



Análisis de situación de Salud Cardiovascular en Asturias

Marzo 2014

Resúmenes ejecutivos
Dirección General de Salud Pública



Documento elaborado con carácter interno para servir de apoyo a la elaboración de Estrategias de Salud Cardiovascular en el contexto del grupo que, para tal efecto, fue constituido por la Dirección General de Salud Pública en el período 2014-2015.

El documento fue elaborado por Natalia Méndez y Azucena Fariñas y coordinado desde el Servicio de Evaluación de la Salud, Calidad y Programas de la Dirección General de Salud Pública de Asturias.

Índice

	Pág.
Determinantes de enfermedad cardiovascular: ¿Cuál es nuestro contexto? Entorno y determinantes socioeconómicos	2
Determinantes de enfermedad cardiovascular: ¿Cuál es nuestro contexto? Determinantes medioambientales	5
Determinantes de enfermedad cardiovascular: ¿Cómo son nuestras conductas?	7
Determinantes de enfermedad cardiovascular: ¿Cómo es nuestro sistema sanitario?	13
¿Cuáles son nuestros resultados en salud cardiovascular? Morbilidad y mortalidad	15

DETERMINANTES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ¿CUÁL ES NUESTRO CONTEXTO? ENTORNO Y DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS

FUENTES:

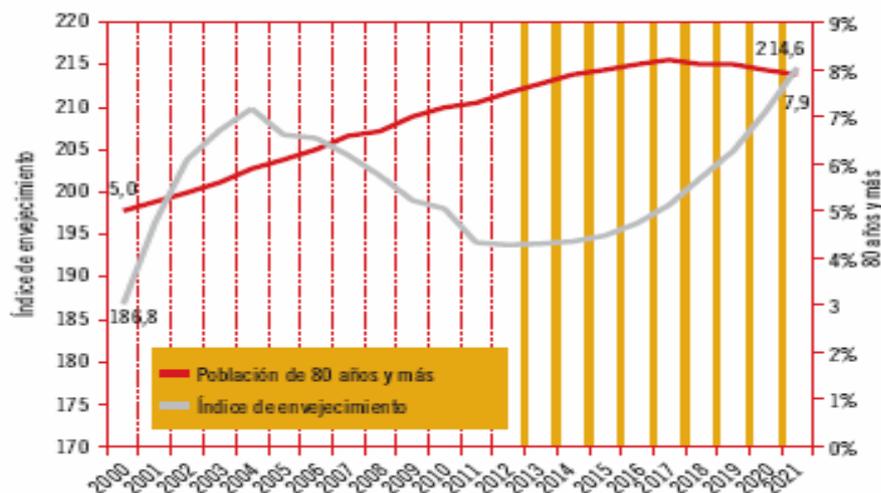
- ▶ [Estrategia Nacional de Diabetes, Evaluación, Asturias, 2012, Observatorio de Salud de Asturias](#)
- ▶ [Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica, Evaluación, Asturias, 2012, Observatorio de Salud de Asturias](#)
- ▶ [III Encuesta de Salud para Asturias, año 2012](#)

Ideas Clave

1. Envejecimiento de la población muy marcado

- Nuestra **esperanza de vida** es muy elevada, aunque en el caso de los hombres no está entre las mejores de España (77,5 años los hombres y 84,1 años las mujeres)
- Nuestra **fecundidad** es extremadamente baja (1,08 hijos por mujer), la menor de la Unión Europea
- En términos relativos en el gráfico 1 se puede observar como aumenta el índice de envejecimiento y el porcentaje de personas mayores de 80 años con respecto a la población total

Gráfico 1. Evolución del índice de envejecimiento y de la proporción de población de 80 años y más. Asturias, 2000-2021
Fuente: ¿Quién vive aquí? Envejecimiento, territorio y salud. BOLETÍN DE INFORM_ ACCIONES, número 1, febrero 2012.



2. Mejoría en el Nivel de estudios en 2012 con respecto al año 2008

- Un 6,5% de la población no tiene estudios o tiene los primarios incompletos (en 2008 era del 11%) Tienen estudios máximos de Bachiller Elemental, EGB o ESO, un 49% de las personas, de Bachiller Superior, BUP, Preu o COU del 24%. Tiene estudios universitarios un 19,4% de la población asturiana adulta (en 2008 era el 14%)
- **Por sexo**, hay una mayor proporción de mujeres con estudios primarios incompletos o primarios (7,2%) y con estudios universitarios (20,3%) que de hombres (5,6% y 18,2% respectivamente). Invirtiéndose dicha relación en los estudios de secundarios (obligatorios o no) donde hay mayor proporción de hombres que de mujeres.
- **Por edades**, en las personas mayores los niveles educativos se sitúan en niveles más bajos, siendo el nivel de sin estudios o estudios primarios incompletos del 21% (en 2008 era del 35,8%), o bien si añadimos a estos los de estudios

primarios completos o secundarios de 1ª etapa se llega al 89% de su población, teniendo titulaciones universitarias solo un 10% de ellas (en 2008 era el 5,8%). Los niveles educativos más altos, por el contrario, corresponden a las personas jóvenes y los de edades de entre 30-44 años de edad. Éstas últimas tienen una mayor proporción de titulaciones universitarias (26%, en 2008 era del 23,6%)

3. Aumento de la situación de desempleo y la situación de jubilación, pensión o recibiendo rentas en 2012 con respecto al año 2008

- Un 33% de la población analizada en la encuesta de salud en el año 2012 manifestaba que estaba en activo en el momento de la entrevista (en 2008 era del 41,7%), un 29% (25,6 % en 2008) estaba en situación de jubilación, pensión o recibiendo rentas, un 10% (18,5% en 2008) se dedicaban a trabajo doméstico no remunerado. Estaba en situación de desempleo el 19% de la población total (un 5,3% en 2008) , y en situación de estudios un 7% de la población (similar al 2008)
- **Por sexo**, en hombres hay una mayor proporción de personas ocupadas (36%), jubilaciones, pensionistas o rentistas (33,5%) que en las mujeres (29,7% y 25% respectivamente). Un 19% de las mujeres manifestaban tener un trabajo doméstico no remunerado mientras que los hombres solo el 0,1%. Están en situación de desempleo un 19% tanto de hombres como de mujeres
- **Por edad y sexo**, la mayor actividad se observa en las edades entre 30-44 años, 61% en hombres y 50% en mujeres (55% en población total)
- El **tipo de empleo** más frecuente es el de trabajador/a por cuenta ajena (asalariado/a) que no ocupa cargos de gerencia ni de supervisión en la empresa (59%), seguido a gran distancia por el de trabajador/a por cuenta propia sin personas asalariadas (11%).
- En cuanto a la **satisfacción con el trabajo**, de las personas que trabajan o han trabajado anteriormente un 72% se consideran al menos satisfechas o muy satisfechas con su situación de trabajo actual (o el último), un 3,6% nada satisfecha y un 15% poco satisfecha. Por edad y sexo, los mayores niveles de satisfacción suceden en hombres jóvenes (80%).
- Entre las personas que se encontraban ocupadas o trabajando un 26% indica que está muy **preocupado por la posibilidad de perder su empleo** y un 22% bastante preocupado
- En cuanto al **tipo de contrato o relación laboral**, entre las personas que actualmente o previamente se encontraban ocupadas o trabajando, un 52% tenía contrato indefinido, y un 24% temporal. Hay un 24% que dice que no lo sabe.

4. El mayor porcentaje de personas que conocemos su ocupación se sitúan en la clase social III y IV

- Según los criterios de la SEE para valoración de la clase social, en las personas con ocupación conocida, el 14,5% se situaría en la clase social V, el 23,5% en la clase IV, el 30,9% en la clase III, el 13,9% en la clase II, y el 8% en la clase I. Un 9,4% de las personas adultas son difícilmente clasificables en la estructura social, al igual que en 2008.

5. Apoyo y cohesión social

- En cuanto a la **autopercepción de la vida social**: Uno/a de cada diez asturianos/as considera insatisfactoria su vida social. Los hombres y las personas jóvenes consideran más satisfactorias su vida social que las mujeres y las personas mayores.
- En cuanto a la **comunicación social**: El 87% se comunica varias veces a la semana con otras personas. Un 3,5% de la población manifiesta no haberse comunicado con nadie en el último mes. Por edad y sexo, se observa un mayor grado de aislamiento social en hombres que en mujeres en las edades de 45-64 años.
- **Ayudas**: Dos de cada tres personas no necesitó recibir ayuda para el cuidado de menores y dependientes.
- **Tiempo de asueto**: Un 89% de la población adulta indica que tiene al menos casi todos los días tiempo para dedicarse a sí mismo/a (al menos una hora). Un 3,5% indica que nunca o casi nunca tiene tiempo de asueto. Por edad y sexo un 8,5% de las mujeres de 30-44 años y un 6,5% de las mujeres de 45-64 años no tienen casi nunca o nunca tiempo para sí mismas, frente a un 3,9 y un 1,8 % respectivamente en el caso de los hombres
- **Recursos sociales**: Según la escala de OARS realizada en personas de 65 y más años de edad, NO institucionalizadas, en la ESA de 2012, la mayoría de estas personas se centran en los tramos intermedios de las escalas de valoración social

(buenos recursos, levemente incapacitada, moderadamente incapacitada). Tiene problemas al menos graves de incapacidad social un 12% de las personas mayores. Por edad y sexo, los recursos sociales excelentes son considerablemente superiores en todas las edades en los hombres, sin embargo ningún hombre ni mujer mayor de 84 años declara tener recursos sociales excelentes. Por otra parte, el grado de incapacidad grave social afecta especialmente a las mujeres a partir de los 75 años de edad.

- **Convivencia:** Más de la mitad de las personas (57%) conviven con su pareja. Una de cada cinco personas vive sola, siendo las mujeres y las personas de más edad las que presentan mayor porcentaje. Una de cada quince personas convive en su hogar con personas dependientes, siendo las mujeres las que se encargan de su cuidado, dedicando mucho más tiempo que los hombres a dicho cuidado (9,3 horas vs 5,2 en días laborables y 9,4 horas vs 5,2 los festivos y fines de semana). Un 33% de las personas cuidadores menciona tener cansancio, un 27% dolores de espalda, un 22% depresión o tristeza. También son las mujeres las que se encargan de cuidar a la personas menores de 15 años.

DETERMINANTES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ¿CUÁL ES NUESTRO CONTEXTO? DETERMINANTES MEDIOAMBIENTALES

FUENTES:

- ▶ [Estrategia Nacional de Diabetes, Evaluación, Asturias, 2012, Observatorio de Salud de Asturias](#)
- ▶ [Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica, Evaluación, Asturias, 2012, Observatorio de Salud de Asturias](#)
- ▶ [III Encuesta de Salud para Asturias \(ESA\), año 2012](#)
- ▶ [I Encuesta de Salud Infantil en Asturias \(ESIA\), 2009](#)

Ideas Clave:

1. Globalmente, en Asturias, la contaminación por partículas ha mejorado; además, en las zonas rurales, los indicadores de calidad del aire están muy lejos de los valores límite.

Para medir la calidad ambiental se han elegido 2 indicadores:

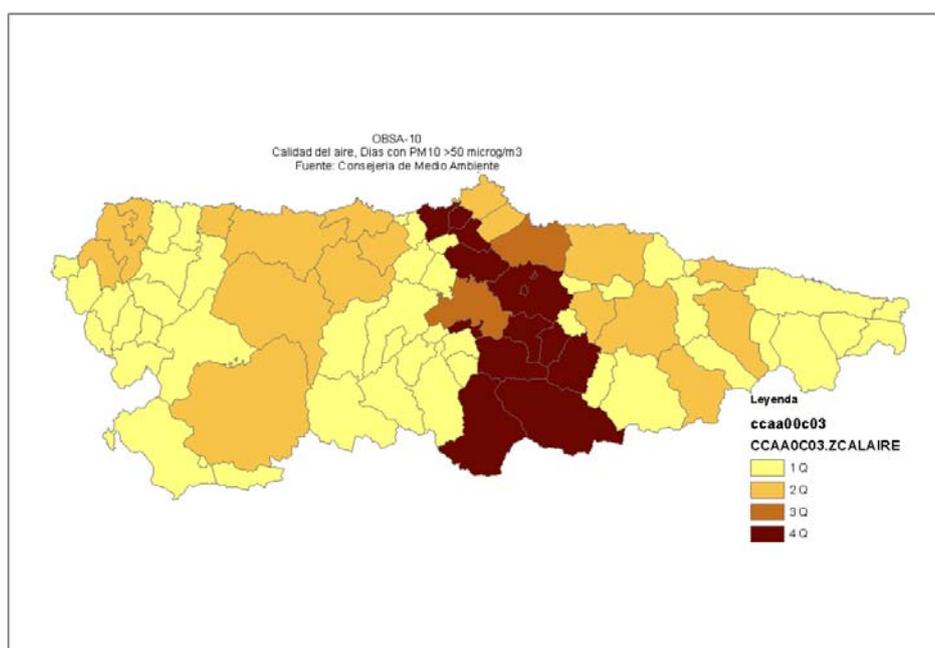
a) El nivel de PM10 (partículas sólidas o líquidas de polvo, cenizas, etc. de 0-10microm. Se ha elegido el número de días que superan los valores máximos en distintas estaciones medidoras (Mapa 1):

- A partir de 2007 todos los valores medios de todas las zonas estudiadas están por debajo del valor límite anual, salvo en la zona industrial de Avilés. A pesar de esta situación sus valores han descendido a la mitad en ocho años.

b) Las concentraciones de NOx para evaluar la calidad de aire de fondo regional para la protección de la vegetación:

- Los valores detectados a lo largo del período de estudio están muy lejos de los valores límite, tanto para la protección de la vegetación como para la protección de la salud humana.

