E. circulatorias (0,4%). Por sexos, la aportación de estas categorías diagnósticas seleccionadas es similar (95,8% en hombres; 91,6% en mujeres), destacando en las mujeres una mayor aportación porcentual de los accidentes intencionales y la nula aportación de las E. circulatorias. (Figura 19)

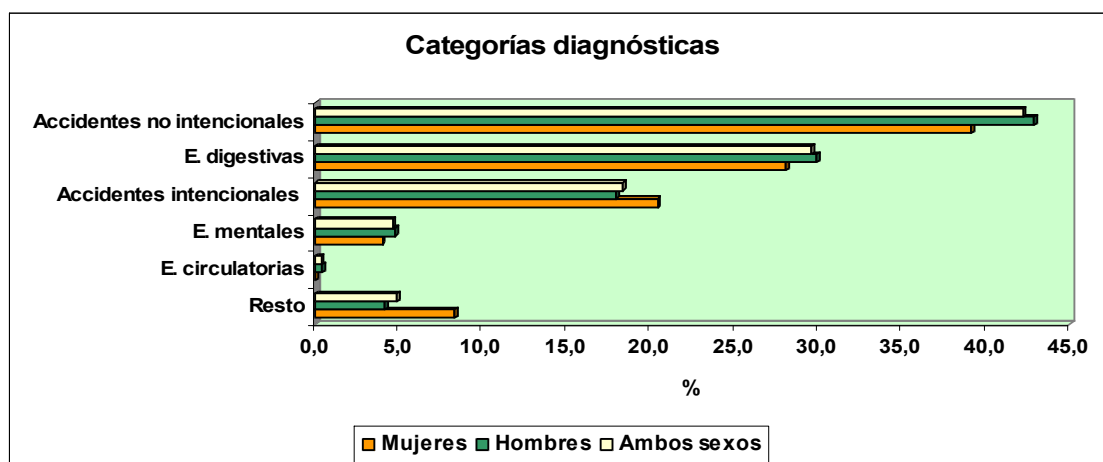


Figura 19.- Porcentaje de APVP atribuibles al consumo de alcohol (MACA) por categorías diagnósticas. Canarias. 1999-2010.

1. E. digestivas.-

* Mortalidad general:

Las E. digestivas son las responsables del 46,0% de las defunciones (45,3 en los hombres; 48,6% en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 79,1% de éstas defunciones afectan a los hombres y el 20,7% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 4 (se producen 4 MACA por E. digestivas en hombres por cada MACA por E. digestivas en mujeres). (Figura 20)

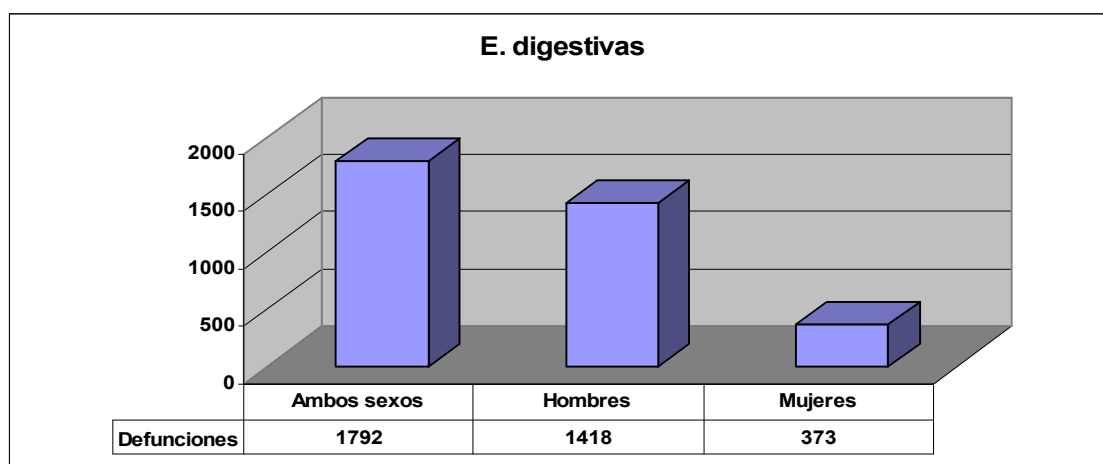


Figura 20.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por Causas digestivas. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a E. digestivas presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 21)

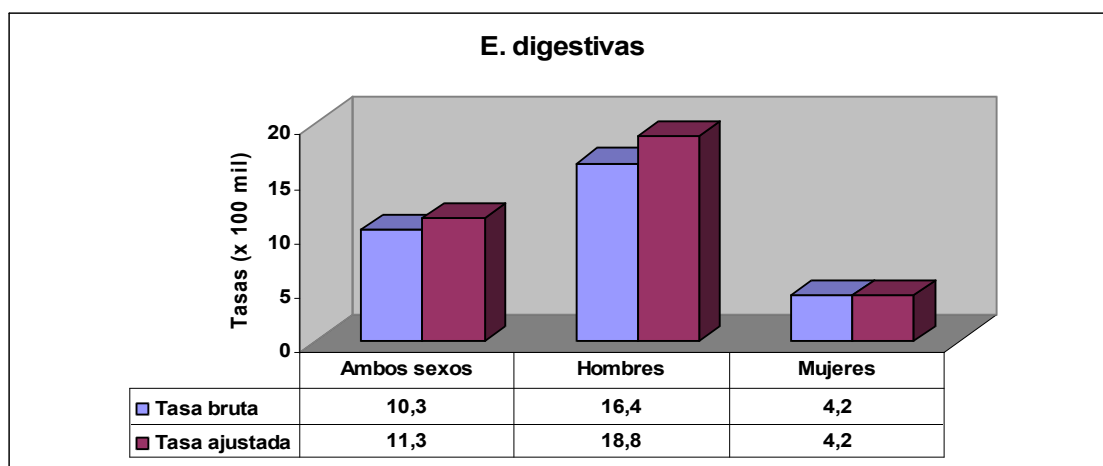
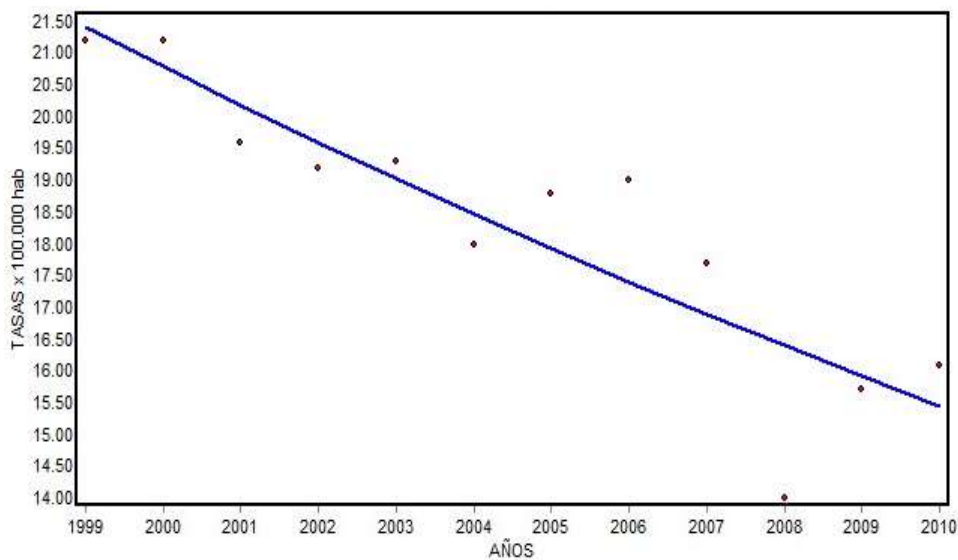


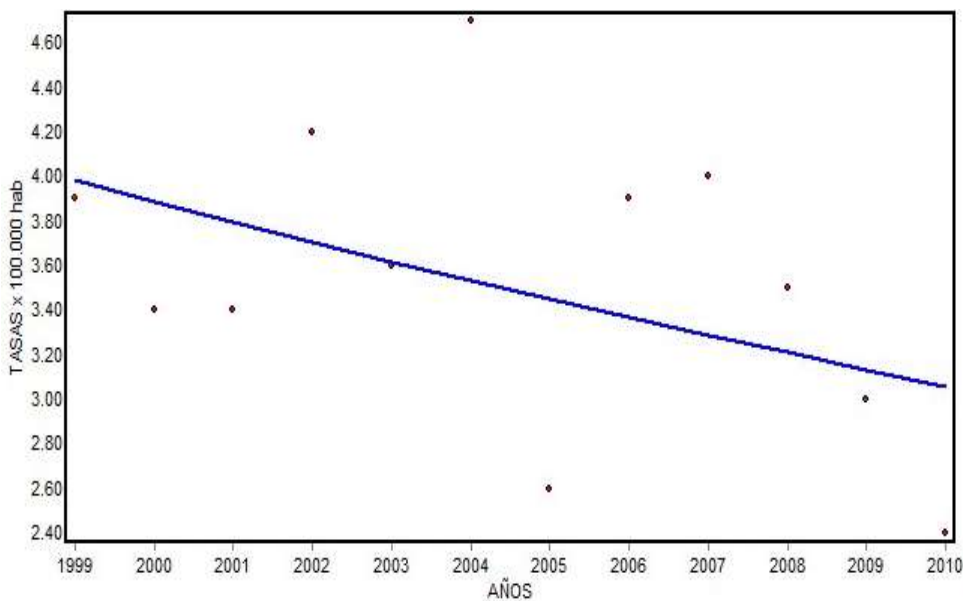
Figura 21.-Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por E. digestivas. Canarias.1999-2010.

La tendencia de las tasas ajustadas a lo largo del período es descendente, aunque éste descenso es significativo en los hombres (-2,9) y no significativo en las mujeres (-2,4). (Figura 22)

Hombres



Mujeres



<u>Sexo</u>	<u>Tasa 1999</u>	<u>Período total</u>	<u>PCA</u>
Hombres	21,2	1999-2010	-2,9*
Mujeres	3,9	1999-2010	-2,4

Figura 22.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol por E. digestivas. Canarias. 1999-2010.

*** Mortalidad prematura:**

Las E. digestivas son las responsables del 29,6% de los APVP (29,9% en hombres; 28,1% en mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 83,9% de estos APVP afectan a los hombres y el 16,1% a las mujeres, lo que supone una relación hombre/mujer de 5 (se registran 5 APVP por E. digestivas en hombres por cada APVP en mujeres). (Figura 23)

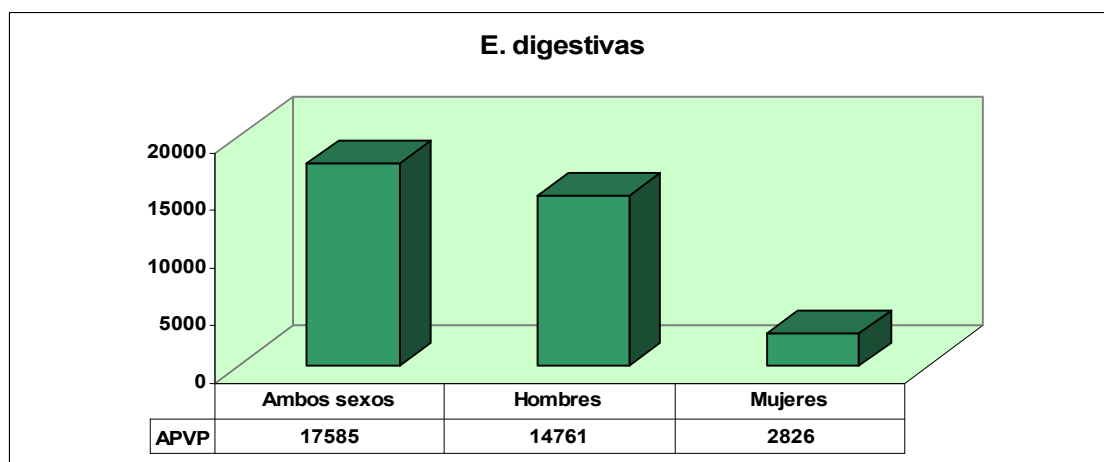


Figura 23.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por E. digestivas. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por E. digestivas presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 24)

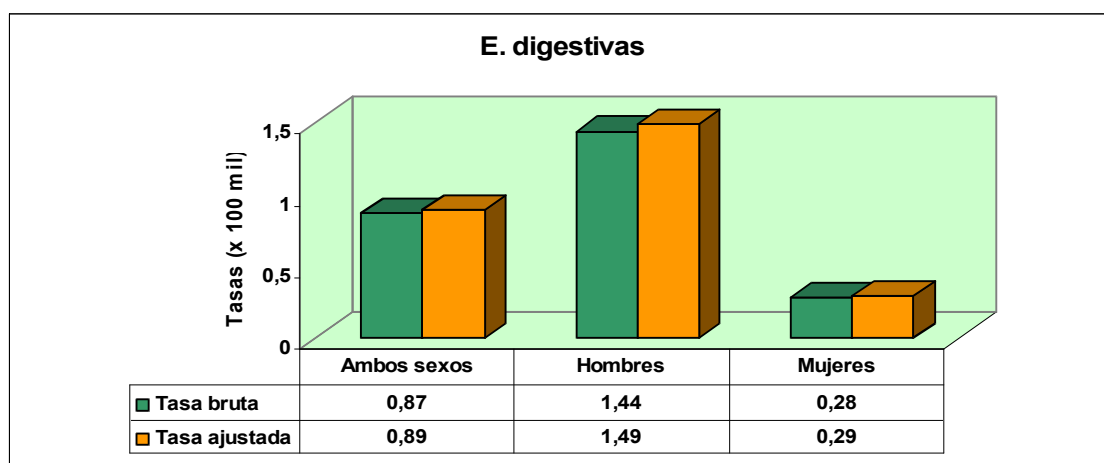


Figura 24.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por E. digestivas. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un descenso relativo del -33% (0,7 en 1999; 1,05 en 2010).

2. Accidentes no intencionales.-

* Mortalidad general:

Los accidentes no intencionales son los responsables del 24,7% de las defunciones (24,4% en los hombres; 26,0% en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 79,2% de éstas defunciones afectan a los hombres y el 20,8% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 5 (se producen 5 MACA por Accidentes no intencionales en hombres por cada MACA por E. digestivas en mujeres). (Figura 25)

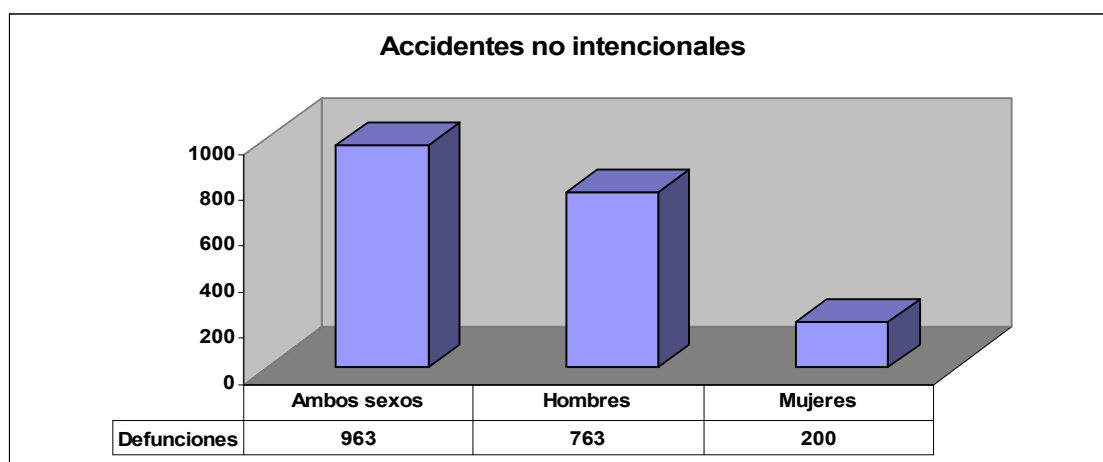


Figura 25.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes no intencionales. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a Accidentes no intencionales presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 26)

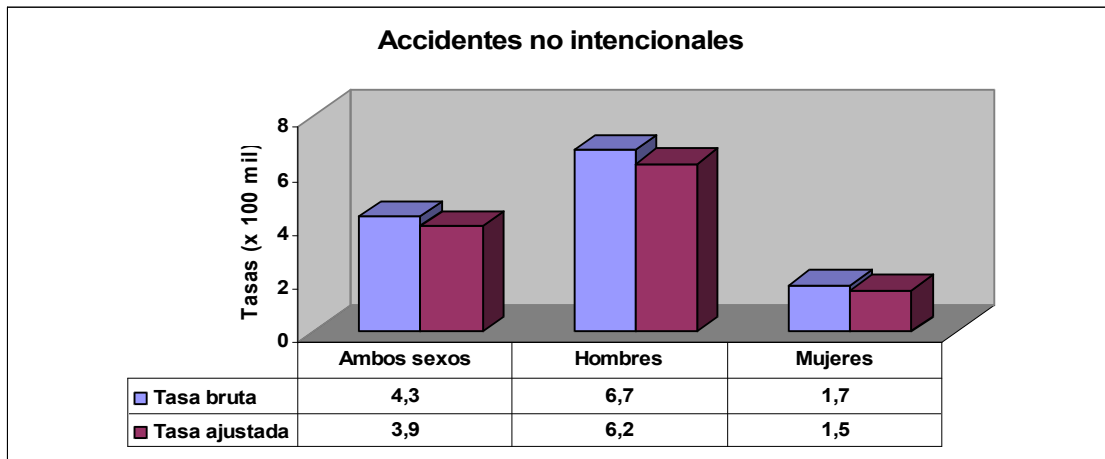
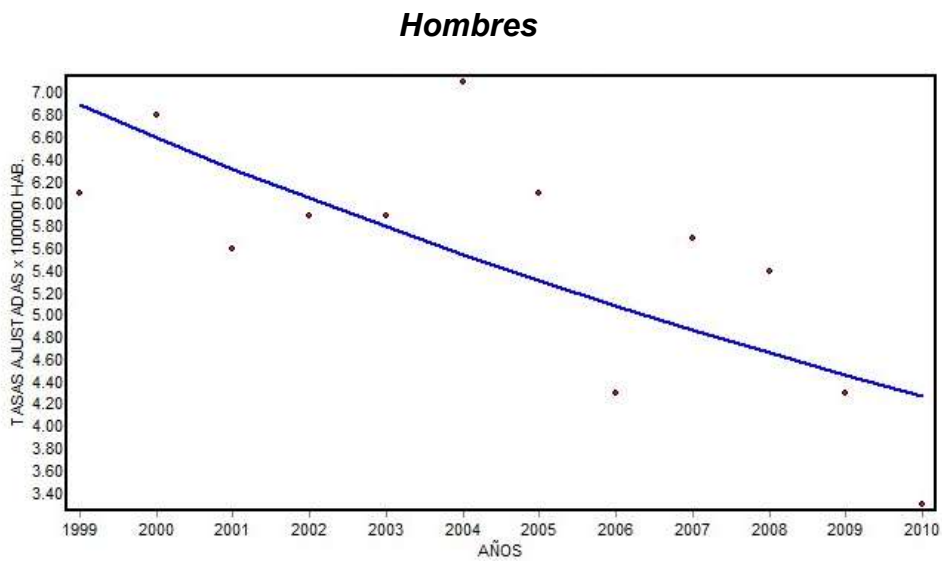
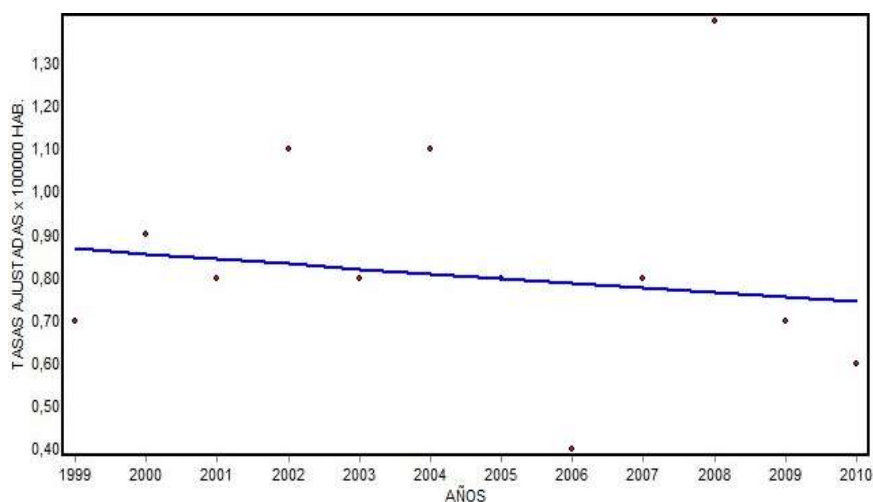


Figura 26.- Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes no intencionales. Canarias. 1999-2010.

La tendencia de las tasas ajustadas a lo largo del período es descendente, aunque éste descenso es significativo en los hombres (-3,0) y no significativo en las mujeres (-2,5). (Figura 27)



Mujeres



<u>Sexo</u>	<u>Tasa 1999</u>	<u>Período total</u>	<u>PCA</u>
Hombres	6,1	1999-2010	-4,2*
Mujeres	0,7	1999-2010	-1,4

Figura 27.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes no intencionales. Canarias. 1999-2010.