Mapa 1. Número de días al año en que se supera la concentración diaria de 50 microgramos/m³ de PM10 en distintas estaciones medidoras. Asturias, 2009. Distribución por concejos. Asignación sistemática de concejos. Fuente: Observatorio de la Salud para Asturias, 2011. Consejería de Sanidad, Período de tiempo: 2009 sobre datos de Perfil Ambiental de Asturias, 2009. NOTA: presentación por cuartiles, a mayor intensidad de color peor situación ambiental



2. Por lo general, existe una buena valoración del entorno en el que le toca vivir a las personas en Asturias

- Los **ámbitos mejor valorados** (como problemas inexistentes o "nada") son los malos olores procedentes del exterior (86%), escasez de zonas verdes (85%), de delincuencia, violencia o vandalismo en su casa o barrio (80%) y contaminación del aire elevada provocada por alguna industria cercana (80%).
- Los **ámbitos peor valorados** son la contaminación del aire elevada provocada por alguna industria cercana (8,2%), la presencia de animales que causan molestias importantes (gatos, perros, palomas...) (7,8%), y la escasez de lugares de esparcimiento (7,1%).
- Las **mujeres** suelen ser más críticas que los hombres a la hora de valorar el entorno medioambiental.
- Las **personas mayores** suelen ser menos críticas que el resto de las edades, sin embargo valoran peor la presencia de animales molestos que en el caso de los jóvenes donde la valoración es la mejor.

3. El promedio de tamaño de la vivienda (superficie útil) de las personas entrevistadas (N=1850) es de 89 m²:

- Por **edad y sexo**, se observa que tanto los hombres como mujeres entrevistadas de 30-44 años habitan en vivienda de tamaño inferior al resto de grupos.
- Un 56% de las personas entrevistadas viven en pisos o casas de tres dormitorios, un 24% en dos dormitorios y solo un 2,6% de personas que viven en pisos o apartamentos de un domicilio.

4. Por lo general, la exposición al humo de tabaco en el domicilio es escasa, y ha bajado considerablemente en lugares públicos y de trabajo.

- Casi un 97% de las personas declaran **no estar expuestas** casi nunca al humo del tabaco en el domicilio y en el lugar de trabajo y un 98% en lugares públicos.
- En cuanto al **tiempo de exposición**, el 0,7% de la población entrevistada está expuesta más de una hora diaria en el domicilio y en el lugar de trabajo, y un 0,4% en los lugares públicos.
- Por **edades** las personas menos expuestas en domicilio y en lugares de trabajo son las de 30-44 años, sin embargo en lugares públicos son las personas mayores.

4.1 Según la ESIA 2009, casi 1/3 de la población infantil de hogares fumadores está expuesta alguna vez en su domicilio al humo ambiental del tabaco.

- Un 14% de los niños y niñas asturianas están expuestas siempre o casi siempre que se fuma en su domicilio al humo ambiental del tabaco. No se fuma en el 40% de los domicilios en el que residen niños o niñas. Además, en aquellos domicilios en los que se fuma, un 27% de la población infantil no están expuestos por que no se fuma delante suyo. Si añadimos las exposiciones ocasionales, podemos concluir que casi una de cada tres personas en edad infantil está expuesta dentro de su domicilio al humo de tabaco
- Por edades, son los/as adolescentes, la población infantil que más que más expuesta está al humo de tabaco en su domicilio (39,5%), mientras que la de los niños y niñas pequeñas son un 16%.

DETERMINANTES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ¿CÓMO SON NUESTRAS CONDUCTAS?

FUENTES:

- [III Encuesta de Salud para Asturias, año 2012](#)
- Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE 2011-2012)
<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetall2011.htm>
- Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2009).
<http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=39eecb1c6eb9f210VgnVCM10000097030a0aRCRD>
- OBSA: Resumen Ejecutivo consumo de tabaco, alcohol y otras drogas <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/Consumo-drogas.pdf>
- [I Encuesta de Salud Infantil para Asturias. 2009](#)
- [Análisis de Situación de Salud en Asturias 2012](#). Documento interno

Ideas Clave

Consumo de tabaco

1. La tendencia general del consumo de tabaco en España es hacia el descenso, aunque las personas fumadoras en Asturias aún suponen, según las fuentes, entre el 22% y el 25% de la población.

- Según la Encuesta Nacional de Salud (2011-12), en España la proporción de población que fuma a diario ha descendido desde 2006 del 26,4% al 24%, (27,9% en hombres y del 20,2% en mujeres), la cifra más baja en 25 años. En Asturias son inferiores el porcentaje global (21,8%) y el de hombres fumadores (23,1%), pero algo superior el de mujeres (20,6%).
- En la Encuesta de Salud de Asturias (ESA 2012-13), con respecto a 2008, también se reduce la proporción de personas fumadoras diarias (25,4%), aumenta la de personas que fuman ocasionalmente (3,7%) (diferencias estadísticamente significativas). Aunque siguen fumando más los hombres (27,5%) que las mujeres (23,6%) (tabla 1), el descenso en hombres (un 2,5%) ha sido más acusado que en las mujeres, en las que se mantiene más estable.
- También se ha observado un descenso en la media diaria de cigarrillos consumidos respecto a 2008, de 16,2 a 13,6 cigarrillos/día (considerando las personas fumadoras y las exfumadoras cuando fumaban). Los hombres tienen un consumo diario algo mayor que las mujeres (14,8 vs. 12,5%).
- Solo un 5% de los exfumadores han dejado el tabaco con apoyo profesional, prestado en la mitad de los casos por personal de atención primaria, y el resto por un médico especialista o de la empresa. La mayor frecuencia de estas ayudas corresponde a las edades de 45-64 años (6,4%), y la menor a las edades de 30-44 años (2,4%).

Tabla 1: prevalencia de consumo de tabaco, según frecuencia de consumo, sexo y edad

Preguntas: ¿Podría decirme si actualmente fuma? Y ¿Con qué frecuencia suele fumar?, según sexo y edad (%)

	SEXO		EDAD				TOTAL
	HOMBRE	MUJER	15-29	30-44	45-64	> 64	
Fumo diariamente	27,5	23,6	33,2	31,9	30,7	6,7	25,4
Fumo, pero no diariamente	4,6	2,9	5,4	4,6	3,8	1,5	3,7
No fumo actualmente, pero he fumado antes	23,7	12,0	6,9	14,9	22,5	21,0	17,6
No he fumado nunca	44,0	61,4	54,2	48,6	42,9	70,6	53,1

FUENTE: "III Encuesta de Salud para Asturias". Año 2012-13. DGSP.

Consumo de alcohol

2. En Asturias se consume más alcohol que en España, sobre todo en hombres, si bien tiende a disminuir el consumo diario en ambos sexos

- Según la encuesta EDADES, en todas las tipologías de consumo, la proporción de consumidores es más alta en Asturias que en el total de España, si bien en el consumo diario las cifras están muy igualadas. Beben más los hombres (y por encima de España) y menos las mujeres (y por debajo de España) (*Figuras 2 y 3*).
- Según la ESA 2012-13, el consumo diario ha descendido en hombres (del 32,6% al 30,5%) y aumentado en mujeres (del 14,2% al 15,1%).

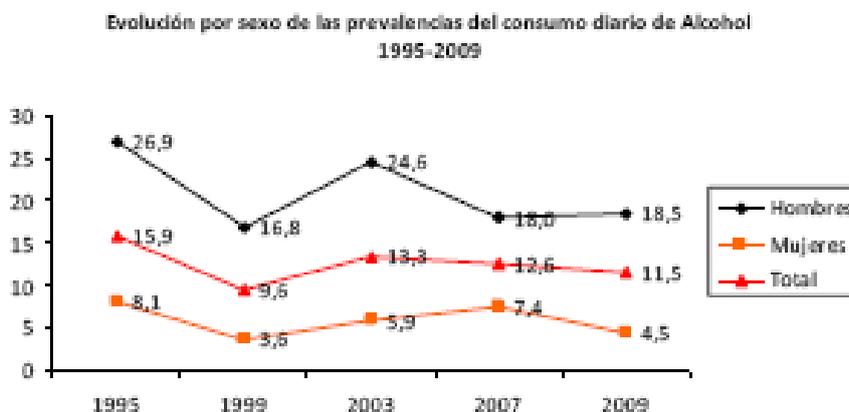
3. El consumo de riesgo de alcohol se mantienen elevado, sobre todo en jóvenes

- Según la EDADES, el consumo de riesgo en hombres es muy superior al conjunto de España (10,8% vs. 4,01%) y en mujeres netamente inferior (1,7% vs. 2,51%).
- Según la ESA 2012-13, un 6,2% de los hombres y un 4,3% de las mujeres tienen episodios de consumo intensivo de riesgo al menos una vez al mes, más frecuentemente en jóvenes de 15-29 años (11,1% hombres, 7,9% en mujeres). En este grupo de edad, sumando todas las frecuencias de consumo intensivo (semanal, mensual o menos), presentan episodios de este tipo el 55,3% de los hombre y el 42,6% de las mujeres.

Figura 1. Comparación de la prevalencia de consumo de alcohol Asturias-España, según tipologías de consumo. Fuente.: EDADES 2009



Figura 2. Evaluación de la prevalencia del consumo diario de alcohol por sexos. Asturias. Fuente.: EDADES 1997-2009



4. La mayoría de los adolescentes tienen, en la práctica, acceso al alcohol en los locales de hostelería

- La mayoría de los jóvenes en edad inferior a la legal para el consumo de alcohol (76% a 15 años de edad) dicen obtener bebidas alcohólicas por sí mismos y sin problemas en establecimientos hosteleros.

Alimentación y Obesidad

5. **El consumo diario alimentos saludables en Asturias aumenta con la edad y con el nivel educativo y socioeconómico, pero globalmente el consumo de de verduras y hortalizas es inferior al de España**
 - El consumo diario más frecuente corresponde a la fruta fresca (63%), lácteos (90%) y pan o cereales (87%), y es superior en Asturias (ESA 2012) que en España (ENSE 2011/12). Sin embargo, el consumo diario de verduras y hortalizas es inferior (34,7% vs. 45,8%). El 35,9% de la población consume dulces a diario, sin diferencias por edad.
 - Los hombres consumen más carne y más embutidos/fiambres en todos los tramos de edad, aunque el consumo disminuye con la edad. Las mujeres consumen más pescado, y este consumo se incrementa con la edad. (ESA 2008). Las mujeres también consumen más fruta, verdura y hortalizas que los hombres, y éstos más pasta, arroz y patatas.
 - El consumo de fruta fresca, verduras y hortalizas, pero también el embutido/fiambre tiene un gradiente descendente de clase social. En cambio el consumo de legumbres es más frecuente en las clases bajas y menor en las altas. A mayor nivel de estudios, mayor consumo de fruta fresca, huevos, verduras y lácteos. (ESA 2008).
6. **El desayuno adecuado es más frecuente en mujeres, y también está relacionado con variables socioeconómicas**
 - En 2012 en Asturias, el 4% de la población no desayuna (5% en hombres). La cifra asciende al 7% en las personas solteras y divorciadas (ESA 2008).
 - Los alimentos recomendados (leche, yogur, tostadas, cereales, frutas en pieza o zumo) son más frecuentes en mujeres. El 47% incluye pan y cereales, y el 36,3% incluye bollería y galletas (38% de los hombres, 35% de las mujeres). Solo el 24,2% incluye fruta.
 - En general, el desayuno es más saludable a mayor edad, mayor nivel de estudios y en la zona periférica de Asturias (rural). La inclusión de frutas sigue una clara distribución descendente por clase social. (ESA 2008).
7. **En la infancia, el consumo diario alimentos saludables, así como el desayuno, son muy mejorables**
 - Un 70% de los niños/as consume fruta fresca todos los días, pero un 5% nunca la consume. Un 80% consume carne y un 38% pescado tres o más veces a la semana, pero solo un 60% consume verduras y hortalizas con esa periodicidad.
 - Un 94% de la población infantil consume un desayuno que contiene leche, café, té, chocolate, cacao o yogur. Un 90% consume pan, tostadas, galletas, cereales o bollería. Solo 1/3 desayuna con fruta y/o zumo. Un 3% de la población infantil nunca desayuna.
8. **La prevalencia de población con obesidad o sobrepeso en Asturias es elevada tanto en adultos como en la infancia, de modo que menos de la mitad de la población tiene un peso normal.**
 - Según la ENSE, desde 1986, año en que el 7,4% de población era obesa, en 20 años se duplicó la prevalencia de obesidad en España, y continúa en aumento, alcanzando el 17% en 2012, y el 37% de sobrepeso
 - Según la ESA 2012, un 16% de la población asturiana adulta es obesa (18,1% hombres, 14,2% mujeres), y un 37% tiene sobrepeso (43,7 hombres, 31% mujeres). Según la ENS 2011-12, las cifras globales en Asturias serían superiores a las de España (18,7% obesidad y 38,5 sobrepeso).
 - La ESIA muestra prevalencias de obesidad de hasta un 19% (2 a 5 años), y de un 29% considerando obesidad y sobrepeso. Los datos de la ENSE 2011-12 son similares, con un 29,1% de obesidad/sobrepeso en chicos (2 a 17 años) y 26,5% en chicas. Hay diferencias significativas por sexo en sobrepeso: 19,5% en chicos y 16,9% en chicas; pero no en obesidad, donde para ambos sexos es el 9,6%.
9. **La prevalencia de obesidad es mayor entre hombres en edades intermedias y en mujeres de nivel socioeconómico bajo**
 - El grupo con mayor proporción de personas obesas es el de hombres en edades intermedias. Aun así, según el Observatorio de Desigualdades, existen desigualdades de clase social vinculadas al género, más marcadas en mujeres. Las mujeres de las clases sociales más desfavorecidas ("manuales") presentan la mayor prevalencia de obesidad. (ESA 2008).

Actividad física y descanso

10. En Asturias, poco más del 60% de la población adulta realiza alguna vez ejercicio / actividad física en el tiempo libre, y de forma menos frecuente e intensa en las mujeres

- Un 46,6% de la población adulta asturiana declara hacer ejercicio/actividad física en el tiempo libre ocasionalmente, mientras un 34% no hacen ejercicio habitualmente (personas sedentarias, 29,8% hombres, 38,4% mujeres). Un 11% lo realiza varias veces al mes. Solo hace ejercicio intenso (entrenamiento) un 8% de la población adulta (el 13,5% de los hombres y el 9% de las mujeres).
- Las mujeres realizan ejercicio/actividad física en el tiempo libre con menos frecuencia que los hombres, y hacen ejercicios más ligeros. El ejercicio intenso y el ocasional decaen con la edad, más en mujeres.

11. Los más mayores realizan menos ejercicio / actividad física en el tiempo libre que los jóvenes, pero practican el paseo con frecuencia; muchos jóvenes también realizan poco ejercicio.