* Mortalidad prematura:

Los Accidentes no intencionales son las responsables del 39,1% de los APVP (42,8% en hombres; 39,1% en mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 84,3% de estos APVP afectan a los hombres y el 15,7% a las mujeres, lo que supone una relación hombre/mujer de 5 (se registran 5 APVP por Accidentes no intencionales en hombres por cada APVP por Accidentes no intencionales en mujeres). (Figura 28)

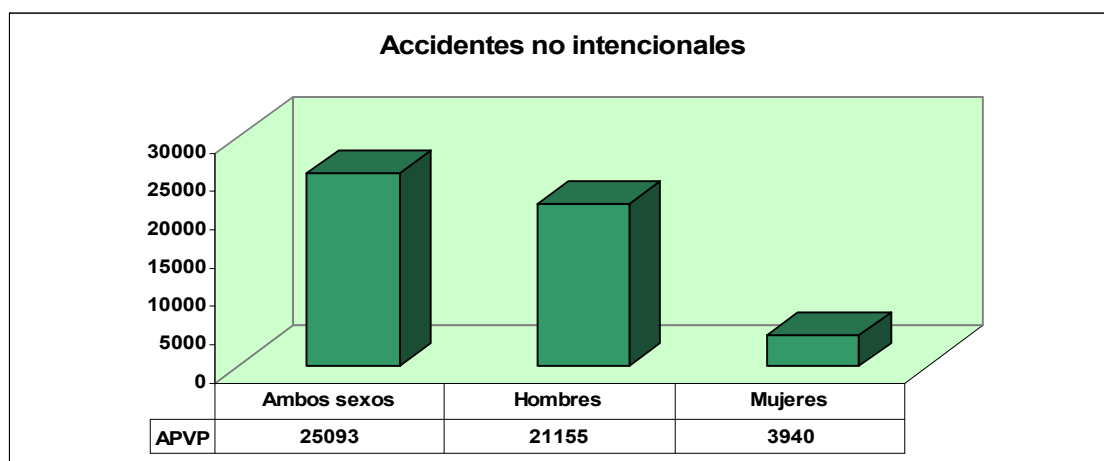


Figura 28.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes no intencionales. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes no intencionales presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 29)

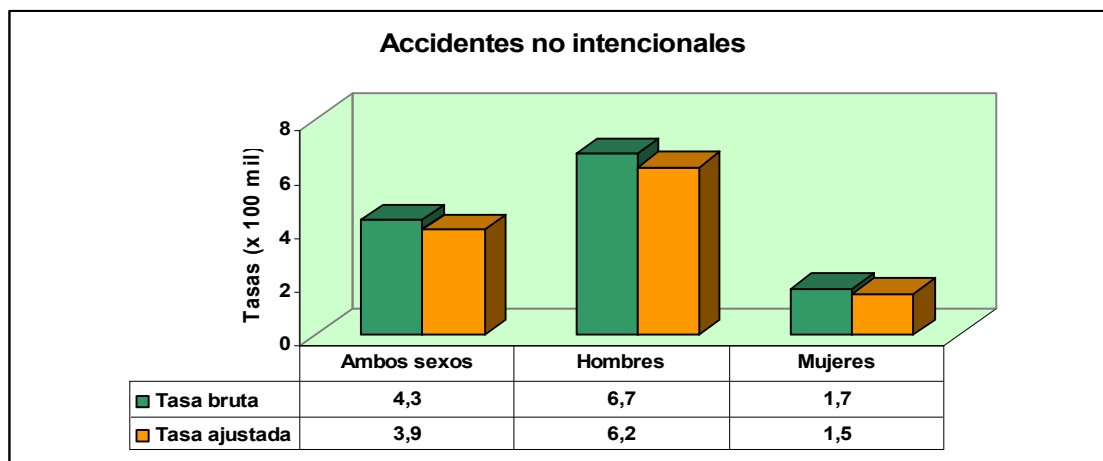


Figura 29.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes no intencionales. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un descenso relativo del -77% (0,4 en 1999; 1,20 en 2010).

3. Accidentes intencionales.-

*** Mortalidad general:**

Los accidentes intencionales son los responsables del 12,8% de las defunciones (12,4% en los hombres; 14,5 en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 77,8% de éstas defunciones afectan a los hombres y el 22,2% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 4 (se producen 4 MACA por Accidentes intencionales en hombres por cada MACA por Accidentes intencionales en mujeres). (Figura 30)

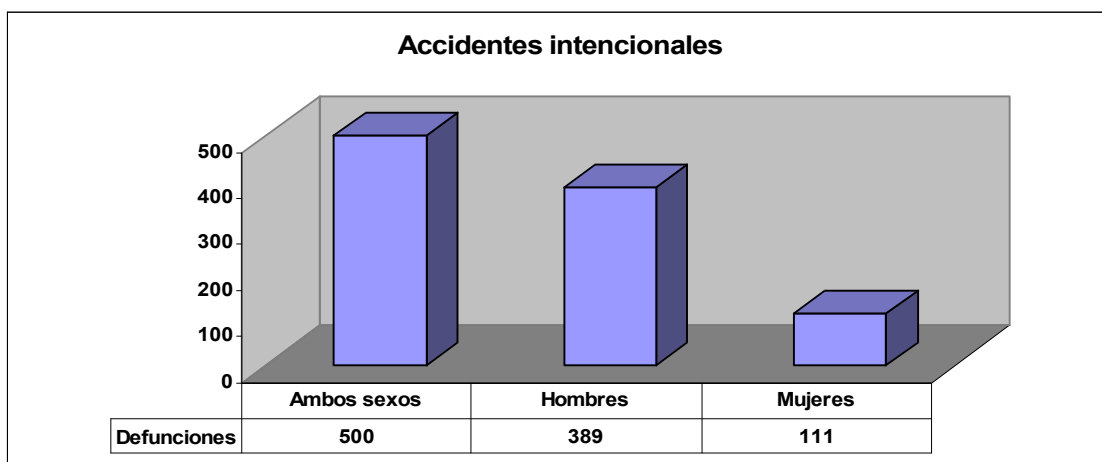


Figura 30.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes intencionales. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a Accidentes intencionales presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 31)

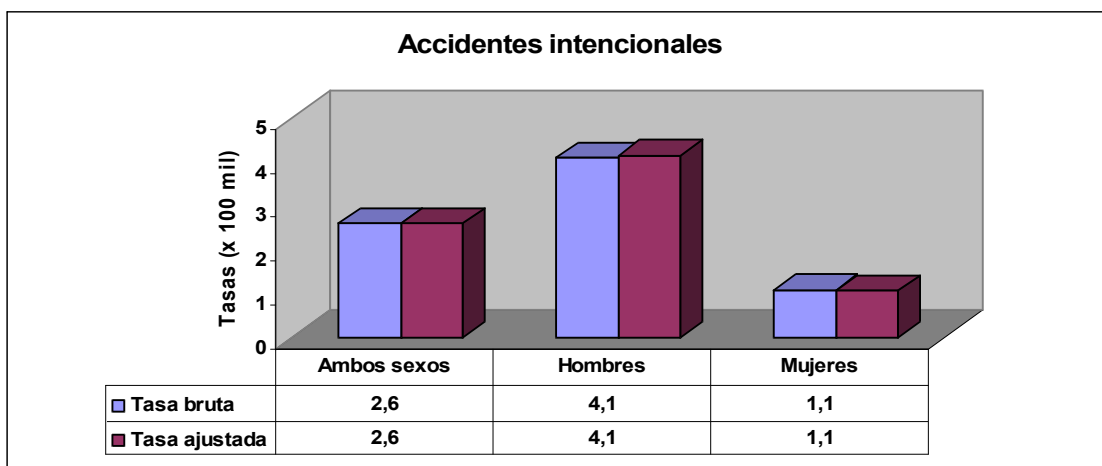
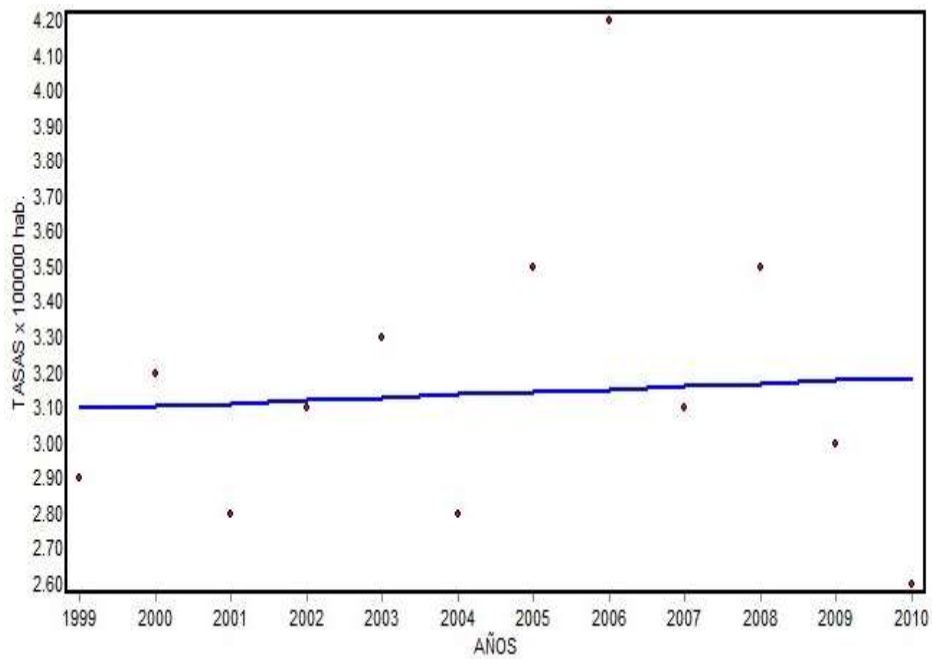


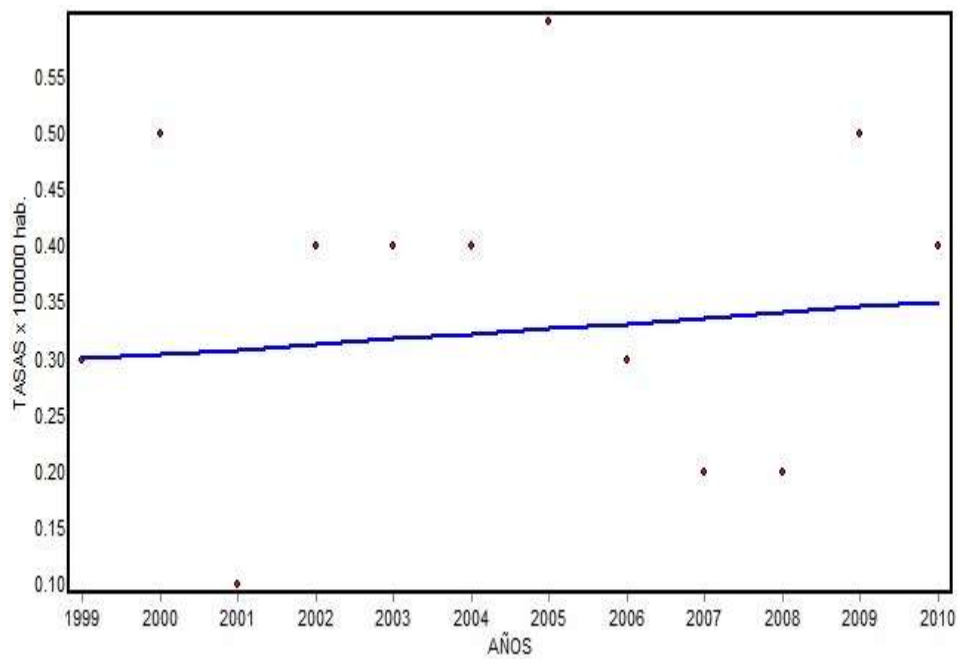
Figura 31.- Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes intencionales. Canarias. 1999-2010.

La tendencia de las tasas ajustadas a lo largo del período es estable en los hombres (PCA: 0,3) y levemente ascendente en las mujeres (PCA: 1,4%), aunque sin significación estadística en ningún caso. (Figura 32)

Hombres



Mujeres



<u>Sexo</u>	<u>Tasa 1999</u>	<u>Período total</u>	<u>PCA</u>
Hombres	2,9	1999-2010	0,3
Mujeres	0,3	1999-2010	1,4

Figura 32.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes intencionales. Canarias. 1999-2010.

*** Mortalidad prematura:**

Los Accidentes intencionales son las responsables del 18,3% de los APVP (17,9% en hombres; 20,4% en mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 81,2% de estos APVP afectan a los hombres y el 18,8% a las mujeres, lo que supone una relación hombre/mujer de 4 (se registran 45 APVP por Accidentes intencionales en hombres por cada APVP por Accidentes intencionales en mujeres). (Figura 33)

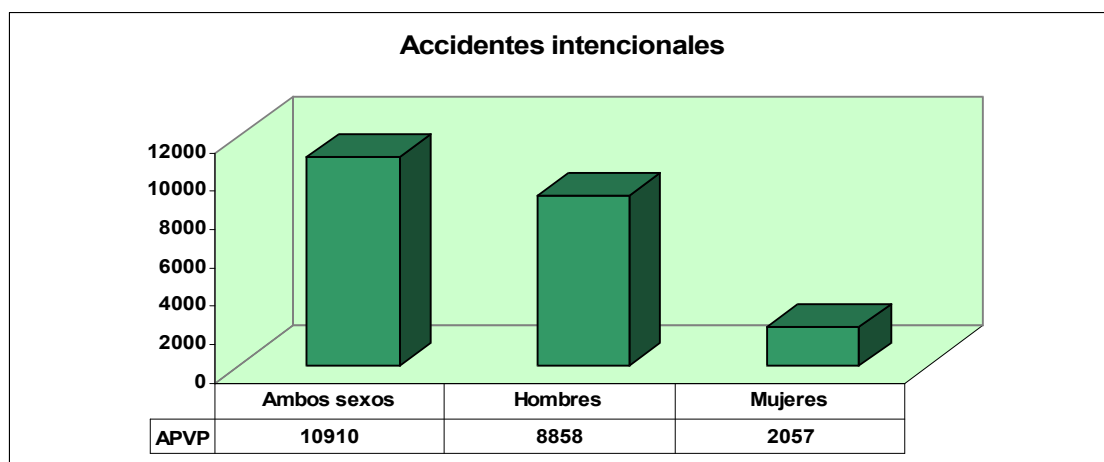


Figura 33.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes intencionales. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes intencionales presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 34)

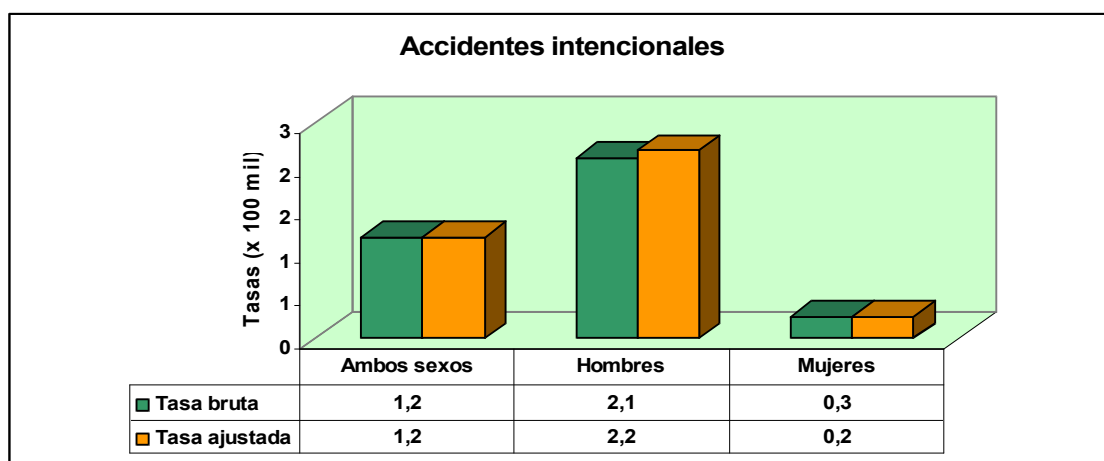


Figura 34.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes intencionales. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un descenso relativo del -25% (0,3 en 1999; 0,4 en 2010).

4.- E. mentales y del comportamiento.-

* Mortalidad general:

Las E. mentales y del comportamiento son las responsables del 6,7% de las defunciones (7,5% en los hombres; 3,6% en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 89,3% de éstas defunciones afectan a los hombres y el 10,7% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 8 (se producen 8 MACA por E. mentales y del comportamiento en hombres por cada MACA por E. mentales y del comportamiento en mujeres). (Figura 35)

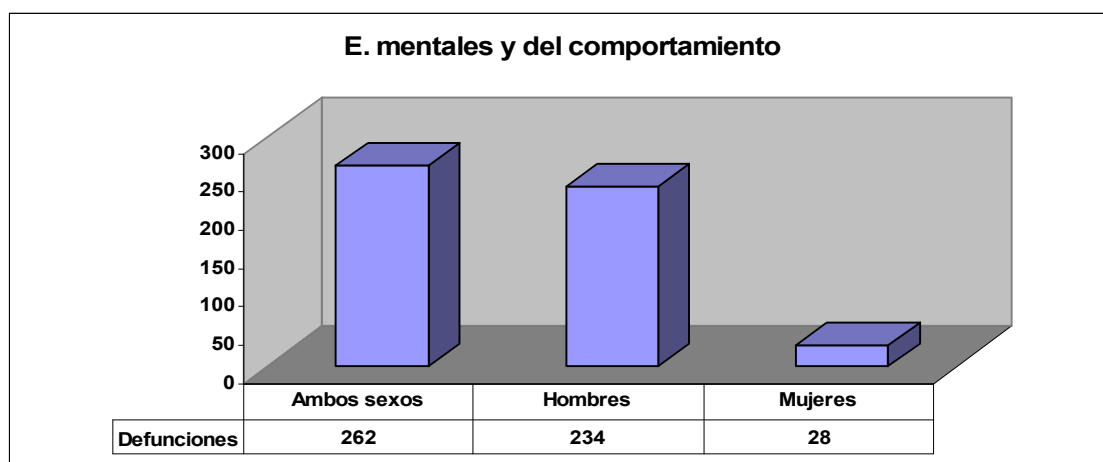


Figura 35.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por E. mentales y del comportamiento. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a E. mentales y del comportamiento presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 36)

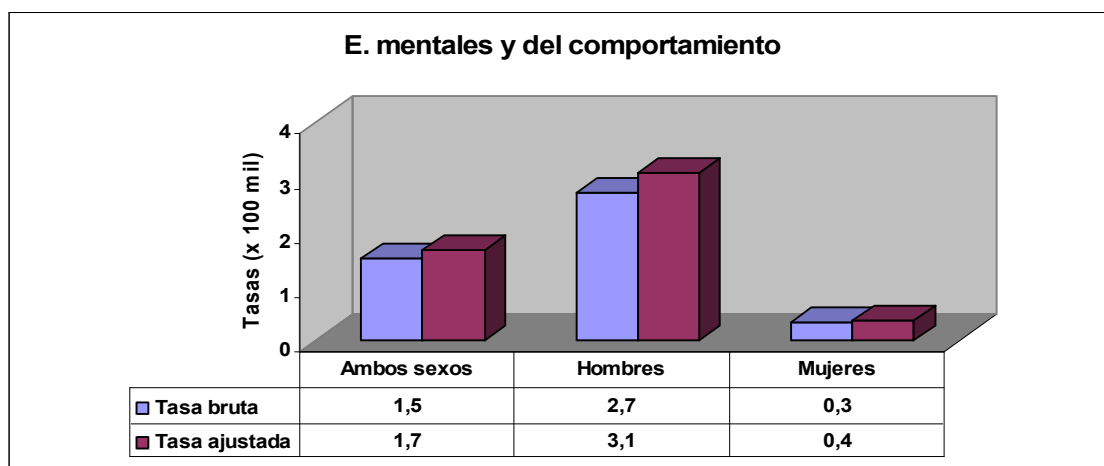
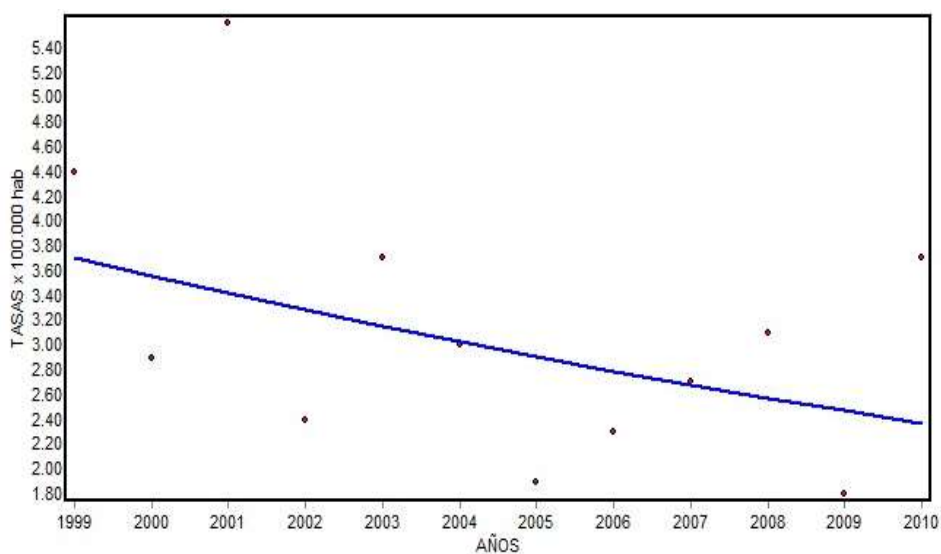


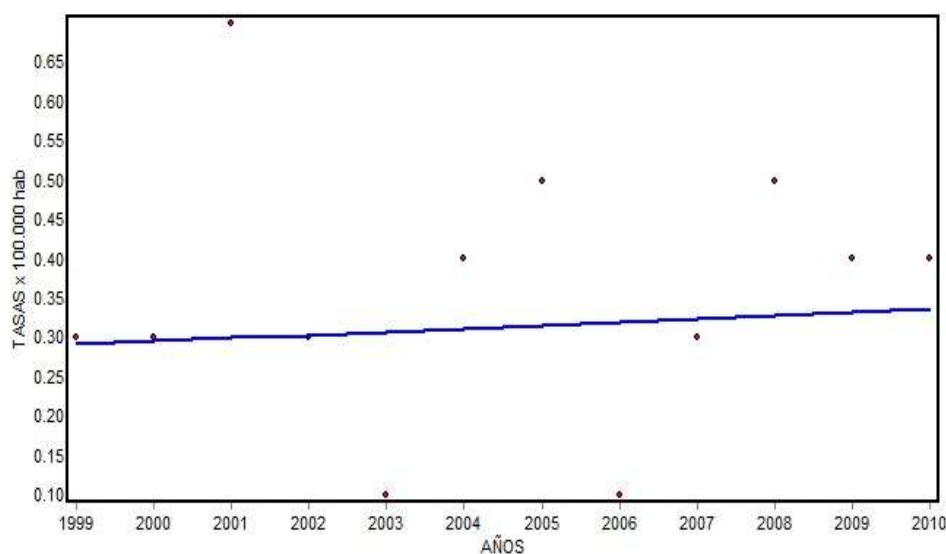
Figura 36.- Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por E. mentales y del comportamiento. Canarias. 1999-2010.

La tendencia de las tasas ajustadas a lo largo del período es descendente en los hombres (-4,0) y ascendente en las mujeres (1,3), aunque en ningún caso es significativa. (Figura 37)

Hombres



Mujeres



<u>Sexo</u>	<u>Tasa 1999</u>	<u>Período total</u>	<u>PCA</u>
Hombres	4,4	1999-2010	-4,0
Mujeres	0,3	1999-2010	1,3

Figura 37.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol por E. mentales y del comportamiento. Canarias. 1999-2010.

* Mortalidad prematura:

Las E. mentales y del comportamiento son las responsables del 4,6% los APVP (4,8 en hombres; 4,0% en mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 85,3% de estos APVP afectan a los hombres y el 14,7% a las mujeres, lo que supone una relación hombre/mujer de 6 (se registran 6 APVP por E. mentales y del comportamiento en hombres por cada APVP por E. mentales y del comportamiento en mujeres). (Figura 38)

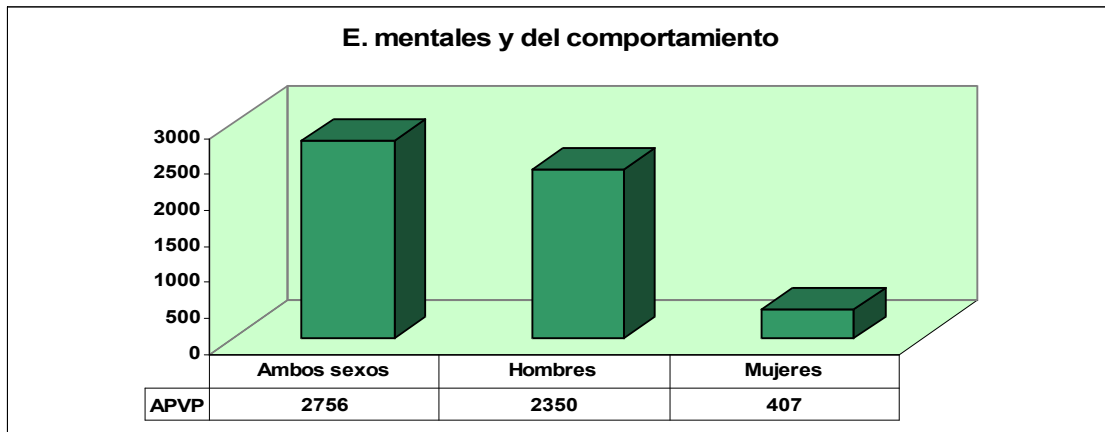


Figura 38.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por E. mentales y del comportamiento. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes intencionales presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 39)

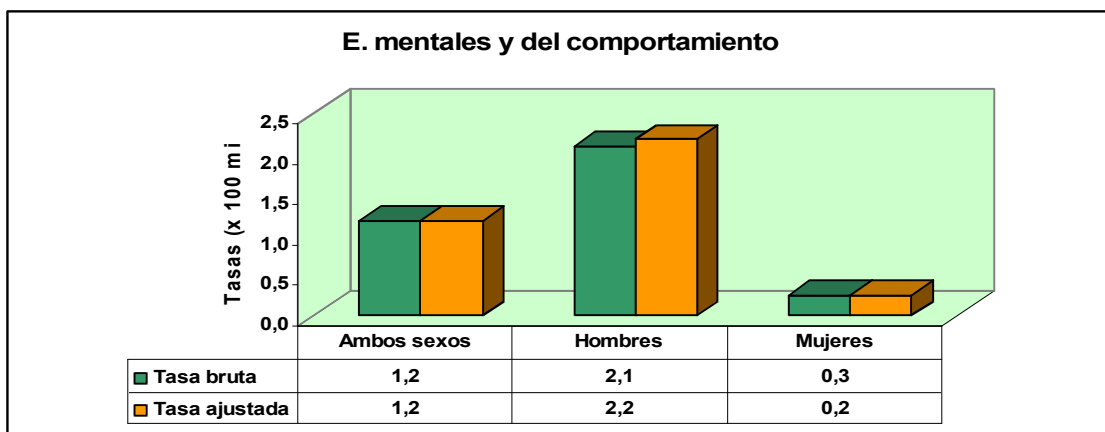


Figura 39.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por E. mentales y del comportamiento. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un descenso relativo del -5% (0,2 en 1999; 0,19 en 2010).

5.- E. circulatorias.-

*** Mortalidad general:**

Las E. circulatorias son las responsables del 5,5% de las defunciones (5,8% en los hombres; 3,9% en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 85,9% de éstas defunciones afectan a los hombres y el 11,5% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 6 (se producen 6 MACA por E. circulatorias en hombres por cada MACA por E. circulatorias en mujeres). (Figura 40)

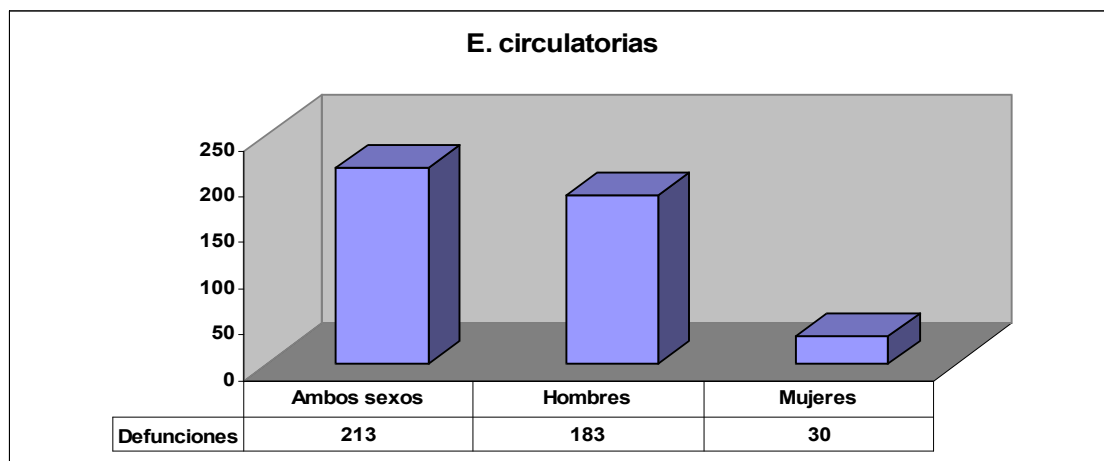


Figura 40.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por E. circulatorias. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a E. mentales y del comportamiento presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 41)

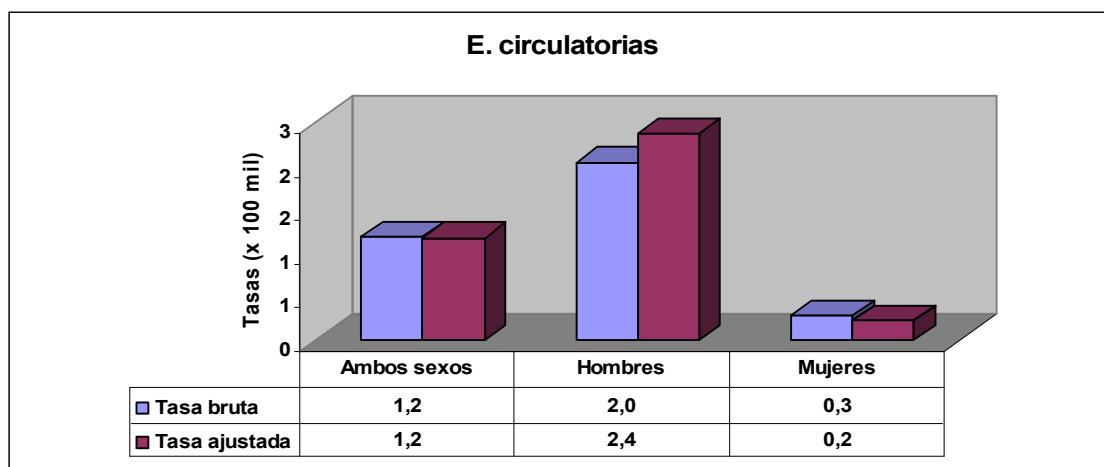
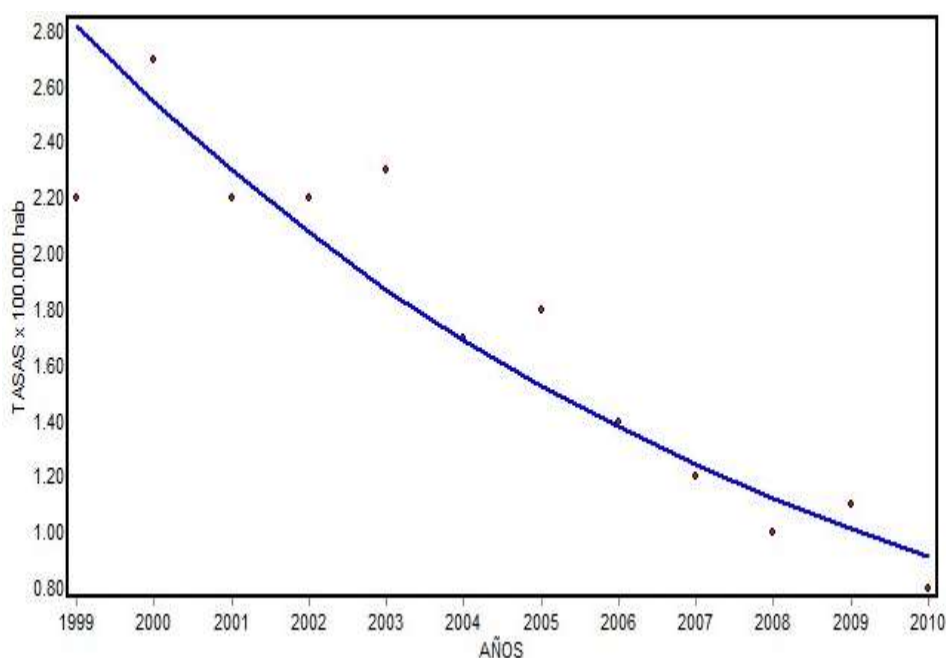


Figura 41.- Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por E. circulatorias. Canarias. 1999-2010.

La tendencia de las tasas ajustadas a lo largo del período es descendente en los hombres (PCA:-9,7) siendo éste descenso estadísticamente significativo. (Figura 42)

Hombres



<u>Sexo</u>	<u>Tasa 1999</u>	<u>Período total</u>	<u>PCA</u>
Hombres	2,2	1999-2010	-9.7*

Figura 42.-Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol por E. circulatorias. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de mortalidad, se observa un descenso relativo del -68% (1,2 en 1999; 0,4 en 2010) en ambos sexos, mientras que en las mujeres no se registran diferencias (0,0 en ambos años).

*** Mortalidad prematura:**

Las E. circulatorias son las responsables del 0,4% de los APVP (0,5 en hombres; 0% en mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 100% de estos APVP afectan a los hombres. (Figura 43)

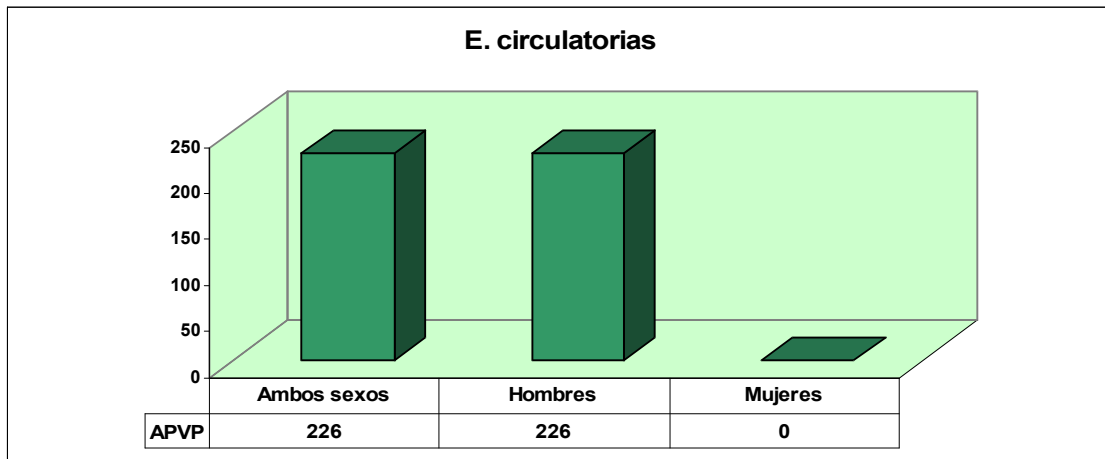


Figura 43.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por E. circulatorias. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes intencionales presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 44)

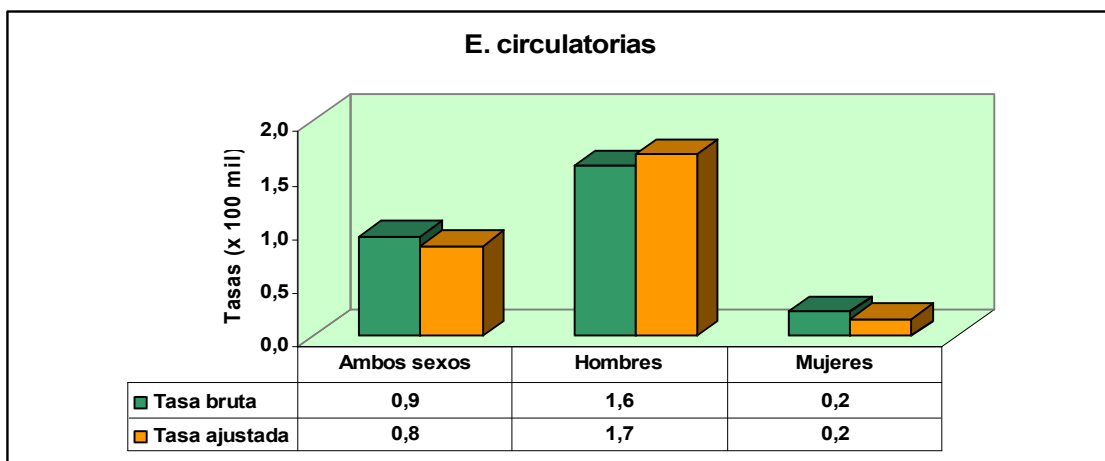


Figura 44.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por E. circulatorias. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un descenso relativo del -100 (0,02 en 1999; 0 en 2010).

III. PROCESOS PATOLÓGICOS.-

Al estudiar la mortalidad general atribuible al consumo de alcohol por procesos patológicos, observamos que el 78,1% (78,4% en hombres; 77,1% en mujeres) de las muertes relacionadas con el consumo de alcohol registradas en Canarias durante el periodo de estudio

se debieron a Otras Cirrosis (20,1%), Cirrosis alcohólica (15,5%), Suicidios (10,5%), Accidentes de tráfico (8,8%), Daño hepático no especificado (5,6%), Ahogamiento o sumersión (5,4%), Caídas accidentales (5,1%), Síndrome de dependencia al alcohol (4,5%) y Envenenamiento no alcohólico (2,6%). (Figura 45)

Destacar también que de los 59 procesos relacionados con el consumo de alcohol, en Canarias durante el periodo de estudio no se registró ninguna defunción por Síndrome pseudo-Cushing inducido por alcohol, Miopatía alcohólica, Cardiomiopatía alcohólica, Síndrome fetal por alcohol, Feto y recién nacido afectado alcohol madre, Aborto espontáneo, Hallazgo de alcohol en sangre y Suicidio-envenenamiento por alcohol.

Además, el “efecto protector”, o “el retraso en la mortalidad”, relacionado con la Colelitiasis es irrelevante: supone menos de 1 defunción del total de las relacionadas con el alcohol.

Por sexos, en los hombres destaca la mayor importancia relativa de las defunciones por Envenenamiento no alcohólico (5,7%). En las mujeres, destaca el aumento porcentual de Otras cirrosis (27,2%) y de las Caídas accidentales (7,9%) en detrimento sobre todo de la Cirrosis alcohólica (9,8%), el Ahogamiento o sumersión (3,4%) y del Síndrome de dependencia alcohólica (2,6%).

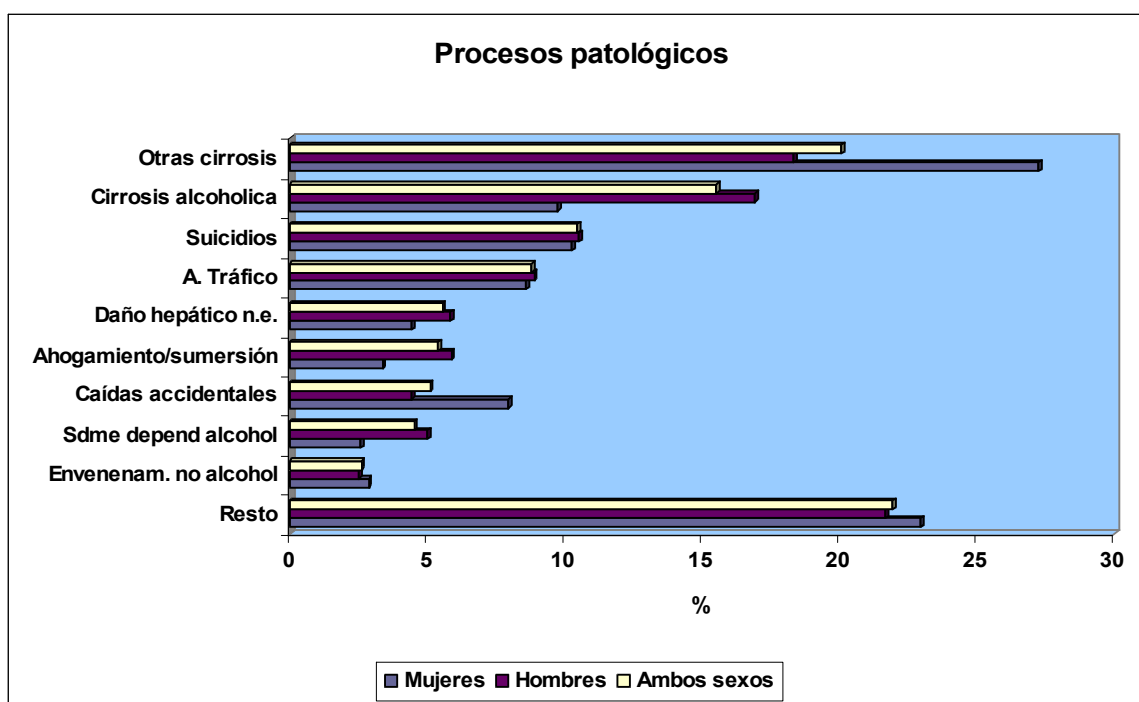


Figura 45.- Porcentaje de muertes atribuibles al consumo de alcohol (MACA) por procesos diagnósticos. Canarias. 1999-2010.

Al estudiar las muertes prematuras, la importancia porcentual de estos procesos patológicos seleccionados es diferente en relación con la mortalidad general. En conjunto, suponen el 79,4% de los APVP debidos a MACA; sin embargo, son los Accidentes de tráfico (18,5%) los que más pérdidas ocasionan, seguidos de los Suicidios (14,4%), Cirrosis alcohólica (11,6%), Otras cirrosis (10,3%), Ahogamiento o sumersión (9,0%), Caídas accidentales (4,4%), Daño hepático no especificado (4,2), Envenenamiento no alcohólico (4,0%) y Síndrome de dependencia al alcohol (3,0%). (Figura 46)

Por sexos, la aportación de estos procesos patológicos seleccionados en su conjunto es diferente (representan el 81,6% en hombres y el 69,3% en mujeres), destacando en éste último sexo la menor importancia relativa similar, destacando en las mujeres una menor aportación porcentual de Ahogamiento y sumersión, Cirrosis alcohólica y Suicidios, y una menor aportación en el restos de procesos patológicos seleccionados, excepto los Accidentes de tráfico con valores similares en ambos sexos.

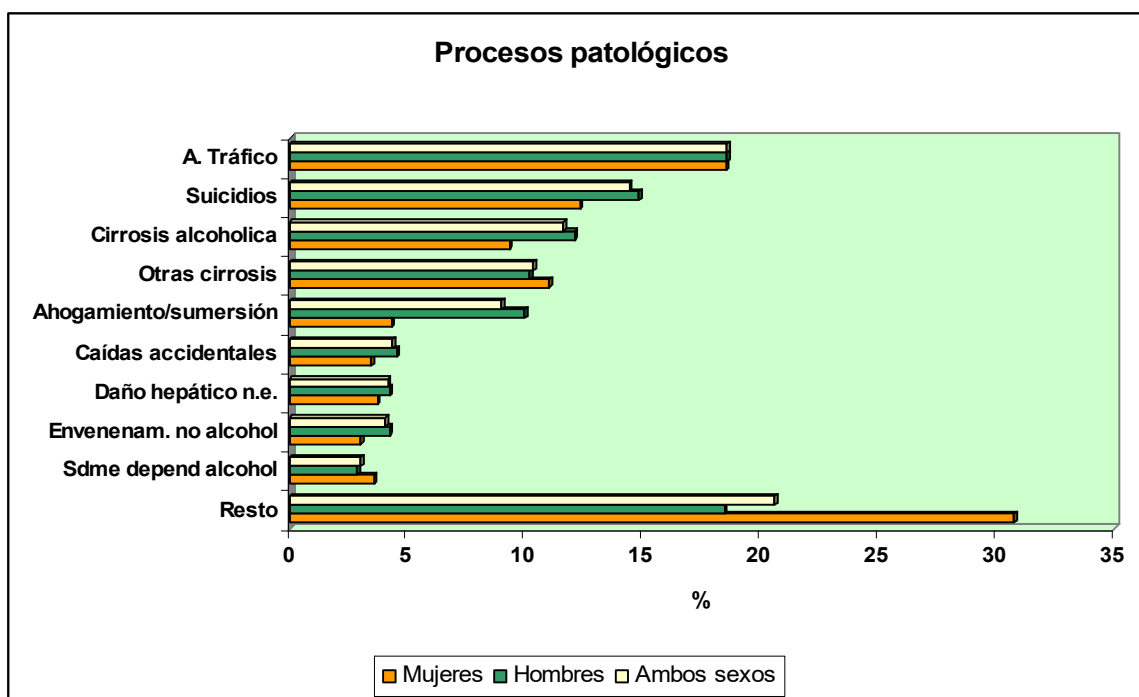


Figura 46.- Porcentaje de APVP atribuibles al consumo de alcohol (MACA) por procesos patológicos. Canarias. 1999-2010.