- El ejercicio intenso lo practican una de cada seis personas jóvenes, y solo una de cada treinta personas mayores. No obstante existe una alta proporción de jóvenes sedentarios (similar a la de los mayores), lo que refleja un doble comportamiento de este grupo: o no se realiza ejercicio o, cuando se realiza, es más intenso.
- Se observa un moderado aumento respecto a 2002 de la proporción de personas que no hacen ejercicio. Sin embargo, se incrementa el grupo de personas que hacen ejercicio ocasionalmente, fundamentalmente a expensas de las que refieren ejercicio más intenso.
- La clase social y el nivel de estudios también se relacionan con el ejercicio. Es más frecuente el sedentarismo en las comarcas mineras y en las zonas rurales. (ESA 2008).
- Las frecuencias de práctica de ejercicio/actividad física en relación con la edad presentan una tendencia creciente en el caso del paseo y decreciente en los otros tipos de ejercicio y deportes. Los niveles de práctica de paseo en población mayor, prescrito o no, son elevados (14 veces al mes, unos 30 minutos). Entre las mujeres, caminar a paso ligero tiene una ligera relación inversa con la edad. (ESA 2008-09).

Figura 3. Frecuencia de actividad/ejercicio físico por grupos de edad



12. En general el descanso nocturno se considera adecuado, pero existen desigualdades por sexo, edad y nivel de estudios.

- Una persona adulta en Asturias duerme de media 7,3 horas/día, con diferencias pequeñas por sexo (7,4 los hombres frente a 7,2 las mujeres m.). Cuatro de cada cinco personas consideran que lo que duermen les permite descansar adecuadamente (mejoría respecto a 2008).
- El descanso inadecuado es mayor en mujeres (20%) que en hombres (14%). En ambos, en 2008 se observaba un gradiente que aumentaba con la edad, sobre todo en mujeres a partir de los 45 años, y con gran dispersión de los resultados entre 45-64 años; pero en 2012 las peores cifras se dan en los 30-44 años (20%, 17% hombres, 23% mujeres).
- Duermen más las personas con estudios medios, y menos las que tienen estudios primarios. (ESA 2008).

Prácticas preventivas

Toma de tensión arterial

13. El 3% de la población asturiana refiere NO haberse tomado NUNCA la tensión arterial, y a las mujeres se la toman más que los hombres

- Un 73% de la población adulta asturiana declara haberse tomado la tensión arterial hace menos de un año, mientras que solo un 3% dice no haberse tomado la tensión nunca y otro 2% hace más de cinco años. Estas dos últimas cifras son mucho menores que las manifestadas en la Encuesta de 2008.
- Las mujeres indican en mayor proporción la toma de tensión arterial (74% en el último año frente a un 71% de los hombres), pero estas diferencias no son estadísticamente significativas. A su vez, la proporción de hombres que nunca se han tomado la tensión es mayor que la de mujeres.

14. El 90% de las personas mayores se tomó la TA en el último año

- Por edades se incrementa la vigilancia de la TA, dado que la prevalencia de hipertensión en esas edades es más elevada. Así, más de nueve de cada diez personas mayores se la ha tomado el último año.
- Por edad y sexo: siempre hay más toma de tensión arterial en mujeres salvo en la tercera edad. Los hombres tienen una mayor frecuencia de no habérsela nunca tomado en todas las edades.

Pregunta: ¿Cuándo le han tomado o medido por última vez en su Centro de Salud o servicio sanitario habitual la tensión arterial?, según edad y sexo (%)

	HOMBRES				MUJERES			
	15-29	30-44	45-64	> 64	15-29	30-44	45-64	> 64
< un año	46,2	59,5	80,0	94,0	39,5	55,8	74,9	90,3
1 - 5 años	35,1	30,1	17,0	6,0	36,6	33,8	20,6	8,3
Más de 5 años	4,7	3,6	2,1	0,0	5,2	4,7	1,5	,9
Nunca	11,7	5,7	,9	0,0	15,7	4,7	1,8	,5
Ns/Nc	2,3	1,1	0,0	0,0	2,9	1,1	1,2	0,0

FUENTE: "III Encuesta de Salud para Asturias". Año 2012-13. DGSP.

Análisis de glucemia

15. El 4% de la población asturiana refiere NO haberse medido NUNCA la glucemia, y ambos sexos se la miden con similar frecuencia

- La medición de la glucosa es algo menos frecuente que la toma de la tensión arterial. Un 95% de la población adulta asturiana le han analizado en los últimos cinco años la glucemia. Un 4% de la población manifiesta no haberse analizado nunca la glucemia. Las cifras de medición en los últimos cinco años en la Encuesta del 2008 eran inferiores.
- Ambos sexos tienen unas proporciones similares de revisión de la glucemia en los últimos cinco años, si bien las mujeres tienen mayor proporción de manifestar habérsela mirado en el último año.

16. Casi un 100% de las personas mayores se midió la glucemia en los últimos 5 años

- Por grupos etarios, son las personas mayores las que tienen una mayor proporción de control de glucosa. Un 98,9% de ellas han tenido ambas determinaciones en los últimos cinco años frente a un 77,9 % de las personas jóvenes.
- Siempre hay más análisis de glucemia en mujeres salvo en la tercera edad. Los hombres tienen una mayor frecuencia de no habérsela nunca analizado en todas las edades, salvo en el grupo de 45-64 años.

Pregunta: ¿Cuándo le han tomado o medido por última vez en su Centro de Salud o servicio sanitario habitual la glucosa, según edad y sexo (%)

	HOMBRES				MUJERES			
	15-29	30-44	45-64	> 64	15-29	30-44	45-64	> 64
< un año	39,5	55,8	74,9	90,3	46,0	61,5	72,4	89,6
1 - 5 años	36,6	33,8	20,6	8,3	33,7	31,5	22,8	9,1
Más de 5 años	5,2	4,7	1,5	,9	5,5	2,9	2,0	1,0
Nunca	15,7	4,7	1,8	,5	12,3	3,3	2,3	,3
Ns/Nc	2,9	1,1	1,2	0,0	2,5	,7	,6	0,0

FUENTE: "III Encuesta de Salud para Asturias". Año 2012-13. DGSP.

Análisis de colesterol

17. Un 3,3% de la población asturiana refiere NO haberse medido NUNCA el colesterol, y ambos sexos se lo miden con la misma frecuencia
- La medición del colesterol en la población adulta asturiana es frecuente. A más de un 95% de ellos se lo han analizado en los últimos cinco años. Un 3,3% de la población refiere no haberse analizado nunca. Las cifras de medición en los últimos cinco años en la Encuesta del 2008 eran inferiores.
 - Ambos sexos tienen unas proporciones similares de revisión del colesterol en los últimos cinco años, si bien las mujeres tienen mayor proporción de manifestar habérsela tomada en el último año.
18. Cerca de un 100% de las personas mayores se midió el colesterol en los últimos 5 años
- El análisis del nivel de colesterol tiene una frecuencia de medición similar al de la glucosa.

Pregunta: ¿Cuándo le han tomado o medido por última vez en su Centro de Salud o servicio sanitario habitual el colesterol?, según edad y sexo (%)

	HOMBRES				MUJERES			
	15-29	30-44	45-64	> 64	15-29	30-44	45-64	> 64
< un año	40,9	57,0	75,9	90,7	47,2	62,9	74,6	90,0
1 - 5 años	37,4	33,3	20,5	7,9	34,4	31,6	22,8	9,1
Más de 5 años	4,7	4,7	2,1	,9	4,3	2,2	1,7	,6
Nunca	14,6	4,7	,9	,5	11,7	2,6	,6	0,0
Ns/Nc	2,3	,4	,6	0,0	2,5	,7	,3	,3

FUENTE: "III Encuesta de Salud para Asturias", Año 2012-13. DGSP.

DETERMINANTES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ¿CÓMO ES NUESTRO SISTEMA SANITARIO?

FUENTES

- [Informe anual SNS 2011](#)
- [Informe sobre sistema sanitario](#)
- [Informe sobre Gasto farmacéutico en Atención Primaria](#)
- [Interconsultas en Atención Primaria](#)
- Análisis de Situación de Salud en Asturias 2012. Documento interno

Ideas Clave:

1. **En los indicadores relacionados con la equidad, como la salud percibida, la satisfacción y la cobertura de vacunación infantil, los resultados en Asturias son buenos. La frecuentación global ha descendido, pero ha aumentado la de las urgencias, así como los ingresos, la cirugía y las estancias medias.**
 - Existe una buena o excelente percepción del estado de salud en el 69,5% de la población en 2012. La peor percepción es referida por personas mayores, mujeres y personas no residentes en zona rural.
 - El grado de satisfacción de la población con los servicios se mantiene por encima de la media de España, e incluso se ha incrementado en los últimos años.
 - La frecuentación global y por profesional en Atención Primaria ha disminuido en los últimos años, situándonos en una posición intermedia en España. Por contra, se han incrementado los ingresos, las intervenciones quirúrgicas y el uso de equipos de alta tecnología. Nuestra estancia media hospitalaria supera la de nuestro entorno tanto de forma global como según casuística. La frecuentación declarada es menor que la media nacional para todos los dispositivos evaluados, aunque ha habido un importante crecimiento en la frecuentación de los diferentes dispositivos de urgencias.
 - La cobertura del calendario de vacunación infantil es excelente, pero la cobertura de vacunación de gripe en mayores de 65 años muestra resultados en torno al 50%.
2. **En los indicadores relacionados con la calidad y la seguridad, los resultados son variables, si bien en la mayoría de ellos se sitúan en el entorno de la media nacional o incluso la mejoran**
 - En calidad, tenemos unas tasas de reingresos hospitalarios, de amputaciones de MMII en diabéticos y de cirugías conservadoras de mama peores que la media nacional aunque hayan mejorado en los últimos años. Mejoramos la media nacional en la proporción de cesáreas y de histerectomías en menores de 35 años.
 - Los indicadores de Seguridad en general son mejores que la media nacional, con una buena tasa de notificaciones a reacciones adversas, y bajas tasas de úlceras por presión. La proporción de infecciones nosocomiales y la de fracturas de cadera en personas ingresadas son equiparables a la media de nuestro entorno.

3. **En cuanto a la disponibilidad y accesibilidad a los recursos sanitarios en Asturias, la accesibilidad territorial y organizacional es adecuada, y la accesibilidad horaria y geográfica es muy buena.**
 - Recursos sanitarios. La distribución de recursos sanitarios en el territorio, se recoge en los decretos de sexta y séptima modificaciones del Mapa Sanitario de Asturias (Decreto 80/2006 y Decreto 9/2007). En éstos, se contemplan ocho Áreas Sanitarias con cabecera en los municipios donde se ubica el Hospital de Área.
 - En el ámbito de la Atención Primaria, disponemos de 68 centros de salud y 150 consultorios, lo que para la población de Asturias y su dispersión, podemos considerar como adecuada. Además existen 92 dispositivos de Atención Continuada, que junto con la red del SAMU (atención médica urgente) permite una correcta atención a las urgencias sanitarias.
 - La atención hospitalaria se estructura en 9 hospitales de Área o Distrito (uno por cada Área, más el H. de Jove en Gijón). Además la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias cuenta con otros 4 hospitales de apoyo. Estos dispositivos, por su distribución y capacidad, son equivalentes a la del resto de España.
 - El 95% de la población tiene un dispositivo de Atención Primaria a menos de 15 minutos de su domicilio, y un hospital a menos de 30 minutos. La accesibilidad horaria y geográfica es muy buena, según se refleja en los datos de la ESA 2012-13.

4. **La accesibilidad legal o administrativa en Asturias es superior a la de otras CCAA para las personas extranjeras en situación irregular sin recursos**
 - El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, limita el acceso de los extranjeros mayores de 18 años a los servicios sanitarios ordinarios. En Asturias y otras CCAA se implantó un sistema de autorización de asistencia sanitaria para las personas extranjeras en situación irregular sin recursos (BOPA 1-IX-2012) que, atendiendo a razones de Salud Pública, permite un acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad con otros colectivos.

5. **En cuanto a la eficiencia, el gasto sanitario y los ingresos evitables son elevados**
 - El gasto sanitario por población protegida es un 21% mayor que la media de España, y ha aumentado un 75% en los últimos 7 años. La distribución según capítulo de gasto es similar a la del resto CCAA y se mantiene estable en los últimos años: 47% retribuciones y alrededor del 20% farmacia y 23% consumos intermedios.
 - Hospitalizaciones evitables. Los ingresos hospitalarios por Ambulatory Care Sensitive Conditions, indican problemas de salud que se podrían prevenir con alguna intervención del primer nivel asistencial. Según datos del 2009, en Asturias la media es unos 120 ingresos hospitalarios (por cada 10.000 habitantes) que podrían haberse evitado. Los mejores resultados son para los concejos de Piloña y Ponga y los peores para Allande y Tineo.

6. **En cuanto a la capacidad del sistema sanitario, los recursos en general han aumentado, a excepción de las camas hospitalarias**
 - Los recursos sanitarios han ido en aumento en los últimos años.
 - Respecto a los recursos humanos, tenemos más profesionales que la media nacional, a excepción del caso de los odontólogos.
 - En relación a recursos materiales, en los últimos años ha aumentado el número de quirófanos y equipos de alta tecnología, y han disminuido las camas hospitalarias, pero en menor medida que en nuestro entorno.

¿CUÁLES SON NUESTROS RESULTADOS EN SALUD CARDIOVASCULAR? MORBILIDAD Y MORTALIDAD

FUENTES

- Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (ENS)
<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetall2011.htm>
- [Inforsan breves. Mortalidad 2010 ¿Diferencias de mortalidad según edad y sexo?](#)
- [Inforsan breves. Mortalidad 2010 ¿Cuál es nuestro ranking?](#)
- [Inforsan breves. Mortalidad por ECV en Asturias 1999-2010.](#)
- [Mortalidad 2011: Ranking de principales causas de muerte por edad, sexo y área](#)
- [Evaluación de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica. Asturias 2012](#)
- [Evaluación de la Estrategia Nacional de Diabetes](#)

Ideas Clave:

1. Globalmente, los factores de riesgo cardiovascular tienen una tendencia ascendente en toda España

- Desde 1993, la HTA a pasado del 11,2% al 18,5% de la población española, la hipercolesterolemia del 8,2% al 16,4%, y la diabetes del 4,1% al 7%.
- En nuevos diagnósticos, en Asturias el porcentaje es superior sólo en HTA

2. La incidencia de las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) en Asturias supera a la del conjunto de España

- Según la ENS, las ECV en Asturias diagnosticadas anualmente (morbilidad autodeclarada) superan a las cifras del conjunto de España, lo que puede ir asociado a la estructura de edad de nuestra población, más envejecida.