1. Otras cirrosis.-

*** Mortalidad general:**

Otras cirrosis es la responsable del 20,1% de las defunciones (18,3% en los hombres; 27,2% en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 73,3% de éstas defunciones afectan a los hombres y el 26,7% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 3 (se producen 3 MACA por Otras cirrosis en hombres por cada MACA por Otras cirrosis en mujeres). (Figura 47)

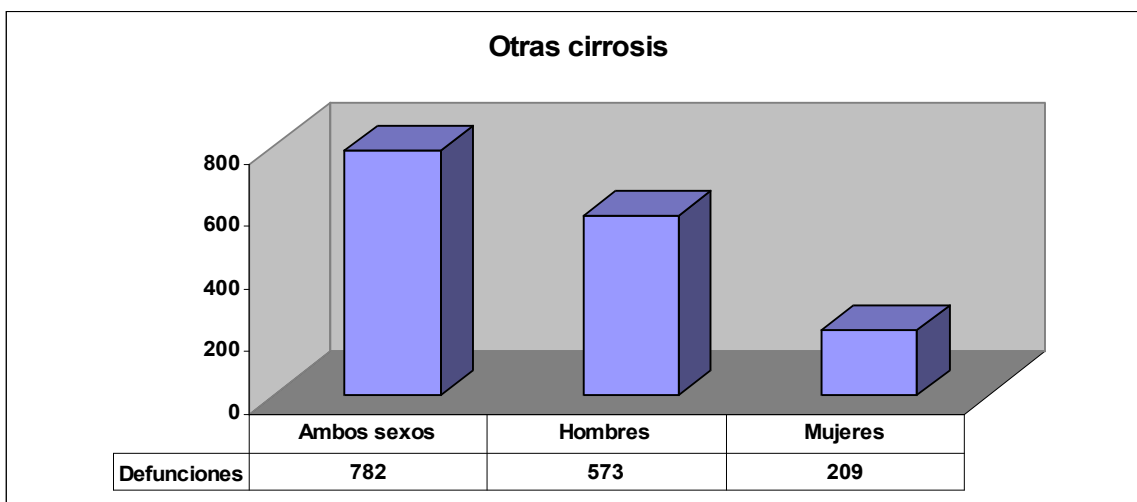


Figura 47.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por Otras cirrosis. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a Otras cirrosis presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 48)

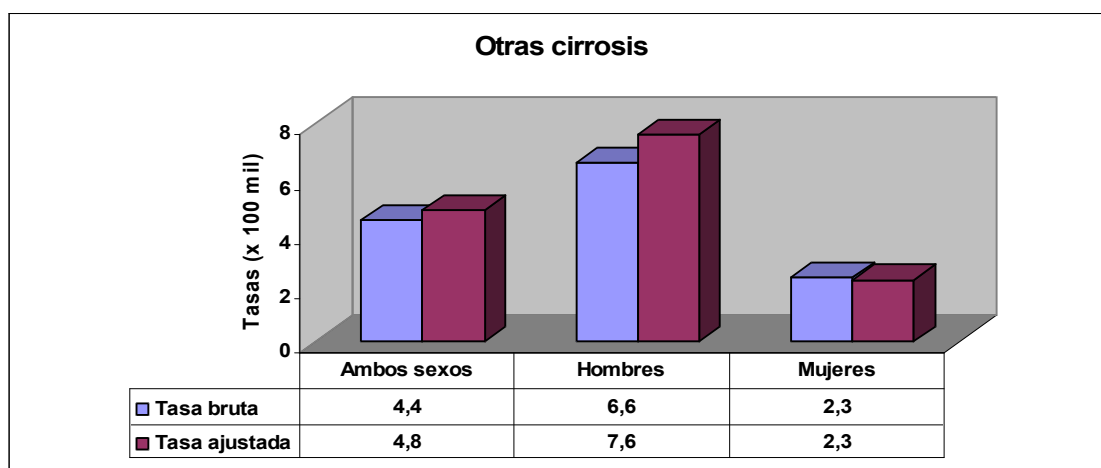
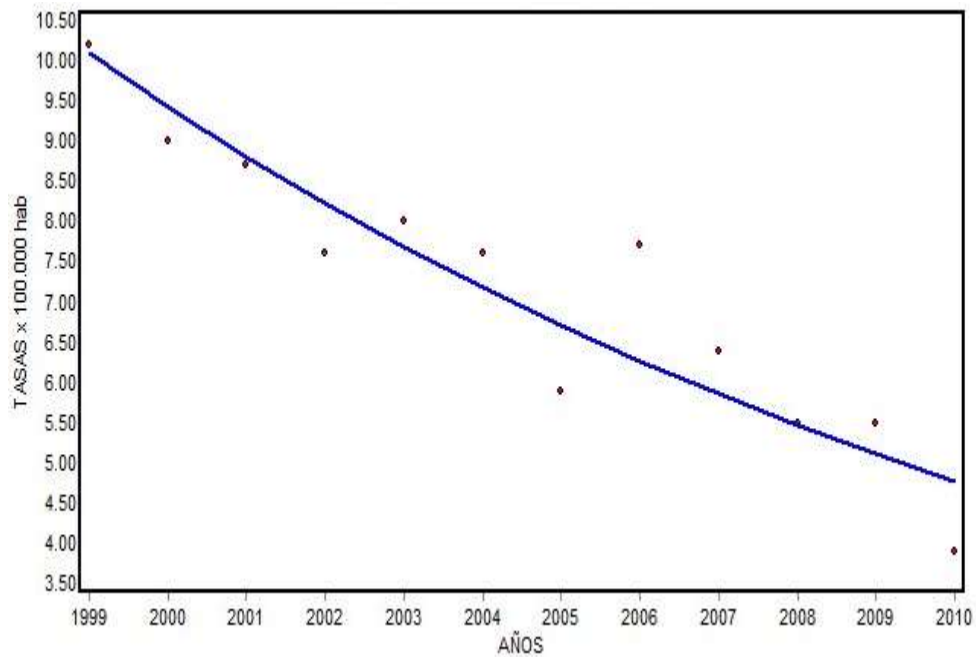


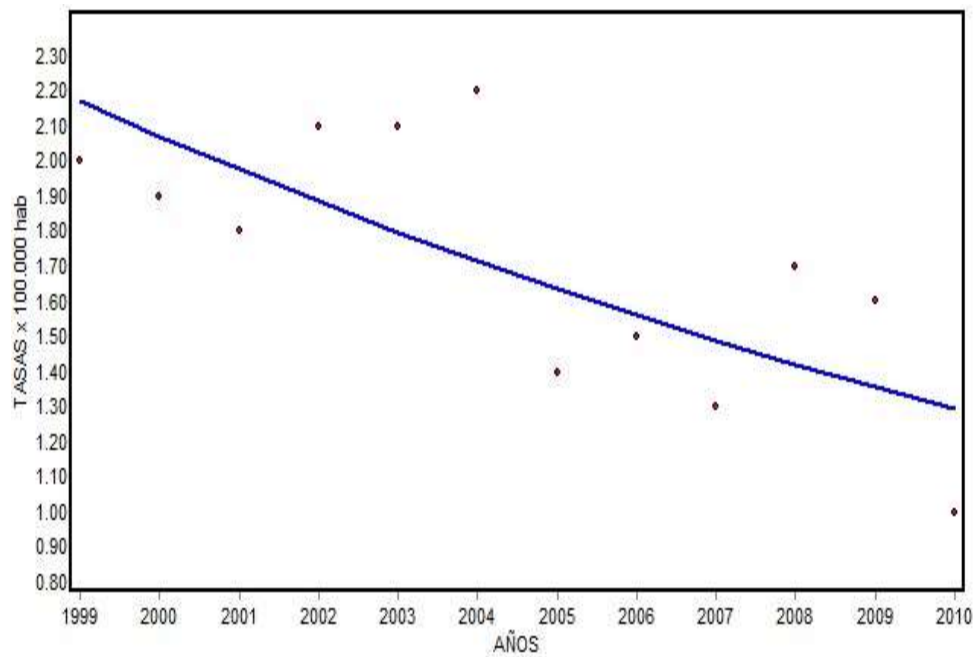
Figura 48.- Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Otras cirrosis. Canarias. 1999-2010.

La tendencia de las tasas ajustadas a lo largo del período es descendente, siendo este descenso significativo en los hombres (PCA: -6,6%) y en las mujeres (PCA: -4,6%). (Figura 49)

Hombres



Mujeres



Sexo	Tasa 1999	Período total	PCA
Hombres	10,2	1999-2010	-6.6*
Mujeres	2,0	1999-2010	-4.6*

Figura 49.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol por Otras cirrosis. Canarias. 1999-2010.

*** Mortalidad prematura:**

Otras cirrosis son las responsables del 10,3% de los APVP (10,2% en hombres; 11,0% en mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 82,0% de estos APVP afectan a los hombres y el 18,0% a las mujeres, lo que supone una relación hombre/mujer de 5 (se registran 5 APVP por Otras cirrosis en hombres por cada APVP por Otras cirrosis en mujeres). (Figura 50)

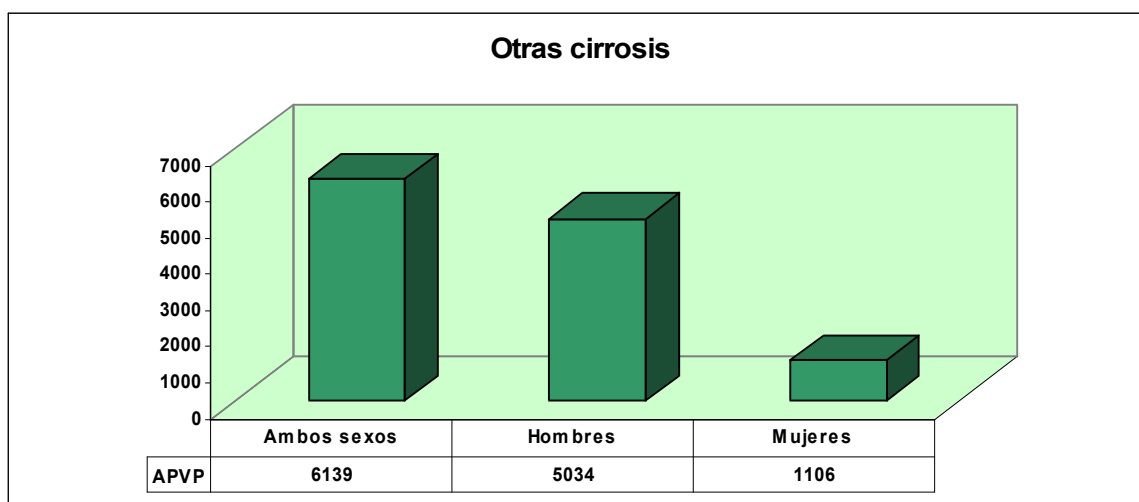


Figura 50.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Otras cirrosis. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Otras cirrosis presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 51)

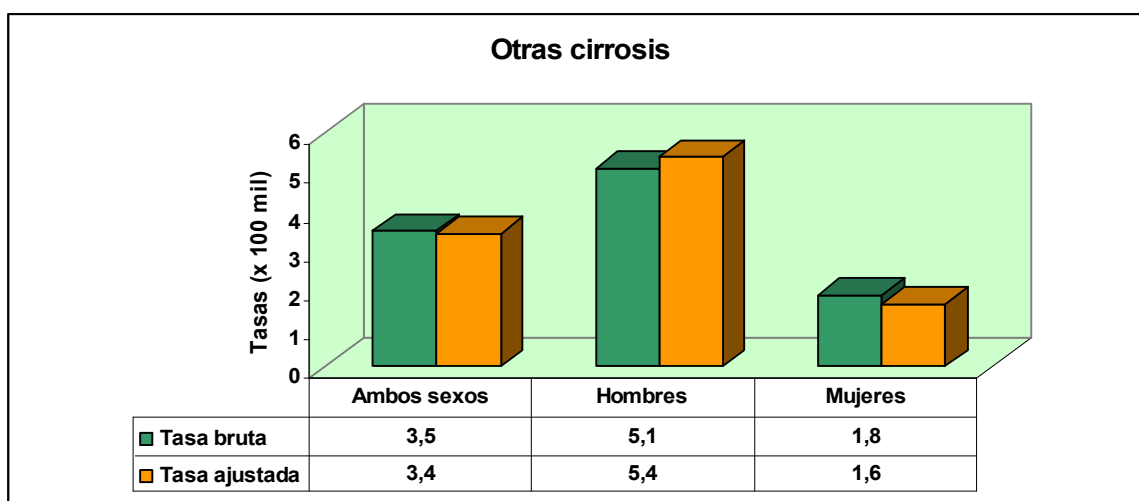


Figura 51.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Otras cirrosis. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un descenso relativo del -60% (0,4 en 1999; 0,2 en 2010).

2. Cirrosis alcohólica.-

* Mortalidad general:

La cirrosis alcohólica es la responsable del 15,5% de las defunciones (16,9% en los hombres; 9,8% en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 87,6% de éstas defunciones afectan a los hombres y el 12,4% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 7 (se producen 7 MACA por Cirrosis alcohólica en hombres por cada MACA por Cirrosis alcohólica en mujeres). (Figura 52)

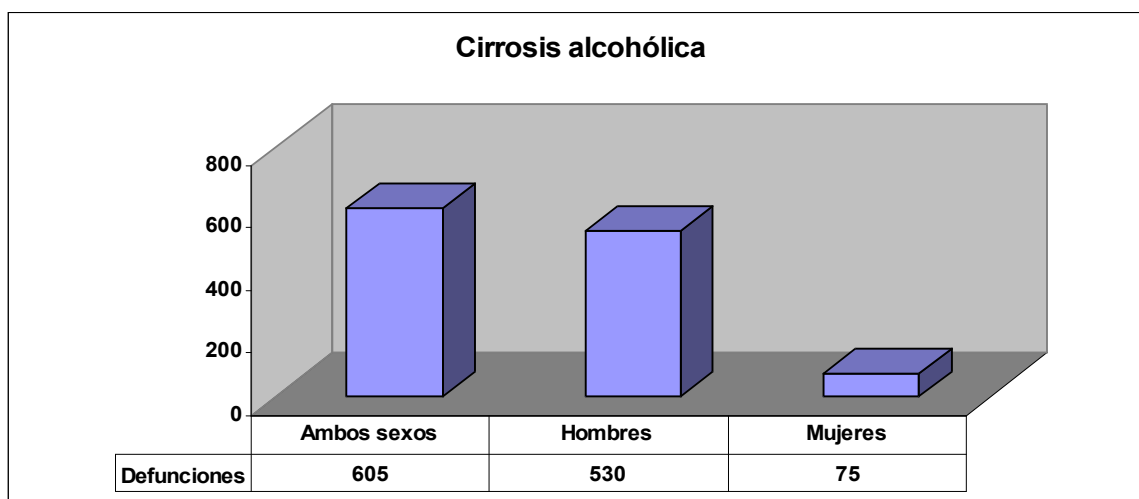


Figura 52.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por Cirrosis alcohólica. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a Cirrosis alcohólica presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 53)

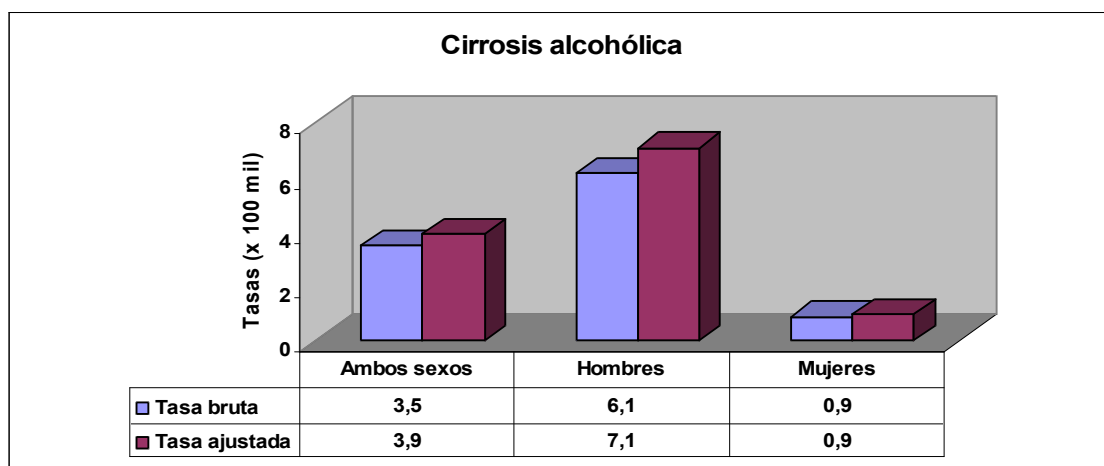
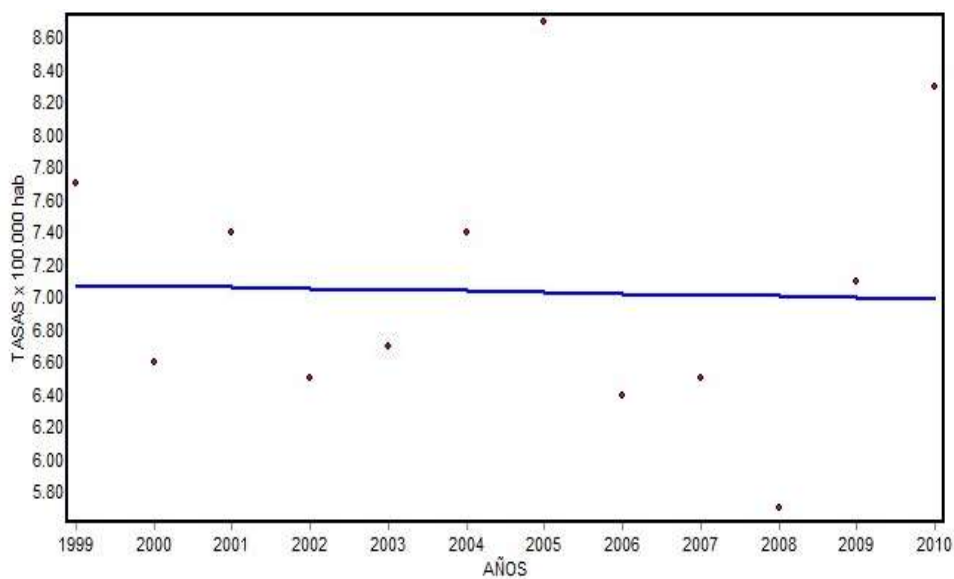


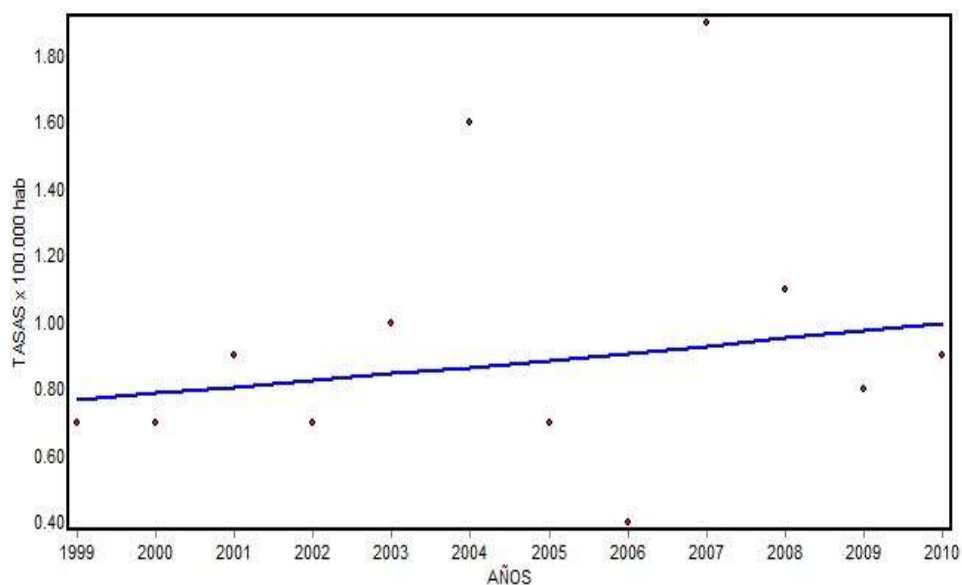
Figura 53.- Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Cirrosis alcohólica. Canarias.1999-2010.

La tendencia de las tasas ajustadas a lo largo del período es estable en los hombres (PCA: -0,1) y ascendente en las mujeres (PCA: 2,4%), aunque sin significación estadística en ninguno de los casos. (Figura 54)

Hombres



Mujeres



<u>Sexo</u>	<u>Tasa 1999</u>	<u>Período total</u>	<u>PCA</u>
Hombres	7,7	1999-2010	-0,1
Mujeres	0,7	1999-2010	2,4

Figura 54.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol por Cirrosis alcohólica. Canarias. 1999-2010.

* Mortalidad prematura:

Cirrosis alcohólica es la responsable del 11,6% de los APVP (12,1% en hombres; 9,3% en mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 86,4% de estos APVP afectan a los hombres y el 13,6% a las mujeres, lo que supone una relación hombre/mujer de 6 (se registran 6 APVP por Cirrosis alcohólica en hombres por cada APVP por Cirrosis alcohólica en mujeres). (Figura 55)

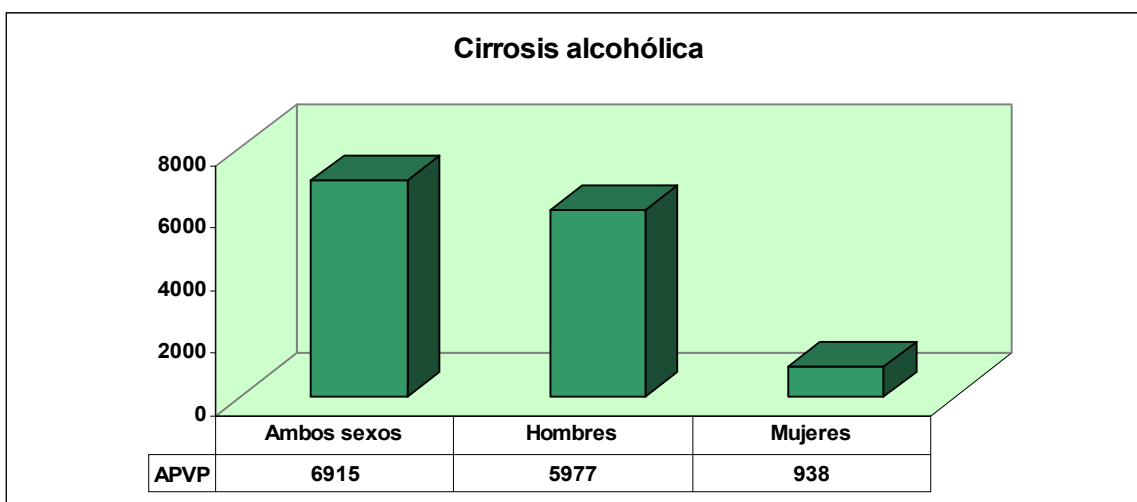


Figura 55.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Cirrosis alcohólica. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Cirrosis alcohólica presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 56)

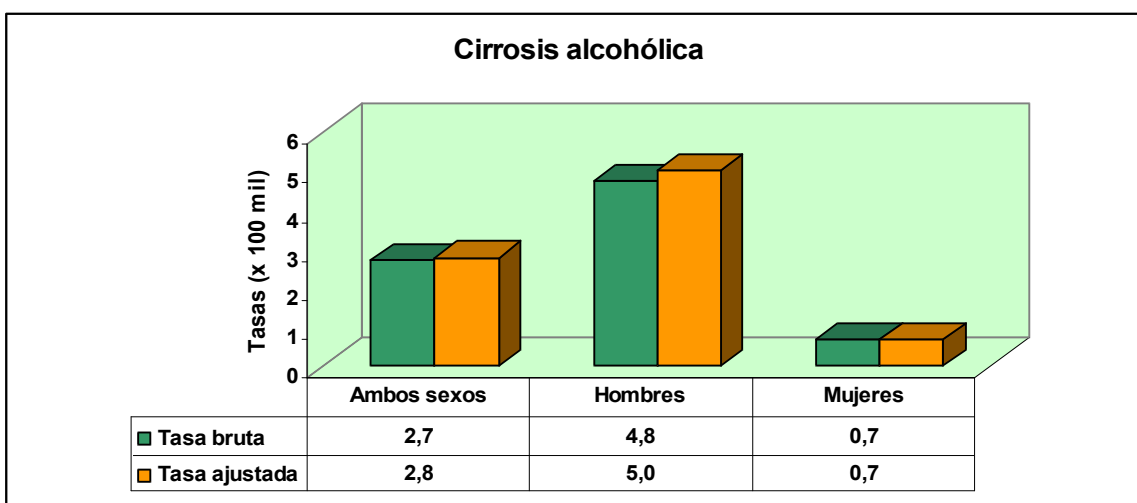


Figura 56.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Cirrosis alcohólica. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un descenso relativo del -11% (0,44 en 1999; 0,39 en 2010).

3. Suicidios.-

* Mortalidad general:

Los Suicidios son los responsables del 10,5% de las defunciones (10,5% en los hombres; 10,3% en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 80,6% de éstas defunciones afectan a los hombres y el 19,4% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 4 (se producen 4 MACA por Suicidios en hombres por cada MACA por Suicidios en mujeres). (Figura 57)



Figura 57.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por Suicidios. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a Suicidios alcohólica presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 53)

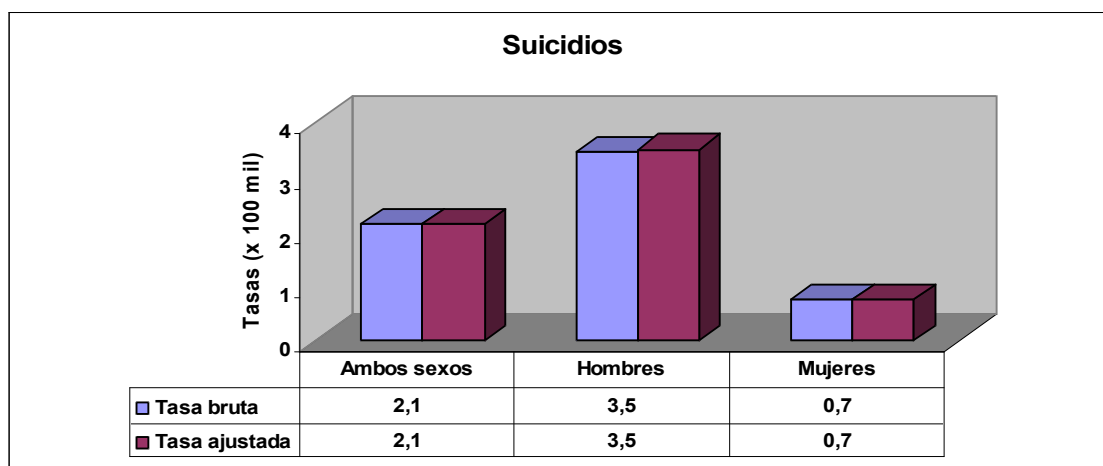


Figura 58.- Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Suicidios. Canarias.1999-2010.

La tendencia de estas tasas ajustadas a lo largo del período es creciente en hombres (PCA: 2,2%), aunque esta diferencia no es significativa. (Figura 59)

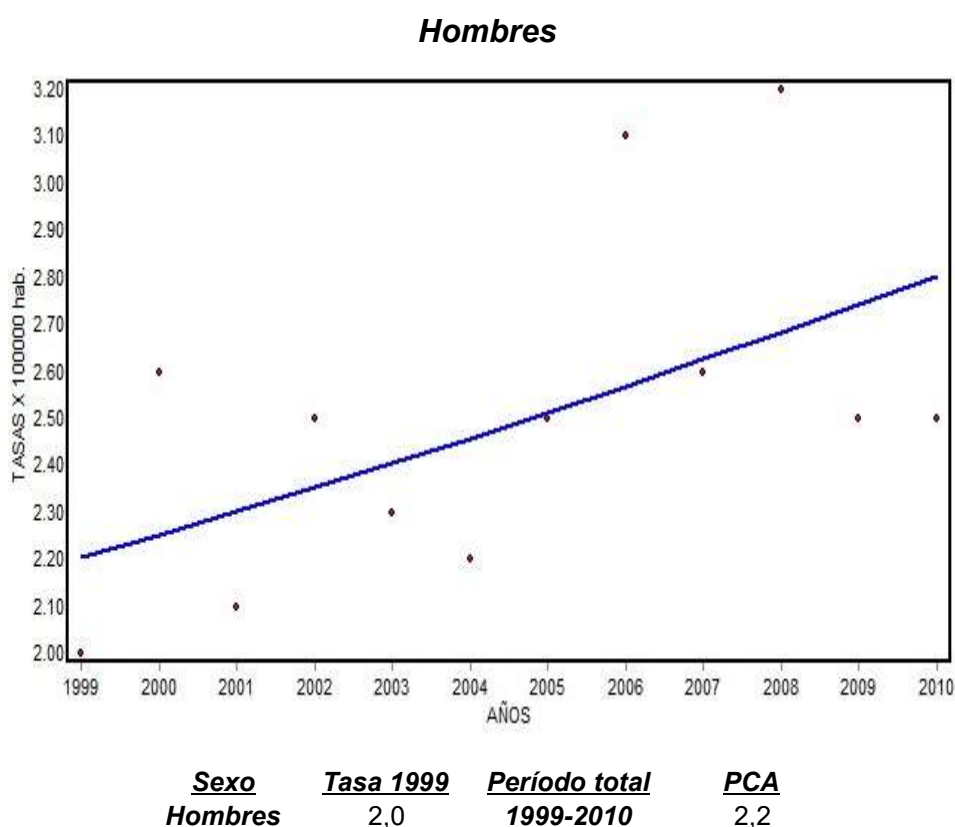


Figura 59.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad atribuibles al consumo de alcohol por Suicidios. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de mortalidad, se observa un descenso relativo del -8,5% (1,7 en 1999; 1,5 en 2010)

en ambos sexos, mientras que en las mujeres este descenso es del 100% (0,3 en 1999; 0,0 en 2010).

*** Mortalidad prematura:**

Los Suicidios son los responsables del 14,4% de los APVP (14,8% en hombres; 12,3% en mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 85,5% de estos APVP afectan a los hombres y el 14,5% a las mujeres, lo que supone una relación hombre/mujer de 6 (se registran 6 APVP por Suicidios en hombres por cada APVP por Suicidios en mujeres). (Figura 60)

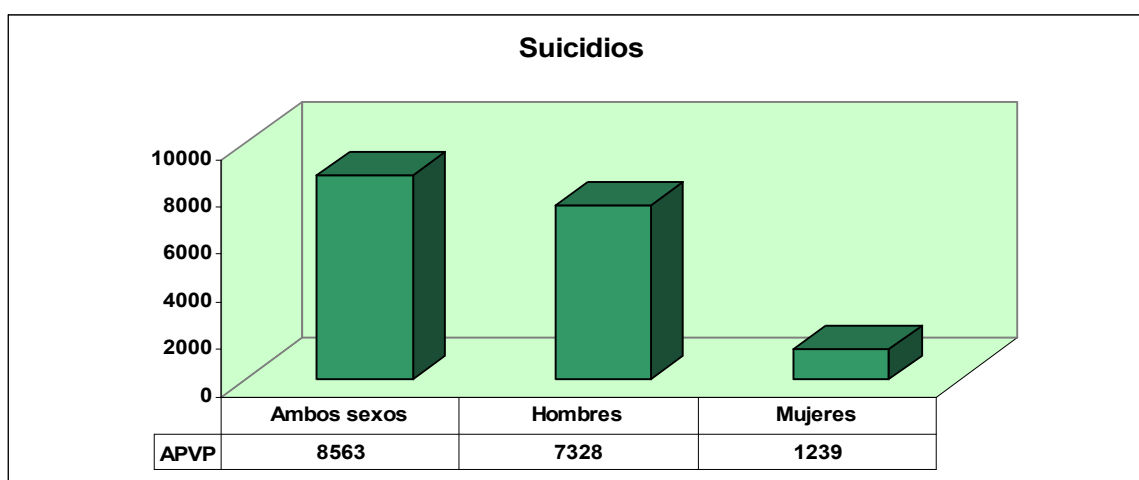


Figura 60.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Suicidios. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Suicidios presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 91)

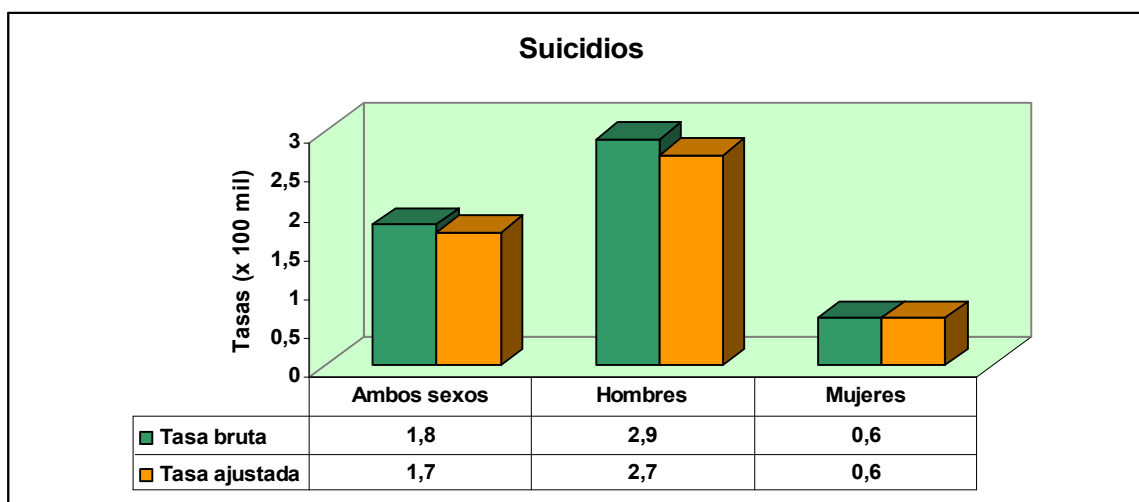


Figura 61.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Suicidios. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un descenso relativo del -12% (0,26 en 1999; 0,23 en 2010).

4.- Accidentes de tráfico.-

*** Mortalidad general:**

Los Accidentes de tráfico son los responsables del 8,8% de las defunciones (8,9% en los hombres; 8,6% en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 81,0% de éstas defunciones afectan a los hombres y el 19,0% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 4 (se producen 4 MACA por Accidentes de tráfico en hombres por cada MACA por Accidentes de tráfico en mujeres). (Figura 62)

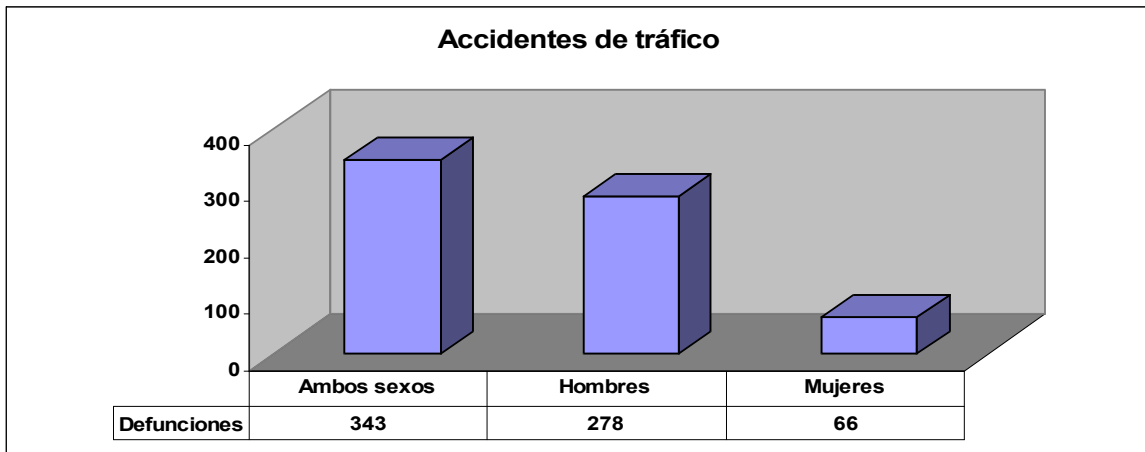


Figura 62.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes de tráfico. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a Accidentes de tráfico presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (figura 63)

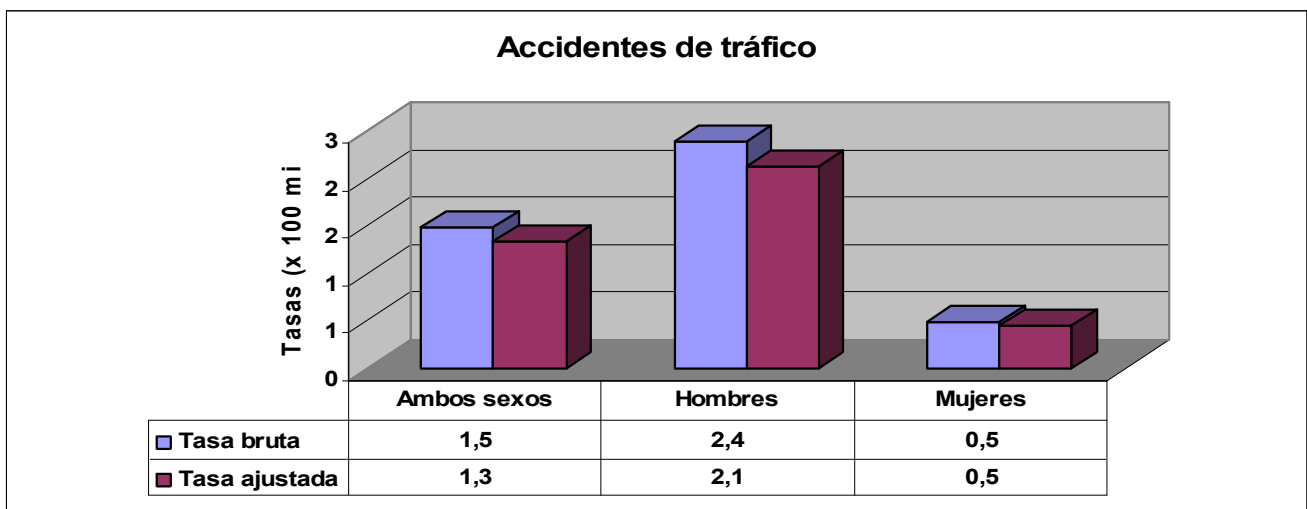
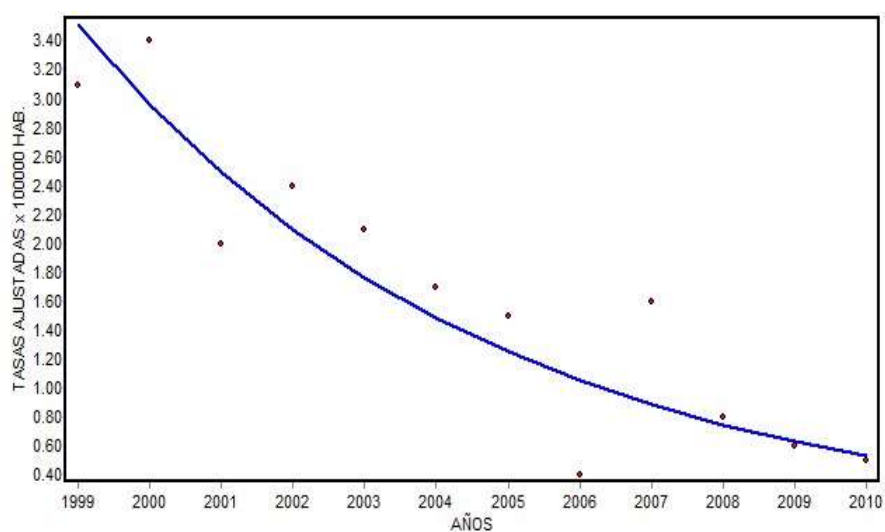


Figura 63.- Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes de tráfico. Canarias.1999-2010.

En los hombres, la tendencia de estas tasas ajustadas a lo largo del período es descendente (PCA: -15,8%), siendo este descenso estadísticamente significativo. (Figura 64)

Hombres



<u>Sexo</u>	<u>Tasa 1999</u>	<u>Período total</u>	<u>PCA</u>
Hombres	3,1	1999-2010	-15.8*

Figura 64.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad por Accidentes de tráfico relacionadas con el consumo de alcohol. Canarias 1999-2010.

Comparando la mortalidad entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de mortalidad, se observa un descenso en las mujeres (se pasa de 0,4 en 1999 a 0,0 en 2010).

*** Mortalidad prematura:**

Los Accidentes de tráfico son los responsables del 18,5% de los APVP (18,6% en hombres; 18,5% en mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 83,2% de estos APVP afectan a los hombres y el 16,8% a las mujeres, lo que supone una relación hombre/mujer de 5 (se registran 5 APVP por Accidentes de tráfico en hombres por cada APVP por Accidentes de tráfico en mujeres). (Figura 65)

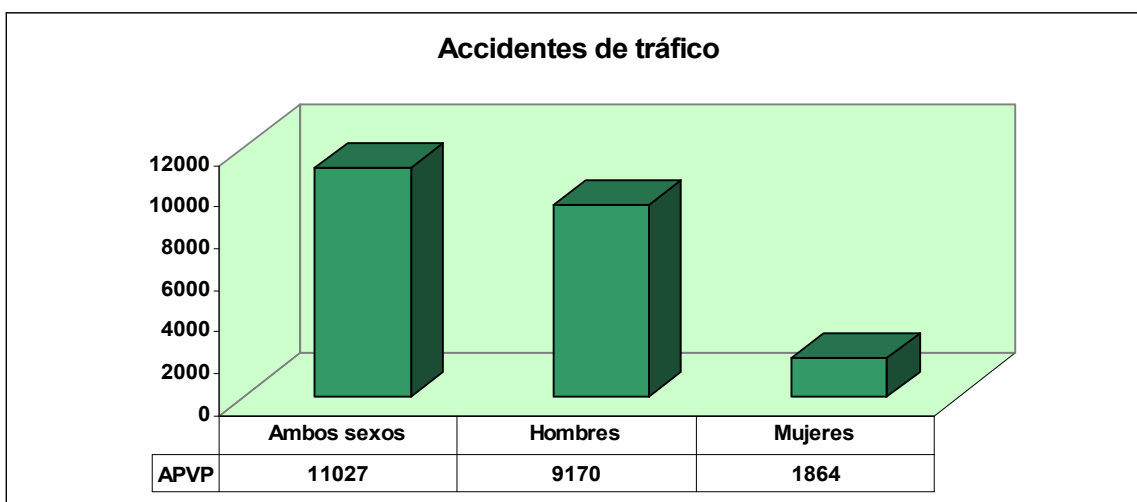


Figura 65.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes de tráfico. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes de tráfico presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 66)

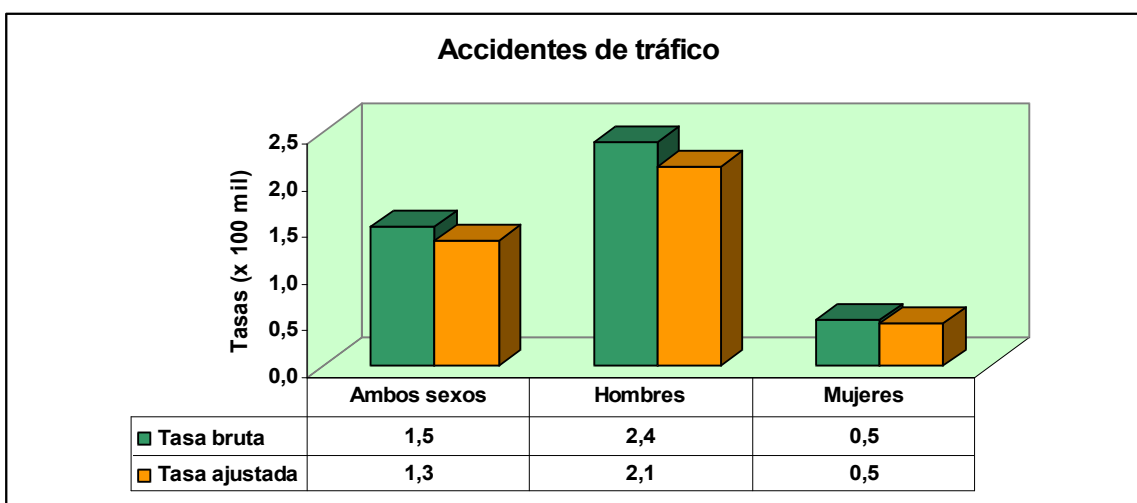


Figura 66.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Accidentes de tráfico. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un descenso relativo del -86% (0,72 en 1999; 0,1 en 2010).