Problemas o enfermedades en relación con patología cardiovascular padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico en población adulta

Distribución porcentual según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años.

	TENSIÓN ALTA	DIABETES	COLESTEROL ALTO	INFARTO DE MIOCARDIO	OTRAS ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	EMBOLIA, INFARTO, HEMORRAGIA CEREBRAL
AMBOS SEXOS						
ESPAÑA	18,5	6,96	16,36	0,8	4,6	0,65
ASTURIAS	21,0	5,68	15,72	1,1	8,3	1,86
HOMBRES						
ESPAÑA	17,4	7,14	15,93	1,0	4,3	0,75
ASTURIAS	19,1	5,63	16,65	2,1	9,8	3,11
MUJERES						
ESPAÑA	19,5	6,78	16,77	0,6	4,9	0,56
ASTURIAS	22,7	5,72	14,87	0,1	6,9	0,72

Elaboración propia. Fuente de datos: ENSE2011/12. MSSSI e INE

3. Globalmente, las ECV son la primera causa de muerte en Asturias

- Las ECV son las que originan más defunciones en Asturias (más de 4.000 personas al año). Según los últimos datos publicados de mortalidad, en 2011 siguen siendo la primera causa de muerte en Asturias, con un 32% de los fallecimientos (4.042), frente a un 29% por tumores como segunda causa (*Figura 1*).
- Por sexo, las ECV son la primera causa de muerte en mujeres, y la segunda en los hombres tras los tumores malignos (*Figura 7*). En las mujeres menores de 65 años, la primera causa de muerte son también los tumores.
- Las tasas de mortalidad se incrementan exponencialmente con la edad en ambos sexos, y especialmente a partir de los 70 años. Los hombres tienen mayores tasas que las mujeres hasta edades muy avanzadas (90 años), donde se igualan.
- Debido a la estructura de población y de la mortalidad, la importancia relativa de las ECV se incrementa notablemente con la edad, especialmente entre las mujeres, donde en las edades avanzadas (a partir de los 85 años) llegan a suponer el 43% de todos los fallecimientos.
- Entre los hombres, las enfermedades isquémicas del corazón (EIC) representan el 41% de todos los fallecimientos por ECV, mientras que en las mujeres son el 28%. En estas, tienen mayor frecuencia relativa la enfermedad cerebrovascular (ECVA) y el resto de ECV (enfermedades reumáticas del corazón, cardiopatía hipertensiva, insuficiencia cardiaca, arterioesclerosis y otras enfermedades del corazón y de los vasos sanguíneos). (*Figuras 2 y 3*)

Figura 1. Mortalidad proporcional según sexo. Asturias 2011. Fuente: Elaboración Inforsan a partir datos INE.

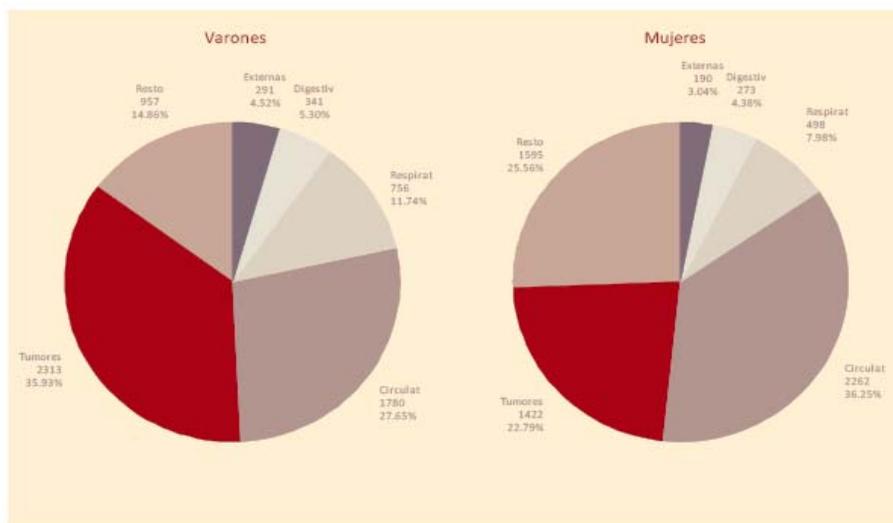


Figura 2. Mortalidad proporcional por ECV según sexo. Asturias 2011. Fuente: Elaboración Inforsan a partir datos INE.

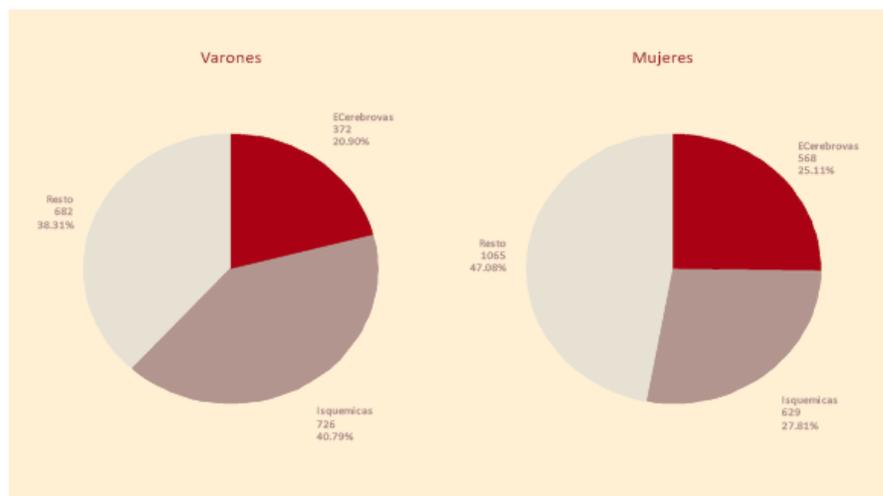
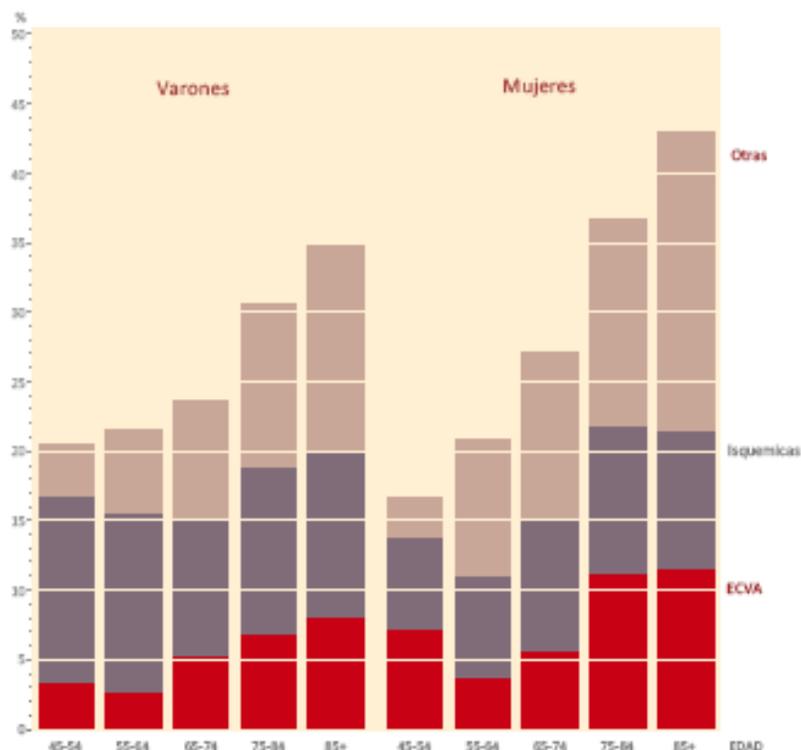


Figura 3. Proporción relativa de diferentes categorías de enfermedades cardiovasculares según edad y sexo. Asturias 2010.



Fuente: Elaboración Inforsan a partir datos INE.

4. Por grupos de edad y sexo, existen diferencias en el ranking de causas de mortalidad entre las Áreas Sanitarias

- En **hombres menores de 65 años**, los tumores malignos son la primera causa de muerte en todas las Áreas. Las ECV ocupan el segundo lugar en todas las Áreas excepto en el Área II (Cangas del Narcea), donde son las causas externas. En tercer lugar se sitúan globalmente las causas externas (salvo en el Área II, donde son las ECV, y en las Áreas V (Gijón) y VIII (Langreo) donde son las enfermedades del aparato digestivo). (*Figura 4*)
- Entre las **mujeres de menos de 65 años** el ranking es muy homogéneo con los tumores en primer lugar en todas las Áreas, las ECV ocupan el segundo lugar y las causas externas el tercer lugar aunque con pocos fallecimientos. La excepción es el Área VIII (Langreo) donde las enfermedades del sistema nervioso central y órganos de los sentidos superan a las causas externas ocupando el tercer lugar. (*Figura 4*)
- En **hombres de 65 y más años**, los tumores malignos siguen siendo la primera causa de muerte por delante de las ECV en todas las Áreas de salud con excepción de las Áreas I (Jarrio) y II (Cangas del Narcea) donde las ECV son la primera causa. En todas las Áreas, el tercer puesto corresponde a las enfermedades respiratorias (*Figura 5*).
- Entre las **mujeres de 65 y más años** el ranking es muy homogéneo, con las ECV en primer lugar y los tumores en segundo lugar en todas las Áreas. El tercer lugar lo ocupan las enfermedades respiratorias salvo en las Áreas II (Cangas del Narcea) y VI (Arriendas) donde lo ocupan las enfermedades mentales (*Figura 5*).

5. Dentro de las ECV, también existen algunas diferencias de mortalidad entre las Áreas Sanitarias

- En hombres (periodo 2006-2010), la mortalidad por Áreas no presenta diferencias estadísticamente significativas respecto a la media de Asturias, salvo en el Área VII (Mieres), con un 8% menos de mortalidad, debido principalmente de una baja mortalidad por cardiopatía isquémica.
- En mujeres, las Áreas V (Gijón) y I (Jarrio) presentan mayor mortalidad que la media de Asturias (4% y 9% respectivamente). La sobremortalidad en el Área I corresponde fundamentalmente a enfermedades cerebrovasculares. En cambio, las mujeres del Área IV (Oviedo) presentan menor mortalidad que Asturias (- 5%).

6. La mortalidad por ECV en Asturias es mayor que en España, pero menor que en gran parte de Europa

- Asturias presentó en 2010 mayores tasas de mortalidad por ECV que España, tanto en hombres (ocupa la posición 16, sólo superada por Andalucía) como en mujeres (posición 14). (*Figuras 6 y 7*)
- Sin embargo, en el contexto europeo, las tasas de mortalidad de Asturias son mejores, ocupando el puesto 5º del ranking en hombres (sólo Suiza, Francia, España y Holanda tienen tasas menores) y el 4º en mujeres (tras Francia, España y Holanda) (*Figuras 8 y 9*).

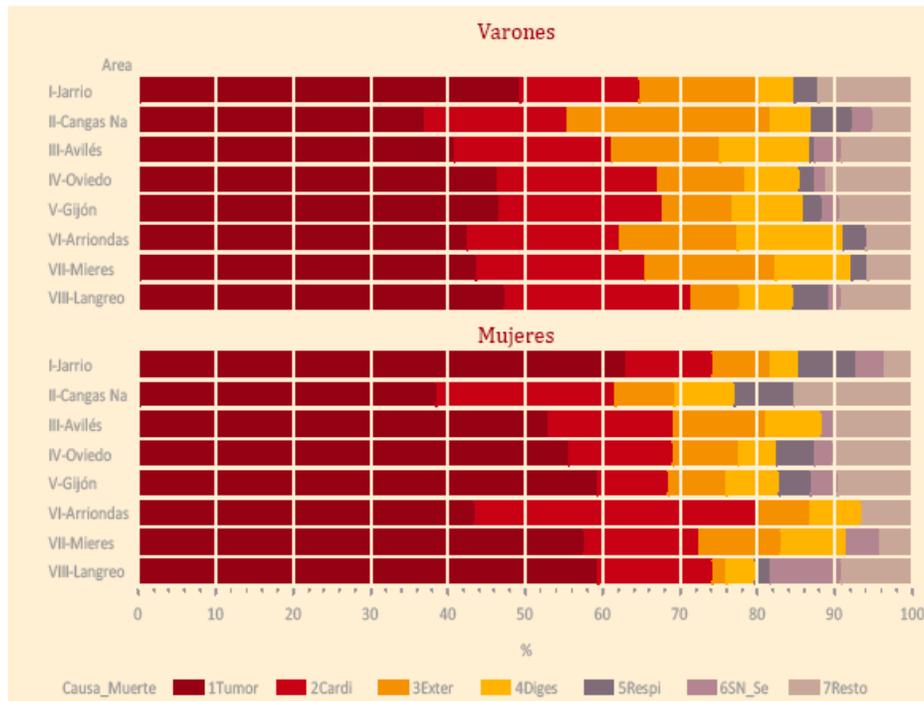
7. Las EVC se encuentran entre las causas prevenibles de sobremortalidad en Asturias respecto a España

- Existe una sobremortalidad en Asturias respecto a España (periodo 2006-2010), que se concentra fundamentalmente en los grupos de edad de 35-64 años en los hombres, y de 35-54 años en las mujeres.
- Las principales causas de muerte a prevenir en estos grupos de edades serían: suicidio, sobredosis por drogas, SIDA, cirrosis hepática, cáncer de pulmón, de esófago, de boca, hepático, de mama y de ovario, infarto agudo de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Estas causas agrupan más del 50% de todos los fallecimientos en esos grupos de edad.

8. La mortalidad por ECV ha descendido en Asturias en los últimos años

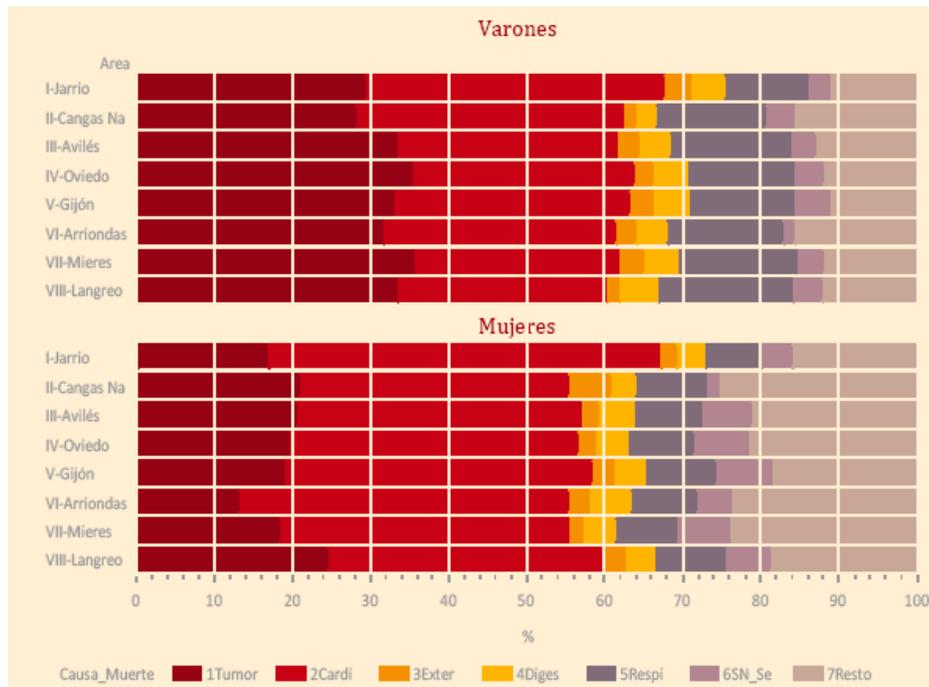
- Entre 1999 y 2010, la mortalidad por ECV se ha reducido en Asturias a un ritmo medio anual del 2,3% en hombres y 2,8% en mujeres. Este descenso es inferior a los observados en España y en Europa, por lo que aumenta el diferencial de mortalidad cardiovascular de Asturias respecto a España y se reduce con Europa (*Figura 10*).
- El descenso se ha producido principalmente en los mayores de 65 años, con la excepción de un descenso significativo del 5,7% anual entre los hombres entre 35 - 44 años. En cambio, las mujeres entre 35 y 64 años no muestran descenso en las tasas de mortalidad (*Figura 11*).

Figura 4. Mortalidad proporcional en hombres y mujeres menores de 65 años según grandes grupos de causas (% relativos) en las Áreas de salud de Asturias 2011.



Fuente: Elaboración Inforsan a partir datos INE.

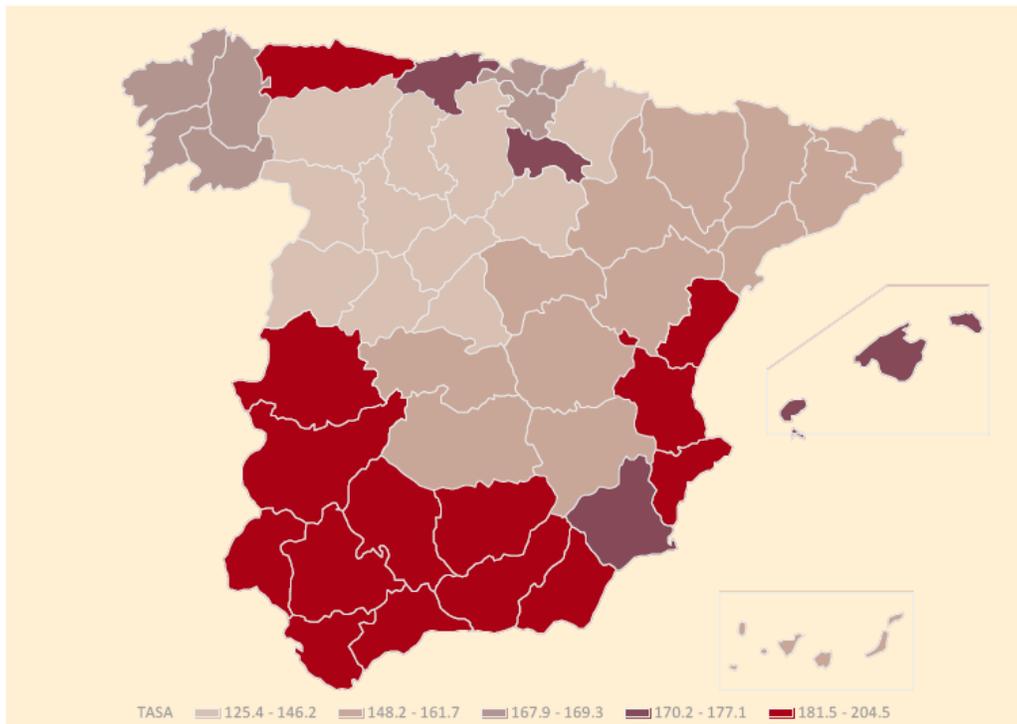
Figura 5. Mortalidad proporcional en hombres y mujeres de 65 y más años según grandes grupos de causas (% relativos) en las Áreas de salud de Asturias 2011



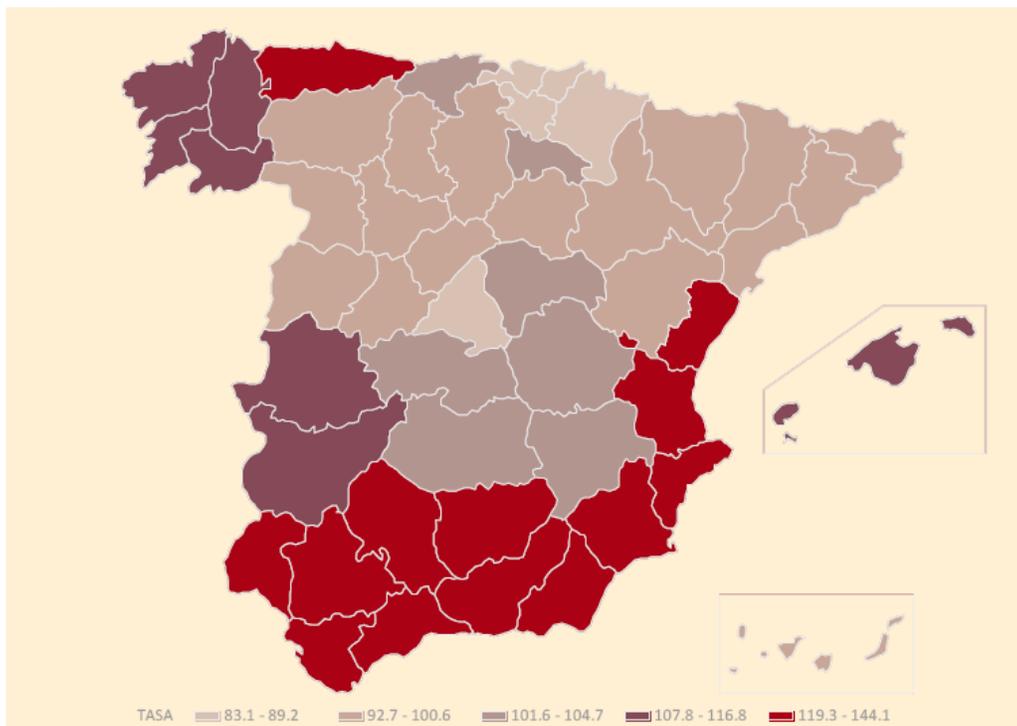
Fuente: Elaboración Inforsan a partir datos INE.

Figura 6. Quintiles de mortalidad por enfermedades cardiovasculares según sexo y comunidad autónoma. España 2010. Tasas de mortalidad (x 100000) ajustadas a población europea.

Varones



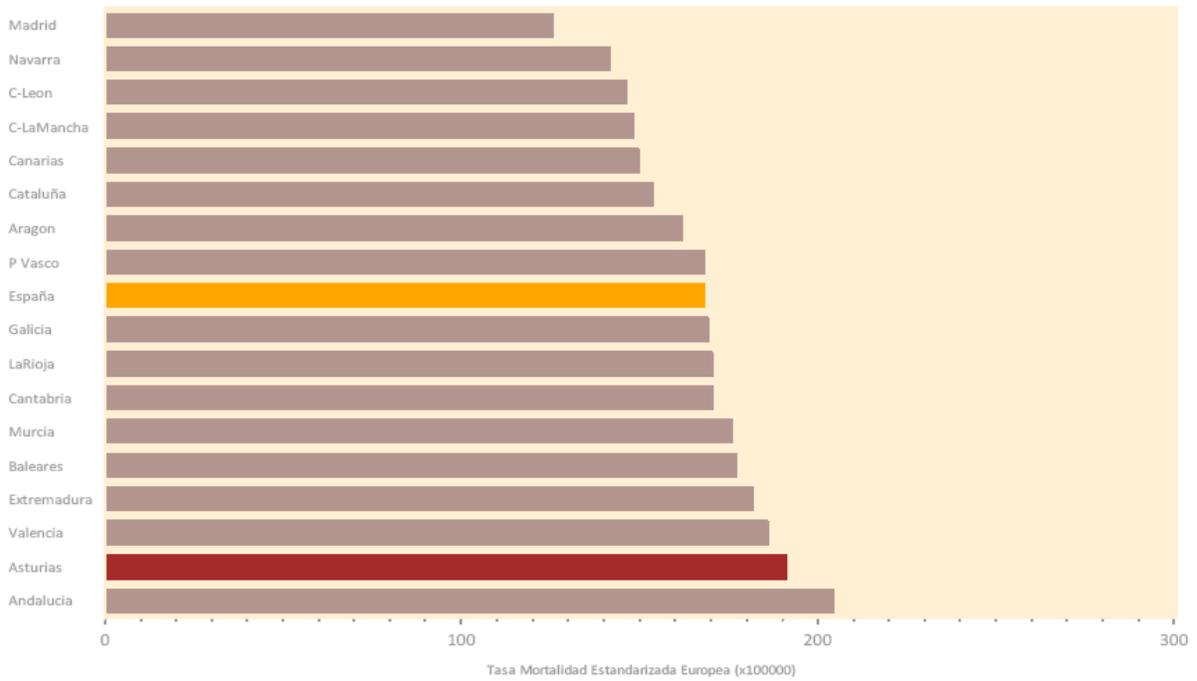
Mujeres



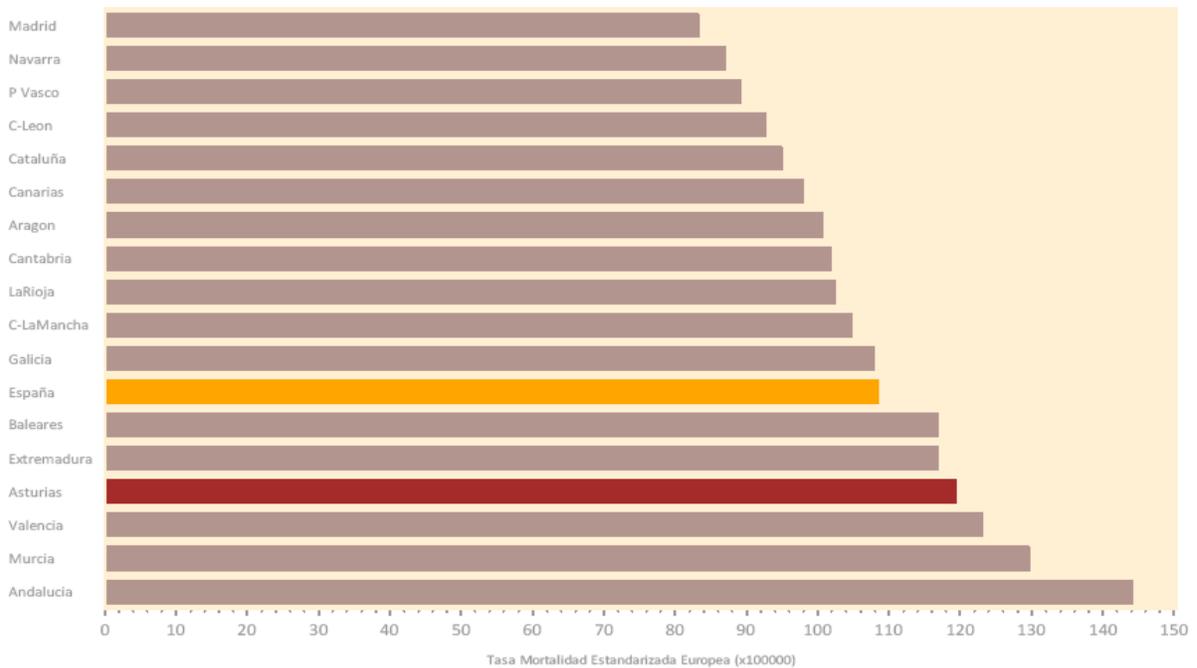
Fuente:Elaboración Inforsan:Registro de Mortalidad de Asturias a partir de datos INE .

Figura 7. Ranking de mortalidad por enfermedades cardiovasculares según sexo y comunidad autónoma. España 2010. Tasas de mortalidad (x 100000) ajustadas a población europea.