5.- Daño hepático no especificado.-

* Mortalidad general:

El daño hepático no especificado es el responsable del 5,6% de las defunciones (5,8% en los hombres; 4,4% en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 84,3% de éstas defunciones afectan a los hombres y el 15,7% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 5 (se producen 5 MACA por Daño hepático no especificado en hombres por cada MACA por Daño hepático no especificado en mujeres). (Figura 67)

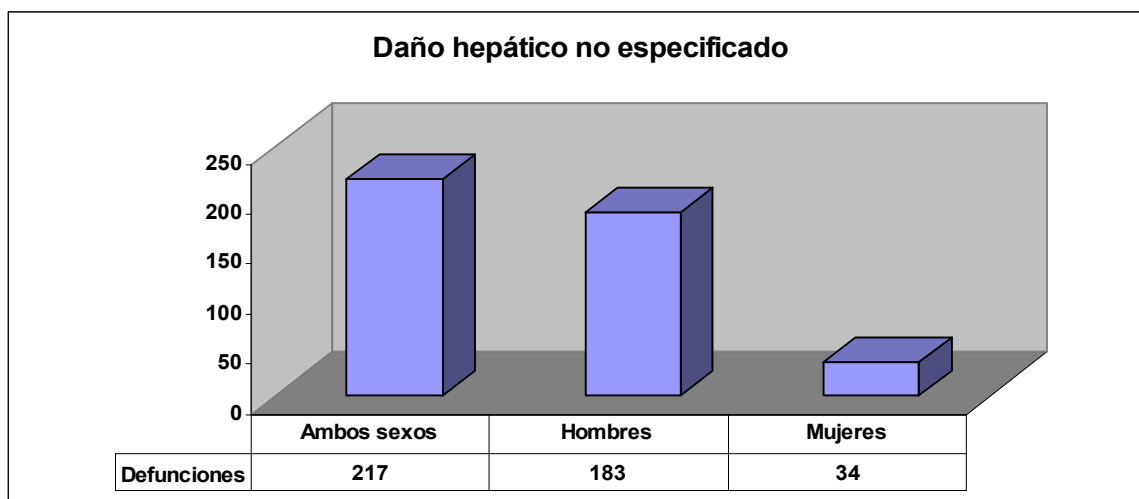


Figura 67.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por Daño hepático no especificado. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a Daño hepático no especificado presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 68)

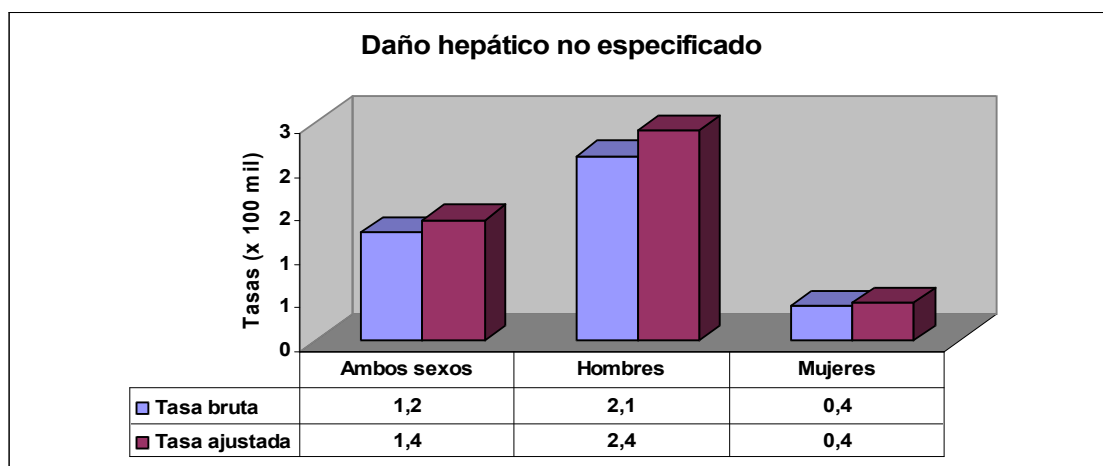
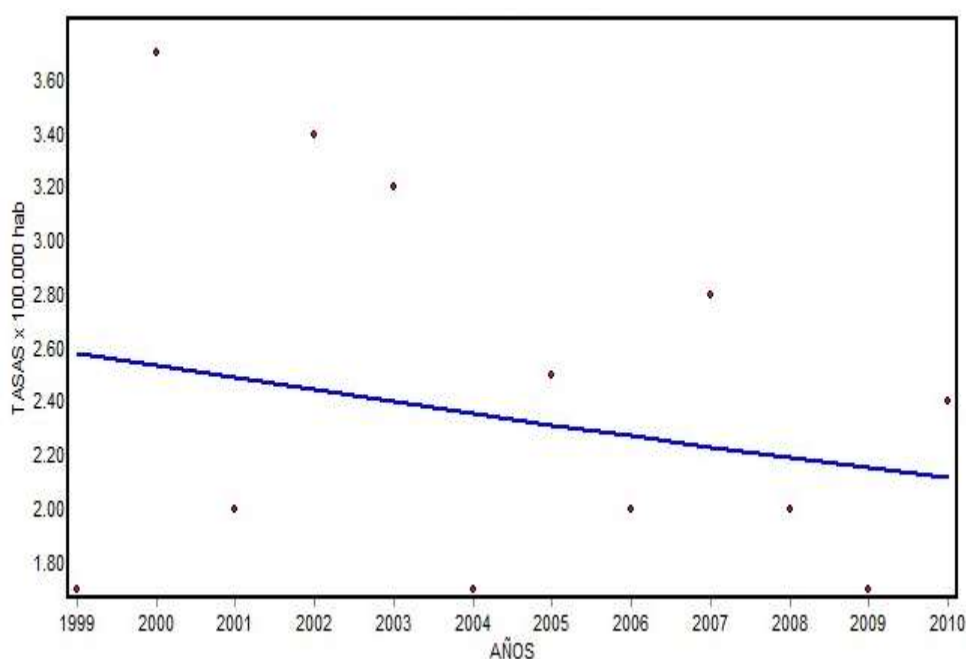


Figura 68.- Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Daño hepático no especificado. Canarias.1999-2010.

En los hombres, la tendencia de estas tasas ajustadas a lo largo del período es descendente (PCA:-1,8%), siendo este descenso no estadísticamente significativo. (Figura 69)

Hombres



<u>Sexo</u>	<u>Tasa 1999</u>	<u>Período total</u>	<u>PCA</u>
Hombres	1,7	1999-2010	-1,8

Figura 69.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad por Daño hepático no especificado relacionadas con el consumo de alcohol. Canarias 1999-2010.

Comparando la mortalidad entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de mortalidad, se observa en las mujeres un descenso relativo entre ambos años del -70%. (pasa de 0,7 en 1999 a 0,2 en 2010).

*** Mortalidad prematura:**

El Daño hepático no especificado es el responsable del 4,2% de los APVP (4,3% en hombres; 3,7% en mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 84,9% de estos APVP afectan a los hombres y el 15,1% a las mujeres, lo que supone una relación hombre/mujer de 6 (se registran 6 APVP por Daño hepático no especificado en hombres por cada APVP por Daño hepático no especificado en mujeres). (Figura 70)

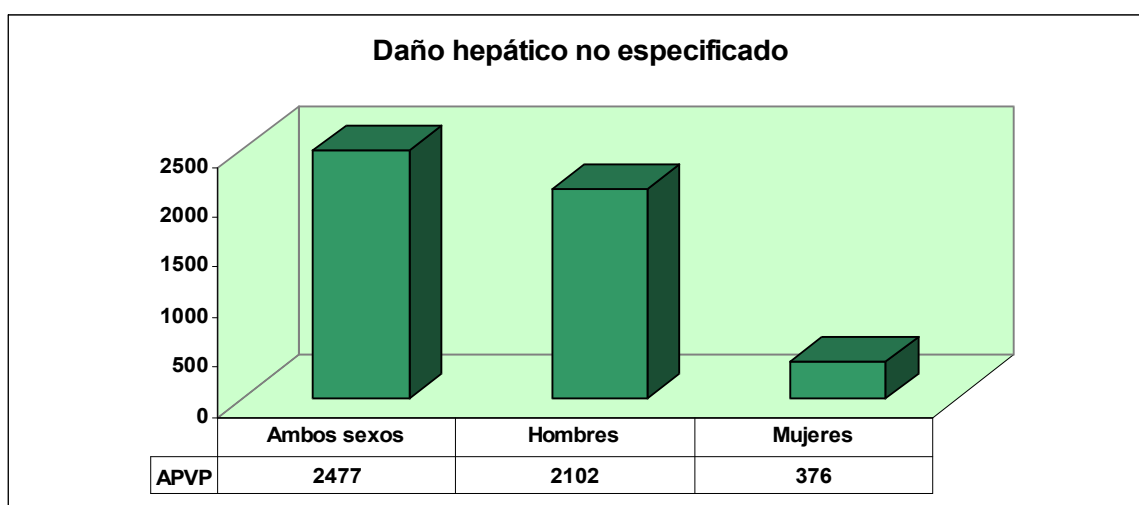


Figura 70.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Daño hepático no especificado. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Daño hepático no especificado presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 71)

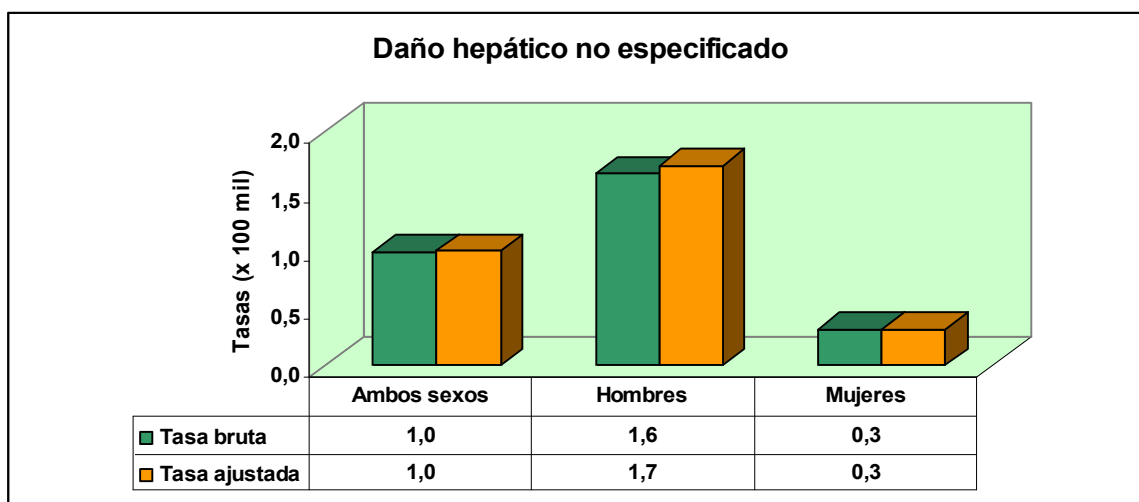


Figura 71.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Daño hepático no especificado. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un descenso relativo del -38% (0,16 en 1999; 0,1 en 2010).

6.- Ahogamiento o sumersión-

*** Mortalidad general:**

Ahogamiento o sumersión es el responsable del 5,4% de las defunciones (5,9% en los hombres; 3,4% en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 87,6% de éstas defunciones afectan a los hombres y el 12,4% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 7 (se producen 7 MACA por Ahogamiento o sumersión en hombres por cada MACA por Ahogamiento o sumersión en mujeres). (Figura 72)

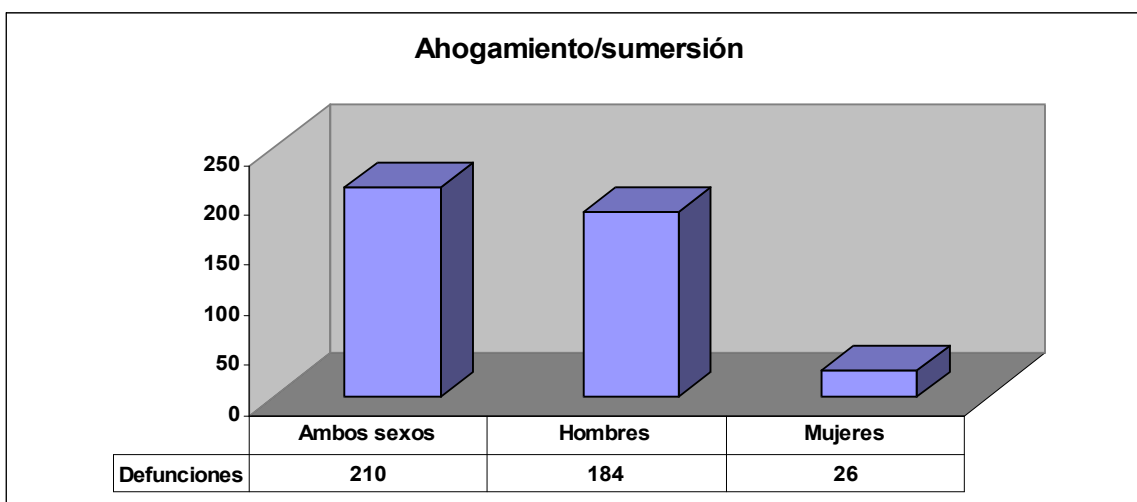


Figura 72.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por Ahogamiento o sumersión. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a Ahogamiento o sumersión presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 73)

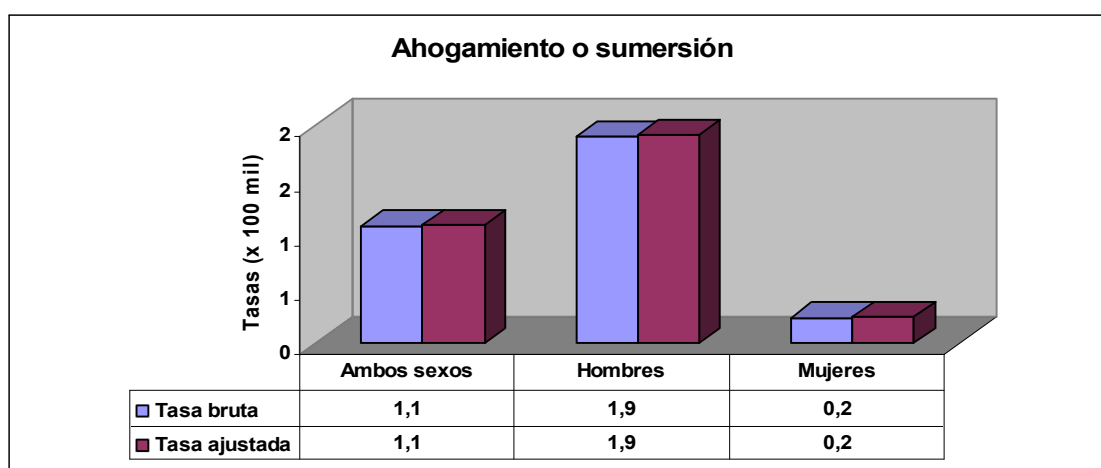
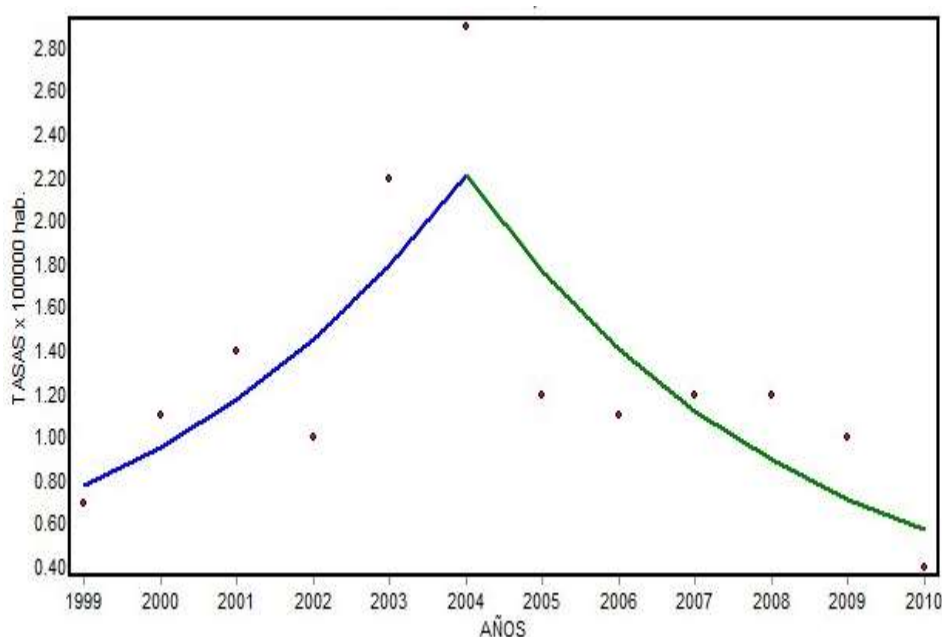


Figura 73.- Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Ahogamiento o sumersión. Canarias.1999-2010.

En los hombres, la tendencia de estas tasas ajustadas a lo largo del período es descendente (PCA:-3,5%), siendo este descenso no estadísticamente significativo. Este descenso no es homogéneo, distinguiéndose dos periodos: en el primer periodo (1999-2004) hay un ascenso no significativo (PCA: 23,3%), mientras que en el segundo (2004-2010) hay un descenso significativo (PCA:-20,2%). (Figura 74).

Hombres



<u>Sexo</u>	<u>Tasa 1999</u>	<u>Período total</u>	<u>PCA</u>	<u>Período 1</u>	<u>PCA</u>	<u>Período 2</u>	<u>PCA</u>
Hombres	0,7	1999-2010	-3.5	1999-2004	23.3	2004-2010	-20.2*

Figura 74.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad por Ahogamiento o sumersión relacionadas con el consumo de alcohol. Canarias 1999-2010.

Comparando la mortalidad entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de mortalidad, en las mujeres, se registran tasas nulas en ambos años.

* Mortalidad prematura:

Ahogamiento o sumersión es el responsable del 4,2% de los APVP (4,3% en hombres; 3,7% en mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 91,9% de estos APVP afectan a los hombres y el 8,1% a las mujeres, lo que supone una relación hombre/mujer de 11 (se registran 11 APVP por Ahogamiento o sumersión en hombres por cada APVP por Ahogamiento o sumersión en mujeres). (Figura 75)

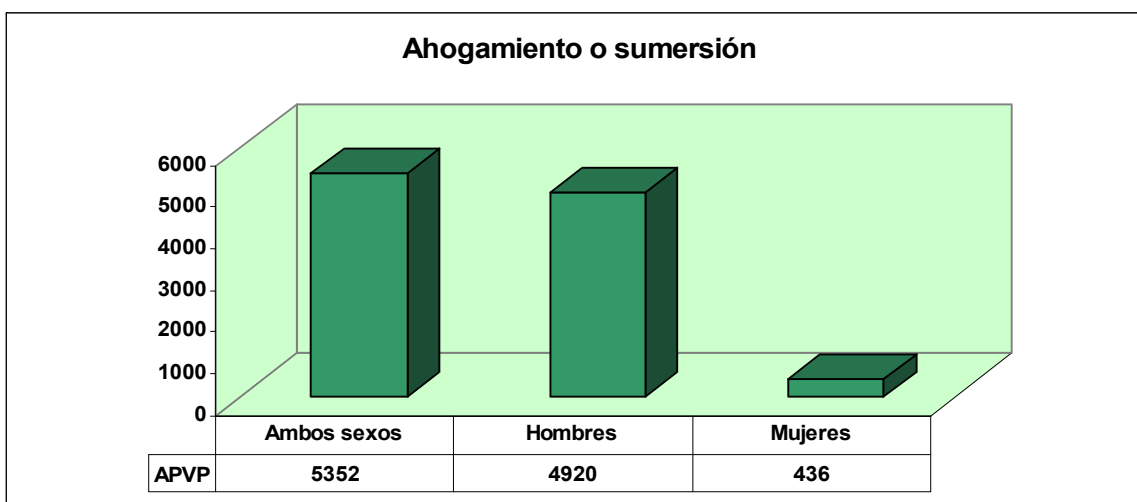


Figura 75.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Ahogamiento o sumersión. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Daño hepático no especificado presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 76)

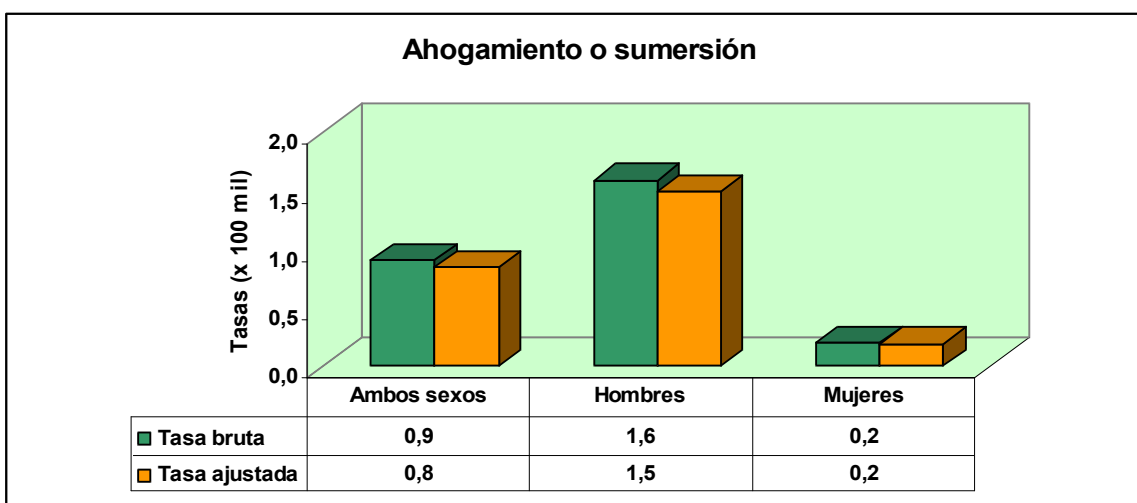


Figura 76.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Ahogamiento o sumersión. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un descenso relativo del -67% (0,04 en 1999; 0,12 en 2010).