Varones



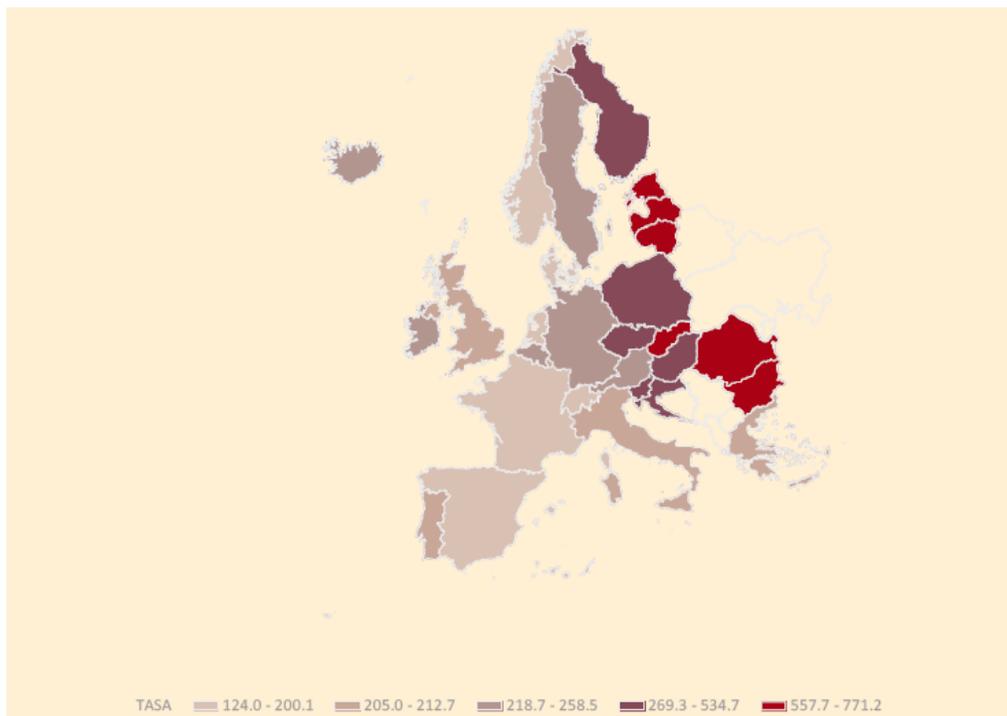
Mujeres



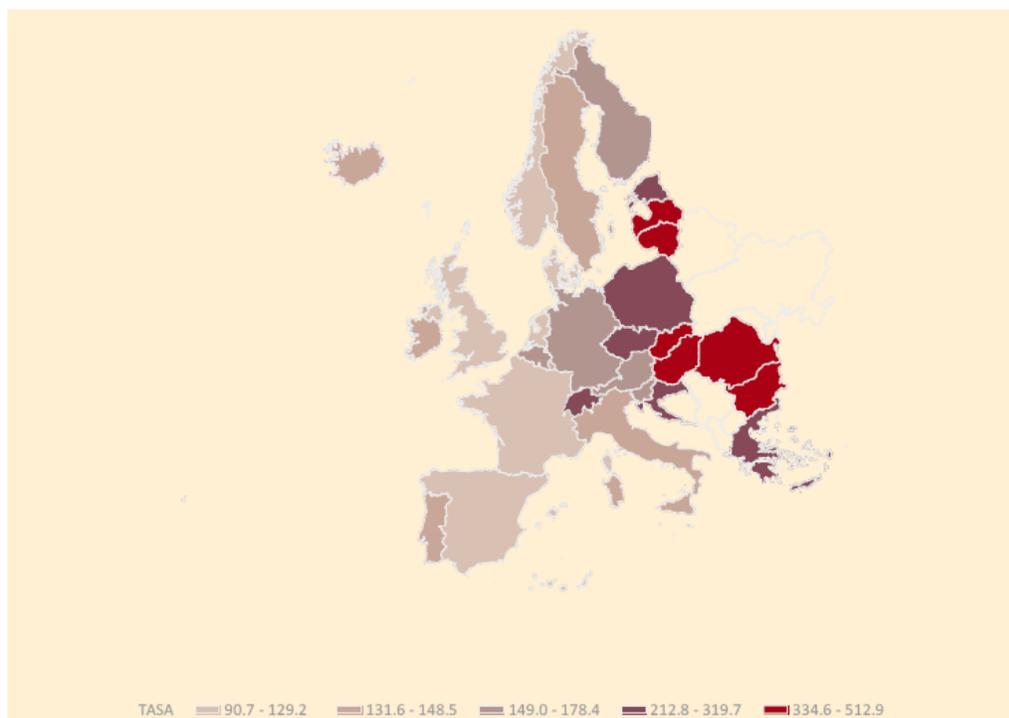
Fuente: Elaboración Inforsan: Registro de Mortalidad de Asturias a partir de datos INE .

Figura 8. Quintiles de mortalidad por enfermedades cardiovasculares según sexo. Europa 2010 (o año más reciente). Tasas de mortalidad (x 100000) ajustadas a población europea.

Varones



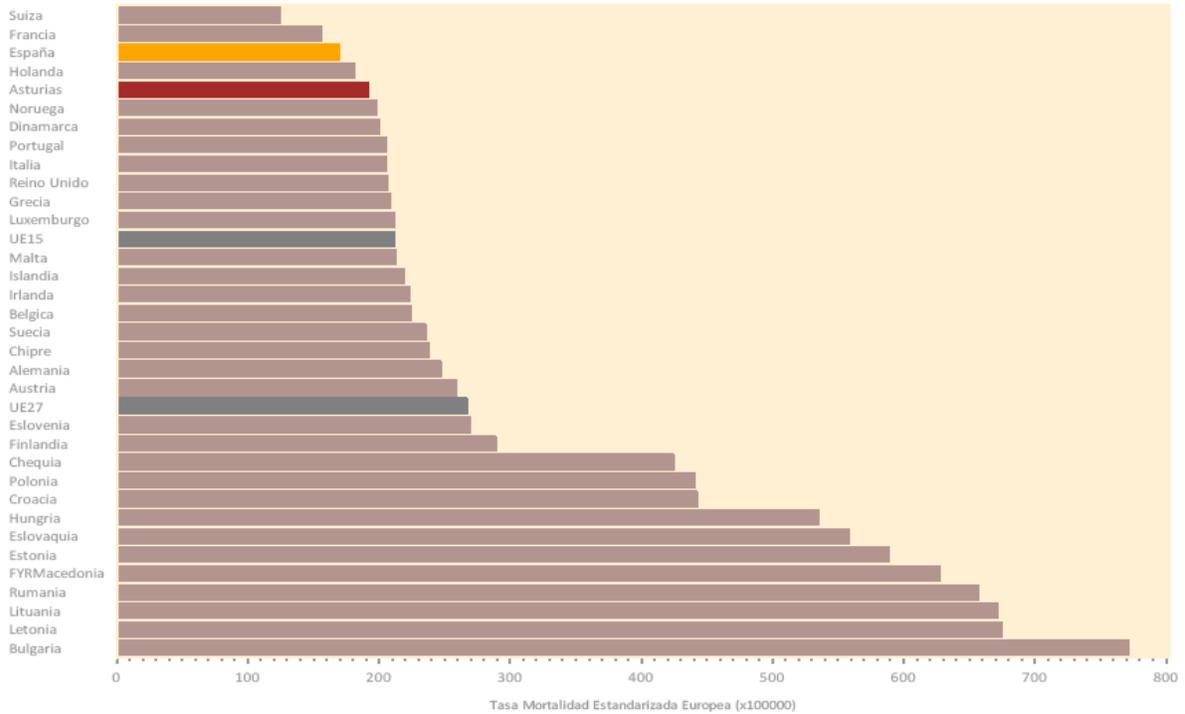
Mujeres



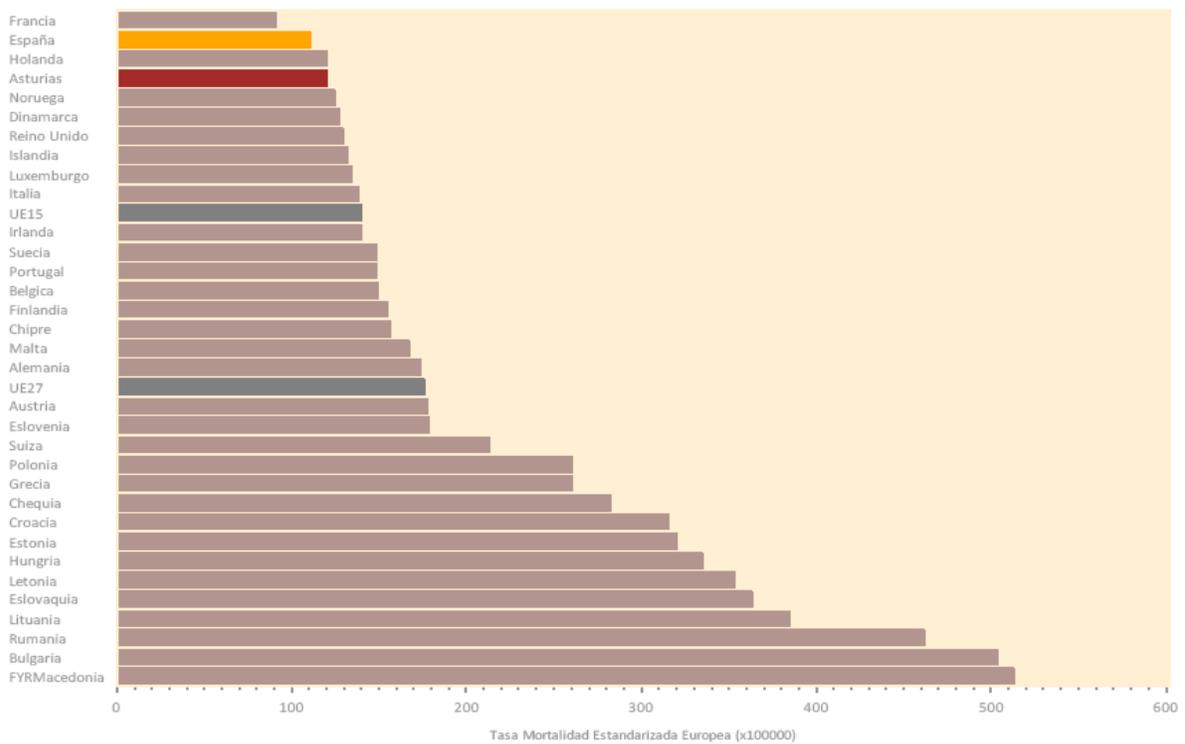
Fuente: Elaboración Inforsan: Registro de Mortalidad de Asturias a partir de datos Eurostat.

Figura 9. Ranking de mortalidad por enfermedades cardiovasculares según sexo. Europa y Asturias 2010 (o año más reciente). Tasas de mortalidad (x 100000) ajustadas a población europea.

Varones

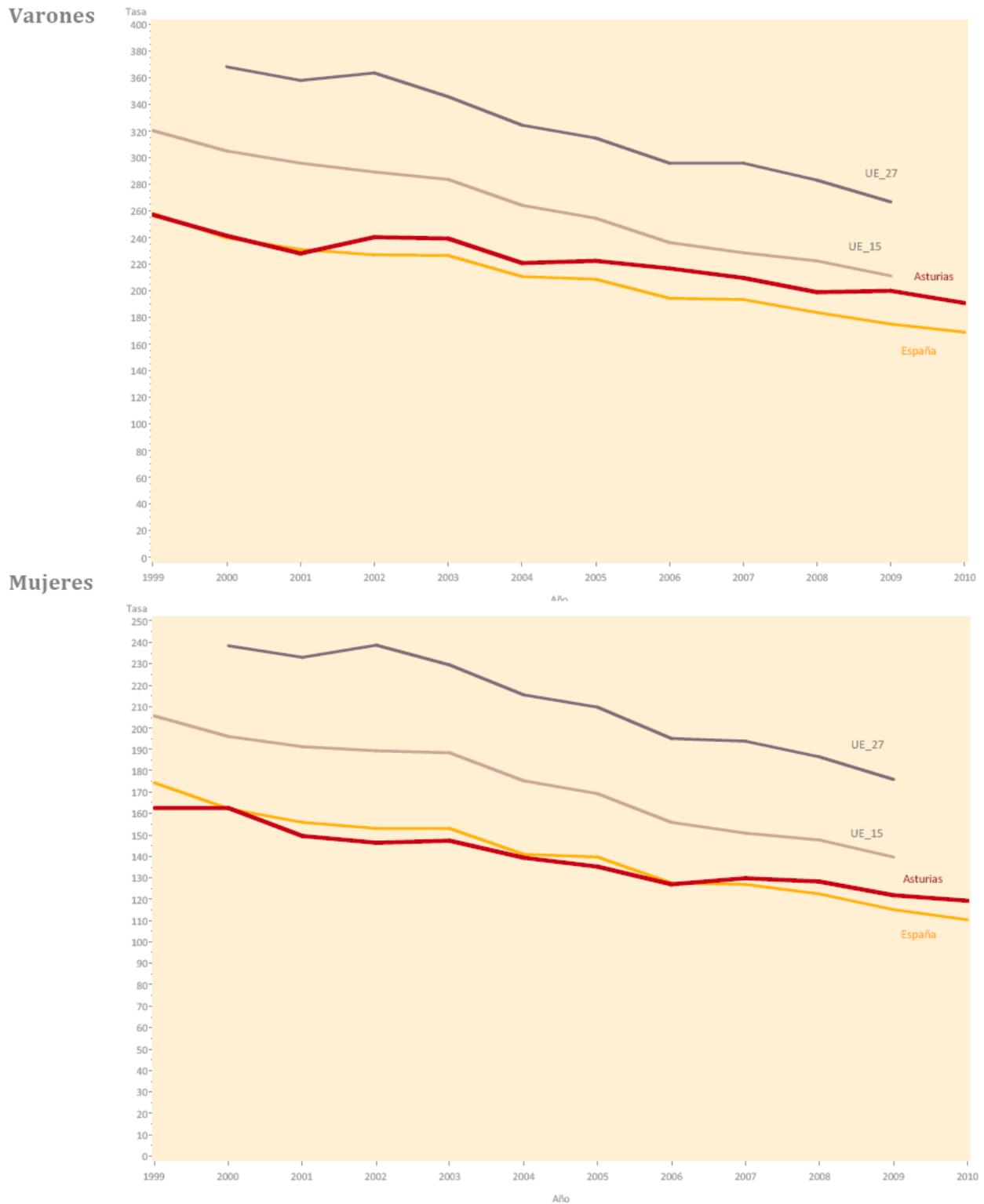


Mujeres



Fuente: Elaboración Inforsan: Registro de Mortalidad de Asturias a partir de datos Eurostat.