7.- Caídas accidentales-

* Mortalidad general:

Las caídas accidentales son las responsables del 5,1% de las defunciones (4,4% en los hombres; 7,9% en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 69,6% de éstas defunciones afectan a los hombres y el 30,4% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 2 (se producen 2 MACA por Caídas accidentales en hombres por cada MACA por Caídas accidentales en mujeres). (Figura 77)

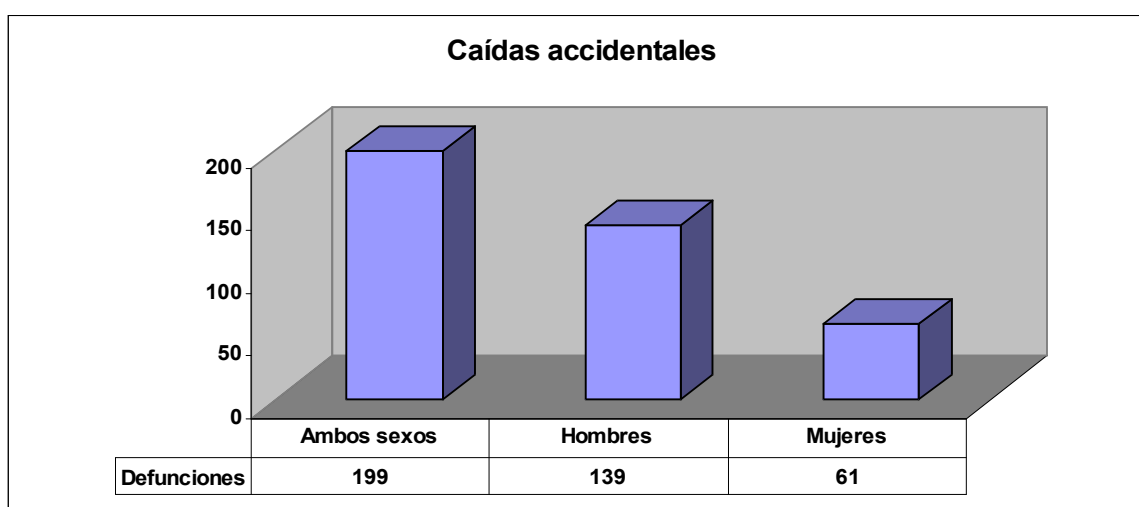


Figura 77.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por Caídas accidentales. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a Caídas accidentales presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 78)

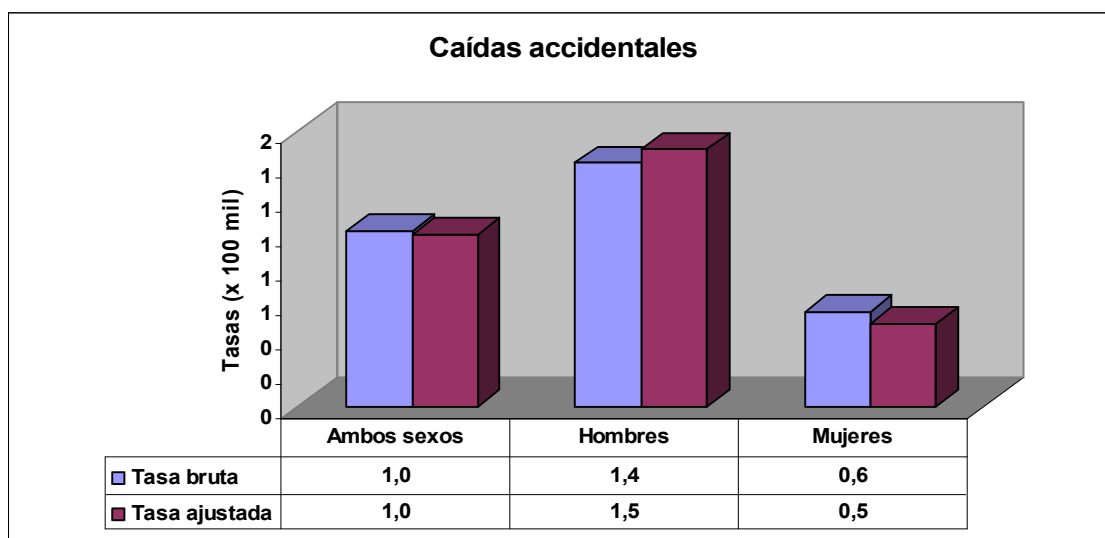


Figura 78.- Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Caídas accidentales. Canarias.1999-2010.

En los hombres, la tendencia de estas tasas ajustadas a lo largo del período es ascendente (PCA: 4,3%), siendo este ascenso no estadísticamente significativo. (Figura 79)

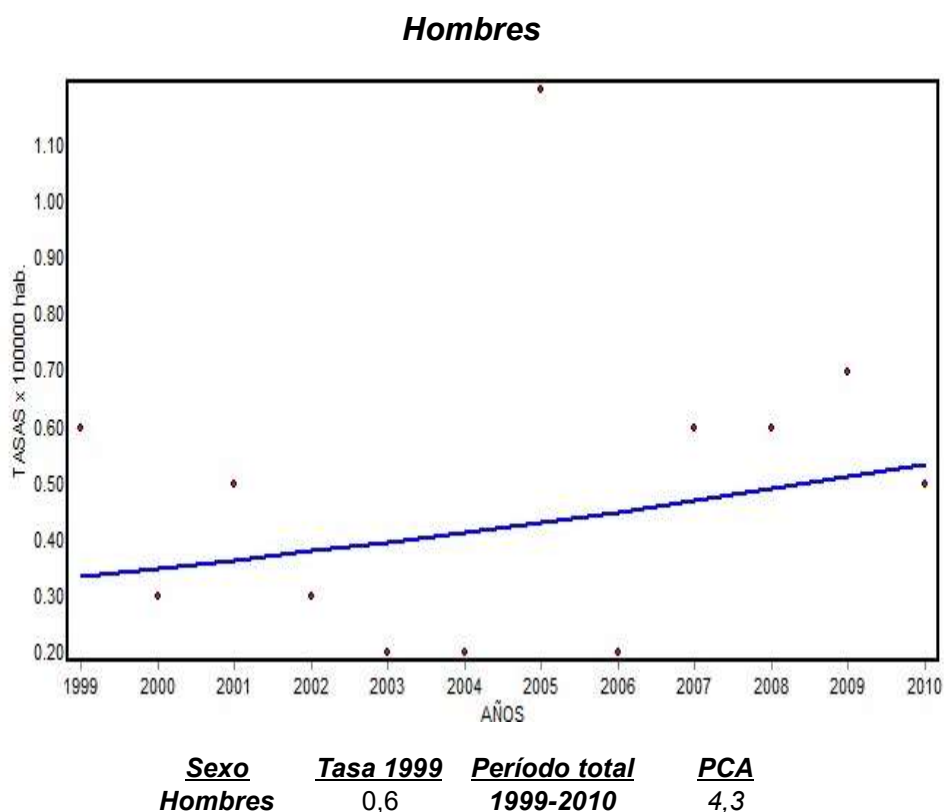


Figura 79.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad por Caídas accidentales relacionadas con el consumo de alcohol. Canarias 1999-2010.

Comparando la mortalidad entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de mortalidad, en las mujeres se pasa de un valor nulo en 1999 a 0,2 e en 2010.

*** Mortalidad prematura:**

Las Caídas accidentales son las responsables del 4,4% de los APVP (4,6% en hombres; 3,5% en mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 86,6% de estos APVP afectan a los hombres y el 13,4% a las mujeres, lo que supone una relación hombre/mujer de 6 (se registran 6 APVP por Caídas accidentales en hombres por cada APVP por Caídas accidentales en mujeres). (Figura 80)

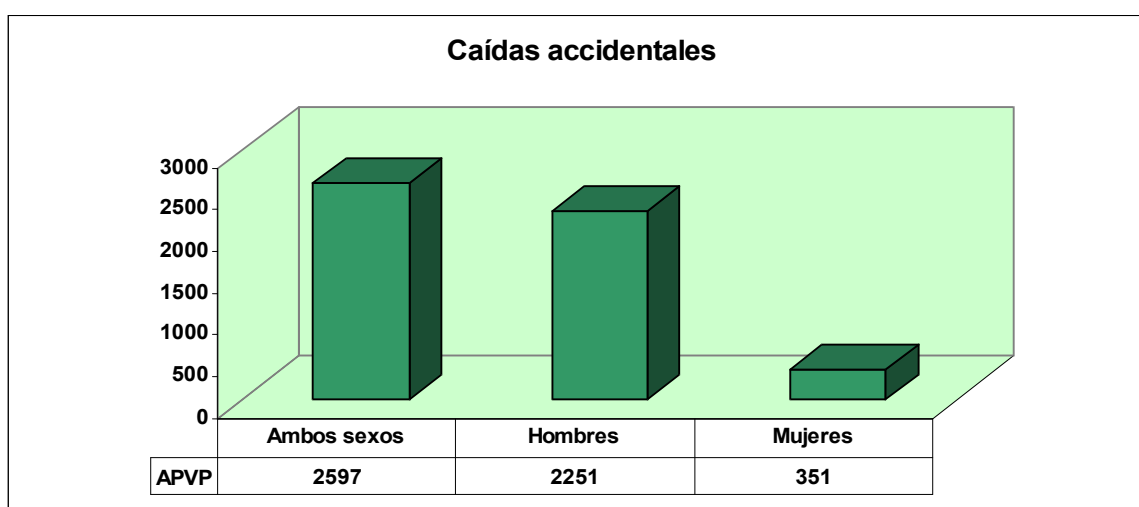


Figura 80.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Caídas accidentales. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Daño hepático no especificado presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 81)

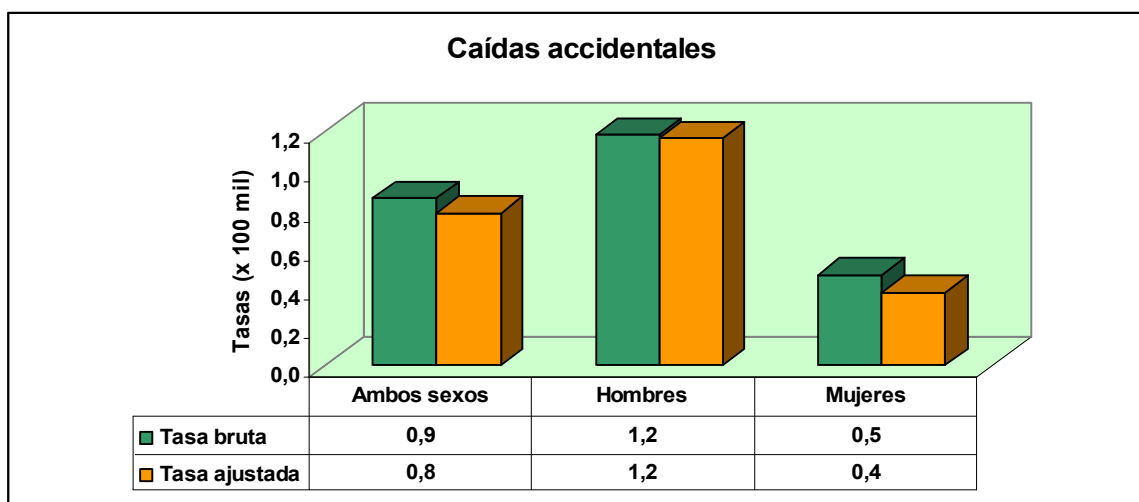


Figura 81.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Caídas accidentales. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un descenso relativo del -67% (0,04 en 1999; 0,12 en 2010).

8.- Síndrome de dependencia al alcohol-

*** Mortalidad general:**

El Síndrome de dependencia al alcohol es el responsable del 5,1% de las defunciones (5,0% en los hombres; 2,6% en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 88,7% de éstas defunciones afectan a los hombres y el 12,3% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 8 (se producen 8 MACA por Síndrome de dependencia al alcohol en hombres por cada MACA por Síndrome de dependencia al alcohol en mujeres). (Figura 82)

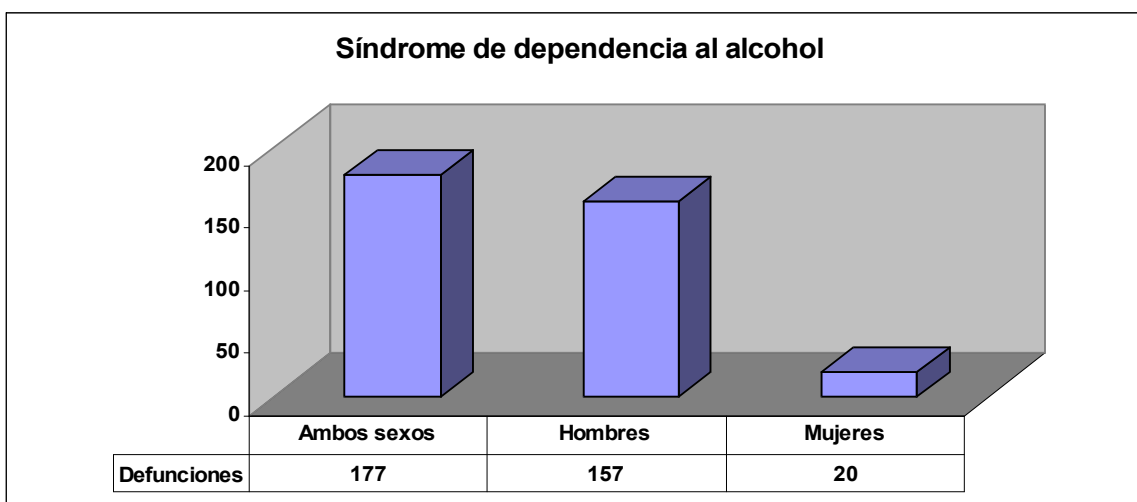


Figura 82.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por Síndrome de dependencia al alcohol. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a Síndrome de dependencia al alcohol presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 83)

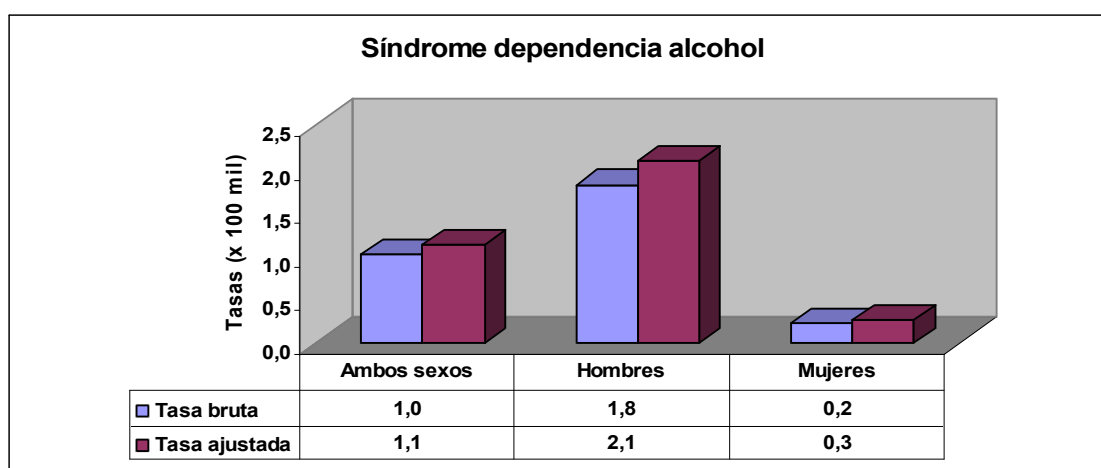
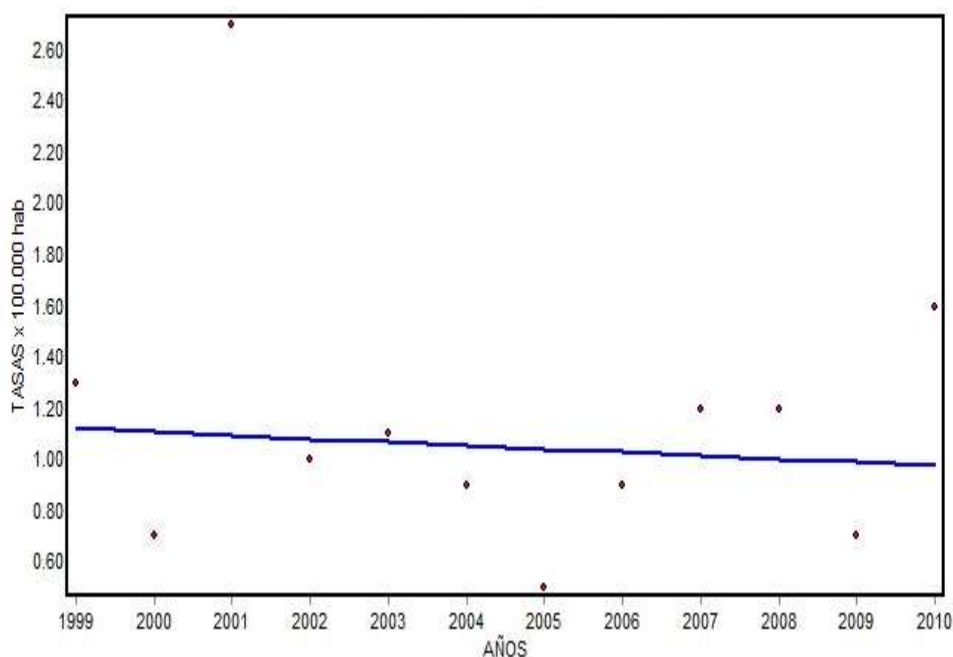


Figura 83.- Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Síndrome de dependencia al alcohol. Canarias.1999-2010.

En los hombres, la tendencia de las tasas ajustadas a lo largo del período es descendente (PCA: -1,7), siendo este descenso no estadísticamente significativo. (Figura 84)

Hombres



<u>Sexo</u>	<u>Tasa 1999</u>	<u>Período total</u>	<u>PCA</u>
Hombres	2,5	1999-2010	-1,7

Figura 84.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad por Síndrome de dependencia al alcohol relacionadas con el consumo de alcohol. Canarias 1999-2010.

Comparando la mortalidad entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de mortalidad, en las mujeres se pasa de 0,2 en 1999 a 0,4 en 2010, lo que supone un incremento relativo del 81%.

*** Mortalidad prematura:**

El Síndrome de dependencia al alcohol es el responsable del 3,6% de los APVP (2,9% en hombres; 3,6% en mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 79,8% de estos APVP afectan a los hombres y el 20,2% a las mujeres, lo que supone una relación hombre/mujer de 4 (se registran 4 APVP por Síndrome de dependencia al alcohol en hombres por cada APVP por Síndrome de dependencia al alcohol en mujeres). (Figura 85)

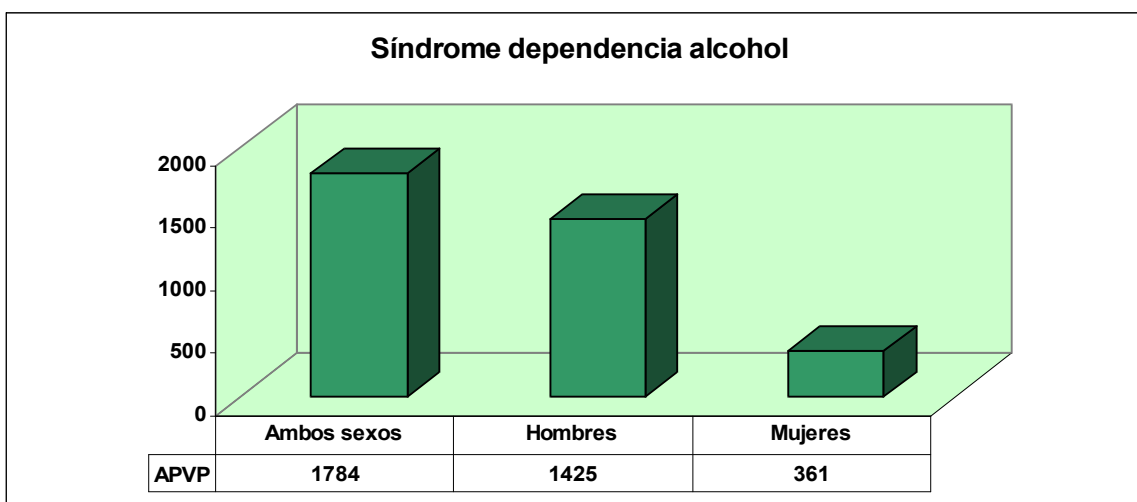


Figura 85.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Síndrome de dependencia al alcohol. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Síndrome de dependencia al alcohol no especificado presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 86)

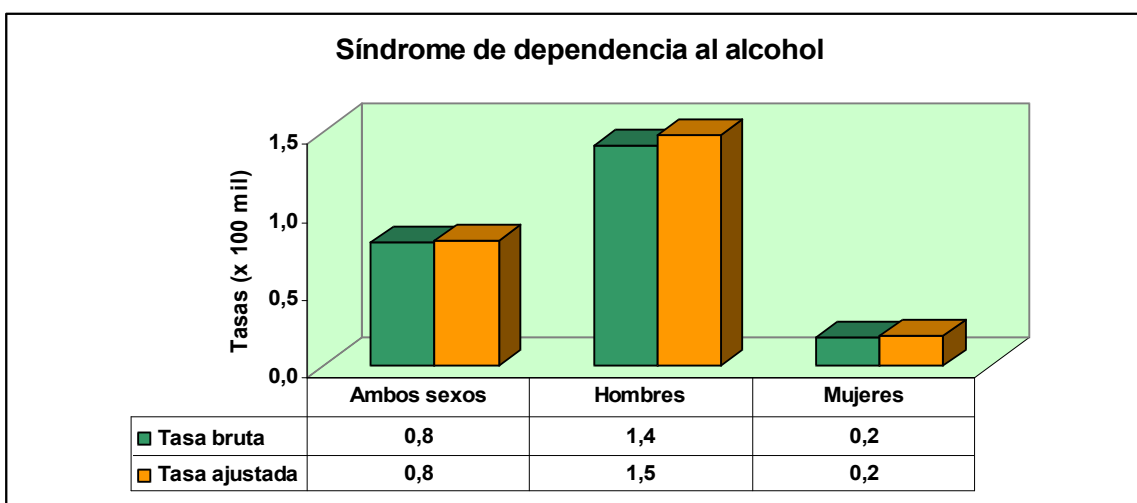


Figura 86.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Síndrome de dependencia al alcohol. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un incremento relativo del 60% (0,1 en 1999; 0,16 en 2010).