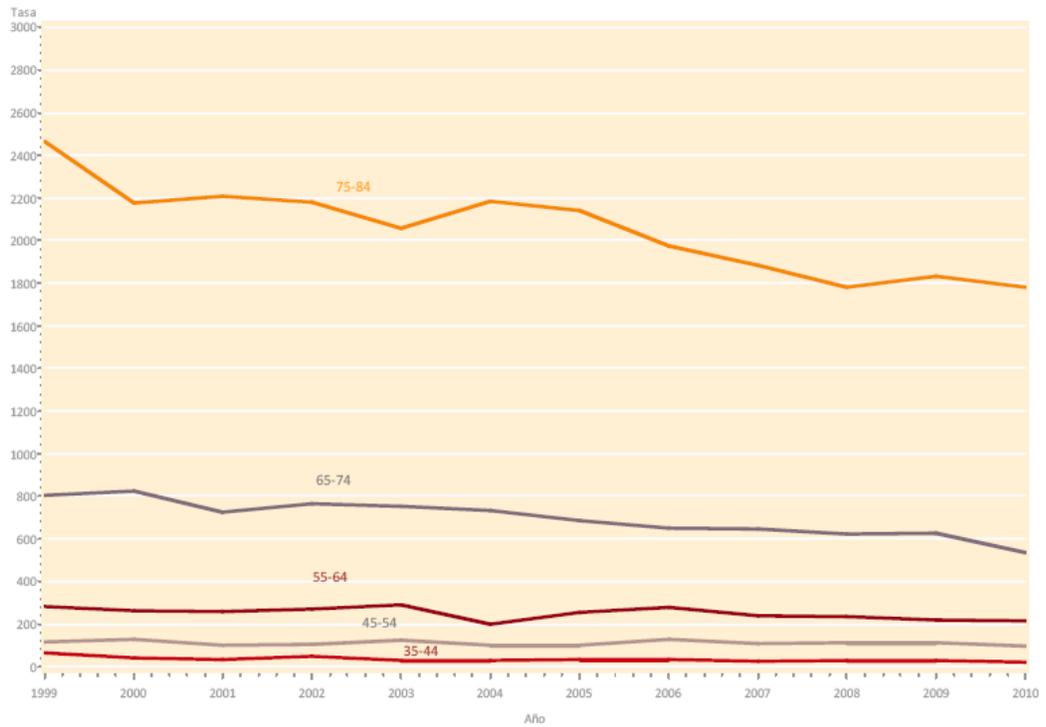
Figura 10. Tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Asturias, España y Europa de los 15 y los 27 en el período 1999-2010. Tasas de mortalidad (x100000) ajustadas a población europea.



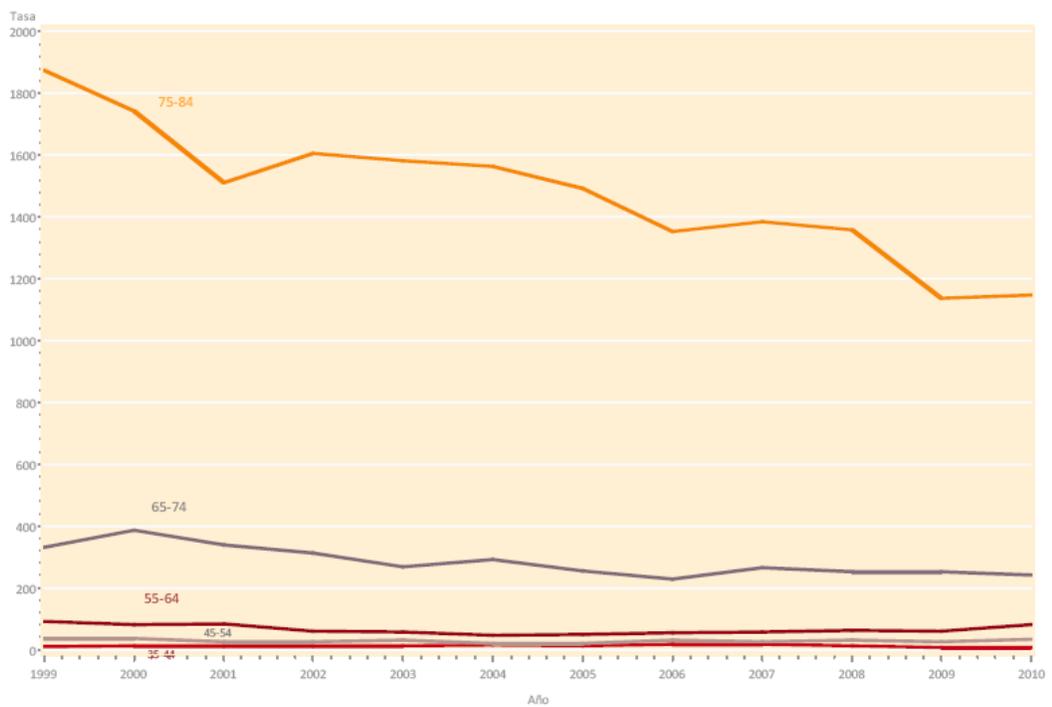
Fuente: Elaboración Inforsan: Registro de Mortalidad de Asturias a partir de datos Eurostat, INE y SADEI.

Figura 11. Tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares según sexo y grupo de edad. Asturias 1999-2010. Tasas específicas (x 100000).

Varones



Mujeres



Fuente: Inforsan: Registro de Mortalidad de Asturias.

Figura 12: Tasas de mortalidad por Cardiopatía Isquémica en adultos. Distribución por concejos. Asturias, 2008-2010. (Tomado de la Evaluación de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica, Asturias 2012. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2006-2010.) Representación por cuartiles: a mayor intensidad de color, peores resultados.

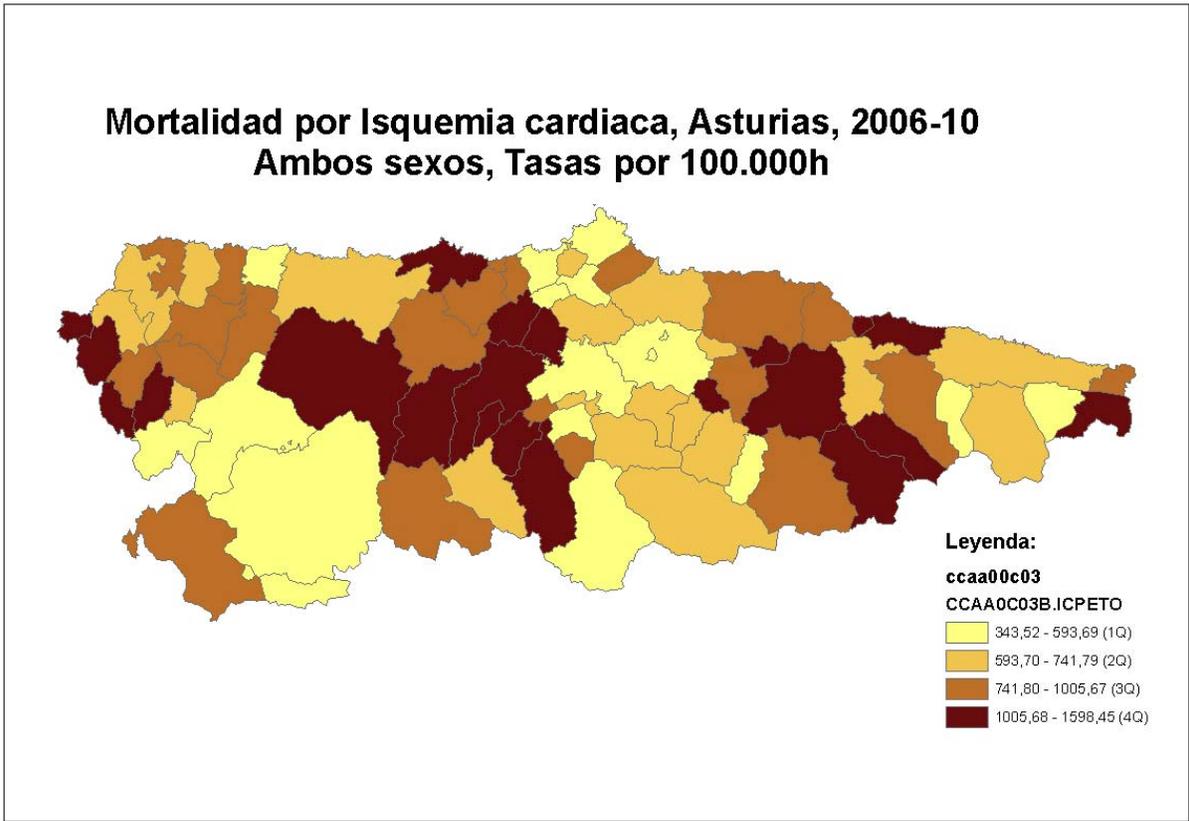
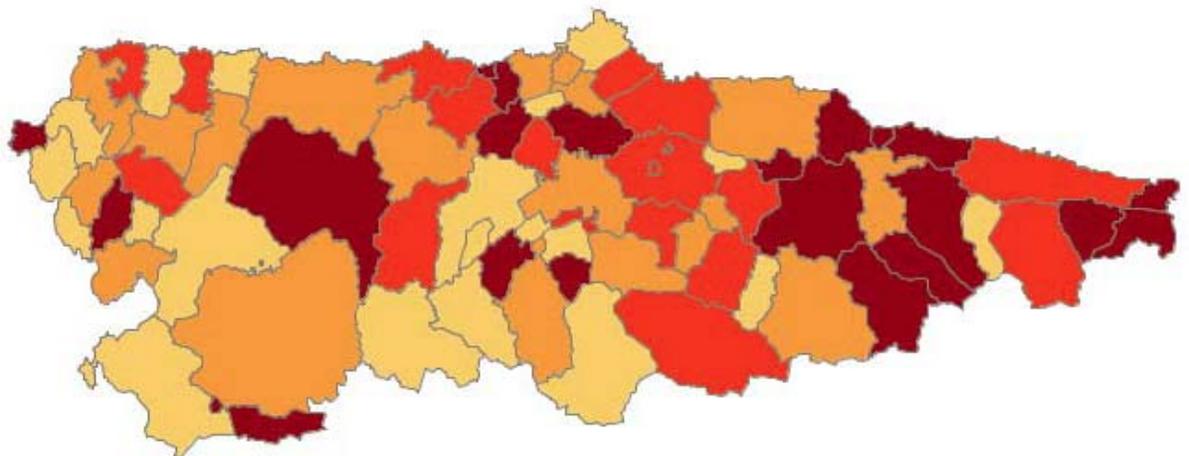


Figura 13: Tasa de mortalidad estandarizada por población europea por Cardiopatía Isquémica. Distribución por concejos. Ambos sexos. Asturias, 2008- 2010. (Tomado de la Evaluación de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica, Asturias 2012. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2006-2010.) Representación por cuartiles: a mayor intensidad de color, peores resultados.



9. La cardiopatía isquémica (CI) genera aún una elevada mortalidad prematura (considerando como tal la que sucede antes de los 70 años de edad), sobre todo en hombres, que se traduce en una alta cifra de Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP), si bien en los últimos años se ha observado una mejoría de la situación (periodo 2005-09).
- Anualmente se pierden de media en Asturias por CI casi 2700 años. Un 85% de los APVP corresponden a hombres y un 15% a mujeres (cociente de masculinidad de 5,7) (Tabla 1). Estas cifras han disminuido en los últimos años (un 25% respecto al año 2006), pero casi únicamente a expensas de la reducción en hombres (28% respecto a 2006). En las mujeres se han reducido sólo ligeramente, lo que puede ser explicado porque al suceder los fallecimientos por CI en mujeres a edades superiores, los APVP que genera cada caso son menores que en hombres (Gráfico 14).
 - Esta situación se refleja también en el porcentaje del total de APVP que se atribuyen a CI, un 8%, siendo en hombres de casi el 11% y en mujeres de, 4% (cociente de masculinidad de 2,8) (Tabla 1). En los últimos años se ha reducido ese porcentaje en un 18% respecto a 2006, siendo la reducción también mayor en hombres que en mujeres (Gráfico 15).

Tabla 1. Mortalidad prematura por CI: APVP. Asturias, 2005-09.

(Tomado de la Evaluación de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica, Asturias 2012. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias)

MORTALIDAD PREMATURA POR CARDIOPATIA ISQUEMICA			
Indicador Años potenciales de vida perdidos por Cardiopatía Isquémica			
Definición	Número de años potenciales de vida perdida por cardiopatía isquémica en residentes en Asturias. Fallecidos de menos de 70 años de edad. Porcentaje del total de años potenciales de vida perdidos atribuidos a cardiopatía isquémica en residentes en Asturias. Fallecidos de menos de 70 años de edad. CIE-10: I20-I25		
Fuente de datos	Registro de Mortalidad del Principado de Asturias, 2005-09		
Resultados		Número de APVP	Porcentaje del total APVP atribuidos a CI
	Total	2.694	8,4%
	Hombres	2.318	10,6%
	Mujeres	376,5	3,8%
	16-29 años		
	30-44 años		
	45-64 años		
	65 y + años		

Figura 14: Mortalidad prematura por CI: Evolución del número de APVP. Asturias, 2005-09.