9.- Envenenamiento no alcohólico.-

* Mortalidad general:

El envenenamiento no alcohólico es el responsable del 2,6% de las defunciones (2,5% en los hombres; 2,9% en las mujeres) de las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 78,2% de éstas defunciones afectan a los hombres y el 21,8% a las mujeres, lo que supone una relación hombre:mujer de 8 (se producen 4 MACA por Envenenamiento no alcohólico en hombres por cada MACA por Envenenamiento no alcohólico en mujeres). (Figura 87)

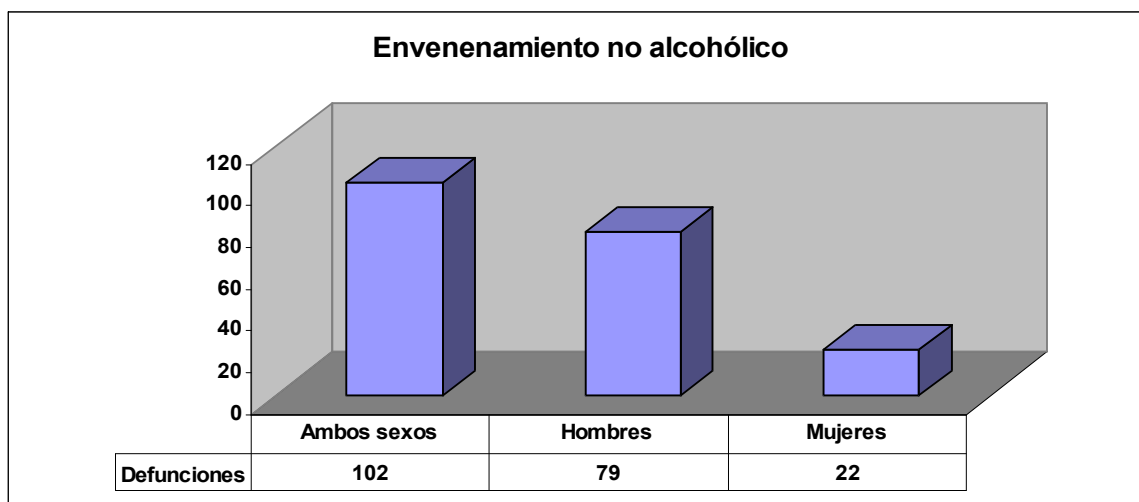


Figura 87.- Muertes atribuibles al consumo de alcohol por Envenenamiento no alcohólico. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de mortalidad bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol debido a Envenenamiento no alcohólico presenta valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 88)

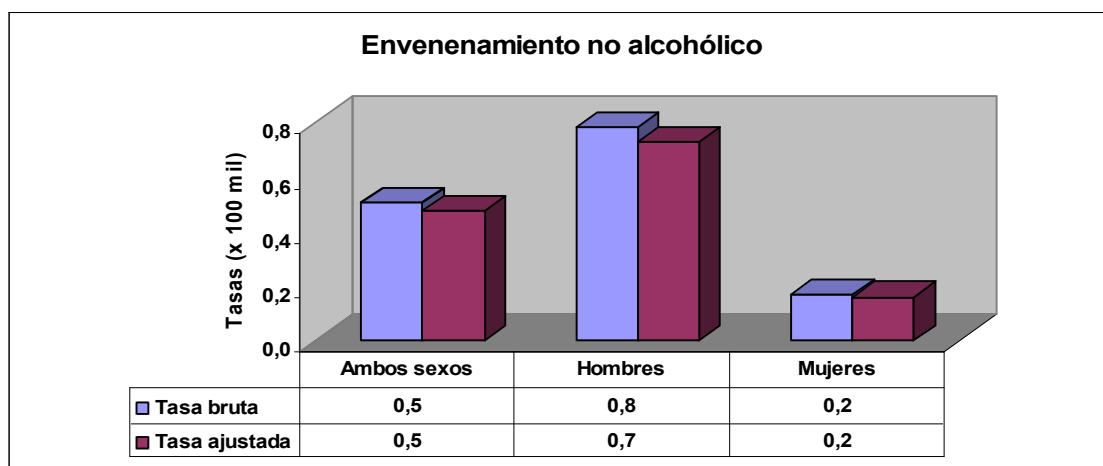
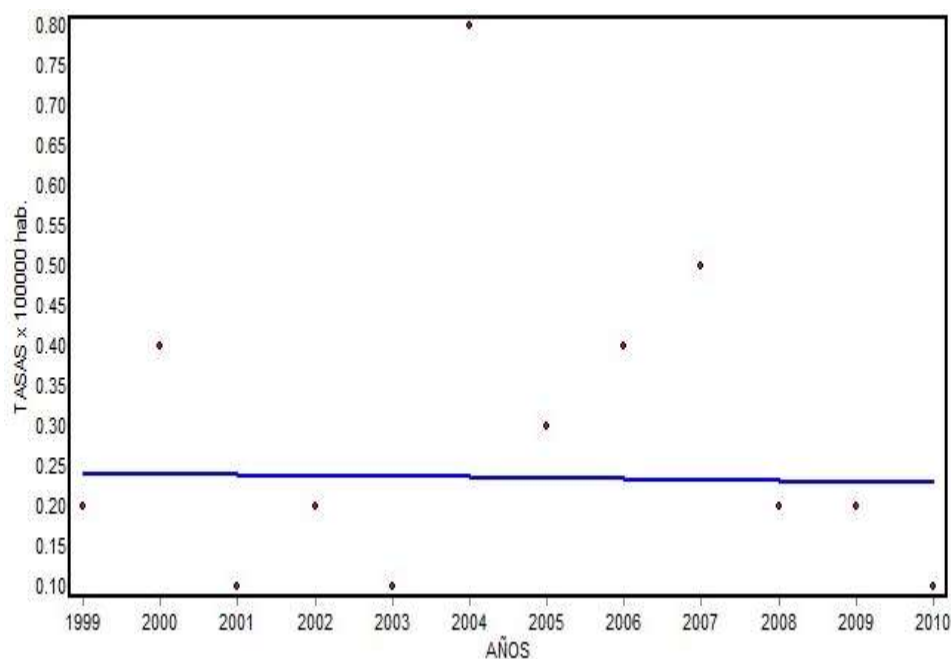


Figura 88.-Tasas de mortalidad por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Envenenamiento no alcohólico. Canarias.1999-2010.

En los hombres, la tendencia de las tasas ajustadas a lo largo del período es estable (PCA: -0,4%), siendo este descenso no estadísticamente significativo. (Figura 89)

Hombres



<u>Sexo</u>	<u>Tasa 1999</u>	<u>Período total</u>	<u>PCA</u>
Hombres	0,2	1999-2010	-0,4

Figura 89.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad por Envenenamiento no alcohólico relacionadas con el consumo de alcohol. Canarias 1999-2010.

Comparando la mortalidad entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de mortalidad, en las mujeres se pasa de 0,0 en 1999 a 0,1 en 2010.

*** Mortalidad prematura:**

El envenenamiento no alcohólico es el responsable del 4,0% de los APVP (4,3% en hombres; 3,0% en mujeres) por las MACA registradas en Canarias en el período 1999-2010.

Por sexos, el 87,3% de estos APVP afectan a los hombres y el 12,7% a las mujeres, lo que supone una relación hombre/mujer de 7 (se registran 7 APVP por Envenenamiento no alcohólico en hombres por cada APVP por Envenenamiento no alcohólico en mujeres). (Figura 90)

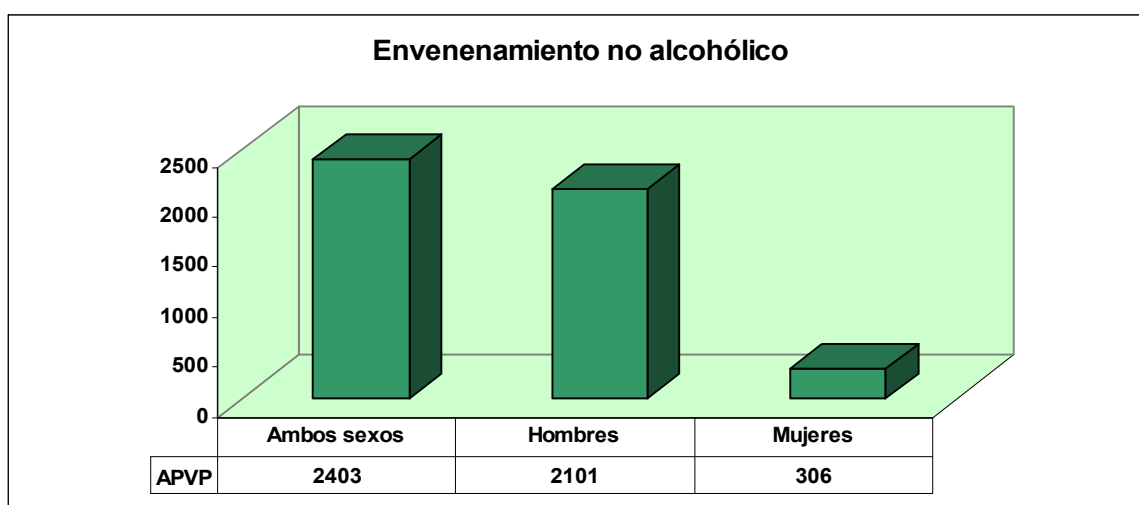


Figura 90.- Años potenciales de vida perdidos por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Envenenamiento no alcohólico. Canarias. 1999-2010.

Las tasas de APVP bruta y ajustada por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Envenenamiento no alcohólico presentan valores similares, siendo el riesgo de morir mucho mayor en los hombres. (Figura 91)

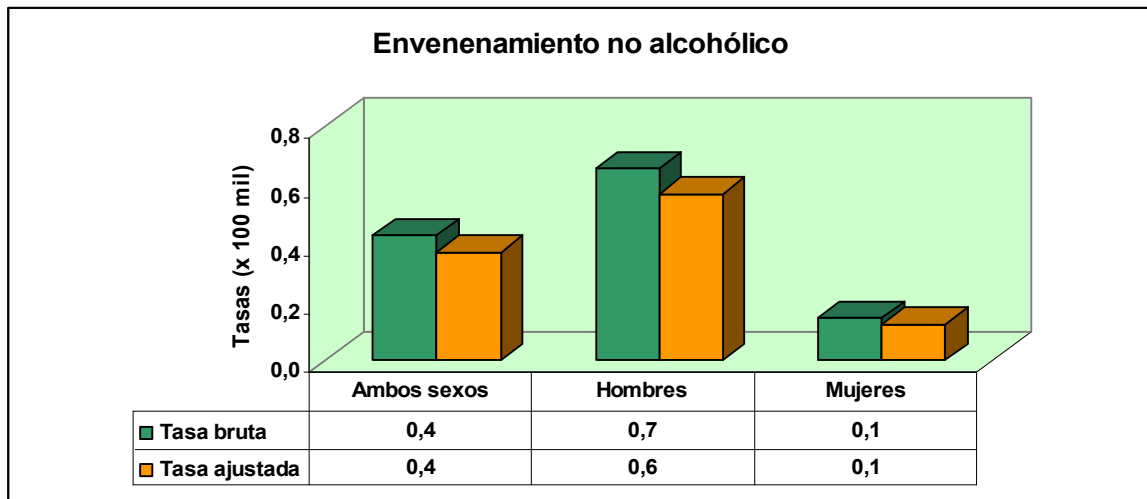


Figura 91.- Tasas de APVP por muertes atribuibles al consumo de alcohol por Envenenamiento no alcohólico. Canarias. 1999-2010.

Comparando la mortalidad prematura entre el primero y el último año del estudio, a través de las tasas ajustadas de APVP, se observa un incremento relativo del -60% (0,04 en 1999; 0,01 en 2010).

CONCLUSIONES

1.- El 3% de las muertes registradas en Canarias en el periodo 1990-2010 se relacionan con el consumo de alcohol. Son los hombres, con diferencia, los más afectados (8 de cada 10 fallecimientos).

2.- El riesgo de morir atribuible al consumo de alcohol es mucho más elevado en los hombres en todos los años del estudio, con una tendencia decreciente en ambos sexos, aunque en las mujeres no significativamente.

3.- El 85% de las muertes prematuras atribuibles al alcohol afecta a los hombres, y el riesgo de morir prematuramente entre 1999 y 2010 desciende un 79%.

Grandes grupos

4.- Las causas crónicas son responsables del 63% de las muertes relacionadas con el consumo de alcohol. Siendo ésta relación es similar en ambos sexos, el aporte porcentual de las causas agudas es ligeramente mayor en las mujeres.

5.- El riesgo de morir por causas agudas y crónicas es mayor en los hombres, coincidiendo con las mujeres en una tendencia descendente, aunque en éstas últimas de forma no significativa.

6.- El 32% de las muertes prematuras relacionadas con el consumo alcohol se deben a causas crónicas. Ésta relación es similar en ambos sexos, siendo el aporte porcentual de las causas agudas ligeramente mayor en las mujeres.

7.- Entre 1999 y 2010 desciende el riesgo de morir prematuramente, más en las causas agudas (-54%) que en las crónicas (-36%).

Categorías diagnósticas

8.- Las E. digestivas y los Accidentes, no intencionales e intencionales, son las principales categorías diagnósticas responsables del 84% de las muertes relacionadas con el consumo de alcohol. En las mujeres aumenta la importancia porcentual de estas tres categorías.

9.- El riesgo de morir por estas tres categorías diagnósticas, mucho mayor en los hombres, sigue una tendencia descendente significativa a lo largo del periodo en éste sexo. En las mujeres el cambio de tendencia es no significativo, descendente en las E. digestivas y los Accidentes no intencionales y ligeramente ascendente en los intencionales.

10.- Respecto a la mortalidad prematura, la importancia relativa de estas tres categorías diagnósticas es ligeramente superior (89%), superando los Accidentes no intencionales a las E. digestivas en orden de importancia,

11.- El riesgo de morir prematuramente por estas tres categorías desciende entre los años inicial y final del periodo, sobre todo en los accidentes no intencionales (-77%).

Procesos diagnósticos

12.- Otras cirrosis, Cirrosis alcohólica, Suicidios, Accidentes de tráfico, Daño hepático no especificado, Ahogamiento o sumersión, Caídas accidentales, Síndrome de dependencia al alcohol son, por orden de importancia, los principales procesos patológicos, responsables de 3 de cada 4 muertes relacionadas con el consumo de alcohol.

13.- Por el contrario, no se registra ningún fallecimiento por Síndrome pseudo-cushing inducido por alcohol, Miopatía alcohólica, Cardiomiopatía alcohólica, Síndrome fetal por alcohol, Feto y recién nacido afectado alcohol madre, Aborto espontáneo, Hallazgo de alcohol en sangre y Suicidios-envenenamiento por alcohol.

14.- El riesgo de morir para los principales procesos diagnósticos, mucho mayor en los hombres, no siguen una tendencia uniforme. Refiriéndonos únicamente a las diferencias estadísticamente significativas, la tendencia es descendente en Otras cirrosis en ambos sexos, y en los Accidentes de tráfico sólo en los hombres; y estable en la Cirrosis alcohólica en éste último sexo.

15.- En la mortalidad prematura, comparando con la mortalidad general, la importancia de estos procesos patológicos varía, adquiriendo más peso los procesos agudos, en especial los Accidentes de tráfico y los Suicidios, que se convierten en los principales procesos. En cualquier caso, se observa un descenso de la importancia porcentual entre los años inicial y final del estudio, excepto en el Síndrome de dependencia al alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

Alseda M, Godoy P. Mortalidad atribuible al alcohol en Catalunya: 1994. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72:25-31.

Alvarez FJ. Trends in alcohol consumption in Spain. *Br J Addict*. 1991;86:103-5.

Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe: a public health perspectiva*. London: Institute of Alcohol Studies; 2006.

Anderson P, Cremona A, Paton A, Turner C, Wallace P. The risk of alcohol. *Addiction*. 1993;88(11):1493-508.

Breslow, N.E. (1984). Extra-Poisson Variation in Log-linear Models. *Appl. Statist*, 33:38-44.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol Related Disease Impact (ARDI). 2009; Available from: <https://apps.nccd.cdc.gov/ARDI/HomePage.aspx>.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol-attributable deaths and years of potencial life lost. USA, 2001. *MMWR Mor Mortal wkly Rep* 2004; 53: 866-870.

Cipriani F, Landucci S, Bloomfield K. Alcohol- related mortality in europe: A tentative analysis from the EU Project "Alcohol Consumption and Alcohol problems among Woman in European countries". *J Epidemiol Community Health*. 2001;22(1):55-67.

Consejería de Sanidad Trabajo y Servicios Sociales del Gobierno de Canarias. *Encuesta de Salud de Canarias*. 1990. Las Palmas de Gran Canaria: Dirección General de Asistencia Sanitaria; 1990.

Consejo de la Unión Europea. Una estrategia de la Unión Europea para ayudar a los Estados miembros a reducir daños relacionados con el alcohol. 2006 [updated Bruselas, 6 de noviembre de 2006 (08.11) (OR.en)]; Available from: <https://www.msssi.gob.es/alcoholJovenes/docs/estrategiaNov2006.pdf>.

Criado J. Mortalidad atribuible al consumo de alcohol en Castilla -La Mancha-. *Gac Sanit*. 2002;17:438-98.

ÍNDICE DE FIGURAS

MUERTES ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE ALCOHOL

<i>Figura 1.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-010.....</i>	<i>27</i>
<i>Figura 2.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>27</i>
<i>Figura 3.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>28</i>
<i>Figura 4.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>29</i>
<i>Figura 5.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>29</i>

GRANDES GRUPOS

<i>Figura 6.- Porcentaje de muertes atribuibles sobre el total de muertes. 1999-2010.....</i>	<i>30</i>
<i>Figura 7.- Porcentaje de AVPP sobre el total de muertes. 1999-2010.....</i>	<i>30</i>

Causas crónicas

<i>Figura 8.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>31</i>
<i>Figura 9.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>31</i>
<i>Figura 10.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>32</i>
<i>Figura 11.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>33</i>
<i>Figura 12.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>33</i>

Causas agudas

<i>Figura 13.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>34</i>
<i>Figura 14.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>35</i>
<i>Figura 15.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>35</i>
<i>Figura 16.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>36</i>
<i>Figura 17.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>37</i>

CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS

<i>Figura 18.- Porcentaje de muertes sobre el total de MACA. 1999-2010.....</i>	<i>38</i>
<i>Figura 19.- Porcentaje de AVPP sobre el total de MACA. 1999-2010.....</i>	<i>38</i>

E. digestivas

<i>Figura 20.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>39</i>
<i>Figura 21.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>39</i>

<i>Figura 22.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>40</i>
<i>Figura 23.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>41</i>
<i>Figura 24.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>41</i>
Accidentes no intencionales	
<i>Figura 25.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>42</i>
<i>Figura 26.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>43</i>
<i>Figura 27.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>43</i>
<i>Figura 28.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>44</i>
<i>Figura 29.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>45</i>
Accidentes intencionales	
<i>Figura 30.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>46</i>
<i>Figura 31.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>46</i>
<i>Figura 32.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>47</i>
<i>Figura 33.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>48</i>
<i>Figura 34.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>48</i>
E. mentales y del comportamiento	
<i>Figura 35.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>49</i>
<i>Figura 36.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>50</i>
<i>Figura 37.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>50</i>
<i>Figura 38.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>52</i>
<i>Figura 39.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>52</i>
E. circulatorias	
<i>Figura 40.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>53</i>
<i>Figura 41.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>53</i>
<i>Figura 42.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>54</i>
<i>Figura 43.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>55</i>
<i>Figura 44.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>55</i>
III. PROCESOS PATOLÓGICOS	
<i>Figura 45.- Porcentaje de muertes sobre el total de MACA. 1999-2010.....</i>	<i>56</i>

<i>Figura 46.- Porcentaje de AVPP sobre el total de MACA. 1999-2010.....</i>	<i>57</i>
Otras cirrosis	
<i>Figura 47.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>58</i>
<i>Figura 48.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>58</i>
<i>Figura 49.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>59</i>
<i>Figura 50.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>60</i>
<i>Figura 51.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>60</i>
Cirrosis alcohólica	
<i>Figura 52.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>61</i>
<i>Figura 53.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>62</i>
<i>Figura 54.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>62</i>
<i>Figura 55.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>64</i>
<i>Figura 56.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>64</i>
Suicidios	
<i>Figura 57.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>65</i>
<i>Figura 58.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>66</i>
<i>Figura 59.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>66</i>
<i>Figura 60.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>67</i>
<i>Figura 61.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>68</i>
Accidentes de tráfico	
<i>Figura 62.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>69</i>
<i>Figura 63.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>69</i>
<i>Figura 64.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>70</i>
<i>Figura 65.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>71</i>
<i>Figura 66.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>71</i>
Daño hepático no especificado	
<i>Figura 67.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>72</i>
<i>Figura 68.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>73</i>

<i>Figura 69.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>73</i>
<i>Figura 70.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>74</i>
<i>Figura 71.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>75</i>
Ahogamiento o sumersión	
<i>Figura 72.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>76</i>
<i>Figura 73.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>76</i>
<i>Figura 74.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>77</i>
<i>Figura 75.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>78</i>
<i>Figura 76.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>78</i>
Caídas accidentales	
<i>Figura 77.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>79</i>
<i>Figura 78.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>80</i>
<i>Figura 79.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>80</i>
<i>Figura 80.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>81</i>
<i>Figura 81.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>82</i>
Síndrome de dependencia al alcohol	
<i>Figura 82.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>83</i>
<i>Figura 83.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>83</i>
<i>Figura 84.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>84</i>
<i>Figura 85.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>85</i>
<i>Figura 86.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>85</i>
Envenenamiento no alcohólico	
<i>Figura 87.- Muertes atribuibles. Canarias. 1999-2010.....</i>	<i>86</i>
<i>Figura 88.- Tasas bruta y ajustada de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>87</i>
<i>Figura 89.- Tendencia de las tasas ajustadas de mortalidad. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>87</i>
<i>Figura 90.- Años de vida potencialmente perdidos AVPP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>88</i>
<i>Figura 91.- Tasas bruta y ajustada de APVP. Canarias 1999-2010.....</i>	<i>89</i>