(Tomado de la Evaluación de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica, Asturias 2012. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias)

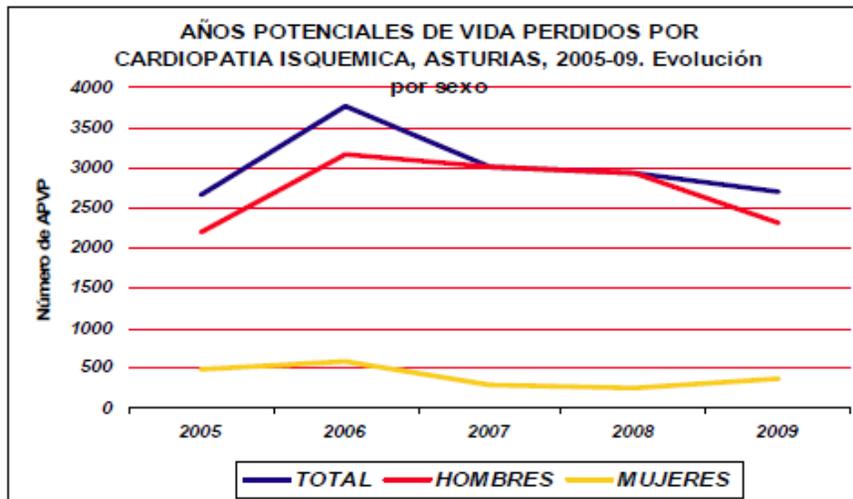
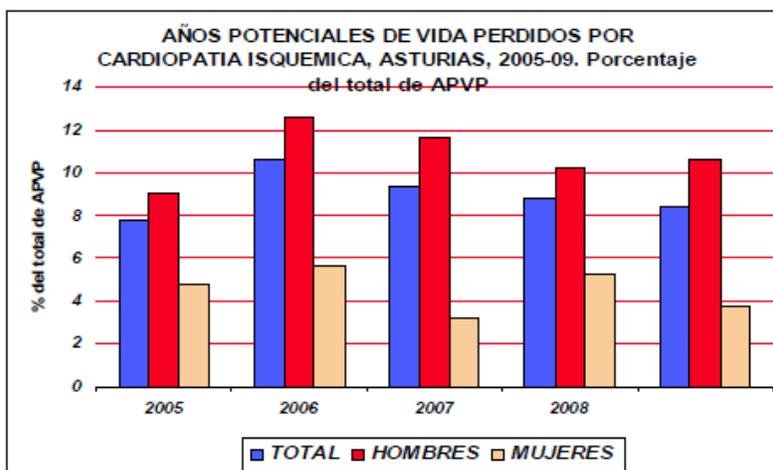


Figura 15: Mortalidad prematura por CI: Porcentaje del total de APVP. Evolución por sexo. Asturias, 2005-09. (Tomado de la Evaluación de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica, Asturias 2012. Fuente: Registro de Mortalidad del Principado de Asturias)



10. La Letalidad Hospitalaria por CI (fallecimientos por CI en personas ingresadas por esa causa, por cada cien personas ingresadas por esa causa, independientemente de los procedimientos a los hayan sido sometidas) es superior en mujeres y aumenta con la edad.

- En el periodo 1996-2010, la tasa bruta de letalidad hospitalaria fue del 2,6%, siendo un 30% mayor en mujeres que en hombres (cociente de feminidad de 1,3). Ajustando la tasa mediante la población europea, la tasa sería del 1,4% (un 18% mayor en mujeres).
- Atendiendo a las tasas específicas por edad, la letalidad es mayor a medida que aumenta la edad de los pacientes, llegando a ser del 3,5% en personas mayores de 64 años de edad.

Tabla 2. Letalidad hospitalaria. Mortalidad hospitalaria por Cardiopatía Isquémica. Asturias, 1996-2010. (Tomado de la Evaluación de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica, Asturias 2012. Fuente: CMBD, Asturias)

MORTALIDAD HOSPITALARIA EN CARDIOPATIA ISQUEMICA. Mortalidad hospitalaria (letalidad)			
Indicador	Tasa de mortalidad Hospitalaria por Cardiopatía Isquémica		
Definición	Tasa de mortalidad Hospitalaria por 100 en personas ingresadas por cardiopatía isquémica ANTES del alta.		
Fuente de datos	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 1996-2010		
Resultados:		Tasa bruta %	Tasa estand % Pob europea
	Total	2,56	1,39
	Hombres	2,39	1,32
	Mujeres	3,12	1,65
	16-29 años	0	
	30-44 años	1,59	
	45-64 años	1,37	
	65+ años	3,51	

11. La mortalidad hospitalaria por CI también muestra diferencias en función del procedimiento terapéutico al que se han sometido las personas, y a su vez por sexo y edad.

- En el periodo 1996-2010, la tasa de mortalidad hospitalaria fue de un 1,6% en cirugía de revascularización coronaria, un 2,6% en angioplastias (2,4% en hombres y 3,1% en mujeres), y un 23% en trasplantes cardíacos (26% en hombres trasplantados y 8% en mujeres).
- Por edades, la mortalidad aumenta con la edad (salvo para el trasplante cardíaco), siendo el riesgo en las angioplastias coronarias un 300% más alto en personas de 75 y más años que en jóvenes, y en cirugía de revascularización coronaria de un 200% más alto.

Tabla 3. Tasas de mortalidad hospitalaria en angioplastia coronaria, cirugía de revascularización coronaria y trasplante cardíaco. Mortalidad hospitalaria por Cardiopatía Isquémica. Asturias, 1996-2010. (Tomado de la Evaluación de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica, Asturias 2012. Fuente: CMDB, Asturias)

REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS HOSPITALARIOS EN CARDIOPATIA ISQUEMICA. Mortalidad hospitalaria				
Indicador	Tasa de mortalidad Hospitalaria por Cardiopatía Isquémica			
Definición	Tasa de mortalidad Hospitalaria por 100 en personas sometidas a angioplastia coronaria, cateterismos cardíacos y trasplante cardíaco ANTES del alta.			
Fuente de datos	Conjunto Mínimo Básico de Datos de Asturias, 1996-2010			
Resultados:		Angioplastia coronaria	Cateterismos cardíacos	Trasplante cardíaco (2006-10)
	Total	2,56% (325/12.682)	1,59% (250/15746)	23% (14/62)
	Hombres	2,41	1,61	26,0
	Mujeres	3,12	1,54	8,33
	16-29 años	1,59	1,10	66,67
	30-44 años	1,59	0,82	33,33
	45-64 años	1,37	0,68	17,14
	65-74 años	2,18	1,60	22,22
	75+ años	4,76	3,43	-

12. En los casos incidentes de CI, en el periodo 1996-2010, el mayor número de fallecidos corresponde a los hombres, pero la letalidad es mayor globalmente en las mujeres, y en las edades avanzadas. La evolución a lo largo de ese periodo es hacia un incremento de la mortalidad y la letalidad de los casos incidentes, mayor en hombres.

- En el periodo 1996-2010 ha habido cerca de 4.200 fallecidos en casos incidentes de CI (unos 280 casos al año, de media), la mayor parte correspondientes a hombres (cociente de masculinidad de 1,3). Sin embargo, por género se observa una mayor letalidad femenina: un 9% de las mujeres respecto a un 6% de los hombres.
- La mayor letalidad de los casos incidentes se presenta en los mayores de 75 años, siendo superior al 11% en ambos sexos. También a estas edades hay más casos en hombres que en mujeres, pero la mortalidad es mayor en mujeres (13%).

- En el periodo 1996-2010 se observa un paulatino y incremento en la mortalidad de los casos incidentes, con un aumento en frecuencia absoluta de fallecimientos del 42% en hombres y del 35% en mujeres. En la letalidad el incremento ha sido del 20% en hombres y del 10% en mujeres.

Tabla 4. Fallecimientos en casos incidentes de CI con ingreso hospitalario por sexo y edad. Asturias, 1996-2010. (Tomado de la Evaluación de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica, Asturias 2012. Fuente: CMBD, Asturias)

FALLECIMIENTOS EN CASOS INCIDENTES DE CARDIOPATIA ISQUEMICA							
Indicador	Alta hospitalaria con muerte en casos incidentes de cardiopatía isquémica en Asturias por sexo y edad						
Definición	Personas de que al alta hospitalaria con fallecimiento se les ha diagnosticado una cardiopatía isquémica. Frecuencia absoluta y letalidad (%)						
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010						
Resultados:		Fallecidos	% sobre total casos				
	Total	4.169					
	Hombres	2.333	6,0				
	Mujeres	1.836	8,9				
		Total fallecidos	% Total fallecidos	Hombres fallecidos	% Hombres fallecidos	Mujeres fallecidas	% Mujeres fallecidas
	0-15 años	1	100,0	1	100	0	0
	16-29 años	2	3,2	2	3,6	0	0
	30-44 años	30	1,6	24	1,5	6	2,1
	45-64 años	186	1,9	153	1,9	33	1,8
	65-74 años	948	4,2	703	4,4	213	3,2
	75+ años	3.002	11,9	1.450	11,0	1.522	12,8

Figura 16: Fallecimientos en casos incidentes de CI con ingreso hospitalario. Asturias, 1996-2010 (Tomado de la Evaluación de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica, Asturias 2012. Fuente: CMBD, Asturias)

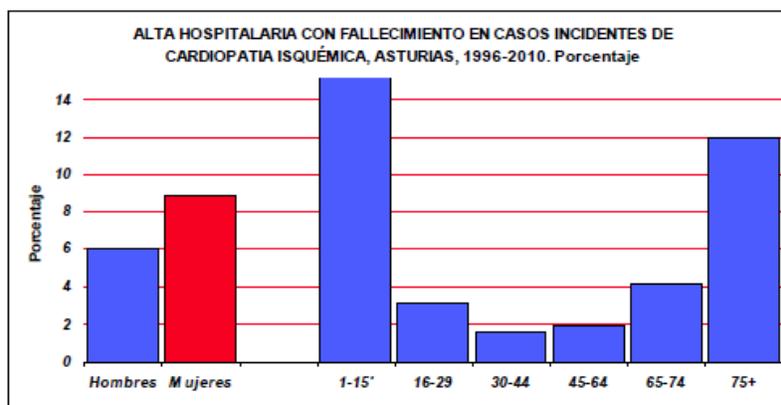


Figura 17: Fallecimientos en casos incidentes de CI con ingreso hospitalario, por edad y sexo. Asturias, 1996-2010. (Tomado de la Evaluación de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica, Asturias 2012. Fuente: CMBD, Asturias)

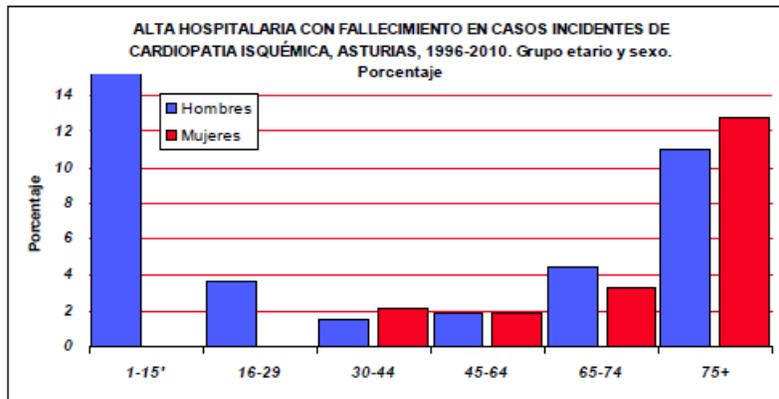


Figura 18: Fallecimientos en casos incidentes de CI con ingreso hospitalario. Evolución. Asturias, 1996-2010. (Tomado de la Evaluación de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica, Asturias 2012. Fuente: CMBD, Asturias)

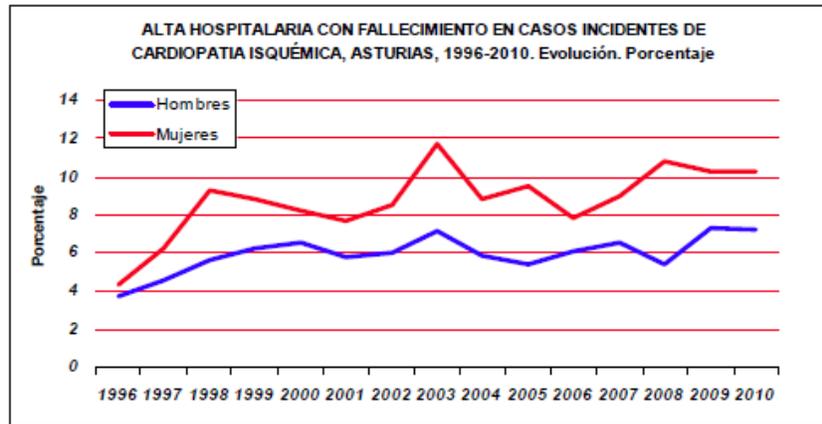


Tabla 5. Fallecimientos en casos incidentes de cardiopatía isquémica con ingreso hospitalario por sexo. Evolución. Asturias, 1996-2010

(Tomado de la Evaluación de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica, Asturias 2012. Fuente: CMBD, Asturias)

INCIDENCIA DE CARDIOPATIA ISQUEMICA				
Indicador	Alta hospitalaria con muerte en casos incidentes de cardiopatía isquémica en Asturias por sexo y edad. Evolución			
Definición	Personas de que al alta hospitalaria con fallecimiento se les ha diagnosticado una cardiopatía isquémica. Frecuencia absoluta y letalidad			
Fuente de datos	CMBD, Asturias, 1996-2010			
Resultados:	Hombres fallecidos	Mujeres fallecidas	Letalidad al alta	Letalidad al alta
1996	81	45	3,8	4,3
1997	114	71	4,6	6,2
1998	131	110	5,7	9,3
1999	169	116	6,2	8,8
2000	164	105	6,5	8,3
2001	144	104	5,8	7,7
2002	165	126	6,0	8,5
2003	178	164	7,2	11,7
2004	143	113	5,9	8,8
2005	125	115	5,4	9,5
2006	175	119	6,1	7,8
2007	180	136	6,5	9,0
2008	179	202	5,4	10,8
2009	199	161	7,3	10,3
2010	186	149	7,2	10,3

13. Parece que la mortalidad por CI durante el traslado sanitario urgente es muy baja, si bien se desconoce el número de fallecimientos por esa causa previos a la llegada de la atención sanitaria urgente.

- En el año 2010 se realizaron por el SAMU 975 atenciones a pacientes por CI, con diagnóstico de IAM o SCA, ninguno de los cuales falleció durante el traslado sanitario urgente.
- No se dispone de datos de fallecimientos fuera del entorno sanitario (domicilio, lugares públicos, etc) y antes de la llegada de la atención médica, dado que en esas circunstancias no es posible realizar con certeza el diagnóstico de CI

Tabla 6.. Número de atenciones realizadas por el SAMU en 2010 por cardiopatía isquémica y número de fallecidos, desglosados en fallecidos en domicilio y durante el transporte sanitario urgente.

(Tomado de la Evaluación de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica, Asturias 2012. Fuente: SESPA-SAMU, Asturias, 2012)

SAMU	Número de atenciones realizadas por el SAMU en 2010 por cardiopatía isquémica y número de fallecidos, desglosados en fallecidos en domicilio y durante el transporte sanitario urgente.
SAMU (población asturiana, 1.081.487, Datos de INE, Padrón, 16.01.2012)	<p>* 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recogida de 975 pacientes (tasa bruta: 90,1 casos por 100.000h) con diagnóstico de IAM o SCA. - Uno de ellos tuvo Parada cardiorespiratoria en el traslado (no falleció) - Los fallecidos en el domicilio constan como exitus (no es posible diferenciar si fueron por CI).